

Lainsäädäntö ja sote-uudistus yhteistyön mahdollistajina

Saara Tuulari & Tarja Kemppainen¹

JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön haasteet ovat moninaiset. Profiisien historiati, koulutukset, arvostus ja ammattikäytännöt poikkeavat toisistaan, ja sääntelykin on pääosin eriytettyä. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tehtävät ja palvelut on määritelty eri laeissa, ja käytössä olevat käsitteet, ymmärrys asiakkuudesta, asiakirjoista ja kielloista poikkeavat toisistaan. Sosiaalihuollossa puhutaan asiakkaasta ja terveydenhuollossa potilaasta. Sosiaalihuollon asiakkaana voi olla yksin tai yhdessä muiden kanssa, kuten perheen tai lähiyhteisön. Terveydenhuollossa potilaana on aina yksi henkilö. Sosiaalihuollon asiakkuus ja päätöksenteko vaativat hallintopäätöksiä, joihin liittyy pääsääntöisesti aina muutoksenhakumahdollisuus. Terveydenhuollossa ei tehdä hakemuksia eikä päätöksiä, vaan terveydenhuolto on luonteeltaan tosiasiallista toimintaa. Sosiaalihuollossa on laajat oikeudet saada tietoja asiakkaan kielloista huolimatta, mutta terveydenhuollossa potilas voi kieltää tietojensa luovutuksen myös hätätilanteissa.

Tässä kirjoituksessa käsittelemme sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä ja sen sääntelyä. Tarkastelemme sosiaalihuolto-laissa (SHL, 1301/2014) ja terveydenhuoltolaislaissa (THL, 1326/2010) asetettuja yhteistyövelvoitteita ja yhteistyön mahdollisuuksia kuntien ja tulevien hyvinvointialueiden sosiaalityössä ja terveydenhuollossa. Lisäksi pohdimme meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote-uudistus) tuomia vaikutuksia ja mahdollisuuksia yhteistyön parantamiseen.

Sote-uudistus on yksi Suomen historian merkittävimmistä hallinnollisista uudistuksista, jonka myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta hyvinvointialueille vuoden 2023 alussa. Uudistuksen tarpeesta on puhuttu Suomessa jo parikymmen-

tä vuotta, ja useat hallitukset ovat pyrkineet toteuttamaan uudistusta siinä kuitenkin onnistumatta. Kansalaisten ja sote-ammattilaisten usko uudistuksen toteutumiseen on vaihdellut ääripäästä toiseen, eikä kyllästymisen ja turhautumisen ajatuksilta ole välttytty. Uudistuksen tavoitteena on turvata kaikille Suomessa asuville yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua. Edellä mainittujen lisäksi tavoitteena on sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluiden yhteensovittaminen ja saumaton yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. (HE 214/2020 vp, s. 188; VN 31/2019, s. 153–155; STM 2021, 14–20.) Sama tavoite on ollut myös viime vuosikymmenellä toteutetuissa terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain uudistuksissa, joiden taustalla vaikuttaa jo silloin tavoiteltu rakenneuudistus (HE 90/2010 vp, HE 164/2014 vp). Nykyinen sote-uudistus ei vaikuttane olennaisesti tällä hetkellä voimassa oleviin sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain yhteistyösäännöksiin, vaikka teknisiä muutoksia lakeihin on tulossa järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta hyvinvointialueille.

Lainsäätävä edellyttää yhteistyötä kunnallisilta ja tulevien hyvinvointialueiden toimijoilta. Käytännössä yhteistyö ei kuitenkaan aina toimi ihanteellisella tavalla. Yhteistyön esteinä voivat olla esimerkiksi tietämättömyys ja epäluolisuus toisten toimijoiden työtä kohtaan. (esim. Tuulari ym. 2020; Toivonen ym. 2019; Ellonen & Pösö 2014). Vaikeuksia voi tuottaa eri toimijoiden aseman ja ammatillisen osaamisen hahmottaminen niin työntekijöiden kuin johdonkin tasolla. Tämä voi johtaa siihen, että sote-palveluita tuotetaan ja yhteistyötä tehdään terveydenhuollon ehdoilla, jolloin aidosti monialaisen yhteistyön hyödyt jäävät saavuttamatta (vrt. Kekoni

ym. 2019, 23–24). Myös sote-uudistuksen ympärillä käytyjä keskusteluita, suunnittelu- ja kehittämistyötä ja valtionhallinnon ohjausta on leimannut uudistuksen painottuminen terveydenhuoltoon sosiaalihuollon kustannuksella (ks. esim. Pohjola 2017 ja Mäntysaari 2020, 52). Konkreettinen osoitus tästä saatiin marraskuussa 2021, kun sosiaali- ja terveysministeriö ja oikeusministeriö suunnittelivat kansalaisille lähetettävää tiedotetta tulevien hyvinvointialueiden tehtävistä. Tehtävinä oli lueteltu neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, työkykypalvelut, vammaispalvelut, vanhuspalvelut ja pelastustoimi. Sosiaalihuolto ja osa sosiaalipalveluista puutuivat tehtävistä kokonaan. Sosiaalityön uraverkoston (Facebook-ryhmä) ja erityisesti Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Vasson aloitteesta hyvinvointialueiden tehtäviin lisättiin sosiaalihuolto, lasten, nuorten ja perheiden palvelut sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Lisäksi muutamien palveluiden termejä muutettiin: työkykypalvelut työikäisten palveluiksi, vanhuspalvelut ikääntyneiden palveluiksi ja kouluterveydenhuolto oppilas- ja opiskelijahuolloksi.

Toimivan yhteistyön kannalta on olennaista, että toimijat ovat tasavertaisessa asemassa ja voivat luottaa toistensa ammattitaitoon ja kuulluksi tulemiseen. Tasavertaisiin toimijoihin lukeutuu myös asiakas, ja sosiaalihuoltolain uudistuksen yksi keskeinen periaate onkin ollut siirtyminen järjestelmäkeskisyydestä asiakaskeskisyyteen. Asiakaskeskisessä järjestelmässä asiakkaan tarpeet ovat palvelukokonaisuuksien muodostamisen lähtökohtana. (STM 2012). Käytännössä monet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kokevat kuitenkin, että yhteistyötä edellyttävää toimintaa ohjaa palvelujärjestelmä, eivät asiakkaan tarpeet. Paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita ei välttämättä tunnusteta, ja monialainen yhteistyö typistyy toimintaan, jossa sama asiakas saa palveluita usealta taholta ilman, että kukaan koordinoi kokonaisuutta. (Hujala ym. 2019.) Pällekkäiset ja peräkkäiset, toisistaan irralliset prosessit ovat raskaita sekä asiakkaalle, työntekijöille että järjestelmälle. Eräiden laskelmien mukaan 10 % sote-palveluiden käyttäjistä aiheuttaa 70–80 % menoista (esim. VTV 2017; Leppämäki ym. 2013). Kustannussäästöjen lisäksi sote-yhteistyön hyödyt kohdistuisivat eri-

tyisesti paljon tukea tarvitseville ja paljon palveluita käyttäville asiakkaille. Hyvin johdetulla ja suunnitellulla monitoimijaisella yhteistyöllä voidaan eri palveluista muodostaa asiakkaan tarpeeseen vastaava yhtenäinen palvelukokonaisuus, josta hyöttyy yksilön lisäksi palvelujärjestelmä ja koko yhteiskunta. Tämä tavoite näkyy sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyösääntelyssä että sote-uudistuksessa.

YHTEISTYÖN KÄSITTEITÄ

Yhteistyöllä voidaan ymmärtää hyvin monenlaista työskentelyä, johon liittyy useamman kuin yhden ammattikunnan osaamista. Käytössä oleva terminologia on kirjavaa. Suomessa puhutaan mm. moniammatillisesta tai monialaisesta yhteistyöstä, kun taas englanninkielisessä kirjallisuudessa tehdään ero termien *multidisciplinary* ja *interdisciplinary* välillä (esim. Isoherranen 2012, 20–21). Edellinen kuvaa toimijoiden määrää (useampi kuin yksi) ja jälkimmäinen tapaa, jolla yhteistyötä toteutetaan. Mielestämme *monitoimijaisen yhteistyön* käsite kuvaa parhaiten tilannetta, jossa myös asiakas on tasavertaisessa asemassa ammattilaisten ja muiden toimijoiden kanssa.

Katariina Pärnä (2012, 56) viittaa Don Rawsonin matemaattisen moniammatillisen yhteistyön kuvaukseen, jossa perinteistä yhteistyötä voidaan kuvata yhteenlaskettujen tekijöiden eli eri ammattilaisten osaamisten summana $2+2+2+2+2=10$. Onnistuneessa moniammatillisessa yhteistyössä osaaminen parhaimmillaan moninkertaistuu, jolloin yhteistyön kaava onkin $2 \times 2 \times 2 \times 2 = 32$. Eri ammattilaisten osaaminen voidaan saada parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan hyödyksi, kun kaikkien osaaminen tunnustetaan ja vastuun- ja tehtävänjaot määritellään riittävän tarkasti yhteydytyötä toteuttavan henkilöstön kesken. (Jokinen ym. 2021.)

Laura R. Bronsteinin (2003, 299) monialaisen yhteistyön malli perustuu samankaltaiselle ajatukselle siitä, että tehokkaalla yhteistyöllä voidaan päästää tavoitteisiin, joita yksittäisten ammattilaisten itsenäisellä panoksella ei saavuteta. Bronstein erottelee yhteistyön ytimessä olevat osa-alueet sekä ulkoiset tekijät, jotka vaikuttavat yhteistyön onnistumiseen. Yhteistyön osa-alueita ovat Bronsteinin mukaan toimijoiden keskinäinen riippuvuus, uudelleen luodut ammatil-

liset toimintatavat, joustavuus, tavoitteiden yhteinen omistajuus ja prosessin reflektointi (suomenkieliset vastineet Kekoni ym. 2019, 19). Yhteistyöhön vaikuttavia ulkoisia tekijöitä ovat toimijoiden yhteinen historia, persoonalliset tekijät ja ammatillinen rooli sekä rakenteelliset tekijät. (Mt., 303.) Rakenteellisiin tekijöihin kuuluvat organisaatiokulttuuri, johtaminen sekä yhteistyön toteuttamisen ajalliset ja paikalliset mahdollisuudet ja resurssit ylipäätään (Mt., 302–304). Lainsäädäntöä Bronstein ei erikseen mainitse, mutta katsomme sen kuuluvan rakenteellisiin tekijöihin, jotka ohjaavat ja mahdollistavat yhteistyötä.

SOSIAALIHUOLTOLAIN JA TERVEYDENHUOLTOLAIN YHTEISTYÖSÄÄNTELY

Yhteistyöhön velvoittavaa sääntelyä on sosiaali- ja terveydenhuollon alalla useassa eri laissa. Rajaamme sääntelyn käsittelyn kahteen keskeiseen yleislakiin: sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin. Molemmissa laeissa yhteistyön sääntely on hyvin samankaltaista, mikä johtuu ainakin osittain lakien uudistamisen ajallisesta yhteydestä sekä toisiinsa että sote-uudistuksen vaiheisiin. Samankaltaisuus ja erot konkretisoidaan alalukukohtaisissa taulukoissa, joihin molempien lakien yhteistyösäännökset on koottu jäljempänä esitetyn ryhmittelyn mukaan.

Sääntelyllä luodaan yhtäältä mahdollisuuksia yhteistyön toteuttamiselle ja toisaalta veloitetaan yhteistyöhön ehdoita tietyissä tapauksissa. Yhteistyötä on mielekäästä edellyttää vain silloin, kun siitä on asiakkaalle hyötyä eli silloin, kun asiakas tarvitsee vähintään kahden eri tahon palveluja. Toisinaan palveluiden tarve on ilmeistä, mutta aina ei ole helppoa tunnistaa asiakasta, joka tarvitsee useita eri palveluita (esim. Hujala ym. 2019, 594). Useimmiten yhteistyön tarve jää laintulkitsijan eli sosiaalityöntekijän arvon varaan. Silloin kun yhteistyötarvetta katsotaan olevan, on yhteistyötä tehtävä.

Sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain yhteistyösäännökset voidaan jakaa karkeasti kolmentyyppisiin säännöksiin:

- 1) yhteistyön tavoitteita ja järjestämistä koskeviin säännöksiin,
- 2) asiakas-, palvelu- tai työalakohtaisiin säännöksiin ja
- 3) asiakaskohtaisen yhteistyön toteuttamista

koskeviin säännöksiin, joissa veloitetaan yhteydenottoon, palveluiden yhteensovittamiseen ja useiden palveluiden tarpeen huomioon ottamiseen palvelun tai hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoito-, palvelu- ja asiakassuunnitelmien laatimisessa.

Viimeiseen kategoriaan voidaan laskea kuuluvaksi myös dokumentointiin liittyvät säännökset ja ne säännökset, jotka mahdollistavat salassapitosäännöksistä poikkeamisen. Dokumentointia ja salassapitoa olemme käsitelleet tarkemmin toisaalla (Tuulari & Kempainen, 2022).

Yhteistyön tavoitteita ja järjestämistä koskevat säännökset

Yhteistyön parantaminen on asetettu lain yhdeksi tavoitteeksi sekä sosiaalihuoltolaissa että terveydenhuoltolaissa. Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on lain 1 § 5 kohdan mukaan yhteistyön parantaminen sosiaalihuollon ja kunnan eri toimialojen välillä, ja terveydenhuoltolain tarkoituksena on mm. terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välisen sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön parantaminen (THL 2 § 5 kohta). Em. lainkohdissa yhteistyö nähdään tärkeänä, jopa *välttämättömänä keinona terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä ja lain muihin tavoitteisiin pääsemisessä*.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä tulee hyödyntää sosiaalihuollon asiantuntemusta sekä tehdä laajaa eri hallinnonalojen rajat ylittävää yhteistyötä (THL 12 §, SHL 7 §). Kunnan eri toimialojen lisäksi laissa mainitaan muut toimijat, joita ovat muut kunnassa toimivat julkiset tahot, yksityiset yritykset ja yleishyödylliset yhteisöt (THL 12 § ja SHL 7 §). Käytännössä siis mikä tahansa toimija voi olla lain tarkoittama yhteistyötaho. Sosiaalihuoltolaissa laajapohjainen yhteistyö nähdään rakenteellisen sosiaalityön toteuttamisen tärkeänä välineenä, jolla voidaan edistää kuntalaisten (sosiaalista) hyvinvointia vaikuttavammin ja tehokkaammin kuin yksittäisten toimialojen ja toimijoiden omalla työllä (SHL 7 §). Yhteistyön erityistä merkitystä sosiaalihuollon toimintaedellytysten vahvistamisessa on korostettu myös lainvalmistelutöissä, mutta yhteistyön tarkoituksena ei ole pelkästään sosiaalityön kehittäminen vaan alan asiantunte-

muksen hyödyntäminen kunnan muussakin toiminnassa (HE 164/2014 vp, 95).

Palveluiden järjestämisessä lainsäädäntö kannustaa yhteistyöhön siten, että palveluista syntyy toimiva kokonaisuus ja että eri hallinnonalojen peruspalvelut voisivat toimia saman

katon alla (THL 13 §, 34 § ja 32 §, SHL 6 § ja 33 §). Näin voidaan edistää laadukkaiden palveluiden tarjoamista kuntalaisille (SHL 33 §). Päivystysluonteisesta yhteistyöstä on säädetty erikseen (SHL 29 §, 29 a §, THL 39 §, THL 50 a §).

Taulukko 1. Yhteistyön tavoitteita ja järjestämistä koskevat säännökset

Sosiaalihuoltolaki	Terveydenhuoltolaki
1 § lain tarkoituksena mm. yhteistyön parantaminen lainkohdassa tarkoitettujen tavoitteiden toteuttamiseksi	2 § lain tarkoituksena mm. yhteistyön parantaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä
6 § neuvonta ja ohjaus tarvittaessa terveydenhuollon kanssa	13 § terveysneuvonta ja -tarkastukset: toimiva kokonaisuus muiden palveluiden kanssa
7 § sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntäminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi	12 § laaja yhteistyö terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi kunnassa (hyvinvointikertomus valtuustokausittain)
33 § palveluja pyrittävä järjestämään eri hallinnonalojen peruspalveluiden yhteydessä, jos edistää yhteensovittamista ja laadultaan hyvää palveluiden järjestämistä	34 § terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa sovittava tarvittavasta yhteistyöstä 32.1 § sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö palveluiden järjestämisessä

Asiakas-, palvelu- ja työalakohtaiset säännökset

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiin asiakkaisiin soveltuvaa sääntelyä on useassa eri laissa, eikä välttämättä ole aina selvää, mitä lakia ja säännöstä tulisi soveltaa silloin, kun tilanteeseen soveltuvia säännöksiä on useita. Pääsääntönä sekä sosiaalihuoltolaissa että terveydenhuoltolaissa on, että asiakkaan tai potilaan etu tai tarve määrää sovellettavan lain (SHL 2.2 §, THL 8 a § ja 32.1 §).

Asiakasryhmäkohtaisesti sosiaalihuoltolain yhteistyösäännöksissä on mainittu erityistä tukea tarvitsevat henkilöt sekä lapset ja nuoret (SHL 8 §, 9 §). Terveydenhuoltolaissa asiakasryhmistä on yhteistyösäännösten yhteydessä mainittu raskaana olevat naiset ja syntyvät lapset (THL 70 §). Työalakohtaisesti mainitaan neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto ja opiskeluterveydenhuolto (THL 15 §, 16 §, 17 §). Sosiaalihuoltolaissa mainitaan kasvatus- ja perheneuvontatyö (SHL 26 §), ja lisäksi lakiin on lisätty opiskeluhuollon kuraattoripalveluita kos-

keva 27 c §, joka tulee voimaan vuoden 2023 alussa. Kotisairaanhoidon ja päihde- ja mielen-terveystyöhön liittyviä säännöksiä on sekä terveydenhuoltolaissa että sosiaalihuoltolaissa (THL 25 §, 27 §, 28 §, SHL 20 §, 24 §, 25 §). Sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain lisäksi asiakasryhmäkohtaisia yhteistyösäännöksiä on useissa erityislaeissa, jotka jäävät tarkastelumme ulkopuolelle (esim. ikääntyneitä, lapsia ja vammaisia koskevat erityislaicit).

Asiakaskohtaisen yhteistyön toteuttaminen

Asiakaskohtaisen yhteistyötarpeen arvioinnissa erityisen vastuullinen asema on sosiaalityöntekijällä, jonka on huolehdittava siitä, että asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan riittävällä asiantuntemuksella ja osaamisella (SHL 41 §). Tarvittaessa sosiaalityöntekijä voi pyytää terveydenhuoltoa osallistumaan yhteiseen palvelutarpeen arviointiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen (THL 32.2 §). Lainkohdassa tarkoitettua pyynnöstä ei voi kieltäytyä eli terveydenhuollon

Taulukko 2. Asiakas-, palvelu- ja työalakohtaiset säännökset

Sosiaalihuoltolaki	Terveydenhuoltolaki
2 § yhteisasiakkaat ja niiden säännösten soveltaminen, jotka asiakkaan edun mukaisesti parhaiten turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon	8 a § niiden säännösten soveltaminen, jotka potilaan edun mukaisesti parhaiten turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon
8 § yhteistyö ja erityistä tukea tarvitsevat henkilöt	32.1 § sellainen yhteistyö, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen sekä potilaan hoidon ja sote-palveluiden tarve edellyttää 30 § yhteistyö ja ohjaus muuhun kuntoutukseen
9 § yhteistyö ja lapset ja nuoret 27 c § opiskeluhoillon kuraattoripalvelut (voimaan 1.1.2023)	15 § yhteistyö neuvolapalveluissa, 16 § kouluterveydenhuollossa ja 17 § opiskelijaterveydenhuollossa 70 § lapsen huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa
20 § kotihoito: kotipalvelu + kotisairaanhoido	25 § kotisairaanhoido, moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua
24 § päihdetyö yhdessä muun päihde- ja mielenterveystyön kanssa	28 § päihdetyö, toimiva kokonaisuus muun päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa
25 § mielenterveystyö, toimiva kokonaisuus muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa	27 § mielenterveystyö, toimiva kokonaisuus muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa

toimija ei voi tällaisessa tapauksessa itse etukäteen arvioida, tarvitseeko sosiaalihuollon asiakas terveydenhuollon palveluita vai ei ja onko tapaamiseen osallistuttava vai ei. *Lain asettama vaatimus terveydenhuollolle on yksiselitteinen: yhteiseen arviointiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen on osallistuttava, jos sosiaalityöntekijä sitä pyytää.*

Vaikka yhteistä asiakassuunnitelmaa ei laadittaisi, on hoito- ja palvelusuunnitelmissa otettava huomioon asiakkaan tai potilaan tarvitsemat muut palvelut. Asiakassuunnitelman sisältö on sovittava yhteen henkilön tarvitsemien muiden hallinnonalojen palveluiden kanssa, ja sosiaalityöntekijän on päätöksenteossaan otettava huomioon terveydenhuollon (ja muiden tahojen) suunnitelmat asiakkaan kannalta välttämättömistä palveluista (SHL 39 §, 46 §). Jälkimmäiseen lainkohtaan viitataan terveydenhuoltolain 24 §:ssä, jonka mukaan erityistä tukea tarvitsevan lapsen tai muun henkilön hoito- ja palvelusuunnitelma on pyrittävä tekemään siten, että se voidaan ottaa huomioon sosiaalihuollon päätöksenteossa. Kuntoutusta saavan potilaan yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa on määriteltävä palveluiden yhteensovittaminen

muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa (THL 30 §).

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä ei ole samanlaista vastuuta yhteistyötarpeen arvioinnissa kuin sosiaalityöntekijällä. Terveydenhuollon toimijan on kuitenkin arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve (THL 50 a §, 53 a §). Tällaisessa tapauksessa terveydenhuollon toimijan on ohjattava potilas hakemaan sosiaalihuollon palveluita tai otettava sosiaaliviranomaiseen yhteyttä, jos potilas antaa siihen suostumuksensa. Sama velvoite on myös silloin, jos terveydenhuollon ammattihenkilö on tehtävässään saanut tietää henkilöstä, jolla on ilmeinen sosiaalihuollon tarve (SHL 35 §). Vastaavasti sosiaalityöntekijän on otettava yhteyttä toiseen viranomaiseen, jos asiakas tarvitsee tämän palveluita ja antaa yhteydenottoon suostumuksensa (SHL 40 §). Säännöksissä ei ole varsinaisesti kyse asiakasyhteistyöstä, vaan palvelujen kohdentamisesta asiakkaan tai potilaan tarpeiden mukaisesti tai asiakkaan ohjaamisesta oikeanlaisten palveluiden piiriin. Menettely ja asiakkaan tarpeet voivat kuitenkin käytännössä johtaa yhteisasiakkuuteen, jolloin yhteistyötä tarvitaan.

Taulukko 3. Asiakaskohtaisen yhteistyön toteuttamista koskevat säännökset

Sosiaalihuoltolaki	Terveydenhuoltolaki
41 § sosiaalihuollon velvollisuus varmistaa riittävä asiantuntemus; muiden velvollisuus pyynnöstä osallistua palvelutarpeen arviointiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen – palveluista asiakkaan edun mukainen kokonaisuus	32.2 § terveydenhuollon ammattihenkilön on sosiaalihuollon toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä osallistuttava palvelutarpeen arvion tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen
35 § terveydenhuollolla yhteydenottovelvoite tuen tarpeen arvioimiseksi	50 a § terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö, terveydenhuollon arvioitava sosiaalihuollon tarve
40 § velvollisuus ilmoittaa muulle viranomaiselle tuen tarpeesta	53 a § sosiaalihuollon tarpeen arviointi ja yhteydenotto
39 § asiakassuunnitelma sovittava yhteen muiden palvelujen kanssa, yhteinen suunnitelma asiakkaan suostumuksella	30 § yksilöllinen kuntoutussuunnitelma ja palveluiden yhteensovittaminen
46 § hoidon ja huolenpidon turvaavat päätökset	24 § erityistä tukea tarvitsevien hoito- ja palvelusuunnitelma pyrittävä tekemään siten, että voidaan ottaa sosiaalihuollon päätöksenteossa (SHL 46 §) huomioon

MAHDOLLISUUDET KÄYTTÖÖN

Tavoite toimivaan ja saumattomaan yhteistyöhön sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluissa on selkeästi tuotu esiin sekä molempien alojen sääntelyssä että sote-uudistuksen periaatteissa. Toimiva yhteistyö vähentää päällekkäisten ja peräkkäisten prosessien määrää, edistää oikea-aikaisen avun saamista ja palvelee sekä asiakasta, työntekijää että koko järjestelmää. Lisäksi yhteistyöllä voidaan päästä sellaisiin tuloksiin, joita yksittäisten toimijoiden erillisillä panoksilla ei saavuteta.

Lainsäädännössä ohjataan yhteistyötä sekä järjestelmän tasolla että yksittäisten asiakkaiden tai asiakasryhmien ja työntekijöiden tasolla. Kaikilla tasoilla tarvitaan ymmärrystä yhteistyön merkityksestä ja yhteistyösääntelyn tavoitteista. Lainsäädännössä annetut mahdollisuudet ja velvoitteet tulisi tunnistaa, ja mahdollisuuksia tulisi aktiivisesti hyödyntää asiakkaiden ja potilaiden edun mukaisesti. Käytännössä yhteistyö on kuitenkin monin tavoin haasteellista, eikä sääntelyn toimeenpano näytä aina toteutuvan lainsäätäjän tarkoittamalla tavalla. Esimerkiksi pienissä kunnissa yhteistyö on helposti yhtäältä hyvin henkilösidonnaista, mutta toisaalta välttämätöntä ja ”luonnostaan tapahtuvaa”, koska toimijoita on vähän. Kun toimijoiden määrä

kasvaa, myös sektoroituminen ja eriytyminen yleensä lisääntyy ja päätöksenteko on vaarassa etääntyä asiakkaista.

Sote-uudistuksen toteutuksessa on syytä kiinnittää huomiota erityisesti yhteisten toimintamallien kehittämiseen sekä Bronsteinin mainitsemaan rakenteellisiin tekijöihin, kuten ajallisten ja paikallisten mahdollisuuksien luomiseen ja ylläpitämiseen. Palveluiden sijoittuminen fyysisesti saman katon alle on omiaan tiivistämään yhteistyötä ja madaltamaan yhteydenottokynnystä sekä asiakkaiden ja ammattilaisten välillä että myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. Nähtäväksi jää, miten tulevat hyvinvointialueet pystyvät luomaan aidosti toimivia sote-keskuksia.

Kahden eri alan yhdistäminen samaan organisaatioon ja hallinnonin laajentaminen alueellisesti yli kuntarajojen antaa mahdollisuuden kehittää yhtenäistä organisaatio- ja toimintakulttuuria, jossa yhteistyö muodostuu myös käytännön toiminnassa sujuvaksi ja saumattomaksi. Toimivan yhteistyökulttuurin rakentamisessa tarvitaan johdon ymmärrystä ja aktiivisia toimia toimintatapojen muutokseen yhteistyötä ja yhteydenpitoa tukevalla tavalla. Lisäksi johdossa tarvitaan sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon asiantuntemusta, jotta integraatiossa toteutuu toimintojen yhdistymi-

sen lisäksi monialaisen tiedon yhdistyminen yhteistä päämäärää parhaiten palvelevalla tavalla. Johtamisen keskittyminen pelkästään terveydenhuollon ammattilaisille voi kaventaa näkökulmaa ja yksipuolista keskustelua, jolloin yhteistyön hyödyt voivat jäädä tavoiteltua vähäisemmiksi ja sosiaalialan osaaminen hyödyntämättä.

Toiminnan mahdollisuuksiin sisältyy myös kysymys palveluiden kustannuksista, joiden kasvun hillitseminen on yksi sote-uudistuksen tavoitteista. Kustannusten jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon kesken on ollut joissakin yhteisasiakastilanteissa epäselvää, mikä on voinut johtaa asiakkaiden pompotteluun luukulta toiselle. Sote-palveluiden yhdistäminen yhdistää myös kustannusten kattamisvastuuta, mikä poistanee kiistan kustannusten maksajasta. Kunnanrajat ylittävällä hyvinvointialueella asiakkaiden yhdenvertainen kohtelu sote-palveluissa voi toteutua aiempaa paremmin, kunhan huolehditaan yhdenvertaisuudesta myös palveluiden saavutettavuudessa.

Monitoimijaisen yhteistyön ja myös sote-integraation edistäminen ja eteneminen on parhaimmillaan kaksisuuntaista toimintaa. Ylhäältä alaspäin yhteistyötä ja integraatiota edistetään lainsäädännön ja päättävien elinten taholta, ja käytännön toimijat puolestaan kehittävät konkreettista yhdessä työskentelyä päällikkö- ja johtajatasen johdolla ja tuella. Näin voidaan muodostaa aidosti toimivia palvelukokonaisuuksia, joissa eri alojen ammattilaisten osaaminen ja palveluiden hyöty parhaimmillaan moninkertaistuvat. Vahvan yhteistyön tuloksena yksi plus yksi voi olla paljon enemmän kuin kaksi.

VIITTEET

¹ Kirjoitus on osa ESR-rahoitteista ja Lapin yliopiston toteuttamaa SOHOVA-hanketta (Sosiaalityön ja hyvinvointioikeuden osaamisen vahvistaminen – laadun tae koulutuksessa ja työelämässä, 1.9.2019–31.8.2022). Kirjoituksesta on julkaistu pidempi versio Edilex-verkkopublikaisuna, jossa käytetään case-esimerkinä Kittilän kuntapilottia. Ks. lisätietoja www.ulapland.fi/sohova ja <https://www.edilex.fi/artikkelit/27109>

LÄHTEET

- Bronstein, Laura R. (2003) A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work* 48 (3) 2003, 297–306.
<https://doi.org/10.1093/sw/48.3.297>
- Ellonen, Noora & Pösö, Tarja (2014) Hesitation as a System Response to Children Exposed to Violence. *International Journal of Children's Rights* 22, 730–747.
<https://doi.org/10.1163/15718182-02204001>
- HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.
- HE 164/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- HE 241/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.
- Hujala, Anneli & Taskinen, Helena & Oksman, Erja & Kuronen, Risto & Karttunen, Anna & Lammintaka, Johanna (2019) Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. *Yhteiskuntapolitiikka* 84, 592–598.
- Isoherranen, Kaarina (2012) Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. *Helsingin yliopisto*.
- Jokinen, Taina & Lehmuskoski, Antero & Lohijoki, Hanna & Ålander, Anne (2021) Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä. Versio 1.0. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <https://www.julkari.fi/handle/10024/141043> viitattu 26.10.2021.
- Kekoni, Taru & Mönkkönen, Kaarina & Hujala, Anneli & Laulainen, Sanna & Hirvonen, Jukka (2019) Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä teoksessa Kaarina Mönkkönen, Taru Kekoni & Aini Pehkonen (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö*. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. *Gaudeamus*, 15–46.
- Leppämäki, Riikka-Leena & Komssi, Vesa & Sandström, Saana & Pikkujämsä, Sirkku & Haverinen, Anna & Olli, Sirkka-Liisa & Ylitalo-Katajisto, Kirsti (2013) Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen lääkärelehti* 68 (48), 3163–3169.

- Mäntysaari, Mikko (2020) Sosiaalityön asiantuntijuus uusissa rakenteissa – vaatimukset koulutukselle ja tutkimukselle teoksessa Lea Suoninen-Erhiö, Anneli Pohjola, Mirja Satka & Jenni Simola (toim.) Sosiaaliala uudistuu. Helsinki: Huoltaja-säätiön julkaisuja. 51–72. Saatavilla <https://www.huoltaja-saatio.fi/wp-content/uploads/2020/12/SU-ia.pdf>, viitattu 10.4.2022.
- Pohjola, Anneli (2017) SOTE-uudistus muuttuvan yhteiskuntapolitiikan puristuksessa. *Janus* 25 (2), 171–175.
- Pärnä, Katariina (2012) Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopiston julkaisuja sarja C osa 341.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- STM 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 21/2012: Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen, Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti, s. 89.
- STM 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 27/2021: Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023. Ohjelma ja hankeopas <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi> viitattu 5.1.2022.
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010)
- Toivonen, Virve & Kalliomaa-Puha, Laura & Muhonen, Jatta & Haarala-Muhonen Anne (2019) Ammattilaisten yhteistyö huostaanottoasioissa. *Defensor Legis* 1, 44–57.
- Tuulari, Saara & Harrikari, Timo & Lappi, Carita & Hautala, Sanna & Laitinen, Merja & Kempainen, Tarja & Lohiniva-Kerkelä, Mirva (2020) Oikeudellisen osaamisen tarpeita sosiaalityössä. §OHOVA-hankkeen selvitys. www.ulapland.fi/sohova viitattu 30.3.2020
- Tuulari, Saara & Kempainen, Tarja (2022). Yhteistyön rakenteet sosiaalihuollon ja terveydenhuollon rakenteissa ja käytännöissä. *Edilex verkkojulkaisu* 27.5. <https://www.edilex.fi/artikkelit/27109> viitattu 12.8.2022.
- VN 31/2019. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Osaava ja osallistava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Saatavilla <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi> viitattu 20.3.2021
- VTV 2017. Valtiontalouden tarkastusviraston Tarkastuskertomukset 11/2017: Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuuskertomus.