



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Sote-integraation kehystäminen ja institutionaaliset logiikat asiantuntija-arvioinneissa

Linda Rosten
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalityö
Lapin yliopisto
2026



Lapin yliopisto

Tiedekunta: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Sote-integraation kehystäminen ja institutionaaliset logiikat asiantuntija-arvioinneissa

Tekijä: Linda Rosten

Koulutusohjelma: Sosiaalityö

Ohjaaja: Liisa Hokkanen

Työn laji: Pro gradu -tutkielma

Sivumäärä: 68 sivua

Vuosi: 2026

Tiivistelmä:

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on käynyt viime vuosina läpi historiallisen rakenteellisen uudistuksen. Uudistuksen yhtenä tavoitteena on ollut integraatio. Integraation avulla pyritään vastaamaan palvelujärjestelmän pirstaleisuuteen, kustannuspaineisiin ja väestön monimutkaistuviin palvelutarpeisiin. Integraation käytännön toteuttamiseen kohdistuu kuitenkin erilaisia ja osin ristiriitaisia odotuksia. Siihen liitetään samanaikaisesti tavoitteita kustannusten hallinnasta, palveluiden yhteensovittamisesta, hoidon jatkuvuudesta, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä asiakaslähtöisyyden vahvistamisesta. Siten sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio näyttäytyy hallinnollisen uudistuksen lisäksi eri ammattiryhmien, toimintakulttuurien ja institutionaalisten tavoitteiden neuvotteluna.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin, miten sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota kehystetään hyvinvointialueiden asiantuntija-arvioissa ja millaisia institutionaalisia logiikoita näissä kehyksissä ilmenee. Lisäksi tutkimuksessa analysoitiin sitä, millaiseksi sosiaalihuollon asema integraatiota koskevassa asiantuntijapuheessa rakentuu. Tutkimuksen aineistona käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2025 julkaisemia asiantuntija-arvioita hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (n=21). Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena hyödyntäen kehysanalyysia. Kehysanalyysin avulla tarkasteltiin sitä, miten integraation ongelmia, ratkaisuja ja tavoitteita asiantuntijapuheessa määritellään. Teoreettisena viitekehyksenä hyödynnettiin institutionaalisten logiikoiden teoriaa, jonka avulla tarkasteltiin integraatiota koskevien kehysten taustalla vaikuttavia arvoja ja käytäntöjä.

Tutkimustulokset osoittivat, että aineistosta oli mahdollista muodostaa neljä integraatiota jäsentävää kehystä, jotka ovat taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehys, rakenteellisen yhtenäistämisen ja digitaalisten palvelujen kehys, hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen integraation kehys sekä asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehys. Kehyksissä institutionaalisten logiikoiden välillä esiintyi jännitteitä ja limittäisyyttä. Tutkimuksen perusteella sosiaalihuollon asema integraatiossa vaihtelee. Sosiaalihuollon rooli voi näyttäytyä joko hallinnollisesti alisteisena, taloudellisia tavoitteita palvelevana välineenä tai monialaisen yhteistyön välttämättömänä koordinoivana tekijänä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että asiantuntijapuheessa käytetyt kehystykset vaikuttavat siihen, miten sosiaalihuollon asiantuntijuus ja vastuu käsitetään osana uutta palvelujärjestelmää.

Avainsanat: integraatio, logiikka, sote-uudistus, kehysanalyysi

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 TEOREETTINEN TAUSTA	4
2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä	4
2.2 Integraatio	8
2.3 Institutionaaliset logiikat	14
3 TUTKIMUKSELLISET VALINNAT	22
3.1 Tutkimusasetelma	22
3.2 Metodologiset lähtökohdat	23
3.3 Aineisto	26
3.4 Analyysiprosessi	27
3.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	31
4 TULOKSET	33
4.1 Taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehys	34
4.2 Rakenteellisen yhtenäistämisen ja digitaalisten palvelujen kehys	36
4.3 Hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen integraation kehys	39
4.4 Asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehys	42
4.5 Sosiaalihuollon asema integraatiossa	45
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	50
5.1 Tulosten teoreettinen tulkinta	50
5.2 Tutkimuksen arviointi ja jatkonäkymät	59

LÄHTEET	61
TUTKIMUSAINEISTO	67

1 JOHDANTO

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto koki merkittävän rakenteellisen uudistuksen vuonna 2023, kun sosiaali- ja terveystalouden sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. Uudistuksen keskeisenä tavoitteena oli vastata palvelujärjestelmän pirstaleisuuteen, väestön ikääntymiseen, kasvaviin palvelutarpeisiin sekä julkisen talouden paineisiin vahvistamalla palveluiden integraatiota. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (jäljempänä sote-uudistus) keskeiseksi tavoitteeksi on noussut integraatio, jonka avulla pyritään parantamaan palveluiden yhteensovittamista, vahvistamaan hoidon ja palveluiden jatkuvuutta sekä hillitsemään kustannusten kasvua. (Tynkkynen ym. 2025, 15.)

Integraation käsite on monitulkintainen ja sitä on määritelty kirjallisuudessa useilla eri tavoilla (Halme & Tiirinki 2019, 7). Integraatiolla voidaan tavoitella esimerkiksi taloudellista kestävyyttä, hallinnollista yhtenäistämistä, hoidon jatkuvuutta ja asiakaslähtöisyyttä (Hujala ym. 2024, 474; Tiirinki ym. 2022, 9). Integraatio on noussut sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen keskeiseksi käsitteeksi. Sen lähtökohtana on näkemys, jonka mukaan kompleksisiin palvelutarpeisiin voidaan vastata paremmin yhteensovitetuilla ratkaisuilla kuin hajanaisilla toimenpiteillä. (Raitakari 2025, 36.)

Sote-uudistus on ollut viime vuosina laajasti esillä yhteiskunnallisessa keskustelussa ja tutkimuksessa, mutta integraation käytännön toteutumiseen ja jatkokehitykseen liittyvät kysymykset ovat jääneet vähemmälle huomiolle. On kuitenkin todettu, että pelkkä organisaatiouudistus ei yksinään takaa integraation toteutumista käytännön toiminnan tasolla, vaan se edellyttää myös palvelukokonaisuuksien ja palveluketjujen kehittämistä, toimeenpanoa sekä johtamista. Lisäksi integraation onnistuminen edellyttää eri toimijoiden roolien ja työnjaon selkiyttämistä. Integraation toteutumista voivat kuitenkin haastaa rajalliset resurssit, jotka liittyvät talouden lisäksi myös osaamiseen ja kehittämistyöhön käytettävään aikaan. (Tynkkynen ym. 2025, 273, 277.)

On todettu, että hyvinvointialueiden integraation toteutumisen tai sen tuottamien hyötyjen arviointi on vielä ennen aikaista (Raitakari 2025, 36). Kuitenkin on perusteltua tarkastella sitä, miten integraatiota jäsenetään ja merkityksellistetään asiantuntijoiden laatimissa teksteissä koskien hyvinvointialueiden tilannetta. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2025 julkaisemia asiantuntija-arvioita

hyvinvointialueiden tilanteista. Integraatioon liitetyt merkitykset rakentavat käsityksiä palvelujärjestelmän ongelmista, ratkaisuksista ja tavoitteista. Asiantuntija-arvioiteja tarkastellaan kehysanalyysin avulla. Kehysanalyysin näkökulmasta kielellä ei pelkästään kuvata todellisuutta, vaan myös jäsennetään ja tuotetaan sitä (Snow & Benford 1988, 198; Snow & Benford 2000, 614). Siten integraatiosta tuotetut tekstit vaikuttavat samalla siihen, millaisia ongelmia palvelujärjestelmässä tunnustetaan, millaisia ratkaisuja pidetään perusteltuina sekä millainen asema eri toimijoille integraatiossa rakentuu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio esitetään usein yhtenäisenä tavoitteena. Aiemmassa tutkimuksessa on kuitenkin tunnustettu, että integraatiokeskustelu painottuu usein terveydenhuollon näkökulmaan ja uudistamisen nähdään painottuvan enemmän terveydenhuollon kehittämiseen ja tehostamiseen, jolloin uudistamisessa nähdään sosiaalihuollon näkökulman jääneen vähäisemmälle huomiolle (Friman ym. 2020, 343). Siten on perusteltua tarkastella sosiaalihuollon asemaa osana integraatiota asiantuntija-arvioinneissa. Sosiaalihuollon aseman tarkastelu on perusteltua myös siksi, että sosiaalihuollon asiantuntijuus liittyy usein juuri niihin kompleksisiin elämäntilanteisiin ja palvelutarpeisiin, joiden ratkaisemiseksi integraatiota kehitetään (ks. esim. Sinervo & Keskimäki 2019, 425).

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimivat institutionaaliset logiikat, joiden avulla voidaan tarkastella niitä arvoja, uskomuksia ja toimintaperiaatteita, joiden kautta integraatiota jäsennetään (Thornton ym. 2012, 2). Integraatio näyttäytyy erilaisten institutionaalisten logiikoiden yhteensovittamisena osaksi yhtenäistä järjestelmää palveluiden käytännön yhteensovittamisen lisäksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa institutionaaliset logiikat kattavat moninaisia ja osin ristiriitaisia periaatteita, kuten ammatillisia normeja, sääntelyyn liittyviä vaatimuksia sekä näkemyksiä palveluista ja hoidosta. Institutionaalisten logiikoiden merkitys integraatiossa perustuu niiden vaikutukseen organisaatorakenteisiin, käytäntöihin sekä toimijoiden väliseen vuorovaikutukseen sosiaali- ja terveydenhuollossa (Roth 2025b, 2.) Samalla institutionaaliset muutokset eivät tarkoita pelkästään rakenteellisia muutoksia, vaan näkyvät myös muutoksina tavoitteissa, valtasuhteissa ja niiden määrittelyssä (Friedland & Alford 1991, 245). Institutionaalisten logiikoiden näkökulma mahdollistaakin sen tarkastelun millaiset tavoitteet, painotukset ja professionaaliset näkökulmat ohjaavat integraatiota sekä millaiseksi sosiaalihuollon asema osana integraatiota rakentuu.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millaisia merkityksiä sote-integraatio saa asiantuntija-arvioinneissa sekä millaiset institutionaaliset logiikat ohjaavat integraatiota. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan sosiaalihuollon asemaa osana sote-integraatiota. Tutkimuskysymykset ovat, millaisin institutionaalisin logiikoin sote-integraatiota kehystetään asiantuntija-arvioinneissa ja millaiseksi sosiaalihuollon asema kehyksissä rakentuu.

Tutkimus etenee siten, että luvussa kaksi tarkastellaan tutkimuksen teoreettisia lähtökoh-
tia. Tämän jälkeen esitellään tutkimukselliset valinnat. Tulosluvussa tarkastellaan integ-
raatiota koskevia kehyksiä ja institutionaalisia logiikoita sekä tarkastellaan sosiaalihuol-
lon asemaa osana integraatiota. Lopuksi esitetään tutkimuksen johtopäätökset ja poh-
dinta.

2 TOOREETTINEN TAUSTA

Tässä tutkimuksessa teoreettinen ja käsitteellinen viitekehys rakentuu integraation käsitteestä ja institutionaalisten logiikoiden teoriasta. Näihin kytkeytyy suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon konteksti, jonka tarkastelu tässä tutkimuksessa on tarpeen metodologisista syistä. Ensinnäkin kehysanalyysin periaatteiden mukaan tilannemääritelmät ovat aina sidoksissa siihen historialliseen ja kulttuuriseen todellisuuteen, jossa ne tuotetaan (ks. esim. Snow & Benford 1988; Alasuutari 2011). Toiseksi suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on ollut poikkeuksellinen ja tarjoaa laajan kentän, jossa eri institutionaaliset logiikat kuten taloudellinen tehokkuus ja eri ammattilaisten intressit tuottavat erilaisia näkökulmia ja neuvottelevat asemastaan (vrt. Roth 2025a). Näiden tekijöiden vuoksi sote-kontekstin tuntemus on tarpeen, sillä integraation kehystäminen ja sosiaalihuollon aseman tarkastelu ei ole mahdollista ilman ymmärrystä suomalaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä sekä sen muutoksista.

Luvun aluksi on katsaus suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kontekstiin ja sen haasteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tunnistettu jo pitkään pirstaleiseksi ja siiloutuneeksi (Taskinen & Hujala 2020, 54; Sinervo ym. 2019, 36), joihin vuoden 2023 alussa toteutettu hyvinvointialueuudistus pyrki vastaamaan. Tämä tausta asettaa puitteet sille asiantuntijapuheelle, jota tässä tutkimuksessa tarkastellaan. Seuraavaksi syvennyttään integraation käsitteeseen. Integraatio näyttäytyy julkisessa keskustelussa ratkaisuna globaaleihin ja kansallisiin ongelma-kohtiin (Paatela ym. 2024, 1). Integraatio käsitteenä on moniulotteinen ja sitä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Integraation eri näkökulmien tarkastelu mahdollistaa sen analysoinnin millaisesta integraatiota asiantuntija-arvioinneissa puhutaan. Lopuksi tarkastellaan institutionaalisten logiikoiden teoriaa. Integraatio muodostaa moninaisen kentän, jossa erilaiset periaatteet ja kulttuurit kohtaavat. Institutionaalisten logiikoiden teorian kautta voidaan ymmärtää niitä näkemyksiä, jotka ohjaavat sote-integraatiosta käytävää keskustelua ja mitä integraatiossa pidetään tavoiteltavana.

2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien kehittäminen ja uudistaminen ovat olleet pitkään keskeisiä haasteita niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin. Globaalisti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät kamppailevat samanlaisten ongelmien

kanssa (ks. esim. Kodner 2009, 8). Eri maissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuotetaan ja rahoitetaan eri tavoin sekä lainsäädännöissä on eroja, mutta siitä huolimatta näihin haasteisiin edellytetään ratkaisuksi samantyyppisiä uudistusideoita. Uudistuspainoiden taustalla vaikuttaa se, että eurooppalaisissa palvelujärjestelmissä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestelmät ovat kehittyneet toisistaan erillisinä (Tynkkynen ym. 2025, 16.) Useimmat Länsi-Euroopan maat ovatkin etsineet keinoja sovittaa näitä kahta erillistä sosiaali- ja terveydenhuollon sektoria yhtenäisemmiksi vastaamaan monimutkaistuviin yhteiskunnallisiin tarpeisiin (Raitakari 2025, 18) ja tätä yhteensovittamista tehdään koko Euroopassa ja esimerkiksi Pohjois-Amerikassa erilaisissa muodoissa (van Duijn ym. 2018, 4; Kodner & Spreuwenberg 2002, 1). Erityisesti pohjoismaiset palvelupohjaiset hyvinvointivaltiot ovat 1990-luvulta lähtien pyrkineet kuromaan umpeen kuiluja korkeiden odotusten ja rajallisten resurssien välillä (Vabø ym. 2022, 550).

Tämä kansainvälinen kehityssuuntaus heijastuu vahvasti myös Suomeen, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän uudistamisen tarve on tunnistettu 2000-luvun alkupuolella (Tynkkynen ym. 2025, 15), josta lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusprosessissa on esitetty erilaisia ratkaisuita palveluiden rakenteiksi eri muodoissa (Paatela ym. 2024, 1). Nämä ratkaisut eivät ole kuitenkaan menneet läpi, mikä on tavanomaista hallinnollisissa uudistuksissa (Rautiainen ym. 2020, 16). Palvelujärjestelmää on pyritty kehittämään erilaisilla hankkeilla, kuten kunta- ja palvelurakennemuutos PARAS-hankkeella. Valtion tasolla on keskitytty kuntarakennereformin tekemiseen ja kuntien osalta palveluiden kustannusten hillitsemiseen. Tavoitteena on ollut kuntarakenteen uudistaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden vahvistaminen sekä palveluiden yhdenvertaisen saavutettavuuden parantaminen. (Tynkkynen ym. 2025, 15; Kröger 2014, 37).

Pitkällisen uudistamisprosessin lopputulemana vuoden 2023 alussa hyvinvointialueet aloittivat toimintansa, joka tarkoitti sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuun siirtymistä 21 hyvinvointialueelle, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rahoitus siirtyi kunnilta valtiolle sekä samalla sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen ohjaus vahvistui. (Kihlström ym. 2026, 2.) Suomessa palvelut ovat julkisen sektorin järjestämiä, mikä on mahdollistanut kansainvälisesti poikkeuksellisen laajan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation. Suomalaisista sote-järjestelmää on pyritty kehittämään yhtenä kokonaisuutena hallinnollisesti sekä rahoituksen ja ohjauksen osalta koko uudistamisprosessin ajan. Kansainvälisesti

Suomen sote-uudistus on poikkeuksellisen laaja, vaikkakin se noudattaa maailmanlaajuisia suuntauksia (Tynkkynen ym. 2025, 16.) Suomalainen palvelujärjestelmä on kansainvälisesti tarkasteltuna ollut jo melko integroitu ennen uudistusta, vaikkakin se on tunnistettu myös äärimmäisen hajautetuksi (Sinervo & Keskimäki 2019, 425). Suomen sote-uudistus on muuttanut palvelujärjestelmän toimintaa organisatorisesti sekä hallinto-, rahoitus- ja ohjausjärjestelmän toimintaa merkittävästi (Paatela & Tynkkynen 2024, 44).

Toteutetulla hallinnollisella uudistuksella yhdistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ylätasolla, mutta pelkkä organisatorinen yhdentyminen ei vielä riitä takaamaan uudistuksen sisällöllistä onnistumista, vaan se edellyttää myös käytännön tason toiminnan muuttamista (Kekoni ym. 2019, 27; Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali... 2024, 10–11). Sosiaali- ja terveysministeriö toimeenpanee parhaillaan keskeisiä sisällöllisiä tavoitteita Kansallisella palvelureformilla vuosina 2023–2026, jolla pyritään parantamaan palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ja selkiyttämään sitä (Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali... 2024, 10–11). Varsinaista palvelutoiminnan käytännön kehitystyötä ei ole vielä kaikilla alueilla päästy toteuttamaan, sillä organisaatioiden huomio on alkuvaiheessa keskittynyt talouden tasapainottamiseen ja turvallisen siirtymän varmistamiseen (Paatela & Tynkkynen 2024, 44). Siten sote-uudistus on vielä vaiheessa, sillä hyvinvointialueille siirtyminen on vasta luonut perustan varsinaisten käytäntöjen ja palvelujen sisältöjen laajamittaiseen uudistamiseen.

Palvelujärjestelmään kohdistuvat muutospaineet kytkeytyvät väestön ikääntymiseen, eliniän pitenemiseen sekä kroonisten sairauksien lisääntymiseen, mitkä kasvattavat palveluiden tarvetta entisestään. Samanaikaisesti asiakkaiden ongelmat nähdään aiempaa kompleksisempina. Nykymuotoiset palvelujärjestelmät ovat kuitenkin usein hajautuneita, jolloin ne eivät kykene vastaamaan kasvaneisiin ja kokonaisvaltaisempiin palvelutarpeisiin. (Paatela ym. 2024, 1.) Tämän lisäksi ihmisten odotukset palveluita kohtaan ovat nousseet ja asiakkaiden oikeuksia on korostettu (Tiirinki ym. 2022, 2). Tämä rakenteellinen hajanaisuus heijastuu palveluiden koordinointiin ja jatkuvuuteen, aiheuttaa resurssien tehotonta käyttöä ja tekee kustannuksista vaikeasti hallittavia. Myös kansalaisten luottamus palvelujärjestelmää kohtaan on laskenut. (Kodner 2009, 8.) Tilannetta vaikeuttavat ongelmat ammattitaitoisen työvoiman rekrytoinnissa ja pysyvyydessä (Kihlström ym. 2026, 2; Tynkkynen ym. 2025, 15; Paatela ym. 2024, 1; Fulop ym. 2002, 2).

Palvelujärjestelmän kyvyttömyys vastata monimutkaistuviin tarpeisiin kietoutuu viime vuosikymmeninä tapahtuneeseen kehitykseen, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on tapahtunut eriytymistä ja tehtävien erikoistumista sekä sen myötä rakenteellista ja toiminnallista eriytymistä (Axelsson & Axelsson 2006, 77–78). Tätä ongelmallista eriytyneisyyttä ja pirstaloitumista kutsutaan fragmentaatioksi (Tiirinki ym. 2022, 2; Vabø ym. 2022, 54), jonka nähdään tuottavan järjestelmätasolla tehottomuutta, päällekkäisen työn riskiä sekä laatuongelmia. Fragmentoituneessa järjestelmässä asiakasta ei voida kohdata holistisesti, sillä asiakas joutuu hakeutumaan useiden eri ammattilaisten luo ja käyttämään omia voimavarojaan löytääkseen oikeat palvelut (Raitakari 2025, 19–20).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen julkilausutut tavoitteet ovat monitahoisia, ja ne voidaan jakaa toisiinsa kytkeytyviin rakenteellisiin, laadullisiin ja taloudellisiin ulottuuksiin. Uudistuksen ensisijaisena lähtökohtana on vastata väestön ikääntymisen ja syntyvyyden laskun aiheuttamiin demograafisiin haasteisiin. Nämä väestörakenteen muutokset kytkeytyvät suoraan uudistuksen laadullisiin tavoitteisiin, eli palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseen, sillä aiempi kuntapohjainen rakenne on aiheuttanut alueellista eriarvoisuutta eri alueissa asuvien kuntalaisten välille. Parantamalla palvelujen yhdenvertaista saatavuutta tavoitellaan laajempaa yhteiskunnallista päämäärää eli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista väestöryhmien välillä. Nämä laadulliset tavoitteet asettuvat kuitenkin jännitteeseen taloudellisten ja resursseihin liittyvien tavoitteiden kanssa. Hyvinvointialueiden on kyettävä hillitsemään kustannusten kasvua ja tehostamaan toimintaansa sekä pyrittävä turvaamaan ammattitaitoisen työvoiman saanti sekä pysyvyys. (Kihlström ym. 2026, 2; Tynkkynen ym. 2025, 15; Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali... 2024, 8–9.) Uudistuksen tavoitteet muodostavat ristiriitaisen kokonaisuuden, jossa laadulliset parannukset ja taloudelliset säästöpainot neuvottelevat keskenään.

Kuten edellä kuvataan, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamiseen kohdistuu erilaisia odotuksia, mikä tekee siitä monimutkaisen kehittämiskohteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä nähdään ilmeinen tarve yhteisille prosesseille ja sektoreiden väliselle vuorovaikutukselle (Tiirinki ym. 2022, 2). Keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen muutostyötä ohjaava teema ja tavoite onkin ollut palvelujärjestelmän integraatio, joka nähdään vastauksena globaaleihin ja kansallisiin haasteisiin sekä fragmentaation purkamiseen. Integraatiosta on tullut keskeinen käsite sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen liittyvässä keskustelussa niin kansainvälisesti kuin myös Suomessa. (Raitakari 2025, 36; Paananen ym. 2023, 2; Sinervo & Keskimäki

2019, 425; Kodner 2002, 1.) Integraatiolle annettujen merkitysten ymmärtämiseksi seuraavassa luvussa syvennytään integraation käsitteen eri näkökulmiin.

2.2 Integraatio

Integraation käsite on ollut olemassa politiikan ja hallinnon kirjallisuudessa vuosikymmenten ajan (Fisher & Elnitsky 2012, 441) ja sen juuret ovat varhaisissa organisaatioteorioissa (Taskinen & Hujala 2020, 48). Suomalaista integraatiotutkimusta ja -keskustelua on vahvistanutkin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisprosessi, ja hyvinvointialueet nähdään integraatiota tavoittelevina organisaatioina (Raitakari 2025, 20; Sinervo & Keskimäki 2019, 425).

Integraatiotavoite on myös lakisääteinen, sillä laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021, 10 §) velvoittaa hyvinvointialueet järjestämään palvelut siten, että ne muodostavat asiakkaan tarpeisiin vastaavat yhteensovitetut palvelukokonaisuudet ja toimivat palveluketjut. Lisäksi hyvinvointialueilla on vastuu yhteensovittaa asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kokonaisuuksiksi (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 10 §). Näiden lisäksi muun muassa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, 41§) säädetään monialaisesta yhteistyöstä asiakkaan palvelutarvetta arvioitaessa ja sosiaalihuoltoa toteutettaessa sekä terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 32§) säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon välisestä yhteistyöstä.

Integraatio on ollut vuosikymmeniä vahva ja moninäkökulmainen tutkimusalue (Taskinen & Hujala 2020, 47). Keskusteluissa on kuitenkin epäselvyyttä siitä, mitä integraatiolla tarkoitetaan. Integraatiolla on useita määritelmiä, jotka ovat muuntuvia ja vakiintumattomia. (Sinervo & Keskimäki 2019, 425; Halme & Tiirinki 2019, 1; Raitakari 2025, 20.) Yksinkertaisimmillaan integroinnilla tarkoitetaan yhdentämistä, yhdentymistä, eheyttämistä tai liittämistä (Taskinen & Hujala 2020, 48). Integraatiolla viitataan laajasti erilaisiin asioihin, jolloin se voi tarkoittaa mitä tahansa palveluiden kevyestä koordinoinnista aina tiiviiseen moniammatilliseen tiimityöskentelyyn (Sinervo & Keskimäki 2019, 425).

Integraatio on systeemiteoreettinen käsite, sillä kaikki organisaatiot ovat hierarkkisia rakenteita, joissa on erilaisia erillisiä osia, jotka kuitenkin liittyvät toisiinsa (Raitakari 2025,

16). Nämä eri tasoilla toteutuvat asiat jäsenyivät systeemeiksi, jolloin sote-palvelujen integraatiossa toiminnan muuttamisessa on kyse kokonaisvaltaisesta ja systeemisestä uudistamisesta, jossa keskiössä on toimintojen suhteet toisiinsa (Koivisto ym. 2017, 7, 32; Mattila ym. 2021, 172). Integroimisessa on siten kyse monimutkaisesta interventtiosta, jossa johtamisen ja organisaation prosessit tapahtuvat useilla tasoilla samanaikaisesti. Integraation toteuttamiseen vaikuttavat näiden prosessien lisäksi paikalliset ja kansalliset toimintaympäristöt (Goodwin 2013, 1).

Integraatiota on pyritty selkeyttämään tutkimuskirjallisuudessa erilaisilla teoreettisilla jäsenyksillä (esim. Goodwin 2013; Kodner 2009; Fisher & Elnitsky 2012; Valentijn ym. 2013). Yksi tapa jäsentää integraatiota on tarkastella sitä sen tyyppin mukaan. Integraation tyypit kuvaavat sitä, minkälaisesta integraatiosta on kyse. Järjestelmäintegraatiossa (*system integration*) integraatio tapahtuu yhteiskunnan rakenteiden tasolla poliittisella päätöksenteolla ja lainsäädännöllä. Organisaatiotason integraatiossa (*organizational integration*) painopiste siirtyy organisaatioiden välisiin hallinnollisiin yhteyksiin ja palveluiden koordinointiin eri organisaatioiden välillä. Funktionaalinen integraatio (*functional integration*) puolestaan toimii näiden tasojen toiminnallisena mahdollistajana, jolloin integraation toteuttamiseen vaadittavat tukitoiminnot, kuten tietojärjestelmät ja johtaminen suunnitellaan niin, että ne tukevat organisaatioiden ja ammattilaisten välistä yhteistyötä. Ammattilaistason integraatiossa (*professional integration*) eri ammattiryhmät toimivat yhteistyössä niin organisaatioiden sisällä kuin välillä. Palveluintegraatiolla (*service integration*) tarkoitetaan palveluiden integroimista organisaatiotasolla, jolloin erilliset toimijat eri organisaatioista toimivat yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon vahvistamiseksi. Kliinisessä integraatiossa (*clinical integration*) palvelut koordinoidaan yhdeksi prosessiksi, käytännössä se voi tarkoittaa esimerkiksi yhteisten ohjeistusten käyttöä. Normatiivisessa integraatiossa (*normative integration*) tavoitellaan yhteisesti jaettua ajattelutapaa, jolloin yhdentämistä vaaditaan arvojen, kulttuurien ja tavoitteiden tasoilla. (mm. Kodner 2009, 12; Shaw ym. 2011, 8; Taskinen & Hujala 2020, 49–50; Hujala & Lammintakanen 2018, 11; ks. myös Paananen 2023, 2; Browne ym. 2004, 1.)

Integraatiota ovat jäsentäneet myös Valentijn ja kumppanit (2013) integroidun hoidon Sateenkaarimallissaan (*the Rainbow Model of Integrated Care*). Tässä mallissa integraatiota voidaan toteuttaa kolmella tasolla, joita ovat makro-, meso- ja mikrotasot. Näiden tasojen välillä korostuu niiden keskinäisriippuvuus. Makrotasolla tarkoitetaan koko yhteiskunnan tasolla tapahtuvaa integraatiota eli sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista yhdistämistä koko palvelujärjestelmän laajuisesti (Taskinen & Hujala 2020, 51; Hujala &

Lammintakanen 2018, 10). Makrotason integraatiosta puhutaan aiemmin mainittuna systeemitasen integraationa (Valentijn ym. 2013, 4; Fisher & Elnitsky 2012, 444; Kodner 2009, 12). Yhteisillä rakenteilla ja prosesseilla pyritään tukemaan yhteistä strategista suunnittelua ja kehittämistä (Rosen & Ham 2008, 2), jota voidaan edistää lainsäädännön ja muun ohjauksen keinoin (Paatela ym. 2024, 1). Makrotasolla palveluiden yhdentämistä toteutetaan koko väestölle (Bhat ym. 2022, 2).

Mesotasolla viitataan organisaatiotason integraatioon (Valentijn ym. 2013, 4; Fisher & Elnitsky 2012, 444). Tällä tarkoitetaan organisaatioiden tai niiden eri yksiköiden välisiä yhteistyösuhteita sekä hallinnollista yhdistämistä (Taskinen & Hujala 2020, 51; Hujala & Lammintakanen 2018, 10; Kodner 2009, 12). Mesotason integraatiolla voidaan siis pyrkiä yhdentämään rakenteita ja prosesseja niin, että yhteistyö eri tiimien ja organisaatioiden välillä mahdollistuu (Rosen & Ham 2008, 2). Tämän tason integraatiolla pyritään tuottamaan yhdennettyjä palveluita tietyille kohderyhmille, joilla on samanlaisia tarpeita ja jotka tarvitsevat palveluita eri toimijoilta samanaikaisesti (Valentijn ym. 2013, 5, 6; Bhat ym. 2022, 10).

Mikrotasolla tarkoitetaan palvelujen yhteensovittamista asiakkaan tai ammattilaisten tasolla (Hujala & Lammintakanen 2018, 11; Taskinen & Hujala 2020, 51; Bhat ym. 2022, 10). Mikrotasolla palveluita toteutetaan asiakaslähtöisesti ja asiakasprosessissa toimii yhteistyössä asiakkaan tarpeiden mukaisesti eri toimijoita, jotka toimivat kumppanuusperustaisesti sekä jakavat osaamisensa ja vastuun yhteisesti (Valentijn ym. 2013, 7). Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi palveluohjaajan koordinoimaa palveluketjua (Taskinen & Hujala 2020, 51), jolloin se linkittyy vahvasti koordinoinnin käsitteeseen. Shaw ja kumppanit (2011, 7) määrittelevät integraation olevan yhdistelmä menetelmiä ja prosesseja, jotka parantavat palvelujen koordinointia. Integrointi ja koordinointi ovat teoreettisesti lähikäsitteitä ja esiintyvät usein toistensa synonyymeina. Koordinointi voidaan nähdä yhtenä integraation toteuttamisen keinona, mutta integraatiolla on käsitteenä kuitenkin laajempi merkitys (Taskinen & Hujala 2020, 48–49.)

Integraatiota voidaan tarkastella myös vertikaalisena ja horisontaalisena yhdentämisenä. Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan eri hierarkiatason palvelujen yhdistämistä toisiinsa (Axelsson & Axelsson 2006, 79; Taskinen & Hujala 2020, 52; Koivisto & Liukko 2017, 8). Terveystieteiden alalla eri sairauksia hoidetaan eri erikoistumistasoilla (Valentijn ym. 2013, 4), joten vertikaalinen integraatio voi tarkoittaa esimerkiksi perusterveyden-

huollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä asiakkaan siirtyessä jatkohoitoon (esim. Taskinen & Hujala 2020, 52; Koivisto & Liukko 2017, 8). Horisontaalinen integraatio taas tapahtuu saman hierarkiatason organisaatioiden tai yksiköiden välillä (Axelsson & Axelsson 2006, 79; Taskinen & Hujala 2020, 52), kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteensovittamisesta puhuttaessa (Koivisto & Liukko 2017, 8; Taskinen & Hujala 2020, 52). Horisontaalisessa integraatiossa voidaan siis keskittyä esimerkiksi yhden sairauden hoitopolkuihin, kun taas vertikaalisella integraatiolla pyritään koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseen yli sektorirajojen monitoimijaisella yhteistyöllä ja saumattomiin palvelukokonaisuuksiin (Valentijn ym. 2013, 4; ks. myös Taskinen & Hujala 2020, 52).

Suomalaisessa sote-keskustelussa paikkansa on vakiinnuttanut toiminnallinen integraatio (*operational integration*), joka tarkoittaa palveluiden yhteensovittamista käytännön toiminnassa (Taskinen & Hujala 2020, 51–52), jolloin se on asiakas- ja työntekijätason horisontaalista integraatiota. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutostyötä on ohjannut hallinnollisen integraation lisäksi nimenomaan toiminnallisen integraation saavuttaminen (Paatela & Tynkkynen 2025, 44). Suomessa toiminnallisesta integraatiosta puhutaan myös palveluintegraationa (Halme & Tiirinki 2019, 7). On siis huomioitava, että suomalaisessa keskustelussa toiminnallinen integraatio rinnastetaan nimenomaan käytännön työn yhdentämiseen ja palveluintegraatioon, kun taas kansainvälisessä keskustelussa toiminnallinen tai funktionaalinen integraatio (*functional integration*) viittaa ensisijaisesti integraatiota tukeviin tukitoimintoihin, kuten tietojärjestelmiin (vrt. Kodner 2009, 12; Shaw ym. 2011, 8; Valentijn ym. 2013, 7). Toiminnallisen integraation käsitettä määritellään oikea-aikaisuudella, tarveperustaisuudella, asiakaslähtöisyydellä ja saumattomuudella (Halme & Tiirinki 2019, 8). Toteutuakseen toiminnallinen integraatio vaatii lainsäädännön ja taloudellisten resurssien tukea (Sinervo & Keskimäki 2019, 426), ja organisaatioilla täytyy olla yhteinen ymmärrys tavoitteista (Halme & Tiirinki 2019, 2; Cheng & Catallo 2020, 215) sekä toimintamallit ja kulttuurit toteuttamisen tukena (Sinervo & Keskimäki 2019, 426).

Integraatiota voidaan tarkastella myös sen syvyyden ja tiiviyyden kautta. Tätä jaottelua ovat tutkimuksissaan tarkastelleet esimerkiksi Leutz (1999), Ahlgren ja Axelsson (2005) sekä Axelsson ja Axelsson (2006). Tässä integraatio nähdään jatkumona, jonka alkupäässä on palvelujen täydellinen erillisyys (*full segregation*). Tässä kohtaa palvelujen välillä ei ole minkäänlaista integraatiota. Seuraavana asteena on linkittyminen (*linkage*), jolloin organisaatioiden välillä asiakasta ohjataan oikeaan paikkaan oikea-aikaisesti ja yhteistyö

on tapauskohtaista. Rakenteellisempi integraation muoto on verkostojen koordinointi (*co-ordination*), jolloin olemassa olevien organisaatioiden kautta koordinoidaan erilaisia palveluita ja jaetaan asiakastietoa. Tämä voi esimerkiksi tarkoittaa hoito- ja palveluketjuja. Täysi integraatio (*full-integration*) tarkoittaa eri organisaatioyksiköiden yhdistämistä yhdeksi, jolloin tuotetaan kattavia palveluita asiakkaiden tarpeiden mukaisesti tiiviissä yhteistyössä eri ammattiryhmien välillä. (Leutz 1999, 85; Alhgren & Axelsson 2005, 2; Axelsson & Axelsson 2006, 88.)

Raitakarim (2025, 17) mukaan kansainvälisessä keskustelussa integraatiota tarkastellaan erityisesti integroidun hoidon (*integrated care*) ja moniammatillisen yhteistyön (*inter-professional collaboration*) tutkimuskentillä. Käytännön tasolla integraatiota voidaan toteuttaa erilaisten toimintamallien ja menetelmien kautta. Sitä onkin lähestytty sekä tutkimuksessa että käytännön kehittämistyössä esimerkiksi tiimityön (*team work*), palveluohjauksen (*case management* tai *case coordination*) ja hoitoketjujen (*chains of care* tai *continuum of care*) käsitteillä. Käsitteellisesti on huomioitava, että osa näistä kansainvälisistä integraation käsitteistä kytkeytyvät hoidollisuuteen, sillä ne painottavat hoitoketjuja ja potilasprosesseja. Kuitenkin esimerkiksi integroidusta hoidosta puhuttaessa kirjallisuudessa siihen sisällytetään usein sosiaalihuollon palvelut, jotka nähdään tärkeänä osana integraatiota (ks. esim. Valentijn ym. 2013; Kodner & Spreuwenberg 2002; Goodwin 2015; Tiirinki ym. 2022).

Integraation tavoitteet ja hyödyt koskevat asiakkaita tai potilaita, eri ammattiryhmiä, organisaatioita sekä yhteiskuntaa (Hujala ym. 2024, 474). Sillä voidaan pyrkiä edistämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua, vaikuttavuutta, tehokkuutta, asiakaslähtöisyyttä ja kustannustehokkuutta (Halme & Tiirinki 2019, 31, 33; Tiirinki ym. 2022, 9). Käytännössä integraation katsotaan mahdollistavan oikea-aikaiset ja saumattomat palvelut, mitkä voivat lyhentää odotusaikoja ja parantaa hoidon tehokkuutta (Sinervo & Keskimäki 2019, 425; Correia de Matos ym. 2024, 14).

Onnistuneen integraation punaiseksi langaksi hahmotetaan usein asiakaslähtöisyys, jossa palvelukokonaisuus rakentuu yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta (Timperi 2022, 48; Halme & Tiirinki 2019, 8; Taskinen & Hujala 2020, 58; Koivisto & Tiirinki 2020b, 57). Tämä edellyttää ammattilaisilta asiakkaan oman asiantuntijuuden tunnustamista sekä aktiivista osallistamista prosessin kaikissa vaiheissa (Huvinen ym. 2014, 33; Toikko 2014, 173). Osallisuuden vahvistamisella voidaan voimaannuttaa asiakasta ja

mahdollisesti tuottaa uusia ratkaisumalleja (Hujala ym. 2019, 595). Mikäli asiakas on sitoutunut itse asettamiinsa tavoitteisiin, voivat motivaatio ja vastuunotto omasta hyvinvoinnista kasvaa, mikä voi johtaa parempiin hoidon tuloksiin ja kestävämpiin elämänvalintoihin (D'Amour 2005, 126).

Ammattilaisten näkökulmasta integraation hyötyinä nähdään sen tuottama kumppanuus-synergia ja verkostojen tehokkuus (Browne ym. 2004, 2). Integraatiota käytännön tasolla toteuttavien näkökulmasta yhteistyö voi siten lisätä ammattilaisten hyvinvointia ja tyytyväisyyttä, sillä yhteistyössä voidaan jakaa esimerkiksi vastuuta ja osaamista, joka voi vähentää kuormittuneisuutta (D'Amour ym. 2005, 128). Järjestelmätasolla integraatio nähdään keinona selkiyttää palvelukokonaisuuksien hallintaa, sillä vastuu koordinoinnista siirtyy pirstaleiselta järjestelmältä tai asiakkaalta itseltään suunnitelmalliseen yhteensovittamiseen (Tiirinki ym. 2022; Alahuhta & Niemelä 2017, 11).

Integraation avulla pyritään vastaamaan myös kompleksisiin monialaisia palveluita vaativiin tilanteisiin. Integraatiota koskevaan tutkimukseen linkittykin vahvasti keskustelu paljon palveluita tarvitsevista asiakkaista, ja keskustelu siitä, mitkä asiakasryhmät tarvitsevat palvelujen yhteensovittamista ja ketkä hyötyvät siitä eniten (Raitakari 2025, 21, 25). Paatelan ja kumppaneiden (2025, 46) mukaan integraation tarve ja merkitys painottuvat sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla on laaja-alaisen tuen tarve ja onnistuneen asiakasprosessin takaamiseksi tarvitaan eri sektoreiden saumatonta yhteistyötä. Tällaisina erityisinä asiakasryhminä nousevat esille nimenomaan paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat, joiden kohdalla palvelujen pirstaleisuus aiheuttaa suurimmat riskit palvelujärjestelmästä putoamiselle. Integraation katsotaankin tuottavan jatkuvia ja kokonaisvaltaisia palveluita, mikäli järjestelmää integroidaan eri tasoilla samanaikaisesti (Valentijn ym. 2013, 9).

Integraatiosta puhuttaessa siihen liitetään usein kustannusten hillitseminen (ks. esim. Halme & Tiirinki 2019, 31, 33; Tiirinki ym. 2022, 9). Integraation avulla pyritään vähentämään tarpeettomia jatkokäyntejä, nopeuttamaan ongelmien ratkaisua ja ehkäisemään tilanteiden kärjistymistä, joilla on kuitenkin suora yhteys myös asiakkaan inhimillisen kärsimyksen vähentymiseen (Kivelä ym. 2018; Kivipelto ym. 2020, 13; Laine 2014, 28). Tutkimuskirjallisuudessa integraation tunnustetaan vaativan alkuvaiheessa ajallisia ja rahallisia investointeja. Myöhemmin sen nähdään mahdollistavan rajallisten resurssien paremman kohdentamisen ja ammattilaisten päällekkäisen työn vähentämisen, mikä lopulta voi hillitä kustannuksia (Correia de Matos ym. 2024, 25–26; ks. myös Kivipelto ym. 2020, 7). Integraation nähdäänkin parantavan ensisijaisesti palvelun laatua ja järjestelmän

toimivuutta, mikä on edellytys kestäväälle sosiaali- ja terveystalouden tuottamiselle (Correia de Matos ym. 2024, 15, 25; Hujala & Taskinen 2020, 8; Hujala & Lammintakanen 2018, 19).

Integraation toteutumisen esteinä voivat toimia organisaatorakenteet ja hallinnolliset tekijät, kuten lainsäädäntö ja taloudelliset resurssit, mikäli integraation toteuttamiselle ei ole määrätty vaadittavia resursseja. Integraation toteuttamiseksi vaaditaan organisaation sisällä jaettu ymmärrys sen tavoitteista ja tarkoituksesta sekä yhtenäiset toimintamallit ja -kulttuurit. Johtamisen tulee tukea näitä tekijöitä, sekä mahdollistaa yhteisten toimintamallien rakentamista ja tiimityöskentelyä eri toimijoiden välillä. Integraatiota käytännössä toteuttavien ammattilaisten välillä tulee olla luottamusta, toimiva vuorovaikutus ja tietojen vaihtoa. (Sinervo & Keskimäki 2019, 426; Cheng & Catallo 2020, 215; Halme & Tiirinki 2019, 2.) Organisaation jokaisella tasolla tulee olla valmiutta tehdä yhteistyötä eri sektoreiden kanssa ja valmiutta sitoutua uudenlaisiin työskentelytapoihin, joissa työtä tehdään yli tiukkojen professionarajojen (Zitting ym. 2019, 385).

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio esitetään usein yhteisenä ja jaettuna tavoitteena, mutta siihen kohdistuu käytännössä erilaisia odotuksia ja tavoitteita. Integraation käsite näyttää moninaisena käsitteenä, ja sen toteuttamiseen ja jäsentämiseen liitetään erilaisia tulkintoja. Näiden integraation käsitteellisten erojen esille tuominen tässä tutkimuksessa on välttämätöntä, sillä ne toimivat pohjana asiantuntijapuheen analysoinnille. Näiden integraation näkökulmien kautta voidaan myöhemmin tarkastella sitä, millaisena integraatiota kehystetään asiantuntijapuheessa ja millaiseen asemaan sosiaalihuolto asetetaan integraatiossa. Näiden erilaisten painotusten tarkastelussa teoreettisena viitekehyksenä on institutionaalisten logiikoiden näkökulma, johon syvennytään seuraavassa luvussa.

2.3 Institutionaaliset logiikat

Tässä tutkimuksessa integraatiota tarkastellaan institutionaalisten logiikoiden näkökulmasta. Integraatio nähdään institutionaalisenä muutosprosessina, jolloin sitä ei lähestytä pelkästään hallinnollisena tai rakenteellisena uudistuksena. Muutosprosessissa erilaiset logiikat kohtaavat ja neuvottelevat asemastaan. Institutionaaliset logiikat tarjoavat väliin tarkastella niitä näkemyksiä, jotka ohjaavat soite-integraatiosta käytävää keskuste-

lua. Logiikat määrittävät sitä, mitä pidetään tavoiteltavana integraationa ja millaisia rooleja eri toimijoille annetaan. Luvun alussa määrittelen institutionaalisen logiikan käsitteen ja sen kielellisen ulottuvuuden. Tämän jälkeen erittelen integraatioon liittyen keskeiset logiikat.

Institutionaalisten logiikkojen käsite linkittyy yhteiskuntatieteissä laajasti käytettyyn institutionaaliseen teoriaan, joka juontaa juurensa 1800- ja 1900-lukujen taitteen sosiologiaan (Roth 2025a, 24). Institutionaalinen teoria kattaa laajan kirjon erilaisia näkökulmia, joita hyödynnetään useilla tieteenaloilla. Esimerkiksi valtiotiede, taloustiede ja sosiologia tarkastelevat instituutioita omista lähtökohdistaan. (Thornton ym. 2012, 6.) Institutionaalinen teoria tutkii organisaatioiden ja yksilöiden sosiaalista sopeutumista sekä yhteiskunnan normatiivisten ja rutiininomaisten rakenteiden muodostumista ja rakenteiden yhtenäistämistä (Roth 2025a, 23; Roth & Vakkuri 2023, 87). Institutionaalista teoriaa on kuitenkin kritisoitu siitä, että se kuvaa ensisijaisesti rakennetta eikä kykene selittämään organisaatioiden rakenteiden toimintaa tai muutoksia (Kallio ym. 2016, 3; Kallio 2015, 54).

Institutionaalisen teorian pohjalta on kehitetty institutionaalisten logiikkojen teoria, jonka avulla pyritään tarkemmin ymmärtämään eri toimijoiden, kuten yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden roolia yhteiskunnallisissa rakenteissa. Teorian kautta voidaan tarkastella näiden toimijoiden vaikutuksia institutionaalisiin käytäntöihin ja merkitysjärjestelmiin. (Roth 2025a, 23, 28; Roth & Vakkuri 2023, 87, 89; Kallio ym. 2016, 3.) Thorntonin ja kumppaneiden (2012, 4) mukaan institutionaalinen logiikka on kehittynyt erityisesti neoinstitutionalismiin eli uusinstitutionaalisen teorian pohjalta (ks. myös Kallio 2015, 54). Institutionaalisten logiikoiden teorian tutkimussuunnan juuret ovat Friedlandin ja Alfordin (1991) tutkimuksessa, jossa he esittivät logiikat vastalauseena uusinstitutionaalisen teorian silloiseen valtavirtaan, joka korosti organisaatioiden rakenteellista ja kognitiivista samankaltaistumista. He halusivat tuoda esiin, että organisaatioissa vaikuttaa monia erilaisia ja keskenään kilpailevia toimintatapoja.

Kirjallisuudessa institutionaalisisista logiikoista puhutaan metateorian tai metateoreettisena kehyksenä, teoreettisena viitekehyksenä ja analyysikehikkona. Thorntonin ja kumppaneiden (2012, 2) sekä Thorntonin ja Ocasion (2008, 99) mukaan institutionaaliset logiikat ovat metateoreettinen kehys, joka samalla tarjoaa käsitteellisen ja analyttisen tavan yhteiskunnallisten järjestelmien ja yksilöiden toiminnan välisen suhteen tutkimiseen. Vaikka institutionaalisten logiikkojen teorian painotukset vaihtelevat, on kaikkien niiden

taustalla kuitenkin yhteinen ydinmetateoria, joka sijoittaa logiikat sosiaaliseen ja institutionaaliseen kontekstiin (Thornton & Ocasio 2008, 102). Teoriassa yhdistyvät eri analyysitasot (mikro-, makro- ja mesotasot), mikä mahdollistaa instituutioiden toiminnan tutkimisen sekä rakenteellisella tasolla että toimijatasolla (Thornton ym. 2012, 4; Schildt & Kodeih 2025, 1; Roth 2025a, 28).

Institutionaalisten logiikkojen perspektiivi jäsentyy metateoreettiseksi viitekehyykseksi, joka selittää toimijuuden ja rakenteiden välistä dynamiikkaa. Sulautunut toimijuus korostaa sitä, että yksilöiden ja organisaatioiden arvot, identiteetit ja intressit eivät ole riippumattomia, vaan ne kytkeytyvät aina vallitseviin institutionaalisiin logiikoihin. Yhteiskunta nähdään interinstitutionaalisen kokonaisuutena, joka koostuu useista rinnakkaisista ja usein ristiriitaisista instituutioista, kuten markkinoista, valtiosta ja ammattikunnista. Institutionaaliset logiikat ilmenevät samanaikaisesti sekä materiaalisina resursseina (kuten tekniikka ja rahoitus), että symbolisina merkityksinä (kuten normit ja ideologiat), jotka yhdessä ohjaavat toimintaa. Logiikat ovat monitasoisia, sillä ne läpyleikkävät kaikki tasot mukaan lukien yksilöt, organisaatiot, kokonaiset toimialat ja yhteiskunnalliset rakenteet. Historiallinen riippuvuus korostaa nykyisten käytäntöjen olevan menneisyyden kehityspolkujen ja politiikan tulosta, mikä voi samalla rajoittaa ja luoda puitteita institutionaalille muutokselle. (Thornton & Ocasio 2008, 103–109; Thornton ym. 2012, 6–14.)

Institutionaaliset logiikat ovat sosiaalisesti rakentuneita ja historiallisia toimintamalleja (Thornton & Ocasio 1999, 804). Nämä mallit sisältävät käytäntöjä, oletuksia, arvoja ja sääntöjä, joiden avulla yksilöt ja organisaatiot antavat merkityksen päivittäiselle ja sosiaaliselle toiminnalleen, järjestävät aikaa ja tilaa sekä tuottavat ja toistavat elämänsä ja kokemuksiaan. Siten institutionaaliset logiikat ovat syvälle juurtuneita sääntöjen ja normien kokonaisuuksia, jotka toimivat sosiaalisen käyttäytymisen ohjeina sekä vallitsevien tilanteiden tulkinnan välineinä. Nämä arvot ja oletukset siten ohjaavat yksilöiden ja organisaatioiden toimintaa. Institutionaaliset logiikat kuvaavat myös toimintatapojen lisäksi periaatteita, joiden avulla instituutiot perustelevat toimintatapojaan, tavoitteitaan ja olemassaolonsa tarkoitusta. (Thornton ym. 2012, 2; Roth 2025a, 23, 28; Roth & Vakkuri 2023, 87, 89; Kallio ym. 2016, 3; Andersson 2022, 2346–2347). Yksilöllisen toimijuuden ja kognition sekä sosiaalisesti rakennettujen institutionaalisten käytäntöjen ja sääntöjen välillä nähdään olevan yhteys (Thornton & Ocasio 2008, 101).

Institutionaaliset logiikat muodostuvat materiaalisista käytännöistä ja symbolisista rakenteista (Friedland & Alford 1991, 245; Thornton ym. 2012, 5). Yhteiskunnalliset instituutiot toimivat rakenteina, mutta muodostavat samalla kulttuurisia järjestelmiä, jotka tuottavat arvoa tietyllä tavalla. Siten logiikat määrittävät, mitä organisaatioissa pidetään tavoiteltavana. Samoin institutionaaliset muutokset ovat myös aina samanaikaisesti materiaalisia ja symbolisia, jolloin muutokset koskevat vallan ja etujen rakenteiden muutoksia sekä myös niiden määrittelyn muutosta. Tällöin organisaatorakenteilla on tarve vastata symbolisesti ympäristön ja vallitsevien logiikkojen asettamiin odotuksiin. (Friedland & Alford 1991, 234, 243–245.) Sote-uudistuksessa onkin kyse rakenteiden uusimisen lisäksi uudenlaisten symbolisten merkitysten ja toimintatapoja ohjaavien logiikkojen vakiinnuttamisesta ja oikeuttamisesta.

Käytännön toiminnan tasolla institutionaalisten logiikoiden nähdään muodostuvan ja uusiutuvan toisiinsa kytkeytyvissä arkisissa toimintatavoissa, joissa jaetaan yhteisiä uskomuksia, normeja ja materiaalisia elementtejä. Organisaation arjessa logiikoita pitävätkin yllä eri ammattilaisten jaetut roolit, toimivallat sekä käytäntöjen väliset suhteet. Nämä suhteet ohjaavat sitä, miten toimijat peilaavat omaa tekemistään suhteessa muihin (Schildt & Kodeih 2025, 2.) Sote-integraation kontekstissa tämä tarkoittaa, että järjestelmää ohjaavat logiikat tulevat todeksi nimenomaan näiden toisiinsa kytkeytyneiden arjen käytäntöjen, ammatillisten identiteettien ja jaettujen normien kautta.

Institutionaalisten logiikoiden lähtökohtana on se, että instituutiot toimivat samaan aikaan useilla eri tasoilla. Tällöin eri toimijoiden valintoja ja ajattelutapoja ohjaavat yksilöllisen tason tavoitteiden lisäksi eri tasoilta kuten organisatoriselta, toimialalta tai koko yhteiskunnan tasolta tulevat vaatimukset ja odotukset. (Thornton ym. 2012, 13.) Institutionaalisten logiikkojen lähestymistapa tarjoaa välineen ymmärtää instituutioiden toimintakulttuurien moninaisuutta, joissa toimijat vaikuttavat samanaikaisesti useissa eri institutionaalisissa järjestyksissä (Mountford & Cai 2023, 364). Sote-integraation kontekstissa tämä monitasoisuuden näkökulma on välttämätön, sillä integraatiota ei toteuteta tyhjiössä. Siten institutionaalisten logiikkojen kautta voidaan ymmärtää paremmin sitä, miten eri toimijat näkevät asiat ja miten tavat toimia voivat mennä usein ristiin. (Roth 2025a, 22, 28.) Esimerkiksi yksittäisten työntekijöiden toimintaan vaikuttavat hyvinvointialueen strategiat ja resurssit, ammattieettiset ohjeet sekä kansallinen lainsäädäntö ja rahoitus. Institutionaaliset logiikat toimivat näiden tasojen välillä toimien välittäjinä antaen toimijoille symboliset ja materiaaliset puitteet, joiden avulla toimijat antavat merkityksiä työnsä ja toimilleen palvelujärjestelmässä.

Institutionaalisten logiikoiden keskinäinen dynamiikka voikin vaihdella. Toisaalta yksi logiikka voi olla niin hallitseva, että se määrittää organisaation käytännöt ja ymmärryksen lähes tiedostamatta. Toisaalta logiikat voivat asettua rinnakkaiseen suhteeseen, jolloin ne ovat keskenään yhteensopivia ja muodostavat yhtenäisen arvopohjan (Besharov & Smith 2014, 366). Toisinaan ja yleisemmin samaan aikaan vaikuttaa useita logiikoita. Usein logiikoiden ilmentyminen samanaikaisesti kuitenkin haastaa toimijoita, sillä ne voivat sisältää toisistaan poikkeavia viestejä siitä, miten kussakin tilanteessa tulisi toimia (Andersson 2022, 2347). Logiikoiden ristiriitaisuus on erityisen haastavaa sen vuoksi, että ne kytkeytyvät syviin arvoihin ja identiteetteihin, joihin toimijat ovat sitoutuneet. Siten toimijat joutuvat tulkitsemaan, muokkaamaan ja neuvottelemaan näiden erilaisten merkitysjärjestelmien välillä kohdatessaan rinnakkaisia logiikoita sekä sovittamaan yhteen usein vastakkaisia odotuksia ja käytäntöjä (Mountford & Cai 2023, 364; Stevenson ym. 2024, 3).

Institutionaaliset logiikat tulevat näkyväksi kielen ja viestinnän kautta. Thornton ja kumppanit (2012, 148–150) korostavat kielen merkitystä logiikoiden välittäjänä ja rakentajana, sillä toimijat hyödyntävät logiikoita kielellisinä resursseina pyrkiessään antamaan merkityksiä toiminnalleen, vakiinnuttaakseen käytäntöjä tai pyrkiessään vakuuttamaan muita muutosten välttämättömyydestä. Kielen avulla logiikat rakentuvat ja tulevat osaksi institutionaalista arkea. Samalla kieli toimii välineenä, jonka avulla vallitsevia logiikoita voidaan haastaa ja neuvotella uudelleen. Ngoyenin ja kumppaneiden (2019, 262–263) mukaan institutionaaliset logiikat vaikuttavat toimijoiden arvostelu- ja harkintakykyyn, sillä toimintaympäristössä käytetty kieli ja hienovaraiset vihjeet ilmentävät ja vahvistavat vallitsevia logiikoita. Tällöin toimijoiden oleminen ja toimiminen voi olla muokkaantunut vallitsevan institutionaalisen logiikan seurauksena.

Institutionaaliset logiikat voidaankin ymmärtää arvottamisen kielioppeina, jotka määrittävät mitä organisaatioissa pidetään tavoiteltavana ja arvokkaana. Kuten perinteisessä kieliopissa, sanojen merkitykset vaihtelevat kontekstista ja käyttötarkoituksesta riippuen, jolloin myös institutionaaliset objektit ja toimijat saavat merkityksensä sen mukaan mistä näkökulmasta asiat määritellään (Friedland & Arjaliès 2021, 65; Roth & Vakkuri 2023, 91). Käytännössä tämä tarkoittaa, että integraation käsite saa erilaisia merkityksiä riippuen siitä, tarkastellaanko sitä esimerkiksi taloudellisen tehokkuuden vai parantuneen asiakaskokemuksen perusteella. Havemanin ja Gualtierin (2017, 25, 28) mukaan tämä kielellinen ja symbolinen rakentuminen nojaa vahvaan kognitiiviseen pohjaan, jolloin logiikat ovat arvojen, uskomusten ja odotusten järjestelmiä. Niiden avulla ihmiset ja orga-

nisaatiot jäsentävät jokapäiväistä toimintaansa. Institutionaalisten logiikoiden näkökulmasta samaa ilmiötä voidaan siis jäsentää eri tavoin sen mukaan, millaiset arvot, tavoitteet ja toimintaperiaatteet korostuvat. Integraation kohdalla tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että integraatio voidaan nähdä joko kustannustehokkuuden, ammatillisen yhteistyön, asiakaslähtöisyyden tai hallinnollisen ohjauksen välineenä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän institutionaalisten logiikoiden kirjo on laaja. Näiden logiikoiden monimuotoisuutta kuvaa Rothin ja Vakkurin (2023, 93, 104) tutkimus, jonka mukaan innovaatioekosysteemeissä voidaan tunnistaa jopa 15 eri logiikkaa, joita ovat julkisen sektorin logiikka, markkinalogiikka, kansalaisyhteiskunnan logiikka, valtiologiikka, professionaalinen logiikka, manageriaalinen logiikka, palvelu-logiikka, terveydenhuollon logiikka, sosiaalipalveluiden logiikka, lääketieteen logiikka, hoitotyön logiikka, sairauksien parantamisen logiikka, terveyden edistämisen logiikka, tutkimuksen logiikka ja innovaatiologiikka. Logiikoiden moninaisuus ilmentää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän institutionaalista kerroksellisuutta sekä auttaa ymmärtämään, miksi eri taustoista tulevat toimijat hahmottavat integraatiota eri tavoilla. Parhaimmillaan moninaisuus rikastuttaa palvelujärjestelmää, mutta kääntöpuolena risteävät tai vastakkaiset näkemykset voivat tuottaa jännitteitä organisaatioissa.

Tätä institutionaalisten logiikoiden laajaa kenttää on kuitenkin tarkasteltu enemmän terveydenhuollon kontekstissa kuin sote-integraation näkökulmasta. Mountfordin ja Cain (2026, 12; 2023, 370) mukaan terveydenhuollossa tunnistettuja keskeisiä logiikoita ja niiden kielellisiä ilmentyviä ovat valtion (*state*), ammatillisen lääketieteen (*medical professionalism*), markkinajohtamisen (*market-managerial*), hoidon (*care*), tieteen (*science*), demokratian (*democracy*), yhteisön (*community*) sekä yleisen hyvän (*public good*) logiikat. Nimenomaan sote-integraatiota ja sen taustalla vaikuttavia institutionaalisia logiikoita on tutkinut Roth (2025a) väitöskirjassaan. Rothin (2025a, 76) mukaan palvelujen integraatiossa neuvottelevat erityisesti manageriaalinen, ammatillinen, potilas- ja asiakas-keskeinen sekä valtio- ja markkinalogiikka.

Manageriaalinen logiikka perustuu organisaation tehokkuuden maksimointiin, hierarkkiseen kontrolliin ja strategiseen suunnitteluun. Tässä logiikassa toimintaa pyritään vakioimaan ja ohjaamaan erilaisten mittareiden, standardoitujen prosessikuvausten ja tulosvas- tuun avulla (Thornton ym. 2012, 53, 73). Manageriaalisessa puheessa korostuvat kustan- nustehokkuus, resurssien hallinta sekä näyttöön perustuvat käytännöt, joiden tavoitteena

on mahdollistaa hallinnollisesti yhteensovitetut prosessit (Roth 2025b, 4). Logiikka painottaa erityisesti prosessijohtamista ja strategisia linjauksia järjestelmän tuloksellisuuden varmistamiseksi (Roth 2025a, 83).

Ammatillinen tai professionaalinen logiikka korostaa asiantuntijuutta ja ammatillista autonomiaa. Lisäksi siinä painotetaan ammatillisia normeja ja asiakkaan tai potilaan etua (Thornton ym. 2012, 73; Roth 2025a, 30; Roth 2025b, 4). Logiikan ytimessä ovat ammatillinen identiteetti ja eettinen harkinta, jotka ohjaavat toimintaa. Ammatillinen logiikka vastaa hoidon ja palvelujen sisällöllisestä laadusta sekä ammatillisten standardien noudattamisesta. Näiden taustalla on ammattioikeuksia ja eettisiä periaatteita säätelevät lait ja ohjeistukset sekä yhteiset työskentelyn viitekehykset. (Roth 2025a, 83.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän integraation kontekstissa ammatillinen logiikka jakautuu kahteen erilaiseen asiantuntijuusalueeseen. Käsitteellinen erottelu näiden kahden logiikan välillä on välttämätöntä, sillä Rothin (2025a, 6, 100) mukaan sosiaalipalveluiden logiikan erityispiirteitä ja logiikan muotoutumista on tutkittu huomattavan vähän verrattuna terveydenhuollon ammattilogiikkaan. Sosiaalipalveluiden logiikassa korostuu hyvinvoinnin lisääminen (Roth & Vakkuri 2023, 94) ja elämänolosuhteiden huomioiminen kokonaisvaltaisesti (Charue-Duboc & Raulet-Croset 2013, 10). Terveydenhuollon logiikassa taas korostuu hyvinvoinnin lisääminen terveystalouden kautta (Roth & Vakkuri 2023, 94) ja parhaan mahdollisen näyttöön perustuvan hoidon tarjoaminen sekä terveyden parantaminen (Kallio ym. 2016, 3; Charue-Duboc & Raulet-Croset 2013, 10).

Potilas- ja asiakaskeskeinen logiikka nostaa keskiöön yksilön omat tarpeet, kokemukset ja osallistumisen (Roth 2025b, 4). Logiikka painottaa käyttäjälähtöisyyttä, jossa palvelut rakennetaan yksilön tavoitteiden ja kokemusten ympärille huomioiden asiakkaan oikeudet, valinnanvapaus ja osallistuminen. Käytännössä tämä ilmenee räätälöityinä hoito- ja palvelupolkuina, joiden toteutumiseen vaikuttavat asiakkaan oma motivaatio ja kyky osallistua (Roth 2025a, 83).

Valtiologiikka tarkoittaa julkista ohjausta eli se muodostaa toiminnalle oikeudelliset ja byrokraattiset puitteet (Roth 2025a, 30). Sen ytimessä ovat sääntely, lakien noudattaminen sekä pyrkimys kansalaisten yhdenvertaisuuden ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden turvaamiseen (Friedland & Alford 1991, 248; Thornton ym. 2012, 73). Valtiologiikka keskittyy poliittiseen ohjaukseen ja valvontaan, jolloin integraatiota tarkastellaan kansallisten etujen hallinnan ja julkisten terveys- ja hyvinvointitavoitteiden näkökulmasta (Roth

& Vakkuri 2023, 98; Roth 2025b, 4). Käytännössä valtiologiikka antaa integraatiolle normatiivisen kehyksen, joka määrittelee resurssit, tiedonhallintaympäristön sekä rahoitusmekanismit. Nämä rakenteet korostavat säädösten noudattamista ja valvontaviranomaisen roolia, mutta niiden ensisijaisena tavoitteena on varmistaa palveluiden yhdenvertainen saavutettavuus sekä kansanterveyden ja yleisen hyvinvoinnin edistäminen (Roth 2025a, 83).

Markkinalogiikka perustuu kilpailuun ja voitontavoitteluun (Friedland & Alford 1991, 234). Tässä viitekehyksessä yhteiskunta toimii markkinapaikkana, jossa painottuvat asiakkaan valinnanvapaus ja kuluttajakäyttäytyminen (Roth 2025a, 30; Roth & Vakkuri 2023, 93). Markkinalogiikka edustaa liiketoimintamaista lähestymistapaa, jossa korostuvat monituottajuus, tuloshakuisuus ja hinnoittelumallit. (Roth 2025a, 83; Roth 2025b, 4). Manageriaalisen logiikan kytkeytyessä näihin markkinaehtoiisiin toimintatapoihin, puhutaan markkinajohtamisen (*market-managerial logic*) logiikasta. Tällöin hallinnolliseen rationaalisuuteen liitetään liiketoiminnallisuutta. Tässä logiikassa korostuvat tehokkuus, palveluorientaatio ja erilaiset hallintamallit, kuten lean-johtaminen. (Mountford & Cai 2020, 370.) Näiden logiikoiden alatyypinä nähdään palvelulogiikka (*service logic*), jossa palveluiden käyttäjät nähdään aktiivisina yhteiskehittäjinä ja arvon luojina. Palvelulogiikka tarjoaa organisaatioille tavan ymmärtää ja kehittää prosesseja siten, että ne vastaavat paremmin palvelun käyttäjien yksilöllisiä tarpeita ja vahvistavat arvonluonnin mekanismeja asiantuntijoiden ja asiakkaiden välisessä vuorovaikutuksessa. (Roth & Vakkuri 2023, 102.)

Edellä eriteltyt logiikat muodostavat tässä tutkimuksessa käytettävän teoreettisen pohjan. Ne tarjoavat monipuolisen viitekehyyksen ymmärtää sote-integraatioon liittyvää monitasoista tarkastelua. Logiikat esiintyvät käytännössä aina suhteessa toisiinsa, ja usein jännitteisinä tai toisiaan täydentävinä kokonaisuuksina. Näiden logiikoiden tarkasteluun palataan analyysin ja tulosten tarkastelun yhteydessä.

3 TUTKIMUKSELLISET VALINNAT

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen toteutus ja tutkimukselliset valinnat. Luvun aluksi kuvataan tutkimusasetelma, jonka jälkeen avataan tutkimuksen metodologiset lähtökohdat ja sitten esitellään tutkimusaineisto. Tutkimus on laadullisena tutkimus, jossa hyvinvointialueita koskevia asiantuntija-arviointoja tarkastellaan kehysanalyysin avulla institutionaalisten logiikoiden näkökulmasta. Kehysanalyysi mahdollistaa integraatioon liitettyjen merkitysten, ongelmanmäärittelyjen ja ratkaisujen tarkastelun, kun taas institutionaaliset logiikat tukevat näiden merkitysten taustalla vaikuttavien arvojen, tavoitteiden ja professionaalisten painotusten tunnistamista. Lisäksi luvussa kuvataan analyysiprosessin eteneminen sekä arvioidaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta.

3.1 Tutkimusasetelma

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota hyvinvointialueittaisissa asiantuntija-arvioinneissa. Tutkimuksen tavoitteena on jäsentää, millaisia merkityksiä integraatiolle rakentuu näissä arvioinneissa sekä tuoda esiin, millaiset ajattelutavat ohjaavat integraatiota koskevaa tekstiä. Lisäksi tavoitteena on tarkastella sosiaalihuollon asemaa osana sote-integraatiota. Tutkimuksessa korostuu kielen merkitys todellisuuden rakentajana, sillä tarkastelun kohteena on nimenomaan näiden ilmiöiden jäsentyminen ja merkityksellistäminen asiantuntijatekstissä. Tutkimus nojaa institutionaalisten logiikoiden teoriaan, jota hyödynnetään analyysia jäsentävänä teoreettisena viitekehyksenä. Logiikkojen avulla on mahdollista tarkastella, millaiset ajattelutavat ja toimintaperiaatteet ohjaavat integraatiota koskevaa tekstiä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisin institutionaalisin logiikoin sote-integraatiota kehystetään asiantuntija-arvioinneissa?
2. Millaiseksi sosiaalihuollon asema kehyksissä rakentuu?

Tutkimuksen aineisto koostuu lokakuussa 2025 julkaistuista Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamista hyvinvointialueiden asiantuntija-arvioista. Arvioinnit käsittelevät vuotta 2024 ja osin vuotta 2025. Aineistoon sisältyvät kaikkien hyvinvointialueiden ar-

viot (n=21), mikä mahdollistaa ilmiön tarkastelun kokonaisvaltaisesti ja kattavasti. Arviointitekstit ovat luonteeltaan asiantuntijatekstejä. Niissä jäsennetään palvelujärjestelmän tilaa, väestön palvelutarvetta sekä peilataan alueiden tilannetta suhteessa kansallisiin tavoitteisiin ja annettuihin toimenpidesuosituksiin.

Tutkimus toteutetaan laadullisena tutkimuksena ja analyysimenetelmänä käytetään kehysanalyysia. Kehysanalyysin avulla tarkastellaan, miten aineistossa tulkitaan integraation liittyviä ongelmia, millaiset asiat nähdään ongelmiin soveltuvina ratkaisuna ja miten näitä motivoidaan. Analyysissä kehysten tunnistamista ohjaa institutionaalisten logiikoiden näkökulma, mutta kehykset muodostetaan aineistolähtöisesti. Tämän lähestymistavan avulla on mahdollista tarkastella, millaiset ajattelutavat ja logiikat jäsentävät asiantuntija-arviointeja integraatiosta sekä miten sosiaalihuollon asema rakentuu osana tätä kokonaisuutta.

3.2 Metodologiset lähtökohdat

Tämä tutkimus on laadullinen tutkimus. Laadullista tutkimusta voidaan kuvata käsitteellisenä sateenvarjona, joka pitää sisällään useita erilaisia lähestymistapoja ja tutkimusperinteitä (Tuomi & Sarajärvi 2018). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tekemään johtopäätöksiä aineistosta käsin ja teoria toimii apuvälineenä tutkimuksen eri vaiheissa, kuitenkin niin että teoria ja aineisto kulkevat käsi kädessä (Puusa & Juuti 2020a). Tämän tutkimuksen paradigmalähtökohtana eli tieteellistä toimintaa ohjaavana viitekehystenä on tulkinnallisuus, jossa tiedon nähdään rakentuvan merkitysten ja ymmärtämisen kautta. Tulkinnallisessa lähestymistavassa ilmiöt nähdään historiallisesti ja kulttuurisesti määrittyneinä tai sosiaalisesti ja symbolisesti rakentuneina. Päämääränä on tulkita tiettyyn tilanteeseen liittyviä merkityksenantoja, joita voidaan ymmärtää tutkimalla sitä, miten ihmiset kokevat ja jäsentävät ympäröivää todellisuuttaan osana tiettyä kulttuurista kontekstia. (Puusa & Juuti 2020a.) Tässä tutkimuksessa tulkinnallinen ote mahdollistaa sen analysoinnin, miten institutionaaliset logiikat kehystävät asiantuntijoiden arviointeja sote-integraatiosta ja sosiaalihuollon asemasta. Määrittelyprosesseissa näiden rakentuminen on kielellisen kehystämisen ja tulkinnan tulos. Tulkinnallinen ote on keskeinen institutionaalisten logiikoiden tutkimisessa, sillä ne ovat abstrakteja sääntöjärjestelmiä ja ne on tulkittava asiantuntijoiden ilmaisuista sekä tavoista jäsentää sote-integraatiota. Tutkimuksessa

asiantuntijoiden tuottamien tekstien nähdään heijastavan heidän ammatillista ja institutionaalista kokemusmaailmaansa, johon vaikuttaa vahvasti sosiaalinen ja kulttuurinen konteksti. Tässä tutkimuksessa tieto ei siis ole neutraalia havainnointia, vaan on sidoksissa näihin konteksteihin.

Tulkinnan paradigma toteutuu tutkimuksessa hermeneuttisena otteena, sillä tavoitteena on kehystää asiantuntija-arvioiden tekstiä integraatiosta ja sen sisältämistä institutionaalista logiikoista. Hermeneuttisessa tutkimuksessa keskitytään ihmisten väliseen vuorovaikutukseen sekä ilmaisujen sisältämiin abstrakteihin merkityksiin, joita voidaan tavoittaa vain tulkinnan kautta. (Laine 2018.) Käytännössä hermeneutiikka tarkoittaa kykyä tulkita tekstiä. Tutkijan roolina on etsiä aineistosta merkityksiä tarkastelemalla sitä tietystä näkökulmasta ja suhteuttamalla havainnot laajempaan yhteyteen. Tehdyt tulkinnat tekevät näkyväksi tekstin syvemmän sisällön ja siten syvälinen ymmärtäminen mahdollistuu. (Puusa & Juuti 2020a.) Hermeneuttinen ote mahdollistaa ihmisten toiminnan, tekstien ja yhteiskunnallisten prosessien tarkastelun niiden merkitysisältöjen kautta (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018). Tässä tutkimuksessa hermeneuttinen ote tarkoittaa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioinneissa tuotetun puheen järjestelmällistä tulkintaa. Tutkimuksen kohteena oleva sote-integraatio on moniselitteinen ilmiö, joka ei ole pelkästään hallinnollinen rakenne vaan on täynnä erilaisia merkityksiä, joita asiantuntijat myös aktiivisesti rakentavat arvioinneissaan. Hermeneuttinen lähestymistapa mahdollistaa merkitysten purkamisen ja tulkitsemisen sekä merkityksiä kehystävien institutionaalisten logiikkojen tunnistamisen. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä sote-integraatio tarkoittaa asiantuntijoille ja millaisia merkityksenantoja tuotetaan ja tulee esille. Tutkimuksen ilmiöiden abstraktien luonteiden vuoksi tarvitaan tulkinnallisuutta ja ymmärtämistä, jonka avulla voidaan tuottaa syvempää ymmärrystä siitä, miten asioita painotetaan ja arvotetaan. Hermeneuttista ymmärtämistä tarvitaan myös sosiaalihuollon aseman ja roolin tarkastelussa, jolloin tulkinnallisuudella voidaan tuoda näkyväksi niitä kehystyksiä, joiden kautta sosiaalihuolto määritellään osaksi laajempaa integraatiota. Tutkimuksen tarkoituksena on siis tuottaa syvempää ymmärrystä niistä kamppailuista, joita eri logiikat aineistossa tuottavat pelkän kuvailun sijaan.

Tämän tutkimuksen todellisuuskäsitys eli ontologia pohjautuu sosiaaliseen konstruktio-nismiin. Sosiaalinen konstruktio-nismi on laaja viitekehys, mutta yhteisesti jaettuna näkemys on se, että sosiaalinen maailma tuotetaan ja määritellään kielen välityksellä. Ihmiset rakentavat tulkinnoillaan maailman. (Kekäle & Puusa 2020.) Tämä tarkoittaa sitä, että todellisuus, yhteiskunnan rakenteet ja ihmisten asemat eivät ole olemassa faktoina ja

itsestäänselvyyksinä, vaan ne aktiivisesti rakentuvat ja muotoutuvat jatkuvasti sosiaalisessa toiminnassa. Sosiaalinen konstruktionismi tarjoaa välineitä tutkimukseen, jossa ollaan kiinnostuneita näistä rakentumisen prosesseista ja niiden seurauksista. Tutkimuksen kiinnostuksena on kielen käyttö ja se nähdään olennaisena osana yhteiskunnallista toimintaa ja todellisuutta. (Niska ym. 2024, 9, 25, 32, 49, 50.) Tässä tutkimuksessa sosiaalinen konstruktionismi näyttäytyy siten, että Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioiden tuottaman tekstin sote-integraatiosta nähdään vaikuttaa ilmiön määrittelyyn ja sille annettuihin merkityksiin. Sote-integraatio ei ole itsestään selvä vakio, vaan se rakentuu ja saa merkityksensä vuorovaikutuksessa ja instituutioiden käytännöissä. Toetetunutta ja tavoiteltavaa kehitystä arvioitaessa sitä arvioidaan ja tämä edustaa ilmiön tilanteen ja havaitun muutoksen kehystämistä. Institutionaaliset logiikat ovat itsessään myös sosiaalisesti rakentuneita (Thornton & Ocasio 1999, 804). Monet organisaatiotutkimuksen kohteena olevat ilmiöt, kuten institutionaaliset logiikat, ovat olemassa vain ihmisten välisen toiminnan kautta. Koska tällaiset ilmiöt perustuvat toimijoiden antamiin tarkoituksiin ja ne ovat toimijoille tarkoituksellisia ja merkityksellisiä, niitä on mahdollista tutkia ja ymmärtää vain näiden merkitysten kautta. (Puusa & Juuti 2014, 373.)

Sosiaalisessa konstruktionismissa huomio kiinnittyy kielellisten merkitysten lisäksi näitä ohjaaviin rakenteisiin ja rakenteellisiin prosesseihin (Karvonen 2000, 12). Nämä ovat kielenkäytön, tulkintojen ja merkityksenantojen taustalla vaikuttavia tekijöitä, jotka ehdollistavat, mahdollistavat ja sääntelevät todellisuuden tasoa (Niska ym. 2024, 37–38). Sote-integraatiota käsittelevää asiantuntijoiden tekstiä tutkimuksessa huomioidaan, että puheeseen vaikuttavat yhteiskunnalliset rakenteet ja asiantuntijoiden ammatillinen rooli suhteessa tuotettuihin arvioihin. Tekstiä integraatiosta ehdollistaa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, resurssit ja organisaatorakenteet, jotka ovat olemassa vaikkei asiantuntija niistä suoraan puhuisikaan arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa rakenteita tarkastellaan institutionaalisen logiikan teorian kautta, joka toimii raameina integraation ja sosiaalihuollon aseman tulkinnoille. Toisena puolena sosiaalisessa konstruktionismissa huomioidaan kielellisten tulkintojen ja määrittelyjen materiaaliset ulottuvuudet (Niska ym. 2024, 26). Tässä tutkimuksessa materiaalisina ulottuvuuksina nähdään institutionaalisten logiikoiden muodostamat vakiintuneet rakenteet sekä asiantuntijapuheen tuottamat merkitykset, jotka johtavat konkreettisiin yhteiskunnallisiin seurauksiin ja päätöksiin. Merkityksenannot vaikuttavat myös sote-uudistuksen konkreettiseen toteuttamiseen (ks. Roth 2025a, 42).

Tässä tutkimuksessa tieto ymmärretään kontekstisidonnaisena ja kielellisesti rakentuneena. Todellisuus nähdään tulkittuna ja sosiaalisen konstruktionismin kautta pyritään tavoittamaan merkityksiä kielen kautta. Kieli nähdään osana todellisuutta ja se vaikuttaa siihen, millaiseksi todellisuus rakentuu (Niska ym. 2024, 33). Siten tieto ymmärretään asiantuntijoiden tuottamana ja kielellisesti rakentuneena sekä sidoksellisena Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen institutionaaliseen kontekstiin, jossa se tuotetaan. Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan sitä, miten todellisuutta rakennetaan ja miten logiikat ilmenevät määrittelyissä, joten tutkimuksen tarkoituksena ei ole etsiä lopullisia totuuksia tai yhtä oikeaa selitystä. Tutkimustulokset ovat siten yksi tulkinta tai näkökulma todellisuuteen.’

3.3 Aineisto

Tutkimuksen aineistona käytetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemia asiantuntija-arvioita hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Tutkimukseen on otettu mukaan kaikki 21 hyvinvointialuekohtaista arviota, jotka on julkaistu lokakuussa 2025. Aineisto kuvaa hyvinvointialueiden tilannetta vuoden 2024 ja alkuvuoden 2025 osalta. Integraatiota koskevat osuudet tulevat asiantuntija-arvioissa esiin lyhyinä ja tiiviinä teksteinä, jonka vuoksi kaikkien alueiden arvioiden tarkastelu on välttämätöntä kokonaiskuvan ja ilmiön moniulotteisuuden tavoittamiseksi. Arviot esittävät tiivistetyn institutionaalisen näkemyksen sote-uudistuksen jälkeisestä integraatiokehityksestä hyvinvointialueille siirtymisen jälkeen. Asiantuntija-arvioiden kokonaislaajuus on 787 sivua. Vuoden 2025 asiantuntija-arvioinneissa on erityisteemana lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuus, mutta tässä tutkimuksessa tämä osa-alue on rajattu tarkastelun ulkopuolelle. Rajauksen perusteena on tutkimuksen kiinnostus yleiseen integraatiopuheeseen ja rakenteellisiin haasteisiin. Analyysi keskittyy siten niihin arviointien osioihin, jotka käsittelevät väestöä, palvelutarvetta ja toimintaympäristöä sekä sote-palvelujen nykytilaa ja kehitystä. Näiden osioiden yhteenlaskettu laajuus on noin 236 sivua, joista lopullisesti nimenomaan integraatiota koskevaa tekstiä on noin 15 sivua.

Aineiston valinnassa ja analyysissä on huomioitu, ettei aineisto tarjoa suoraa tai neutraalia pääsyä tutkittavaan todellisuuteen. Tämä tarkoittaa, että aineisto on aina sidoksissa siihen kontekstiin, jossa se on tuotettu (Puusa & Juuti 2014, 370). Siten aineiston raportit ovat institutionaalisia ja diskursiivisia tuotoksia, jotka on kirjoitettu tiettyä tehtävää varten ja

niiden tekoa on ohjannut tietyt säännöt (Alastalo & Vuori 2021). Priorin (2008, 822) mukaan dokumentteja tulee tarkastella tiedon säiliöinnin lisäksi toimijoina, jotka osallistuvat sosiaalisen maailman rakentamiseen ja ylläpitämiseen. Tässä tutkimuksessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arviot nähdään institutionaalisina puheenvuoroina, jotka tuottavat tietynlaista käsitystä sote-integraatiosta ja sen tavoiteltavista suunnista.

Arvioita käytetään tässä tutkimuksessa toissijaisesti suhteessa niiden alkuperäiseen käyttötarkoitukseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käyttää arviointeja lainsäädännölliseen valvontaan ja ohjaukseen, mutta tässä tutkimuksessa ne asetetaan institutionaalisia logiikoita esiin kaivavan kehysanalyysin kohteeksi. Arvioita luetaan aineistona, joka ilmentää järjestelmässä painotettavia asioita ja institutionaalisten logiikoiden asemoitumista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioiden lakisäätäinen tehtävä on peilata alueiden tilannetta suhteessa kansallisiin tavoitteisiin. Arvioissa tarkastellaan muun muassa väestön palvelutarvetta, palvelujen saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta, sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitystä sekä henkilöstöön liittyviä seikkoja. Arvioissa määritellään toimenpidesuosituksia, joilla hyvinvointialueiden järjestämistä varten asetettujen tavoitteiden saavuttaminen voidaan saavuttaa.

3.4 Analyysiprosessi

Tämän tutkimuksen aineiston analysoimiseen käytetään kehysanalyysia, jonka alkuperäinen kehittäjä on Erving Goffman. Kehyminen on prosessi, jossa yksilö jäsentää kokemuksiaan ja tekee niistä merkityksellisiä. Keskiössä siinä on aktiivisen tilannemäärittelyn tekeminen eli vastauksen etsiminen kysymykseen ”mitä täällä on meneillään”. (Goffman 1974, 8.) Suomalaisessa tieteellisessä keskustelussa *frame*-käsitteestä käytetään suomennosta ”kehys” ja ”kehystäminen” (Karvonen 2000, 78). Kehyksen käsitettä on käytetty laajasti eri tieteissä kuvaileviin ja analyttisiin tarkoituksiin esimerkiksi sosiologiassa, psykologiassa, kielitieteessä, viestintä- ja mediatutkimuksessa, politiikkatieteessä ja sosiologiassa (Snow & Benford 2000, 611).

Kehyamisellä tarkoitetaan informaation nopeaa ja rutiinimaista jäsentämistä merkitykselliseksi kokonaisuuksiksi eli niille rakennetaan tulkinnalliset puitteet ja tietty kielellinen muoto. Viestinnällisenä valintana kehystäminen mahdollistaa saman ilmiön ympäröimisen eri tavoilla, mikä muuttaa asian tulkintaa ja luonnetta. Kehystäminen ei ole valmiiden

raamien soveltamista, vaan aktiivista maailman käsitteellistämistä sekä sen organisoinnista ymmärrettävään muotoon. (Karvonen 2000, 78, 82.) Kehystämisen perusidea sopii hyvin yhteen sosiaalisen konstruktionismin todellisuuskäsityksen kanssa. Kehykset auttavat tekemään tapahtumista merkityksellisiä ja järjestämään kokemuksia sekä ohjaamaan toimintaa (Snow & Benford 2000, 614). Siinä ei ole kuitenkaan kyse vain toimijoiden vapaasta tulkinnasta, vaan merkityksiä säätelevät kulttuurisesti olemassa olevat kehykset, joita yhdistelemällä todellisuutta tulkitaan. Siten kehykset rakentavat tulkintaa todellisuudesta, jolloin ilmiö saa merkityksensä sen mukaan, millaiseen kehykseen se asetetaan. (Alasuutari 2011.)

Väliwerrosen (2003) mukaan kehysanalyysin avulla voidaan tutkia yhteiskunnallisia ongelmia pohjautuen David Snowin ja Robert Benfordin ydinkehystehtävien malliin (*core framing tasks*). Yhteiskunnallinen muutos on pohjimmiltaan määrittelykamppailua, jossa eri toimijat kilpailevat siitä, kenen näkökulmasta ilmiötä tarkastellaan. Toimijat pyrkivät saavuttamaan omille merkityksilleen tukea ja sitouttamaan kannattajiaan muutoksen ajamiseksi. Valittu kehys toimii todellisuuden muotoilijana, joka nostaa esiin haluttuja puolia ja häivyttää toisia. Menestys riippuu kyvystä hallita tätä symbolista taistelua ja vakiinnuttaa oma tulkintatapansa vallitsevaksi. Tässä mielessä kehystäminen toimii todellisuuden muotoilijana, joka määrittelee ilmiötä kielellisiin puitteisiin sovittamisen mukaan. (Snow & Benford 1988, 198; Snow & Benford 2000, 614; Karvonen 2000, 80.)

Yhteiskunnallisessa keskustelussa eri toimijat siis kilpailevat siitä, kenen määritelmä saavuttaa hallitsevan aseman. Toimija, joka onnistuu vakiinnuttamaan oman kehyksensä, saa vaikutusvaltaa ohjaamalla ilmiön määrittelyä ja sen vaatimia toimenpiteitä. (Karvonen 2000, 80.) Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita asiantuntijaorganisaatio Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamista teksteistä, jotka toimivat keskeisinä määrittelijöinä sote-integraatiota koskevalle puheelle. Asiantuntijatekstien kehystäminen on aktiivista käsitteellistämistä, sillä asiantuntijoiden kehystäessä integraatiota tietyllä tavalla, jäsennetään sen monimutkaista olemusta yleisölle käsitettäväksi. Snowin ja Benfordin malli (1988, 2000) tarjoaa analyyttisen menetelmän integraation ongelmien, ratkaisuehdotusten ja toiminnan motivoinnin tarkasteluun. Analyysin tavoitteena on tunnistaa keskeiset kehykset, joiden kautta integraatiota koskevaa tekstiä rakennetaan sekä tarkastella, miten institutionaaliset logiikat ilmenevät näissä kehyksissä.

Snow ja Benford (1988, 2000) jakavat kehystämisen kolmeen osaan, jotka ovat ydinkehystehtäviä (*core framing tasks*). Diagnostinen kehystäminen (*diagnostic framing*) tarkoittaa jonkin sosiaalisen elämän tapahtuman tai osa-alueen diagnosoimista ongelmalliseksi tai muutosta vaativaksi asiaksi. Lisäksi siinä voidaan määritellä ja nimetä syyllinen asiaan tai syy-seuraussuhteita. Prognostinen kehystäminen (*prognostic framing*) sisältää ratkaisun ja toimintasuunnitelman esittämisen eli ehdotuksen siitä, mitä ongelmalle pitäisi tehdä. Siihen sisältyy myös erilaisten strategioiden ja taktiikoiden esittäminen. Motivaationaalinen kehystäminen (*motivational framing*) tarjoaa kutsun, perustelun ja motiivit toimintaan osallistumiselle. Viimeisimmän onnistumiseen vaikuttaa näiden kaikkien kehysten hoitaminen, eli mitä kytkeytyneempiä edelliset ovat, sitä enemmän motivaatiota osallistujilla on. (Snow & Benford 1988, 199–202; Snow & Benford 2000, 615–616.)

Tämän tutkimuksen analyysi toteutettiin kehysanalyysinä, jossa näitä ydinkehystehtäviä käytettiin analyysin työkaluina. Tämä kehysanalyysi on alun perin kehitetty sosiaalisten liikkeiden tutkimukseen (Snow & Benford 2000, 612), mutta siitä huolimatta se soveltuu asiantuntijapuheen analyysiin. Sote-integraatio vaatii toteutuakseen resursseja ja laajaa yhteiskunnallista tukea, jolloin asiantuntijoiden tapa kehystää ilmiötä on keskeisessä roolissa muutoksen toteuttamisessa ja oikeuttamisessa.

Analyysiprosessi alkoi aineistolähtöisesti integraatiota koskevan puheen tunnistamisella, mutta analyysin edetessä institutionaalisten logiikkojen teoria otettiin mukaan jäsentämään ja tulkitsemaan löydettyjä kehyksiä. Analyysiprosessi eteni viidessä vaiheessa, jotka olivat osin päällekkäisiä ja limittäisiä sekä prosessi eteni epälineaarisesti.

Ensimmäisessä vaiheessa aineistoon perehdyttiin lukemalla useaan kertaan kokonaiskuvan hahmottamiseksi. Tässä vaiheessa aineistosta tunnistettiin alustavia katkelmia, joissa esiintyi integraatiota koskevaa arviointia, ja tehtiin alustavaa hahmotelmaa integraation sisällöistä sekä integraation tarpeen taustalla olevista perusteluista.

Toisessa vaiheessa analyysia tarkennettiin etsimällä aineistosta ydinkehystehtäviä. Aineistosta jäsennettiin erillinen analyysitaulukko systemaattista tarkastelua varten, johon koottiin aineistokatkelmat integraatioon liittyen erikseen jokaisesta dokumentista. Analyysitaulukkoon koottiin seuraavat ulottuvuudet katkelmista:

1. Diagnostinen kehystäminen: Miten integraation tarpeen taustalla olevat ongelmat ja niiden syyt määritellään?

2. Prognostinen kehystäminen: Millaisia ratkaisuehdotuksia ja toimintamalleja ongelmien korjaamiseksi tarjotaan?
3. Motivationaalinen kehystäminen: Millä perusteilla ja sanavalinnoilla integraation tärkeyttä ja välttämättömyyttä perustellaan?

Kolmannessa vaiheessa analyysi syveni teoriaohjaavaksi, sillä ydinkehystehtävät kytkettiin institutionaalisten logiikoiden tarkasteluun. Institutionaaliset logiikat toimivat taustalla vaikuttavina arvoina ja uskomuksina, joita asiantuntijat hyödyntävät kielellisinä resursseina. Analyysissa tunnistettiin, miten eri logiikat painoutuivat eri tavoilla diagnosoituissa ongelmissa ja tarjotuissa ratkaisuisissa. Logiikat eivät määrittäneet analyysia etukäteen, vaan ne toimivat tulkinnan välineenä. Analyysissä tarkasteltiin, miten nämä eri logiikat painottuvat eri kehyksissä. Logiikat merkittiin erilliseen sarakkeeseen analyysitaulukkaan jokaisen aineistokatkelman kohdalle.

Neljännessä vaiheessa aineisto ryhmiteltiin neljäksi pääkehykseksi niiden hallitsevien piirteiden ja argumenttien perusteella. Kehykset nimitettiin kuvaamaan integraatiopuheen eri ulottuvuuksia: 1) taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehys, 2) rakenteellisen yhtenäistämisen ja digitaalisten palvelujen kehys, 3) hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen integraation kehys sekä 4) asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehys. Analyysivaiheessa havaittiin, että osa aineistokatkelmista sopi useampaan kehykseen. Esimerkiksi taloudellista tehostamista (Kehys 1) ja hallinnollista yhtenäistämistä (Kehys 2) oli usein vaikea erottaa toisistaan, sillä ne esiintyivät aineistossa toisiaan tukevin argumentteina. Tällöin katkelma sijoitettiin siihen kehykseen, joka painottui tekstissä voimakaimmin. Tämä heijastaa aineiston interinstitutionaalista luonnetta, jossa eri logiikat kietoutuvat toisiinsa.

Viimeisessä vaiheessa analyysissä kiinnitettiin erityistä huomiota sosiaalihuollon asemaan ja rooliin kussakin kehyksessä. Sosiaalihuollon roolit analysoitiin analyysitaulukkaan merkittyjen katkelmien perusteella ja niille tehtiin oma sarake taulukkaan. Tämä kirjaamistapa varmisti sen, että kehykset ja sosiaalihuollon roolia koskevat tulkinnat nousivat suoraan aineistosta ja niille löytyi selkeät perusteet jokaisesta tarkastellusta dokumentista. Alla esitetään esimerkki analyysissa käytetystä jäsentelytaulukosta.

Taulukko 1. Esimerkki kehysanalyysin jäsentelytaulukosta

Aineistokatkelma	Diagnoosi	Prognostiikka	Motivaatio	Logiikka	Sosiaalihuolto
Alue on hallinnollisesti yhdistänyt erikoissairaanhoidon avohoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon. Alueen tulisi hyödyntää tätä mahdollisuutta myös toiminnallisen integraation vahvistamiseen. (Pohjanmaa, 6)	Hallinnollinen integraatio ei ole vielä johtanut toiminnalliseen integraatioon.	Hallinnollisten rakenteiden hyödyntäminen toiminnallisen integraation vahvistamisessa.	Hallinnollisen yhdistymisen hyötyjen toteuttaminen käytännön yhteistyössä.	Manageriaalinen, osin ammatillinen.	Hallinnollisesti tasa-arvoinen, sosiaalihuolto tunnustetaan yhtenä integroitavana toimijana.
Työikäisten asiakasohjausta tuetaan terveydenhuollon konsultointirakenteen avulla. Asunnottomuusriskissä olevien tukitoimia vahvistetaan lisäämällä mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä sosiaalipalvelujen välistä yhteistyötä. (Pirkanmaa, 20)	Asunnottomuusriski ja palveluiden yhteensovittamisen tarve työikäisten palveluissa.	Terveydenhuollon konsultaatiotilanteet sekä mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen yhteistyö.	Asiakasohjauksen vahvistaminen ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden tukeminen.	Asiakaslogiikka, ammatillinen logiikka.	Aktiivinen ja tasa-arvoinen kumppani, sosiaalihuolto näytetään yhtenä keskeisenä toimijana.

Analyysiprosessin tavoitteena oli tuottaa kokonaisvaltainen kuva siitä, miten integraatiota jäsennetään ja millaisia institutionaalisia logiikoita siihen sisältyy. Systemaattinen taulukointi ja edestakainen eteneminen takasivat sen, että tulokset kytkeytyvät tiiviisti alkupe-
räiseen aineistoon. Analyysissä pyrittiin aineiston kuvaamisen lisäksi tuomaan näkyväksi piileviä rakenteita, jotka ohjaavat sote-integraation toteuttamista sekä sosiaalihuollon aseman ja roolin määrittymistä osana integraatiota.

3.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuksessa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksia ja hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka peruseriaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (2023, 11). Tutkimuksen luotettavuutta on laadullisessa tutkimuksessa arvioitava läpi koko tutkimusprosessin. Tämän tutkimuksen luotettavuutta on pyritty vahvistamaan järjestelmällisyydellä ja analyysiprosessin huolellisella kuvauksella. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuteen liittyvät läheisesti totuuden ja objektiivisuuden käsitteet, mutta

perinteistä jakoa tulosten toistettavuuteen ja pätevyteen on vaikea soveltaa ainutlaatuisien ilmiöiden tutkimukseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 72; Hirsjärvi ym. 2009, 231). Siten tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on ilmiöstä tuotetun selityksen ja tulokinnan uskottavuus (Hirsjärvi ym. 2009, 232).

Kehysanalyysin vaiheet on pyritty kuvaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta lukija voi seurata, miten aineistosta on päädytty esitettyihin kehyksiin. Tulosten raportoinnissa on käytetty suoria aineistolainauksia, mikä mahdollistaa tutkijan tekemien tulkintojen ja alkuperäisen aineiston välisen suhteen arvioimisen. Analyysivaiheessa kehysten välillä huomattiin limittäisyyttä, jolloin katkelmat sijoitettiin kehykseen hallitsevan painotuksen mukaan. Tutkimuksessa tiedostetaan, että tutkija toimii itse keskeisenä tulokinnan välineenä. Tutkijan oma ennakoasenne sekä ammatillinen tausta lähihoitajana ja sosiaalityön opiskelijana voivat vaikuttaa aineiston tulkintaan. Tätä on pyritty reflektoidaan kriittisesti läpi koko prosessin, jotta analyysi ei pelkistyisi tiettyyn näkökulmaan, vaan tavoitaisi aineistossa esiintyvän moninaisuuden.

Koska aineistona käytetään julkisia Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamia asiantuntija-arvioita, tutkimukseen ei liity henkilötietojen käsittelyä. Kyseistä aineistoa on hyödynnetty tutkimuksessa arvioiteja kehystävien merkitysmaailmojen tutkimisen yhteiskunnallisen merkittävyyden vuoksi. Aineisto on julkisesti saatavilla, ja sen käyttö tutkimustarkoituksessa on eettisesti perusteltua. Analyysivaiheessa on huolehdittu siitä, että alkuperäistä aineistoa kohdellaan kunnioittavasti, samoin kuin koko tutkimuksessa käytettyä muuta lähdekirjallisuutta. Läpinäkyvyyden lisäämiseksi raportoinnissa aineistolainauksiin on merkitty hyvinvointialueen nimi, joka perustuu siihen, että aineistolainauksen tarkkuudella on haluttu mahdollistaa tulkintojen avoimuus.

Tutkimusprosessissa hyödynnettiin OpenAI:n ChatGPT-kielimallia (GPT-5.5) tekstinhuollon tukena. Kielimallia käytettiin tekstin kielellisen sujuvuuden ja ilmaisun selkeyttämiseen. Kielimallia ei käytetty aineiston analysointiin, tutkimustulosten tuottamiseen tai tulkintojen muodostamiseen. Vastuu tutkimusprosessista, analyysistä ja johtopäätöksistä säilyi tutkijalla.

4 TULOKSET

Tässä luvussa esitellään analyysin tulokset. Tavoitteena oli selvittää, miten sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota kehystetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioinneissa ja millaiset institutionaaliset logiikat jäsentävät integraatiota. Analyysin tuloksena aineistosta tunnistettiin neljä kehystä, jotka ovat toisistaan eroavia, mutta osittain limittäisiä. Nämä kehykset ovat 1) taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehys, 2) rakenteellisen yhtenäistämisen ja digitaalisten palvelujen kehys, 3) hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen integraation kehys sekä 4) asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehys. Jokaisesta kehyksestä esitetään, miten integraatioon liittyviä haasteita diagnosoidaan, millaisia ratkaisuja niihin tarjotaan ja miten muutosta motivoidaan. Samalla tuodaan esiin kehyksissä vaikuttavat institutionaaliset logiikat. Tulokset on tiivistetty alla olevaan taulukkoon.

Taulukko 2 Tutkimuksessa tunnistetut kehykset ja niitä ohjaavat institutionaaliset logiikat

Kehys	Diagnostiikka	Prognostiikka	Motivaatio
Taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehys	Kustannukset, pirstaleisuus, raskas palvelurakenne	Resurssien kohdentaminen, rakenteelliset ratkaisut	Taloudellinen kestävyys
Rakenteellisen yhtenäistämisen kehys	Hallinnollinen hajanaisuus, siiloutuminen	Organisaatiouudistukset, digitalisaatio	Hallittavuus, yhtenäistäminen
Hoidon jatkuvuuden kehys	Hoidon pirstaleisuus, yhteistyön puutteet	Omalääkäri- ja omatiimitalit	Vaikuttavuus, jatkuvuus
Asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehys	Monimutkaiset palvelutarpeet, hajanaisuus	Monialainen yhteistyö, palveluluohjaus	Yhdenvertaisuus, saavutettavuus

Jokaista kehystä yhdistää jaettu diagnoosi palvelujärjestelmän pirstaleisuudesta, mutta sen luonne vaihtelee kehyksissä. Talous- ja hallintokehyksissä (4.1 & 4.2) pirstaleisuus näyttäytyy järjestelmän tehottomuutena ja ohjausongelmana, kun taas hoidon ja monialaisuuden kehyksissä (4.3 & 4.4) se paikantuu asiakkaan arkeen ja hoidon jatkuvuuden ongelmiin.

Tutkimuksen toisena tarkoituksena oli selvittää, millaiseen asemaan sosiaalihuolto kehyksissä asetetaan. Sosiaalihuollon asema sote-integraatiota koskevassa asiantuntijapu-

heessa linkittyä kaikkiin neljään tunnistettuun kehykseen. Sosiaalihuollon asemointia kuvaavat tavat on nimetty näkymättömyudeksi, häivytytyksi sekä tasa-arvoisuudeksi. Asemoinnit analysoidaan omana kokonaisuutenaan luvussa 5.5.

4.1 Taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehys

Taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehyksessä integraatio näyttäytyy aineistossa ensisijaisesti välineenä hyvinvointialueiden kustannusten hallintaan. Integraatio kehystetään välttämättömäksi keinoksi vastata taloudellisiin paineisiin ja tehottomuuteen, ja näkemyksiä integraatiosta ohjaa pyrkimys varmistaa palvelujärjestelmän taloudellinen kestävyys.

Diagnostisessa tarkastelussa integraation tarve liitetään palvelurakenteen kustannuksiin ja järjestelmän tehottomuuteen. Aineistossa diagnosoidaan resurssiongelmia, kuten henkilöstöpulaa ja henkilöstön joustamattomuutta, jolloin integraatio näyttäytyy ratkaisuna resurssien epätarkoituksenmukaiseen kohdentumiseen. Aineistossa integraation tarve kytketään suoraan kustannusten hallintaan ja taloudellisen kestävyuden aiempaa parempaan vahvistamiseen. Nämä aineistossa esille tuleva diagnoosi nykyisen järjestelmän ongelmista tiivistyy varsin hyvin seuraavassa arvioissa:

”Sote-keskuspalvelujen palveluverkko on raskas ja kustannuksiltaan kallis. Se ei mahdollista henkilöstön joustavaa käyttöä ja integraatiosta saatavia toiminnallisia ja taloudellisia hyötyjä.” (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 9)

Aineistossa ongelmaksi diagnosoidaan myös erikoissairaanhoidon, erityistason ja kiireellisten palveluiden sekä vuodeosastohoidon liiallinen käyttö. Nämä kaikki nähdään paljon taloudellisia resursseja edellyttävinä palveluina verrattuna perustason palveluihin. Raskaiden palveluiden käytön taustalla esitetään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kehittämistarpeet sekä palvelujärjestelmän väliset kuilut, joiden esitetään estävän tehokkaan talouden hallinnan.

”Korkea sairastavuus ja ikääntyvän väestön kasvavat hoidon tarpeet edellyttäisivät parantamista erityisesti monisairaiden hoidon jatkuvuuteen. Sen paraneminen vähentäisi avo- ja sairaalahoidon käyttöä sekä vahvistaisi perus- ja erityistason integraatiota.” (Etelä-Savon hyvinvointialue, 6)

Manageriaalisen logiikan näkökulmasta ongelmaksi määrittyy järjestelmän riittämätön ohjattavuus, ja järjestelmä nähdään kyvyttömänä ohjaamaan asiakkaita oikeisiin palveluihin kustannustehokkaasti. Nykyisestä järjestelmästä puuttuu kontrolli ja tehostaminen, jolloin resurssien tulkitaan kohdentuvan tehottomasti ja työntekijät näyttäytyvät joustavasti hyödynnettävinä resursseina. Tässä kehyksessä integraatio pelkistyy keinoksi lisätä kontrollia, tehostaa toimintaa ja vahvistaa taloudellista ohjausta.

Prognostisena ratkaisuna palveluverkon raskauteen aineistossa korostuvat organisaatio- ja johtamisrakenteiden uudistaminen sekä palveluprosessien kehittäminen ja integraatioajattelun omaksuminen. Näillä pyritään tukemaan perus- ja erityistason palveluiden yhteensovittamista eli vertikaalista integraatio (ks. esim. Bhat ym. 2022, 2; Valentijn ym. 2013, 4) sekä vähentämään erityistason palveluiden tarvetta. Aineistossa ratkaisuna esitetään myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten ratkaisujen etsimistä ja yhteistä vastuuta kustannusten hallinnasta.

”Terveydenhuollon palvelujen vahva verkottuminen ikääntyneiden palvelujen tueksi viestii yhdessä jaetusta asiakasvastuusta ja yhteisestä tahtotilasta myös talouden hallinnassa.” (Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 6)

Ratkaisujen keskiössä on manageriaalinen logiikka, jolloin integraatio kehystetään menetelmäksi, jolla palvelujärjestelmä saadaan hallitumpaan ja taloudellisia resursseja vähemmän käyttävään muotoon. Aineistossa nähdään, että tiiviimmällä verkottumisella ja yhteisellä vastuulla voidaan vähentää kalliiden palvelujen käyttöä. Integraatio näyttäytyy siten sosiaali- ja terveystalouden yhteisenä tahtotilana, jossa kaikki toimijat sitoutuvat yhteisiin taloudellisiin tavoitteisiin. Terveydenhuollon roolin vahvistamisella perinteisissä sosiaalihuollon palveluissa haetaan myös yhteisiä ratkaisuja palveluiden käytön vähentämiseen.

Motivatioon kehystämisen eli muutoksen perusteleminen nojaa tässä kehyksessä vahvasti taloudelliseen välttämättömyyteen. Integraatiota motivoidaan tarpeella saavuttaa kustannussäästöjä ja hallita palvelujärjestelmän taloudellista kuormitusta.

”Painopisteiksi asetetuilla palvelujen vaikuttavuudella, integraatiolla ja hoidon jatkuvuudella on tulevaisuudessa entistä paremmin kyettävä varmistamaan taloudellista kestävyyttä.” (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, 17)

”Tiiviimpi yhteistyö parantaa asiakaslähtöisyyttä ja tukee kustannusten hallintaa.” (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 6)

Perustelussa hyödynnetään myös asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslogiikka toimii siten manageriaalisen tavoitteen tukena, jolloin parempi palvelu ja kustannusten hallinta esitetään samanaikaisesti saavutettavissa olevina ja toisiaan tukevinä päämäärinä.

Yhteenvedona voidaan todeta, että taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehyksessä integraatio näyttäytyy asiantuntijapuheessa välttämättömänä hallintakeinona hyvinvointialueiden taloudellisiin paineisiin vastaamiseksi. Kehystä hallitsee manageriaalinen logiikka, joskin motivaationalisena keinona käytetään kustannusten hallinnan välttämättömyyden ohella asiakaslogiikkaan kytkeytyviä perusteluja. Integraation onnistuminen tässä kehyksessä tiivistyy kykyyn vähentää kalliiden palveluiden käyttöä ja turvata järjestelmän taloudellinen kantokyky.

4.2 Rakenteellisen yhtenäistämisen ja digitaalisten palvelujen kehys

Edellisessä kehyksessä palveluverkon raskautta tarkasteltiin ensisijaisesti kustannusten näkökulmasta, kun taas tässä kehyksessä se rakentuu hallinnollisena ja palvelujen organisoimisen rakenteellisenä haasteena. Integraation painopiste siirtyy tässä kehyksessä palvelujen uudelleen organisoimisen rakenteellisiin ja teknologisiin ratkaisuihin, joiden yhtenäistämisen katsotaan luovan välttämättömän perustan palveluiden toimivuudelle.

Tämän kehyn diagnosisessa tarkastelussa integraation tarve perustuu hallinnolliseen hajanaisuuteen, sektoreiden siiloutumiseen, sujumattomiin palveluketjuihin ja toiminnallisen integraation puutteisiin. Hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa erilaisista lähtökohdista käsin, ja osalla alueista integraation esteeksi kehystetään erityisen pirstaleinen historia:

”Lähtötilanne oli alueella maan pirstaleisimpia ja uudistusta edeltänyt valmistelutyö jäi vähäiseksi. Painopisteenä ensimmäisten vuosien aikana on ollut yhtenäistää lukuisia hajanaisia järjestelmiä, toimintamalleja ja -kulttuureja. Tämä työ on edelleen kesken.”
(Varsinais-Suomen hyvinvointialue, 11)

Tässäkin kehyksessä ongelmaksi diagnosoidaan raskas palveluverkko, joka liitetään kuitenkin taloudellisten paineiden sijaan palveluiden hallinnollisiin tekijöihin, kuten liian moniin johtamistasoihin. Palvelujärjestelmä nähdään aineistossa siiloutuneena, palvelut ovat hajanaisia ja toimialarakennetta kuvataan pirstaleiseksi. Siiloutuminen ja pirstaleisuus nähdään esteenä integraatiolle, sillä se saattaa tuottaa osaoptimointia eli sitä, että

jokainen yksikkö keskittyy vain omaan budjettiinsa ja tavoitteisiinsa kokonaisuuden kustannuksella. Lisäksi hajanaisten toimialarakenteiden katsotaan estävän palveluiden sujuvan yhteensovittamisen ja johtamisen.

”Palvelurakenteen samanaikainen keventäminen kaikissa palvelukokonaisuuksissa edellyttää tarkkaa ja jatkuvaa arviointia sekä osaoptimoinnin välttävää johtamista, jotta kevyemmällä palvelurakenteella pystytään vastaamaan väestön palvelutarpeisiin. (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 6)

Hallinnollisen hajanaisuuden lisäksi ongelmaksi diagnosoidaan palveluprosessien epäyhtenäisyys ja toiminnallisen integraation puutteet (ks. Halme & Tiirinki 2019, 8). Tämä näyttäytyy aineistossa palveluprosessien hajanaisuutena, mikä näkyy asiakkaille epäyhtenäisenä tai hitaana palveluohjaamisena. Toiminnassa on huomattu aineiston mukaan myös systeemisiä häiriöitä, kuten päällekkäisiä palveluita ja asiakkaan ”pompottelua”. Pirstaleisuutta palveluprosesseihin tuottavat aineiston mukaan osaltaan myös lainsäädännön muutokset ja muuttuvan lainsäädännön tuottamat vaatimukset, mikäli uusia velvoitteita ei saada sovitettua olemassa oleviin toimintamalleihin.

”Kehittämishankkeisiin kuuluva LaNuPe-palveluintegraatioprojekti on tunnistanut systeemisiä häiriöitä, kuten päällekkäisiä palveluja ja asiakaskokemusta heikentävää pompottelua.” (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, 5)

Aineistossa rakentuu ongelmaksi myös kuilu hallinnollisen ja toiminnallisen integraation välillä (ks. Taskinen & Hujala 2020, 52). Vaikka hyvinvointialueilla on toteutettu hallinnollisia yhdistämisä, toiminnallinen integraatio näyttäytyy vasta olevan mahdollistumassa näiden rakenteellisten muutosten oltua voimassa jonkin aikaa.

”Perus- ja erityistason mielenterveys- ja päihdepalvelut on koottu hallinnollisesti yhteen, mikä luo edellytyksiä toiminnallisen integraation vahvistamiseen.” (Pohjanmaan hyvinvointialue, 23)

Diagnostiikan taustalla vaikuttaa manageriaalinen logiikka, jossa rakenteellinen monimutkaisuus ja useat johtamistasot nähdään esteinä hallinnalle ja integraation toteutumiselle. Samalla aineistossa tunnistetaan manageriaalisen ja ammatillisen logiikan välinen jännite, sillä vaikka hallinnollisilla ratkaisulla voidaan yhdistää organisaatioita, eivät ammatilliset toimintakulttuurit muutu automaattisesti rakenteellisten uudistusten mukana (ks. Paatela ym. 2024, 6).

Prognostisena ratkaisuna aineistossa tarjotaan organisaatiouudistuksia, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja johtamisrakenteita tiivistetään. Ratkaisupuheessa korostuvat organisaatioiden tiivistäminen, toimintojen keskittäminen ja hallinnollisten siilojen purkaminen. Kokonaisuohjausta tavoitellaan myös palvelujen segmentoinnilla sekä elämänvaiheisiin perustuvilla vastuualuejaoilla. Manageriaalisen logiikan mukaisesti johtamisrakenteiden keventäminen ja budjettivastuullisten määrän vähentäminen näyttäytyvät keinona lisätä järjestelmän hallittavuutta.

”Hyvinvointialueen organisaatorakennetta ollaan muuttamassa. [– –] Jaottelun odotetaan syventävän integraatiota ja tukevan asiakastarpeisiin ja -segmentteihin perustuvaa johtamista. Uusi organisaatio käynnistyy vuoden 2026 alussa, jolloin sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan yhdellä toimialueella nykyisen kahden sijaan. Uutta toimialuetta johdavat sote-palvelujohtaja ja asiakkuusjohtaja hyvinvointialuejohtajan alaisuudessa. [– –] Molemmat johtajat vastaavat kokonaisjohtamisesta ja toimintojen yhteensovittamisesta. Uudistuksella pyritään vähentämään budjettivastuullisten määrää, välttämään osaoptimointia ja parantamaan toimintaedellytyksiä myös varautumisen ja valmiuden näkökulmasta.” (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 10)

Ratkaisujen ytimessä on hallinnollinen kokoaminen, jonka kautta pyritään luomaan edellytyksiä toiminnallisen integraation toteutumiselle. Tässä taustalla on uskomus siitä, että rakenteellisilla muutoksilla voidaan tuottaa edellytykset toiminnallisen integraation toteutumiselle. Esimerkiksi perhe- ja sosiaalipalvelujen yhdistäminen nähdään välttämättömyyksinä ammatillisen yhteistyön syvenemiselle. Aineistossa kuitenkin korostetaan, että hallinnolliset organisaatoratkaisut luovat vasta puitteet integraatiolle, jonka jälkeen mahdollistuu ammattilaisten välisen yhteistyön vahvistaminen käytännön tasolla. Tässä tulee näkyväksi manageriaalisen ja ammatillisen logiikan välinen jännite. Manageriaalinen logiikka luo integraatiolle hallinnolliset puitteet, mutta integraation toteutuminen edellyttää myös ammatillisten käytäntöjen ja toimintakulttuurien muuttumista näiden hallinnollisten puitteiden sisällä. Roth ja Vakkuri (2023, 100) toteavatkin, että manageriaalinen logiikka ilmenee usein tulkintoina, joissa organisaation tavoitteiden tehokas saavuttaminen nähdään olevan konfliktissa professionaalisen logiikan aiheuttamien muutosjäykkyyksien kanssa.

Tässä kehyksessä ratkaisuina ja integraation onnistuneen toteuttamisen välineinä nähdään myös teknologiset ratkaisut ja digitaalisuus. Prognostisessa puheessa digitaalisuutta hyödynnetään asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäistämisessä sekä hoito- ja palveluketjujen

sujuvoittamisessa. Digitaalisten alustojen avulla hajanaisia palveluita pyritään kokoaamaan yhdeksi hallittavissa olevaksi ja helposti löydettäväksi kokonaisuudeksi. Digitaalisena ratkaisuna esitetään myös etähoivaa. Digitaalisuuden nähdään mahdollistavan palvelujen porrastuksen ja oikea-aikaisuuden, mikä vähentää fyysisten palveluiden kuormitusta. Digitaalisuus rakentuu aineistossa palveluprosessien hallinnan välineeksi, mikä kytkee sen vahvasti manageriaalisiin tavoitteisiin.

”Hyvinvointialue on kehittänyt aktiivisesti sähköisiä asiointipalvelujaan ja sen digialustan käyttäjiksi on rekisteröitynyt lähes puolet alueen asukkaista. Digialustan laaja sisältö ja korkea rekisteröityneen väestön määrä luovat hyvän pohjan kasvattaa entisestään sähköisen asioinnin roolia niin asiakas- ja palveluohjauksessa kuin asiakas- ja potilaskoh- taisten hoito- ja palveluketjujen sujuvuudessa. Alueen tulisi edelleen pyrkiä lisäämään sähköisen asioinnin osuutta erityisesti vastaanottokäynneissä.” (Päijät-Hämeen hyvinvointialue, 5)

Kehyksessä ratkaisuja motivoidaan manageriaalisten tavoitteiden lisäksi myös valtiologiikan mukaisella tarpeella vastata lainsäädännön vaatimuksiin ja kansallisiin suosituksiin. Integraatio näyttöytyy aineistossa vastauksena Sosiaali- ja terveysministeriön esittämisiin suosituksiin sekä tarpeena ottaa käyttöön kansallisia monialaisia toimintamalleja. Myös uusi vammaispalvelulaki on toiminut muutosajurina, joka on pakottanut yhtenäistämään asiakasohjauksen käytäntöjä.

Rakenteiden ja yhtenäistämisen kehyksessä integraatio rakentuu hallinnollisen selkiyttämisen ja rakenteellisen yhtenäistämisen keinona. Palvelujärjestelmässä tunnistetaan raskautta ja monimutkaisuutta, jota pyritään hallitsemaan johtamistasojen vähentämällä, organisaatioiden tiivistämällä ja digitaalisilla ratkaisuilla. Tässä kehyksessä manageriaalinen hallinta ja valtiollinen ohjaus luovat puitteet toiminnalliselle integraatiolle, jonka odotetaan tulevaisuudessa vakiintuvan.

4.3 Hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen integraation kehys

Edellisissä kehyksissä integraatiota tarkasteltiin talouden ja hallinnon näkökulmista, kun taas tässä kehyksessä integraatio kiteytyy hoidolliseksi yhteistyöksi. Integraatio kehystetään asiantuntijapuheessa hoidon jatkuvuuden, hoitopolkujen sujuvuuden sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kysymyksenä.

Tämän kehyksen diagnostisessa tarkastelussa integraation tarve kytkeytyy hoidon jatkuvuuden ja jatkuvuuden vaarantumiseen erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakasryhmien, kuten monisairaiden ja ikääntyneiden kohdalla. Tässä kehyksessä integraation tarvetta ei aina määritellä suoraan integraatiokäsitteellä, vaan se rakentuu puheena tarkastelemalla tiettyjen asiakasryhmien asemaa palveluissa. Tällöin tarve palvelujen yhteensovittamiselle voidaan katsoa nousevan näiden asiakkaiden monimutkaisista ja pitkäkestoisista palveluiden tarpeista.

”Hoidon jatkuvuuden parantamiseksi alue on käynnistänyt Omatiiimimallin käyttöönoton Seinäjoella. Sen odotetaan tukevan erityisesti monisairaita, ikääntyneitä ja runsaasti palveluja käyttäviä asiakkaita.” (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 18)

Keskeisimmäksi ongelmaksi diagnosoidaan hoidon jatkuvuuden ongelmat. Ongelmaksi nostetaan aineistossa myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen riittämättömän yhteistyö sekä toimijoiden päällekkäinen työ. Integraatiota on pyritty vahvistamaan yhtenäistämällä toimintamalleja, mutta yhteistyössä nähdään edelleen olevan haasteita ja integraation edelleen syventämisen tarve tunnistetaan. Samalla osa hyvinvointialueista arvioi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation olevan hyvällä tasolla eikä vastaavia tarpeita tuoda esiin. Lisäksi ongelmaksi diagnosoidaan riippuvuus hankerahoituksesta, jonka päättymisen nähdään uhkaavan integraation kehittämisen jatkamista.

”Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta tukee omalääkäri- ja omatiiimimallin käyttöönotto vuoden 2025 aikana. Hoidon jatkuvuus on erityisesti lääkärikäynneillä maan suurimpia, mutta jatkuvuus on heikentynyt viime vuosina. Hoitajakäynneillä hoidon jatkuvuus on hieman parantunut. Alueen mukaan myös lääkärikäyntien jatkuvuus on vuoden 2025 aikana kääntynyt parempaan suuntaan. Monisairaiden potilaiden hoidon jatkuvuutta ei ole toistaiseksi saatu muuta väestöä paremmalle tasolle. Palveluketjuja ja konsultaatiokäytäntöjä on kehitetty, mutta jatkossa haasteena on hankerahoitusten päättyminen.” (Varsinais-Suomen hyvinvointialue, 22)

Tässä kehyksessä integraatio näyttäytyy osin väliaikaisena ja keskeneräisenä toimintana, sillä sitä on rahoitettu esimerkiksi hankerahoituksella (vrt. Tynkkynen ym. 2025, 18). Integraatio tässä kehyksessä ei näyttäydä täysin vakiintuneena osana prosesseja, vaikka perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammatillinen perusta on yhteinen. Tässä diagnostiikassa ammatillinen logiikka ja manageriaalinen logiikka kietoutuvat yhteen, sillä hoidon jatkuvuuden puute nähdään inhimillisenä riskinä ja taloudellisena taakkana.

Prognostisena ratkaisuna aineisto tarjoaa pysyviin hoitosuhteisiin perustuvia malleja sekä sairauskohtaisten hoitopolkujen kehittämistä. Keskeisinä ratkaisuina näyttäytyvät oma-lääkäri- ja omahoitajamallit, moniammatilliset omatiimit sekä ennakoivat hoitosuunnitelmat. Näiden nähdään tukevan juuri monisairaiden, erityistä tukea tarvitsevien, paljon palveluja tarvitsevien potilaiden ja ikääntyneiden hoitoa. Ratkaisujen tavoitteena on vahvistaa hoidon jatkuvuutta ja selkiyttää vastuita:

”Ikääntyneiden säännöllisten palvelujen asiakkaille laadittiin ennakoivat hoitosuunnitelmat ja nimettiin vastuulääkärit. [–] Hoidon jatkuvuus -malli kattaa 74 prosenttia ikääntyneestä väestöstä.” (Lapin hyvinvointialue, 25)

”Alueella on pitkään ollut yhteisasiakastoimintaa, jossa asiakaskoordinaattori laatii palvelujen palveluja tarvitsevalle terveys- ja hoitosuunnitelman yhteistyössä asiakkaan ja hoitavien tahojen kanssa. [–] Jatkuvuuden parantamiseksi alueella pilotoidaan moniammatillista omatiimi-mallia vuosina 2025–2028.” (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, 18).

Ratkaisuna kehyksessä näyttäytyvät myös sairauskohtaiset hoitopolut, kuten laatupalkittua diabeteskeskustoiminta, joka koordinoi alueellisia toimintamalleja ja lisää kustannustietoisuutta. Integraatiota pyritään kehittämään sujuvoittamalla jatkohoitopolkuja, jolloin tavoitteeksi asetuu potilaan siirtyminen jouhevasti erikoissairaanhoidosta perustason palveluihin. Tässä prognoosissa integraatio näyttäytyy yhteistyönä, jolla pyritään ratkaisemaan hallinnollisia vaikeuksia ja varmistamaan hoidon jatkuvuutta.

”Hoitopolkuja ja hoitoketjuja on alueella kyetty jonkin verran parantamaan ja sairaalajakson jälkeen potilaat pääsevät alueen mukaan jouhevasti jatkohoitopaikkaan. Alueella on lisäksi kehitetty hoitopolkuja sairauskohtaisesti esimerkiksi diabeteksen hoidosta. Palveluverkon uudistamista vaikeuttavat kuitenkin edelleen erikoissairaanhoidon ja perustason palvelujen integraation haasteet.” (Satakunnan hyvinvointialue, 18)

Ratkaisujen taustalla vaikuttaa vahva ammatillinen logiikka, jossa korostuvat lääketieteellinen asiantuntemus, hoidon jatkuvuus ja eettinen vastuu potilaasta. Ratkaisut voidaan nähdä pyrkimyksenä vahvistaa hoitosuhteen laatua pirstaleisessa järjestelmässä. Samalla ammatillinen logiikka jälleen kietoutuu manageriaaliseen logiikkaan, jossa hoidon jatkuvuus näyttäytyy myös tehokkuutta ja kustannusten hallintaa tukevana tekijänä. Tämä näkyy aineistossa tavoitteena lisätä kustannustietoisuutta ja käyttää peittävyysprosentteja

integraation onnistumisen mittareina. Integraatiota kehystetään tässäkin kehyksessä keinona vähentää runsaasti taloudellisia resursseja vaativien palveluiden epätarkoituksenmukaiseksi tulkittua käyttöä.

Motivatioonalisessa kehystämisessä integraatiota perustellaan hoidon vaikuttavuudella, jatkuvuuden vahvistamisella sekä väestön ikääntymisen aiheuttamalla paineella. Muutosta motivoidaan tarpeella vastata monimutkaisiin palvelutarpeisiin perusterveydenhuollossa omatiimien avulla, jotta runsaasti taloudellisia resursseja vaativien palveluiden käyttöä voidaan välttää. Integraatio kehystetään välttämättömäksi keinoksi vastata monimutkaisiin tarpeisiin vähemmällä resursoinnilla.

”Perusterveydenhuollossa tähän suuntaan on edetty moniammatillisen tiimimallin ja omalääkäritoiminnan avulla. Toimintamallien vahvistamista on tarpeen jatkaa, jotta hoidon jatkuvuus kohenee ja paljon palveluja tarvitsevien potilaiden tarpeisiin voidaan vastata perusterveydenhuollossa oman tiimin ja lääkärin avulla. Näin voidaan välttää epätarkoituksenmukaista erikoissairaanhoidon ja päivystyksen käyttöä.” (Päijät-Hämeen hyvinvointialue, 7)

Tässä kehyksessä ammatillinen, manageriaalinen ja osin myös asiakaslogiikka limittyvät toisiinsa. Hoidon jatkuvuuden puute rakentuu samanaikaisesti inhimillisenä riskinä ja taloudellisenä ongelmana, joka kuormittaa palvelujärjestelmää. Integraatio ei näyttäyty tässä kehyksessä ensisijaisesti hallinnollisena tavoitteena, vaan puheessa korostuu paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden asema ja hoitopolkujen sujuvuus. Nykyinen palvelujärjestelmä rakentuu aineistossa järjestelmänä, joka vastaa yksittäisiin ongelmiin ratkaisujen hajautuessa monelle toimijalle, jolloin muun muassa paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidon jatkuvuus vaarantuu. Integraatio näyttäytyy keinona ylittää näitä palvelujärjestelmän sisäisiä organisaatio- ja hallintorajoja.

4.4 Asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehys

Asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehyksessä integraatio kehystetään laajana ja monialaisena vastauksena asiakkaiden monimutkaisiin tilanteisiin. Kehyksessä näkemys integraatiosta siirtyy terveydenhuollon sisäisistä prosesseista kohti sote-keskusten monialaista työtä, jossa sosiaalihuollon asiantuntijuus ja eri hallinnon alojen välinen yhteistyö nähdään keskeisinä elementteinä integraation onnistumisessa.

Diagnostisessa tarkastelussa integraation tarve kytketään yhteiskunnallisiin ilmiöihin, kuten työttömyyteen ja asunnottomuuteen tai näiden riskeihin. Ongelmaksi diagnosoidaan myös väestön demografiset muutokset ja ikääntyvän väestön palvelutarpeen kasvu. Kehyksessä tuodaan myös esille, että ikääntyvän väestön kotona asumisen tukeminen vaatii palveluiden integraatiota ja hoidon jatkuvuutta. Integraation tarve kytketään myös henkilöstön saatavuusongelmiin ja työntekijöiden eläköitymisaaltoon.

Tässä kehyksessä keskeisimmäksi ongelmaksi diagnosoidaan palveluiden hajanaisuus ja vaikea saatavuus sekä yhtenäisten käytäntöjen puute. Palveluiden pirstaleisuutta diagnosoidaan aineistossa olevan työikäisten sekä lasten, nuorten ja perheiden, muistisairaiden ja ikääntyneiden, työttömien, työkyvyn ja saamenkielisten palveluissa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Yhden hyvinvointialueen arviossa diagnosoidaan myös tarve tunnistaa ne asiakkaat, jotka eniten hyötyvät integraatiosta:

”Tavoitteena on tunnistaa palvelujen yhteensovittamisesta eniten hyötyvät asiakkaat ja kehittää heidän tarpeisiinsa vastaavia toimintamalleja.” (Kymenlaakson hyvinvointialue, 21)

Tässä diagnostiikassa asiakaslogiikka ja manageriaalinen logiikka kietoutuvat toisiinsa. Integraatio nähdään keinona vastata asiakkaiden tarpeisiin, mutta samalla tunnistetaan tarve segmentoida asiakkaita resurssien kohdentamiseksi. Ongelmaksi diagnosoidun palveluiden hajanaisuuden nähdään vaikuttavan eniten asiakasryhmiin, jotka ovat haavoittuvimmassa asemassa ja mahdollisesti tarvitsevat monialaisia palveluita. Siten tässä kehyksessä ongelmaksi määritelläänkin järjestelmän kyvyttömyys vastata monimutkaistuviin haasteisiin ilman manageriaalista priorisointia.

Prognostisena ratkaisuna korostuu tässä kehyksessä asiakas- ja palveluohjaus sekä asiakaskoordinaattorit eri asiakasryhmien palveluiden kohdalla. Näillä pyritään palvelurakenteen yhdenmukaistamiseen ja toimijoiden yhteen saattamiseen. Ohjauksen palveluista puhutaankin aineistossa keskitettyinä ja monikanavaisina. Näiden lisäksi tarjotaan ratkaisuksi teknologisia ratkaisuita ja etäpalveluita, joiden avulla voidaan tarjota enemmän hyvinvointia edistäviä ja kuntouttavia palveluita sekä esimerkiksi hyvinvointilähetteen pilotointia ohjauksen yhteydessä, jotka nähdään tässä kehyksessä yhtenä keinona koota hajanaisia palveluita yhteen.

”Ikäkeskuksen neuvonta ja asiakasohjaus osallistuvat muun muassa hyvinvointilähetteen pilotointiin, ja etäpalveluina tarjottavia hyvinvointia edistäviä ja kuntouttavia palveluja pyritään lisäämään.” (Pohjois-Savon hyvinvointialue, 17)

”Keskitetty asiakasohjaus ja gerontologisen sosiaalityön vahvistaminen ovat jo yhdenmukaistaneet palvelurakennetta.” (Keski-Suomen hyvinvointialue, 17)

Palveluohjauksen tueksi aineistossa esitetään sosiaalihuollon asiantuntijuuden tuomista ja vahvistamista osaksi sote-keskusten moniammatillista työtä. Ratkaisuna näyttäytyy sosiaalityön ja -ohjauksen tehtäväkuvien selkiyttäminen ja sosiaalihuollon osaamisen vahvistaminen. Toimintakäytäntöjen ja palvelurakenteiden yhtenäistämiseksi sosiaalipalveluita on jo integroitu osaksi terveyspalveluita ja muita palveluita. Lisäksi ratkaisuna nähdään esimerkiksi ikääntyneiden palveluissa geriatrisen sosiaalityön integroiminen osaksi asiakasohjausta. Asiantuntijuus ei näyttäyty pelkästään korjaavana työnä, vaan se saa aineistossa prognostisen roolin:

”Palvelutarvetta pyritään ennaltaehkäisemään laajentamalla terveysosiaalityötä sote-keskuksiin.” (Etelä-Savon hyvinvointialue, 18)

Aineistossa ratkaisut ulottuvat myös sosiaali- ja terveydenhuollon sisäistä yhteistyötä laajemmalle, sillä integraation toteuttaminen nähdään laajempaa yhteistyönä muidenkin toimijoiden, kuten esimerkiksi Kelan, työllisyyspalveluiden, ulosottolaitoksen ja oppilaitosten kanssa. Monialaisina ratkaisuin mainitaan esimerkiksi työkykyklinit sekä paljon tukea tarvitsevien kotona asumisen mahdollistaminen kotihoidon, pelastustoimen ja ensihoidon yhteistyössä. Tällöin asiakkaan palvelut koordinoidaan asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja sitoen eri ammattilaiset asiakkaan tilanteen ympärille.

Tässä kehyksessä prognostiikassa on esillä manageriaalinen logiikka, sillä pirstaleisuutta pyritään ratkomaan toimintamalleilla ja teknologialla sekä tavoitteena on palvelupolkujen sujuvoittaminen ja paljon taloudellisia resursseja vaativien palvelujen vähentäminen. Esillä on kuitenkin myös vahvasti sosiaalihuollon ammatillinen logiikka, jossa painottuu ennaltaehkäisy ja kokonaisvaltaisuus. Tässä kehyksessä sosiaalihuolto nähdään itsenäisenä toimijana, joka on tärkeänä osana integraatiota. Monialaisen työskentelyn korostuminen haastaa myös perinteisiä ammatillisia logiikoita etsimään uudenlaisia työtapoja.

Motivatioonalisessa kehystämisessä muutosta perustellaan palvelupolkujen sujuvoittamisella, väestön yhdenvertaisuudella ja saavutettavuuden parantamisella. Aineiston perusteella integraatiolla ja toimintamallien kehittämisellä voidaan vastata nimenomaan eniten

tukea tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin. Integraatiota motivoidaan pitkäaikaisten asiakkuuksien vähentämisellä ja se kehystetään keinoksi vastata monimutkaisiin ongelmiin sekä esimerkiksi ikääntyvän väestön lisääntyviin palvelutarpeisiin. Monialaisilla palveluilla voidaan tukea kotona asumista:

”Keskitetty asiakasohjaus, monipuoliset tuki-, lähi- ja etäpalvelut sekä monimuotoinen perhehoito tukevat yhä useamman asumista kotona tai kodinomaisissa oloissa.” (Etelä-Savon hyvinvointialue, 17)

Tässä kehyksessä motivaatiossa näyttäytyy valtiologiikka, sillä integraatio nähdään välineenä lakisääteisen yhdenvertaisuuden toteuttamiseen (ks. Roth 2025a, 31). Aineistossa painottuu myös asiakaslogiikka, sillä integraation tavoitteena esitetään esimerkiksi hyvinvoinnin ja kuntoutumisen edistäminen. Nämä logiikat kytkeytyvät kuitenkin manageriaaliseen logiikkaan, sillä integraation avulla voidaan jälleen hallita resursseja ja kustannuksia, kuten esimerkiksi ikääntyneiden kotona asumisessa.

Asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehys laajentaa näkemystä integraatiosta, sillä siihen nähdään sisältyvän rakenteiden lisäksi asiakkaiden elämäntilanteet. Tässä kehyksessä integraatio näyttäytyy vastauksena monialaisiin palvelutarpeisiin ja integraation toteutumisen edellytyksenä pidetään laajaa monialaista työskentelyä. Kehyksessä korostuu asiakaslogiikan mukainen tarve saavutettaville ja oikea-aikaisille palveluille. Manageriaalinen logiikka on silti mukana, sillä pyrkimyksenä on löytää ne asiakasryhmät, joiden kohdalla integraatiolla on eniten vaikuttavuutta. Siten integraatio näyttäytyy asiakkaiden asioiden edistämisen lisäksi strategisena keinona palvelutarpeen kasvun ennaltaehkäisyssä ja palvelujärjestelmän kantokyvyn turvaamisessa demografisissa muutoksissa.

4.5 Sosiaalihuollon asema integraatiossa

Tässä luvussa tarkastellaan kootusti sosiaalihuollon asemaa sote-integraatiossa tunnistetuissa kehyksissä. Integraatiopuheessa tuotetaan tietynlaisia rooleja eri professionille. Aineiston analyysin perusteella sosiaalihuollon asema sote-integraatiota koskevassa tekstissä vaihtelee. Seuraavaksi esitellään aineistosta tunnistetut kolme keskeistä tapaa asemoida sosiaalihuoltoa. Asiantuntijapuheesta tunnistetut sosiaalihuollon asemoitumisen tavat on nimetty näkymättömyudeksi, häivyttämiseksi sekä tasa-arvoisuudeksi.

Aineiston analyysin perusteella yksi sosiaalihuollon asemaa määrittelevistä piirteistä on sosiaalihuollon näkymättömyys integraatiossa. Integraatio kehystetään usein ensisijaisesti hallinnolliseksi ja resurssikeskeiseksi kysymykseksi, jossa huomio kiinnittyy palvelujärjestelmän rakenteisiin, kustannustehokkuuteen ja henkilöstön joustavaan käyttöön. Tässä puhettavassa sosiaalihuollon ja terveydenhuollonkin ammatilliset sisällöt jäävät kokonaan pois, ja asiantuntijatekstiä ohjaa manageriaalinen logiikka, jossa integraation tavoitteet määritellään järjestelmän toimivuuden ja taloudellisten hyötyjen kautta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio pelkistetään aineistossa molempien sektorien yhteistyön sijaan toistuvasti terveydenhuollon sisäiseksi yhteistyöksi. Tällöin integraatioon liittyvä puhe koskee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä työnjakoa. Sosiaalihuolto on siten näissä yhteyksissä täysin näkymätön, vaikka ongelmaksi diagnosoitaisiin monimutkaiset paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kokonaisuudet. Integraation onnistumista ja syventämistä arvioidaan lääketieteellisen viitekehyksen kautta:

”Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota on vahvistettu yhtenäistämällä toimintamalleja sekä analysoimalla lähetteitä ja hoitonojoja.” (Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, 6)

Näissä kohdissa asiantuntijatekstiä hallitsee lääketieteellinen logiikka, jossa integraatiota tarkastellaan läheteillä ja hoitonojoilla. Hoidon jatkuvuuden haasteisiin tarjotaan ratkaisuksi lääkärikeskeisiä malleja, kuten omalääkärimallia, jolloin integraatio näyttäytyy lääketieteellisenä prosessina.

Näkymättömyys korostuu myös integraation vaikuttavuuden arvioinnissa. Onnistuminen näyttäytyy aineistossa usein sairaalahoitajaksojen vähenemisenä tai lääketieteellisten osaamiskeskusten onnistumisena.

”Alue arvioi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation toteutuvan hyvin, mikä näkyy esimerkiksi avohoidolla vältettävissä olevien päivystyksellisten sairaalahoitajaksojen hienoisena vähenemisenä. Niitä on kuitenkin edelleen muuta maata enemmän. Alue panostaa myös hoidon vaikuttavuuteen: esimerkiksi laatupalkittu diabeteskeskus koordinoi alueen toimintamalleja ja lisää kustannustietoisuutta.” (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, 19)

Tällöin keskitytään puhtaasti terveydenhuollon tehokkuuteen ja kustannustietoisuuteen. Siten integraatio näyttäytyy pyrkimyksenä löytää tehokkaita vastinpareja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille, jolloin sosiaalihuollon asema integraatiossa jää kokonaan näkymättömäksi.

Aineiston perusteella toisena sosiaalihuollon asemana integraatiossa on sen häivyttäminen. Vaikka palveluja kehitetään moniammatillisina kokonaisuuksina, jää sosiaalihuollon rooli silti asiantuntijapuheessa usein määrittelemättömäksi tai se nähdään vain terveydenhuoltoa tukevana toimijana. Tämä kielellinen ja toiminnallinen häivyttäminen näkyy erityisesti uusissa tiimimalleissa, joissa puhe moniammatillisuudesta kääntyy käytännössä lääkärikeskeisyydeksi.

”Perusterveydenhuollossa tähän suuntaan on edetty moniammatillisen tiimimallin ja omalääkäritoiminnan avulla. Toimintamallien vahvistamista on tarpeen jatkaa, jotta hoidon jatkuvuus kohenee ja paljon palveluja tarvitsevien potilaiden tarpeisiin voidaan vastata perusterveydenhuollossa oman tiimin ja lääkärin avulla.” (Päijät-Hämeen hyvinvointialue, 7)

Aineiston perusteella voidaan todeta, että sosiaalihuollon rooli jää häivytytyksi, vaikka integraation keskiössä olisivat paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat, joiden kohdalla monialaisen tuen merkitys on tunnistettu keskeiseksi (Raitakari 2025, 25).

Häivyttäminen näyttäytyy aineistossa myös siten, että sosiaalihuollon asiantuntijuus tunnistetaan, mutta se kehystetään riittämättömäksi turvaamaan palvelujen laatua tai kustannustehokkuutta ilman terveydenhuollon ohjausta tai tukea. Tämä tulee näkyväksi katkelmassa:

”Ikääntyneiden sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen integraatiossa on edelleen kehittämistarpeita. Alueen tulisi vahvistaa terveydenhuollon roolia ja osaamista ikääntyneiden palveluissa sekä etsiä yhdessä ratkaisuja kiireellisten palvelujen ja vuodeosastohoidon käytön vähentämiseksi. (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 6)

Erityisen selvästi häivyttäminen näkyy kielellisessä ristiriidassa, jolloin integraatiosta puhuttaessa käytetään sosiaalihuoltolain käsitteistöä, kuten käsitettä erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat, mutta itse ratkaisut kytketään lääketieteelliseen logiikkaan. Moniammatillisuuden tarve saatetaan tunnistaa, mutta sosiaalihuollon asiantuntijuus on häivytetty:

”Lisäksi Minun Tiimini -toiminnalla tuetaan erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden palvelujen hallintaa. – – Perusterveydenhuollossa tähän suuntaan on edetty moniammatillisen tiimimallin ja omalääkäritoiminnan avulla. Toimintamallien vahvistamista on tarpeen jatkaa, jotta hoidon jatkuvuus kohenee ja paljon palveluja tarvitsevien potilaiden tarpeisiin voidaan vastata perusterveydenhuollossa oman tiimin ja lääkärin avulla.” (Pirkanmaan hyvinvointialue, 19)

Tässä tavassa sosiaalihuollon logiikka häivytetään lääketieteelliseen logiikan alle. Myös manageriaalinen logiikka vahvistaa tätä, sillä integraatio nähdään työkaluna kustannusten ja resurssien hallintaan. Tällöin sosiaalihuollon ammatillinen sisältö jää sivuutetaan ja jää tunnistamatta.

Aineistossa mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatiota koskevassa puheessa häivyttäminen viedään loppuun asti sulauttamalla sosiaalipalvelut osaksi terveysasemien toimintalogiikkaa. Integraatiouudistuksessa painotus on vahvasti lääketieteellisissä interventioissa, kuten konsultaatioissa ja terapiatoiminnassa, vaikkakin seuraavassa otteessa puhutaan palveluketjujen tarkastelusta myös sosiaalipalveluiden kannalta. Vaikka sosiaalihuolto mainitaan, jää sen rooli kuitenkin marginaaliseksi:

”Keväällä 2025 toteutettu mielenterveys- ja päihdepalvelujen uudistus – – vahvasti mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroitumista keskenään ja osaksi terveysasemien oma-tiimimallia. – – HUS-yhteistyötä kehitetään uudessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen segmentissä, joka tarkastelee palveluketjuja huomioiden myös sosiaalipalvelut.” (Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, 23)

Integraatiotekstissä sosiaalihuollon asema näyttäytyy ristiriitaisena, sillä se on läsnä kielellisinä ilmaisuina erityisenä tukena ja moniammatillisuutena, mutta näyttäytyy kuitenkin häivytettynä.

Aineistossa nousee esille kolmantena erilainen sosiaalihuollon asema, jossa sosiaalihuolto nähdään vahvana asiantuntijana ja sen asema on tunnustettu integraation keskiössä. Tässä näkemyksessä näyttäytyy sosiaalihuollon logiikka, joka saa tilaa hallinnollisten rakenteiden rinnalla. Sosiaalihuolto tuodaan esille aineistossa aktiivisena toimijana, jonka kehittämistoimet rinnastetaan tasavertaisesti terveydenhuoltoon, kuten seuraavassa aineistokatkelmassa:

”Hyvinvointialueen organisaatiomalli ja johtamisjärjestelmä luotiin vuonna 2023 ja 2024 käydyissä yhteistoimintaneuvotteluissa. Syksyllä 2024 uudistettiin toimi- ja palvelualueen johtoa. Johtamistasoja vähennettiin ja lisättiin sosiaali- ja terveystalouden sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota ja sujuvia palveluketjuja.” (Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, 10)

Sosiaalihuollon asema näyttäytyy aineistossa poikkeuksellisen vahvana, kun se nostetaan hallinnollisesti samalle tasolle erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa. Tämä integraation syvyys heijastuu myös johtamisrakenteisiin, sillä vaikka organisaatioita tiivistetään manageriaalisen logiikan mukaisesti, säilytetään sosiaalityön profesiojohtajuus omana vastuualueenaan. Tämä kertoo sosiaalihuollon asiantuntijuuden asemasta, jota ei voida täysin sulauttaa muihin professioihin:

”Uusi organisaatio käynnistyy vuoden 2026 alussa, jolloin sosiaali- ja terveystalouden tuotetaan yhdellä toimialueella nykyisen kahden sijaan. – – Rakenteessa säilyvät lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön profesiojohtajat.” (Etelä-Karjalan hyvinvointialue, 10)

Aineistossa tuodaan esille, että sosiaalihuolto on siirretty hallinnollisesti ja fyysisesti osaksi terveydenhuollon ympäristöä sote-keskuksiin, mutta samalla on pidetty huolta sosiaalihuollon omasta ammatillisesta identiteetistä. Tällöin sosiaalihuollon asema näyttäytyy aineistossa aktiivisena ja vaikuttavana. Aineisto osoittaa, että sosiaalihuollon sisäiset erityispiirteet halutaan pitää selkeinä integraation keskellä:

”Muutoksia on tehty myös toimipaikkatasolla. Sosiaaliohjaajia ja sosiaalityöntekijöitä on siirtynyt myös fyysisesti sote-keskuksiin. Alue on kehittänyt terveystaloudellista ja on selkiyttämässä sosiaalihuollon eri ammattilaisten tehtäväjakoja.” (Satakunnan hyvinvointialue, 18)

Aineistosta on tunnistettavissa sosiaalihuollon asiantuntijuutta vahvistava ja korostava puhetapa. Aiemmissa sosiaalihuollon asemaa integraatiossa kuvaavissa tavoissa sosiaalihuolto näyttäytyi näkymättömänä tai häivyttynä, mutta tässä sosiaalityön oma ammatillinen logiikka ja sen tuottama lisäarvo nousevat keskiöön. Sosiaalihuolto nähdään itsenäisenä asiantuntijana ja tasavertaisena suhteessa terveydenhuoltoon.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella millaisia merkityksiä sote-integraatio saa asiantuntija-arvioinneissa sekä millaiset institutionaaliset logiikat ohjaavat integraatiota koskevaa arviointia. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella sosiaalihuollon asemaa osana sote-integraatiota. Tutkimuskysymykset olivat, millaisin institutionaalisin logiikoin sote-integraatiota kehystetään sekä millaiseksi sosiaalihuollon asema kehyksissä rakentuu. Tutkimuksessa korostui kielen merkitys todellisuuden rakentajana, sillä tarkastelun kohteena oli nimenomaan näiden ilmiöiden jäsentyminen ja merkityksellistäminen asiantuntijatekstissä. Analyysimenetelmänä käytettiin kehysanalyysia. Kehysanalyysin avulla tarkasteltiin, miten aineistossa tulkittiin integraation liittyviä ongelmia, millaiset asiat nähtiin ongelmiin soveltuvina ratkaisuin ja miten integraatiota motivoitiin. Analyysissä kehukset muodostettiin aineistolähtöisesti. Tutkimuksessa hyödynnetään institutionaalisten logiikoiden teoriaa, joka toimi analyysin tulkinnan välineenä. Institutionaaliset logiikat nähtiin taustalla vaikuttavina arvoina ja uskomuksina, joita asiantuntijat hyödyntävät kielellisinä resursseina. Logiikkojen avulla oli mahdollista tarkastella, millaiset ajattelutavat ja toimintaperiaatteet jäsentävät integraatiota koskevaa arviointitekstiä.

Tulosluvussa keskityttiin kehysten kuvaamiseen aineistolähtöisesti, joten tässä luvussa tuloksia tulkitaan suhteessa aiempaan tutkimukseen sekä tämän tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Luku etenee niin, että neljän kehysten keskeiset havainnot tiivistetään ja niitä peilataan teoreettiseen taustaan. Tämän jälkeen tarkastellaan sosiaalihuollon asemaa. Lopuksi arvioidaan tutkimusprosessia kriittisesti ja esitetään jatkotutkimusaiheet.

5.1 Tulosten teoreettinen tulkinta

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyen tutkimuksessa tunnistettiin neljä sote-integraatiota jäsentävää kehystä, jotka ovat taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehys, rakenteellisen yhtenäistämisen ja digitaalisten palvelujen kehys, hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen integraation kehys sekä asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehys.

Taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehyksessä integraation tarve kytketään erityisesti palvelurakenteen raskauteen, henkilöstöön liittyviin resurssikysymyksiin sekä

palvelujärjestelmän sisäisiin rakenteellisiin kuiluihin, jotka osaltaan lisäävät paljon taloudellisia resursseja vaativien palvelujen käyttöä. Asiantuntija-arvioinnissa diagnosoidut rakenteelliset kuilut linkittyvät yhteen fragmentaation kanssa, jolloin kuilut näyttäytyvät käytännön työssä katkoskohtina esimerkiksi tiedonkulussa ja vuorovaikutuksessa (ks. Siervo & Keskimäki 2019, 431; Kodner 2009, 8). Ratkaisuina ongelmiin asiantuntija-arvioinneissa nähdään organisaatio- ja johtamisrakenteiden uudistamista sekä palveluprosessien kehittämistä, joilla pyritään siirtämään painopistettä raskaista palveluista kohti perustasoa. Muutosta motivoidaan taloudellisella välttämättömyydellä, mutta sen rinnalla käytetään asiakaslähtöisyyden retoriikkaa. Kehyksessä integraation onnistuminen mitaankin kyvyllä vähentää paljon taloudellisia resursseja vaativien palveluiden käyttöä ja siten turvata järjestelmän taloudellinen kantokyky.

Havainnot ovat linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa integraation tarvetta on perusteltu erityisesti resurssien tehottomalla käytöllä, palvelujärjestelmän pirstaleisuudella sekä vaikeasti hallittavilla kustannuksilla (Kodner 2009, 8). Aiemmassa tutkimuksessa on lisäksi tunnistettu ongelmaksi se, että käytännön tasolla eri toimijat keskittyvät omiin osa-alueisiinsa ilman yhteensovittuja toimintamalleja tai yhteistyön tuottaman lisäarvon tunnistamista (Hujala ym. 2024, 482). Vastuiden pirstoutumisen onkin todettu johtavan erilaisiin tehokkuus- ja laatuongelmiin (Axelsson & Axelsson 2006, 78). Myös suomalaisessa tutkimuksessa palveluketjujen yhdyspinnoilla on tunnistettu päällekkäisyyksiä ja kuiluja, minkä vuoksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä on pyritty tarkastelemaan työnjakoa ja vahvistamaan paikallista yhteistyötä kustannusten hillitsemiseksi (Friman ym. 2020, 338).

Vaikka integraatiolla tavoitellaan kustannusten hillitsemistä, tutkimuskirjallisuudessa on tunnistettu sen vaativan alkuvaiheessa ajallisia ja taloudellisia investointeja sekä yhteistyöhön liittyviä resurssipanostuksia (Browne ym. 2004, 1; Correia de Matos ym. 2024, 25–26). Pitkällä aikavälillä integraation nähdään kuitenkin mahdollistavan rajallisten resurssien tarkoituksenmukaisemman kohdentamisen, ammattilaisten päällekkäisen työn vähentämisen sekä kustannusten hillitsemisen (Correia de Matos ym. 2024, 25–26; ks. myös Kivipelto ym. 2020, 7). Myös tämän tutkimuksen perusteella integraatio näyttäytyy keinona hallita palvelujärjestelmän pirstaleisuutta erityisesti taloudellisen tehokkuuden näkökulmasta. Tulosta voidaan tarkastella suhteessa hyvinvointialueiden toimintaympäristöön, jossa valtion talousohjaus ja alijäämien kattamisvelvoite ovat korostaneet taloudellisten tavoitteiden merkitystä päätöksenteossa, sillä hyvinvointialueet ovat joutuneet

nopealla aikataululla sopeuttamaan toimintaansa nimenomaan säästö- ja leikkaustoimien avulla (Paatela ym. 2025, 25).

Tässä kehyksessä integraatio nähdään ennen kaikkea välineenä, jolla pyritään vastaamaan palvelujärjestelmän taloudellisiin paineisiin ja hallitsemaan sen pirstaleisuutta. Taloudellisen kestävyuden ja tehostamisen kehyksessä integraatio kytkeytyy vahvasti manageriaaliseen logiikkaan ja valtiologiikkaan. Kehyksessä palvelujärjestelmän kehittämistä perustellaan manageriaalisen logiikan mukaisesti tehokkuudella, resurssien hallinnalla sekä taloudellisen kestävyuden turvaamisella (ks. Roth 2025b, 4), jolloin integraation arvo määrittyy hyvinvointialueiden taloudellisiin paineisiin vastaamisen kautta. Valtiologiikan mukaisesti valtion ohjaus- ja rahoitusjärjestelmät sekä lainsäädäntö toimivat palvelujen integraatiota tukevinä tekijöinä, mutta samalla myös sitä rajoittavina tekijöinä (mt, 4). Aiemmassa tutkimuksessa onkin tunnistettu, että joillakin hyvinvointialueilla ilmenevä vastustus säästötoimia kohtaan kuvastaa rakenteellista ristiriitaa laista nousevien talouden sopeuttamistarpeiden sekä väestön todellisten tarpeiden ja lakisäätöisten perusoikeuksien välillä (Paatela ym. 2025, 25).

Kehyksessä manageriaalista painotusta tasapainotetaan asiakaslähtöisyydellä, joka linkittyy asiakas- ja potilaskeskeiseen logiikkaan. Roth (2025a, 92) tuo esille tutkimuksessaan, että logiikan korostaminen toimii organisaatiokontekstissa kielellisenä siltana ammatillisen ja manageriaalisen maailman välillä, sillä hallinnollisia säästötavoitteita on usein välttämätöntä perustella ammatillisella kielellä laajemman hyväksynnän saavuttamiseksi. Kirjallisuudessa tunnistetaan kuitenkin riski siitä, että vaikka palveluilla tavoiteltaisiin asiakaslähtöisyyttä, niin organisaation asettamat tehokkuuspyrkimykset ja kustannustavoitteet voivat estää asiakaslähtöisyyden toteutumisen ja heikentää hoidon laatua (van Duijn 2018, 5; Roth 2025b, 4). Kokonaisuudessaan tehokkuuspaineet ja taloudelliset tavoitteet ilmentävät laajempaa yhteiskunnallista kehityskulkua, jossa julkishallinto on omaksunut markkinoiden toimintalogiikkaa (Kallio 2015, 140).

Rakenteiden ja yhtenäistämisen kehyksessä integraation tarve kytkeytyy hyvinvointialueiden pirstaleiseen historiaan, toimialarakenteiden siiloutumiseen, liian moniin johtamistasoihin sekä käytännön tason systeemiin häiriöihin, kuten päällekkäisiin palveluihin ja asiakkaiden pompotteluun (ks. Raitakari 2025, 19). Pirstaleisuutta nähdään tuottavan myös muuttuvat lainsäädännön vaatimukset, joita tulisi sovittaa olemassa oleviin toimintamalleihin. Ennen kaikkea aineistossa diagnosoidaan kuilu jo toteutetun hallinnollisen integraation ja toiminnallisen integraation välillä. Prognostisina ratkaisuuina korostuvat

organisaatorakenteiden tiivistäminen, johtamisjärjestelmien keventäminen, hallinnollisten siilojen purkaminen sekä palvelujen keskittäminen, joilla pyritään ehkäisemään osaoptimointia. Aiemmassa tutkimuksessa on todettukin heikon integraation lisäävän kokonaisorganisaation tavoitteiden kannalta haitallisen osaoptimoinnin riskiä (Kallio 2015, 159). Ratkaisujen ytimessä on ajatus siitä, että rakenteellisilla uudistuksilla voidaan luoda edellytyksiä toiminnallisen integraation toteutumiselle. Lisäksi digitaalisuus ja teknologiset ratkaisut nähdään keinoina yhtenäistää palveluprosesseja, vahvistaa palveluohjausta sekä hallita palvelukokonaisuuksia (ks. Tynkkynen ym. 2025, 16). Muutosta motivoidaan tarpeella vastata palvelujärjestelmän hajanaisuuteen sekä kansallisiin ohjausmekanismeihin ja lainsäädännöllisiin velvoitteisiin. Integraatio rakentuu keinoksi yhtenäistää toimintaa sekä luoda hallinnollisia edellytyksiä palvelujen yhteensovittamiselle.

Tulokset ovat yhteneväisiä aiemman tutkimuksen kanssa siitä, että rakenteelliset muutokset eivät automaattisesti johda ammatillisten käytäntöjen tai toimintakulttuurien muutokseen. Samalla aiemmassa tutkimuksessa on kuitenkin todettu, että aiemmat organisaatorakenteet eivät ole mahdollistaneet toiminnallisen integraation toteutumista täysin määräisesti, minkä vuoksi hallinnollisen integraation luomat rakenteet voivat tukea toiminnallisen integraation toteutumista (Kekoni ym. 2019, 27; Halme & Tiirinki 2019, 31). Tutkimuksessa on myös havaittu, että sote-uudistuksen myötä syntyneet hallinnolliset rakenteet ovat luoneet edellytyksiä palveluiden integraatiolle sekä ammattilaisten väliselle yhteistyölle erityisesti palvelukokonaisuuksissa, joissa palvelut toimivat saman hallinnollisen johdon alaisuudessa (Tynkkynen ym. 2025, 276). On myös huomioitava, että integraatio on hallinnollisen uudistuksen lisäksi aina kulttuurinen ja poliittinen kokonaisuus ja muutokset tapahtuvat usein hitaasti (Roth 2025a, 24).

Rakenteiden ja yhtenäistämisen kehyksessä integraatio kytkeytyy erityisesti manageriaaliseen logiikkaan ja valtiologiikkaan. Kehyksessä integraatiota perustellaan manageriaalisen logiikan mukaisesti hallittavuudella, rakenteellisella selkeydellä ja toiminnan yhtenäistämällä. Tässä kehyksessä manageriaalinen ja ammatillinen logiikka asettuvat osittain jännitteeseen suhteeseen, sillä integraatiota pyritään edistämään hallinnollisten rakenteiden, johtamisen ja yhtenäisten toimintamallien avulla. Aiemmat tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että integraation käytännön toteutuminen rakentuu pitkälti ammatillisten tekijöiden varaan. Keskeisiksi näyttäytyvät erityisesti ammattilaisten osaaminen, eettiset periaatteet, autonomia sekä yhteiset toimintakäytännöt. (Roth 2025a, 5.)

Kehyksessä korostuva digitaalisuus ja sähköiset asiointialustat kytkeytyvät myös manageriaalisiin tavoitteisiin, sillä ne rakentuvat palveluprosessien hallinnan, porrastuksen ja oikea-aikaisuuden välineiksi. Digitaalisten ratkaisujen nähdään myös tukevan integraatiota kokoamalla hajanaisia palveluita yhteen sekä vahvistamalla asiakas- ja palveluohjausta (ks. Paatela ym. 2024, 5). Aiemmassa tutkimuksessa digitaaliset ratkaisut yhdistävät tehokkuusajattelun ja tavoitteen hajanaisten palvelujärjestelmien integroimisesta, jolloin nähdään voitavan tarjota kokonaisvaltaisempia palveluita sekä vahvistaa osallisuutta ja vuorovaikutusta (Mountford & Cai 2026). Näin digitaalisuus ei näyttäyty pelkästään tehokkuuden välineenä, vaan myös integraatiota mahdollistavana ratkaisuna.

Integraatiota perustellaan myös valtiologiikan mukaisilla vaatimuksilla, kuten tarpeella vastata ministeriöiden suosituksiin, kansallisiin toimintamalleihin sekä muuttuvaan lainsäädäntöön, kuten esimerkiksi uuden vammaispalvelulain asettamiin juridisiin velvoitteisiin. Myös aiemmassa tutkimuksessa on todettu kansallisten ohjausjärjestelmien, kuten lainsäädännön, rahoituksen, politiikkaohjelmien ja arviointijärjestelmien, vaikuttavan integraation toteutumiseen erityisesti organisaatioiden muutoskyvykkyyden kautta (Roth 2025a, 5). Kehyksessä näkyy myös asiakas- ja potilaskeskeisen logiikan piirteitä, sillä toiminnallisen integraation puutteiden nähdään konkretisoituvan asiakkaille epäyhtenäisenä palveluohjauksena, päällekkäisinä palveluina ja asiakkaan pompotteluna palveluiden välillä. Potilaslähtöisen logiikan mukaisesti nämä ongelmat heijastuvat asiakkaiden subjektiivisiin hoitokokemuksiin ja kokemuksiin palveluiden jatkuvuudesta (Mæhle ym. 2021, 2243).

Hoidon jatkuvuuden ja hoidollisen integraation kehyksessä integraation tarve kytkeytyy hoidon pirstaleisuuteen sekä jatkuvuuden ongelmiin erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla. Kehyksessä palvelujen yhteensovittaminen kiteytyy asiantuntijateksteissä ensisijaisesti lääketieteelliseksi ja hoidolliseksi yhteistyöksi. Keskeisimmäksi ongelmaksi rakentuvat hoidon jatkuvuuden puutteet sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen riittämätön yhteistyö. Nämä ongelmat on tunnistettu myös aiemmassa tutkimuksessa, jossa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kotihoito toimivat erillisinä toimijoina, jolloin hoitotahot toimivat ilman yhteensovittavia toimintamalleja (Hujala ym. 2024, 482). Kehyksessä integraatio näyttäytyy osin keskeneräisenä ja väliaikaisena toimintana. Prognostisina ratkaisuuina korostuvat pysyviin hoitosuhteisiin perustuvat toimintamallit, kuten omalääkäri- ja omahoitajamallit, asiakaskoordinaattorit, moniammatilliset omatiimit sekä ennakoivat hoitosuunnitelmat. Ratkaisujen tavoitteena on vahvistaa hoidon jatkuvuutta ja selkiyttää vastuita. Lisäksi sairauskohtaiset

hoitopolut ja jatkohoitokäytäntöjen kehittäminen näyttävät keinoina vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Muutosta motivoidaan hoidon vaikuttavuudella, tarpeella vastata monimutkaisiin palvelutarpeisiin perusterveydenhuollossa sekä väestön ikääntymisen aiheuttamalla paineella.

Aiemmassa tutkimuksessa on tunnistettu hoidon jatkuvuuden merkitys erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakasryhmien kohdalla, sillä pirstaleiset palvelupolut ja hajautuneet vastuut voivat heikentää palveluiden yhteensovittamista sekä hoidon jatkuvuutta (Taskinen & Hujala 2020, 67–68; Paatela ym. 2025, 26). Myös aiemmassa tutkimuksessa yksilöllisten hoitosuunnitelmien on todettu toimivan keinona sovittaa yhteen organisatorisia tavoitteita ja asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita. Tässä tutkimuksessa vastaava piirre näkyy pysyviin hoitosuhteisiin ja ennakoiviin suunnitelmiin perustuvissa ratkaisuissa, joissa hoidon jatkuvuutta pyritään vahvistamaan yhdistämällä ammatillisia, hallinnollisia ja asiakaslähtöisiä tavoitteita. (ks. Oksavik ym. 2021, 13.)

Tämän kehyksen ytimessä on terveydenhuollon ammatillinen logiikka, joka neuvottelee asemastaan manageriaalisen logiikan kanssa. Ammatillisen logiikan mukaisesti ratkaisuissa korostuvat lääketieteellinen asiantuntemus, hoitosuhteen laatu sekä eettinen vastuu potilaasta. Aiemman tutkimuksen mukaan terveydenhuollon logiikka perustuu näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin, kliiniseen harkintaan sekä mitattaviin hoidollisiin tuloksiin. Ammattilaisten toiminnan nähdään rakentuvan sisäsyntyisen motivaation ja velvollisuudentunnon varaan. (Mæhle ym. 2021, 7; Kallio ym. 2016, 3.) Kehyksessä näkyy kuitenkin jännite ammatillisen ja manageriaalisen logiikan välillä, sillä manageriaalinen logiikka painottaa tehokkuutta, kustannusten hallintaa ja järjestelmän toimivuutta, kun taas ammatillinen logiikka korostaa kliinistä autonomiaa, hoidon laatua ja potilaan yksilöllisiä tarpeita (Roth 2025b, 4). Samankaltainen jännite näkyy myös tässä tutkimuksessa, jossa hoidon jatkuvuutta vahvistavat ratkaisut pyrkivät yhdistämään organisatorisen tehokkuuden tavoitteita sekä yksilöllistä ja jatkuvaa hoitoa. Lisäksi aineistossa näkyy asiakas- ja potilaskeskeisen logiikan piirteitä, sillä integraatiota tarkastellaan erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden näkökulmasta.

Kehyksessä tulee esille jännitteisyyttä, sillä kehyksessä enemmän painottuneiden lääketieteellisen ja hoidollisen käsitteistön rinnalla teksteissä nousee esille sosiaalihuollon ilmauksia, kuten "erityistä tukea tarvitsevat" ja "asiakaskoordinaattorit". Lisäksi kehyksessä tuodaan esille paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat, joiden kohdalla integraatio nähdään perusteltuna. Aiemmassa tutkimuksessa nämä asiakkaat nähdään monialaista

työskentelyä vaativana asiakasryhmänä, sillä he voivat käyttää samanaikaisesti runsaasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (Hujala & Lammintakanen 2018, 18). Tässä kehyksessä sosiaalihuollon asiantuntijuus ei kuitenkaan nouse näkyvästi esille, vaan sosiaalihuoltoon viittaavat ilmaisut näyttäytyvät osana lääketieteellisesti painottunutta integraatiota.

Asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehyksessä integraatio laajenee terveydenhuollon sisäisistä prosesseista kohti monialaista työtä. Diagnostisessa tarkastelussa integraation tarve kytetään yhteiskunnallisiin ilmiöihin, kuten työttömyyteen ja asunnotomuuteen, väestön demografisiin muutoksiin sekä ikääntyneiden palvelutarpeiden kasvuun. Ongelmaksi määritellään palvelujen hajanaisuus, vaikea saatavuus sekä yhtenäisten käytäntöjen puute. Tulokset ovat linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa palvelujärjestelmään kohdistuvien muutospaineiden on tunnistettu liittyvän väestön ikääntymiseen, eliniän pitenemiseen, kroonisten sairauksien lisääntymiseen sekä asiakkaiden tarpeiden monimutkaistumiseen. Samalla nykyisten palvelujärjestelmien on todettu olevan usein hajanaisia, jolloin niiden kyky vastata kasvaviin ja kokonaisvaltaisempiin palvelutarpeisiin heikkenee. (Paatela ym. 2024, 1.) Lisäksi tekstistä nousee esiin diagnostinen tarve tunnistaa asiakkaat, jotka hyötyvät palvelujen yhteensovittamisesta eniten. Tulosta voidaan tarkastella suhteessa segmentoinnin käsitteeseen, joka on omaksuttu markkinoinnin kentältä sosiaali- ja terveystarpeisiin. Sosiaali- ja terveystarpeissa segmentointia hyödynnetään erityisesti palveluiden koordinoinnissa ja tiedolla johtamisessa. (Raitakari 2025, 25.)

Prognostisina ratkaisuuina korostuvat asiakas- ja palveluohjaus, asiakaskoordinaattorit, sekä monialainen yhteistyö. Ratkaisut ulottuvat sosiaali- ja terveydenhuollon sisäistä yhteistyötä pidemmälle, jolloin yhteistyö rakentuu myös muiden toimijoiden, kuten työllisyyspalveluiden, Kelan ja oppilaitosten kanssa. Samalla sosiaalihuollon asiantuntijuuden vahvistaminen sekä sosiaalityön integroiminen osaksi moniammatillista työskentelyä näyttäytyvät keskeisinä ratkaisuuina. Muutosta motivoidaan palvelujen saavutettavuudella, yhdenvertaisuudella sekä tarpeella vastata väestön ikääntymiseen ja kasvaviin palvelutarpeisiin. Kehyksessä integraation onnistuminen tiivistyy asiakkaiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn vahvistamiseen sekä palvelutarpeiden kasvun ennaltaehkäisyyn.

Asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehyksessä integraatio kytkeytyy erityisesti asiakaslogiikkaan ja ammatilliseen logiikkaan. Tässä kehyksessä on sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon logiikat. Kehyksessä korostuvat kokonaisvaltainen tuki,

ennaltaehkäisy sekä asiakkaan elämäntilanteen huomioiminen. (ks. Roth & Vakkuri 2023, 94). Samalla kehyksessä on esillä manageriaalinen logiikka, sillä integraatiolla pyritään myös kohdentamaan resursseja vaikuttavasti sekä ehkäisemään palvelutarpeiden kasvua. Myös asiakassegmentointi linkittyy manageriaaliseen logiikkaan (vrt. Raitakari 2025, 25). Kehyksessä ratkaisuina nähtävät asiakas- ja palveluohjaus, asiakaskoordinaattorit sekä monialainen yhteistyö näyttäytyvät myös keinona vastata jännitteeseen yhdenmukaistettujen toimintamallien ja asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden välillä. Aiemman tutkimuksen mukaan manageriaalinen logiikka voi painottaa näitä yhdenmukaistettuja prosesseja tavalla, joka sivuuttaa potilaskeskeisten ja ammatillisten logiikoiden korostamia yksilöllisiä tarpeita ja asiantuntijuutta (Roth 2025b, 4). Tässä kehyksessä asiakaskoordinaattorit ja monialainen yhteistyö näyttäytyvät keinoina sovittaa yhteen näitä erilaisia tavoitteita.

Toiseen tutkimuskysymykseen liittyen sosiaalihuollon asema näyttäytyi vaihtelevana. Analyysissa tunnistettiin kolme keskeistä tapaa asemoida sosiaalihoitoa, jotka nimettiin näkymättömyudeksi, häivyttämiseksi sekä tasa-arvoisuudeksi. Sosiaalihuollon aseman rakentuu eri tavoin riippuen siitä, millaisena integraatio määritellään.

Ensimmäisessä asemassa sosiaalihoito jää integraatiossa näkymättömäksi. Erityisesti taoudellisissa, hallinnollisissa ja terveydenhuollon sisäistä yhteistyötä korostavissa tarkasteluissa integraatio pelkistyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseksi kysymykseksi. Tällöin integraation onnistumista arvioidaan lääketieteellisillä mittareilla, kuten hoitopolkujen tai -ketjujen sujuvuudella, tai sairaalahoitojaksojen vähenemisellä, jolloin sosiaalihuollon asiantuntijuus jää kokonaan tunnistamatta. Tulosta voidaan tarkastella suhteessa aiempaan kirjallisuuteen, jossa integraatiokeskustelun on tunnistettu painottuvan terveydenhuollon palveluihin sekä erityisesti perustason palveluiden ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön (Paatela ym. 2024, 5). Taskisen ja Hujalan (2020, 52) mukaan tällainen integraatio kuvaa vertikaalista integraatiota, jossa tarkastelu kohdistuu palvelujärjestelmän eri tasojen, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, yhteensovittamiseen. Sen sijaan sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välinen yhteistyö liittyy horisontaaliseen integraatioon, joka jää tässä puhettavassa vähäisemmälle huomiolle.

Toisessa asemassa sosiaalihoito näyttäytyy häivyttetyinä. Monialaisen yhteistyön ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden merkitys tunnistetaan aineistossa, mutta ratkaisut rakentuvat usein terveydenhuollon logiikan ympärille. Tämä tulee erityisesti näkyväksi

havaitussa kielellisessä ristiriidassa, jossa tekstissä hyödynnetään sosiaalihuoltolain mu-
kaista käsitteistöä, mutta varsinaiset ratkaisut kytketään terveydenhuoltokeskeisiin oma-
lääkärimalleihin ja omatiimeihin. Institutionaalisten logiikoiden näkökulmasta eri toimi-
jat ja käytännöt saavat merkityksensä sen mukaan, mistä näkökulmasta niitä tarkastellaan.
Institutionaaliset logiikat voidaan nähdä erilaisina merkitysjärjestelminä, jotka määrittä-
vät mitä pidetään tavoiteltavana ja millaisia ratkaisuja organisaatioissa arvostetaan.
(Friedland & Arjaliès 2021, 65.) Tällöin sosiaalihuollon käsitteistö on aineistossa läsnä,
mutta sen institutionaalinen logiikka jää osittain terveydenhuollon logiikan varjoon.

Kolmannessa asemassa sosiaalihuolto näyttäytyy tasa-arvoisena asiantuntijana. Tällöin
sosiaalihuolto nähdään aktiivisena toimijana, jonka asiantuntijuus liittyy kokonaisvaltai-
suuteen, ennaltaehkäisyyn ja monialaisten tarpeiden tunnistamiseen. Sosiaalihuollon
asema tunnustetaan sekä johtamisrakenteissa että käytännön integraatiossa. Sosiaalihuol-
lon asiantuntijuus näyttäytyy itsenäisenä osana integraatiota eikä siten pelkisty tervey-
denhuoltoa täydentäväksi osaksi. Sosiaalihuolto nostetaan tässä asemoinnissa hallinnol-
lisesti ja organisatorisesti samalle viivalle erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon
kanssa sekä sosiaalityön professiojohtajat säilytetään itsenäisenä ohjausrakenteena orga-
nisaatiomuutosten keskellä, jolloin sosiaalihuolto tunnustetaan tasavertaiseksi integraa-
tion onnistumisen edellytykseksi. Tämä havainto kertoo sosiaalihuollon asiantuntijuuden
asemasta, joka säilyttää oman ammatillisen erityisyytensä integraation keskellä.

Aineistosta löydetty kehykset määrittävät sitä, millainen asema sosiaalihuollon ammatil-
liselle logiikalle integraatiolle rakentuu. Taloudellisissa, rakenteellisissa ja hoidollisissa
kehyksissä sosiaalihuollon logiikka jää manageriaalisen sekä osin terveydenhuollon lo-
giikan varjoon, kun taas asiakaskeskeisyyden ja monialaisen integraation kehyksessä so-
siaalihuollon asiantuntijuus rakentuu tasa-arvoiseksi osaksi integraatiota. On kuitenkin
huomioitava, että myös terveydenhuollon logiikka näyttäytyy alisteisena manageriaali-
selle logiikalle, jolla on hallitseva asema kaikissa paitsi asiakaskeskeisyyden ja monialai-
sen integraation kehyksessä. Vaikka tehokkuus on noussut keskeiseksi tavoitteeksi sote-
uudistuksessa, ammatillisen asiantuntijuuden näkökulmasta keskeistä on myös se, millai-
nen asema sosiaalihuollon omalle asiantuntijuudelle integraatiossa rakentuu. Siksi sosi-
aalihuollon aseman tarkastelu ja esille nostaminen on perusteltua, sillä integraatiossa neu-
votellaan palvelurakenteiden lisäksi eri professioiden asemasta ja legitimitetistä. (vrt.
Kallio 2015, 143).

Kokonaisuudessaan tulokset osoittavat, ettei sosiaalihuollon asema integraatiossa ole yksiselitteinen. Integraatiota koskevat arvioinnit kuvaavat palvelujärjestelmää sekä samalla määrittävät sitä, millainen asema sosiaalihuollolle osana sote-integraatiota rakentuu. Siten sosiaalihuollon asema näyttäytyy osana laajempaa neuvottelua siitä, millaisena sote-integraatio ymmärretään ja mitä integraatiolla tavoitellaan.

5.2 Tutkimuksen arviointi ja jatkonäkymät

Tutkimuksen aineisto koostui Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamista asiantuntija-arvioinneista hyvinvointialueiden järjestämisestä, jotka muodostavat ajankohtaisen ja valtakunnallisesti kattavan aineiston sote-integraation tarkasteluun. Aineiston vahvuutena voidaan pitää sitä, että asiantuntija-arvioista saa kokonaiskuvan jokaisen hyvinvointialueen tilanteesta. Samalla aineiston erityispiirteenä on sen asiantuntijalähtöisyys, jolloin tarkastelussa olivat viralliset tekstit, jotka on alun perin tuotettu erilaiseen käyttötarkoitukseen sekä niiden muodostamiseen ovat vaikuttaneet insititutionaaliset ja yhteiskunnalliset kontekstit. Aineistolla pystyttiin vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin, mutta aineiston alkuperäinen käyttötarkoitus saattaa antaa yksipuolista kuvaa integraation toteuttamisesta.

Analyysimenetelmänä käytetty kehysanalyysi yhdessä institutionaalisten logiikoiden viitekehyksen kanssa osoittautui toimivaksi ratkaisuksi. Luotettavuuden varmistamiseksi analyysiprosessia ohjasi diagnostisen, prognostisen ja motivationaalisen kehystämisen vaiheet ja tehtyjä tulkintoja havainnollistettiin suorilla aineistokatkelmilla. Mikäli tutkimus toteutettaisiin uudelleen, analyysiä voitaisiin täydentää esimerkiksi tarkastelemalla hyvinvointialueiden hyvinvointikertomuksia, integraation toimintamalleja tai haastatteleamalla hyvinvointialueiden työntekijöitä.

Tutkimuksen teko on merkinnyt ammatillista ja tieteellistä kasvua. Tutkimuksen tekeminen vaati teoreettisen viitekehyksen haltuun ottamista ja sen itsenäistä soveltamista. Erittäin oppimisen kannalta merkityksellinen asia oli kehysanalyysin hyödyntäminen tutkimuksessa, joka vaati laajaa tutustumista kyseiseen analyysimenetelmään. Osaaminen integraatiosta ja institutiosta logiikoista kasvoi prosessin aikana. Merkityksellistä oli myös sosiaaliseen konstruktionismiin sekä ilmiöiden kielelliseen rakentumiseen tutustuminen. Tutkimusprosessi on vahvistanut itsenäistä tutkijuutta sekä tuonut esille sen, että tutkimuksella voidaan tuoda näkyväksi yhteiskunnallisia katvealueita.

Aineistosta esille nousseiden havaintojen pohjalta voidaan esittää, että sote-integraatiossa palvelujärjestelmän kehittämisessä tulee huomioida palveluprosessien kehittäminen ja taloudellisten tavoitteiden yhteensovittaminen, jottei palveluiden kehittäminen tapahdu pelkästään taloudellisista lähtökohdista (ks. Paatela ym. 2025, 15). Hyvinvointialueiden tulee myös tietoisesti vahvistettava sosiaalihuollon roolia sekä asiantuntijuus on integroitava osaksi strategista johtamista.

Tämä tutkimus rajautui tarkastelemaan virallisia asiantuntijatekstejä. Tulevassa tutkimuksessa olisi tarpeen tarkastella integraatiota käytännön toimintana, sekä selvittää miten ammattilaiset neuvottelevat institutionaalisista logiikoista arjessaan ja miten ammatilliset roolit mahdollisesti muuttuvat ajan myötä. Erityisen tärkeää olisi tutkia sosiaalihuollon insitutionaalisten logiikoiden muotoutumista ja asemaa, sillä sitä on tutkittu huomattavasti vähemmän verrattuna terveydenhuoltoon (ks. Roth 2025a, 100).

LÄHTEET

- Ahgren, Bengt & Axelsson, Runo (2005) Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care* 5(3), 1–9. <https://doi.org/10.5334/ijic.134>.
- Alahuhta, Maija & Niemelä, Eija (2017) Paljon sosiaali- ja terveystalvveluja käyttävien asiakkaiden palveluiden toteutuminen – työntekijöiden ja johtavien viranhaltijoiden haastattelututkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54, 6–17. <https://doi.org/10.23990/sa.60620>.
- Andersson, Thomas (2022) If it is complex, let it be complex – Dealing with institutional complexity in hospitals comment on "Dual agency in hospitals: what strategies do managers and physicians apply to reconcile dilemmas between clinical and economic considerations?". *International journal of health policy and management* 11(10), 2346–2348. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6922>
- Alastalo, Marja & Vuori, Jaana (2021) Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoar-kisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Viitattu 19.04.2026.
- Alasuutari, Pertti (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Axelsson, Runo & Bihari Axelsson, Susanna (2006) Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management* 21 (1), 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>.
- Benford, Robert & Snow, David (2000) Framing processes and social movements: An overview and assessment. *Annual Review of Sociology* 26 (1), 611–639. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.26.1.611>.
- Besharov, Marya & Smith, Wendy (2014) Multiple institutional logics in organizations: explaining their varied nature and implications. *The Academy of Management Review* 39 (3), 364–381. <https://doi.org/10.5465/amr.2011.0431>.
- Bhat, Karthik & Easwarathan, Rokshan & Jacob, Milan & Poole, William & Sapaetharan, Vithullan & Sidhu, Manu & Bhat, Ashvin Thomas (2022) Identifying and understanding the factors that influence the functioning of integrated healthcare systems in the NHS: a systematic literature review. *BMJ Open*, 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049296>.
- Browne, Gina & Roberts, Jacqueline & Gafni, Amiram & Byrne, Carolyn & Kertyzia, June & Loney, Patricia (2004) Conceptualizing and validating the human services integration measure. *International Journal of Integrated Care* 4 (1), 1–9. <https://doi.org/10.5334/ijic.98>.
- Charue-Duboc, Florence & Raulet-Croset Nathalie (2013) The health care logic and the social care logic in services for older people: how organizations reconcile institutional logics as part of their activities. XXII Conférence Internationale de Management Stratégique.
- Cheng, Siu Mee & Catallo, Cristina (2020) Conceptual framework: factors enabling collaborative healthcare and social services integration. *Journal of Integrated Care* 28 (3), 215–229. <https://doi.org/10.1108/JICA-11-2019-0048>.
- Correia de Matos, Ricardo & do Nascimento, Generosa & Campos Fernandes, Adalberto & Matos, Cristiano (2024) Implementation and impact of integrated health and social care services: an umbrella review. *Journal of Public Health Policy* 2024 (45), 14–29. <https://doi.org/10.1057/s41271-023-00465-y>.
- D'Amour, Danielle & Ferrada-Videla, Marcela & San Martin Rodriguez, Leticia & Beaulieu, Marie-Dominique (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 19 (1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>.

- Fisher, Michael & Elnitsky, Christine (2012) Health and social services integration: A review of concepts and models. *Social Work in Public Health* 27(5), 441–468. <https://doi.org/10.1080/19371918.2010.525149>.
- Fulop, Naomi & Protopsaltis, Gerasimos & Hutchings, Andrew & King, Annette & Allen, Pauline & Normand, Charles & Walters, Rhiannon (2002) Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *BMJ*, 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7358.246>.
- Friedland, Roger & Arjaliès, Diana-Laure (2021) Putting things in place: institutional objects and institutional logics. United Kingdom: Emerald Publishing Limited, 45–86. <https://doi.org/10.1108/S0733-558X2020000071003>.
- Friedland, Roger & Alford, Robert (1991) Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions. Teoksessa: Walter Powell & Paul DiMaggio (toim.) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 232–263.
- Friman, Susanna & Ikonen, Tuija & Eloranta, Sini & Suominen, Sakari (2020). Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten palveluketjujen kehittäminen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 57 (4), 7. <https://doi.org/10.23990/sa.84892>.
- Goffman, Erving (1974). *Frame Analysis. An essay on the organizations of experience*. Cambridge: Harvard University Press.
- Goodwin, Nick (2013) Understanding integrated care: a complex process, a fundamental principle. *International journal of integrated care* 13(1), 1–2. <https://doi.org/10.5334/ijic.1144>.
- Goodwin, Nick (2015) How should integrated care address the challenge of people with complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies. *International journal of integrated care* 15 (3), 1–2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2254>
- Halme, Saija & Tiirinki, Hanna (2019) Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita. Dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla 2019. Työpöytä 27/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-398-4>.
- Haveman, Heather, & Gualtieri, Gillian (2017) Institutional logics. Teoksessa Donald Bergh (toim.) *Oxford Research Encyclopedia of Business and Management*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190224851.013.137>.
- Hujala, Anneli & Lammintakanen, Johanna (2018) Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen raportti. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätiö. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluita-tarvitset-ihmiset-keskioon.pdf>. Viitattu 02.03.2026.
- Hujala, Anneli & Taskinen, Helena & Alasaari, Sari & Haatainen, Kaisa & Lönnroos, Eija (2024) Integraatio sote-palveluissa: Sote-ammattilaisten kokemuksia ja näkemyksiä iäkkään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolusta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 61 (4), 472–487. <https://doi.org/10.23990/sa.128485>.
- Huvinen, Kirsti & Joutsenlahti, Ritva & Metteri, Anna (2014) Kokonaisen asiakkaan kohtaaminen ja pirstaleinen järjestelmä -aikuissosiaalityön asiakkaat terveyspalveluissa. Teoksessa Heli Valokivi & Satu Ylinen & Anna Metteri (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 32–43.
- Kallio, Tomi (2015) Ammattilaisbyrokraatit tehokkuuden aikakaudella. Tasapainoilua asiantuntijaeetoksen ja tehokkuuspaineiden välillä. *Acta Universitatis Tamperensis* 2029. Tampere: Tampere University Press.
- Kallio, Tomi & Vähätalo, Mervi & Tevameri, Terhi & Suomi, Kati (2016) Institutionaalisen logiikan muutos terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemana. Turun yliopiston kauppakorkeakoulun Porin yksikkö. Hallinnon tutkimuksen päivät 24.-25.11.2016.

- Karvonen, Erkki (2000) Tulkintakehys (frame) ja kehystäminen. *Tiedotustutkimus*, 23(2), 78–84.
- 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*. Helsinki: Gaudeamus, 12–32.
- Kekäle, Jouni & Puusa, Anu (2020) Tiedesodat. Realistinen ja konstruktionistinen maailmankäsitys. Teoksessa Anu Puusa, Pauli Juuti & Iris Aaltio (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.
- Kihlström, Laura & Viita-aho, Marjaana, Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2026) How health workers experience health system reform: A qualitative study from Finland. *Health Policy* 163, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105499>.
- Kivelä, Kirsi & Elo, Satu & Kääriäinen, Maria (2018) Frequent attenders in primary health care: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 86 (115), 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.003>.
- Kivipelto, Minna & Suhonen, Marjo & Koivisto, Juha & Tiirinki, Hanna & Miikki, Ritva (2020) Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoinnin mallit – kar-toittava kansainvälinen katsaus. Teoksessa Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.) *Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 10–30.
- Kodner, Dennis (2002) Organizational and clinical models of care – the international experience: What is the evidence? Teoksessa McGill University-Universite de Montreal Research Group on Integrated Services (toim.) *Conference proceedings: older persons and health care: Who care?* Montreal: Research Group.
- Kodner, Dennis & Spreeuwenberg, Cor (2002) Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2 (4), 1-6. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>.
- Kodner, Dennis L. (2009) All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 13, 6–15. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>.
- Koivisto, Juha & Muurinen, Heidi & Liukko, Eeva (2025) Palveluintegraation kehittäminen ja toimeenpano sote-keskusohjelmassa. Teoksessa Liina-Kaisa Tynkkynen, Satu Paatela, Anna-Mari Aalto, Ilmo Keskimäki, Eeva Nykänen, Mikko Peltola, Timo Sinervo, Tuukka Tammi & Marjaana Viita-aho (toim.) *Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina*. Raportti 3/2025. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 129–135. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>.
- Koivisto, Juha & Liukko, Eeva (2017) Palvelujen yhteensovittamisen haaste. Katsaus Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen. *Työpaperi* 35/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-928-6>.
- Kröger, Teppo (2014) Yli-ikäinen sosiaalihuolto. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino, 25–41.
- Laine, Helinä (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin pe-rustuvaa taiteilua. Teoksessa Heli Valokivi & Satu Ylinen & Anna Metteri (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–31.
- Laine, Timo (2018) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Raine Valli & Hannu Heikkinen (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle analyysimenetelmiin*. 6. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021.

- Leutz, Walter (1999) Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly* 77 (1), 77–110. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125>.
- Mountford, Nicola & Cai, Yuzhuo (2026) Institutional logic relationships and sustainable change in healthcare: a systematic review of the literature. *Public Management Review*, 1–34. doi:10.1080/14719037.2025.2609173.
- Mountford, Nicola & Cai, Yuzhuo (2023) Towards a flatter ontology of institutional logics: How logics relate in situations of institutional complexity. *International Journal of Management Reviews* 25 (2), 363–383. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12313>.
- Ngoye, Benard & Vicenta, Sierra & Tamyko, Ysa (2019) Different shades of gray: A priming experimental study on how institutional logics influence organizational actor judgment. *Public Administration Review* 79 (2), 256–266. <https://doi.org/10.1111/puar.13006>.
- Niska, Miira & Venäläinen, Satu & Olakivi, Antero & Cañada, Jose A. (2024) Sosiaalinen konstruktionismi: Miten tarkastella tulkintojen ja todellisuuden sosiaalista rakentamista. Tampere: Vastapaino. <https://doi.org/10.58181/VP9789523970458>. E-kirja.
- Oksavik, Jannike Dyb & Aarseth, Turid & Solbjør, Marit & Kirchhoff, Ralf (2021) ‘What matters to you?’ Normative integration of an intervention to promote participation of older patients with multimorbidity – a qualitative case study. *BMC Health Services Research* 21 (1): 117. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06106-y>.
- Paananen, Henna & Satokangas, Markku & Karreinen, Soila & Paatela, Satu & Huhtakangas, Moona & Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2023) Integraation ulottuvuudet hyvinvointialuestrategioissa. Tutkimuksesta tiiviisti 40/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-133-7>.
- Paatela, Satu & Karreinen, Soila & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2024) Ylimmän johdon näkemyksiä integraation etenemisestä ja edellytyksistä hyvinvointialueilla. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-272-3>.
- Paananen, Henna & Satokangas, Markku & Karreinen, Soila & Paatela, Satu & Huhtakangas, Moona & Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2023) Integraation ulottuvuudet hyvinvointialuestrategioissa. Tutkimuksesta tiiviisti 40/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-133-7>.
- Paatela, Satu & Paananen, Henna & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2025) Hyvinvointialueiden organisaatiot, päätöksenteko ja itsehallinto. Teoksessa Liina-Kaisa Tynkkynen, Satu Paatela, Anna-Mari Aalto, Ilmo Keskimäki, Eeva Nykänen, Mikko Peltola, Timo Sinervo, Tuukka Tammi & Marjaana Viita-aho (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Raportti 3/2025. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 23–29. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>.
- Paatela, Satu & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2025) Integraation johtaminen hyvinvointialueilla. Teoksessa Liina-Kaisa Tynkkynen, Satu Paatela, Anna-Mari Aalto, Ilmo Keskimäki, Eeva Nykänen, Mikko Peltola, Timo Sinervo, Tuukka Tammi & Marjaana Viita-aho (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Raportti 3/2025. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 44–51. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>.
- Prior, Lindsay (2008) Repositioning documents in social research. *Sociology* 42 (5), 821–836. <https://doi.org/10.1177/0038038508094564>.
- Puusa, Anu & Juuti, Pauli (2014) Voimmeko rakentaa siltoja organisaatiotutkimuksen paradigmojen ylitse? *Hallinnon Tutkimus* 33 (4), 366–374.

- Puusa, Anu & Juuti, Pauli (2020) Laadullisen tutkimuksen tieteenfilosofinen tausta. Teoksessa Anu Puusa, Pauli Juuti & Iris Aaltio (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.
- Raitakari, Suvi (2025) Integraatiokeskustelun kriittisiä jäsenyyksiä. Teoksessa Aino Ritatala-Koskinen, Joonas-Matti Räsänen & Arttu Salo (toim.) Sosiaalityö ja sote-integraatio. Tampere: Tampere University Press, 16–44. <https://doi.org/10.61201/tup.961>.
- Rautiainen, Pauli & Taskinen, Helena & Rissanen, Sari (2020) Sosiaali- ja terveystalvelujen uudistaminen – virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Teoksessa Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 15–46.
- Roth, Marco (2025a). Hoidon ja palvelujen integraatio suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä: Institutionaalisen hybridisyyden hallinnan näkökulma. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Dissertations - Tampereen yliopiston väitöskirjat, Tampere University. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-4113-8>.
- Roth, Marco (2025b) Managing institutional diversity in integrated care: a systematic literature review of institutional logics and management strategies. *International Journal of Integrated Care* 25 (1): 15, 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.8587>.
- Roth, Marco & Vakkuri, Jarmo (2023) Sosiaali- ja terveysalan innovaatioekosysteemi hybridihallinnan järjestelmänä – institutionaalisten logiikkojen näkökulma. *Sosiaali- ja terveysalan innovaatioekosysteemit*, 85-114. <https://doi.org/10.61201/tup.878>.
- Rosen, Rebecca & Ham, Chris (2008) Integrated care: Lessons from evidence and experience. Report of the 2008 Sir Roger Bannister Annual Health Seminar. London: Nuffield Trust, 1–16.
- Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 31 §:n mukainen sosiaali- ja terveysministeriön vuosittainen valtakunnallinen selvitys. (2024) Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:1. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5408-3>.
- Shaw, Sara & Rosen, Rebecca & Rumbold, Benedict (2011) What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. Research report. London: Nuffield Trust.
- Schildt, Henri & Kodeih, Farah (2025) The reproduction and evolution of institutional logics: A practice-centric perspective. *Organization Theory* 6 (2), 1–22. doi:10.1177/26317877251318369.
- Sinervo, Timo & Keskimäki, Ilmo (2019) Palveluintegraatiota käytännössä. Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (4), 425–433. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091828759>.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 18.05.2026.
- Stevenson, Lars & Honingh, Marlies & Brandsen, Taco (2024) Putting centrality central in the study of institutional complexity: On the relative and relational aspects of the centrality of institutional logics. *Organization Theory* 5 (2), 1–15. <https://doi.org/10.1177/26317877241257209>.
- Taskinen, Helena & Hujala, Anneli (2020) Integraatio – sosiaali- ja terveystalvelujen uudistamisen ydintä. Teoksessa Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 47–76.
- TENK (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK_ohje_2023.pdf. 23.05.2026.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 18.05.2026.
- Thornton, Patricia & Ocasio, William (1999) Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education

- publishing industry, 1958–1990. *American Journal of Sociology* 105 (3), 801–843. <https://doi.org/10.1086/210361>.
- Thornton, Patricia & Ocasio, William (2008) Institutional logics. Teoksessa Royston Greenwood, Christine Oliver, Kerstin Sahlin & Roy Suddaby (toim.) *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, 99–129. Lontoo: Sage.
- Thornton, Patricia & Ocasio, William & Lounsbury, Michael (2012) *The institutional logics perspective: a new approach to culture, structure and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Tiirinki, Hanna & Sulander, Juhani & Sinervo, Timo & Halme, Saija & Keskimäki, Ilmo (2022) Integrating health and social services in Finland: Regional approaches and governance models. *International Journal of Integrated Care* 22 (3), 1–11. <https://doi.org/10.5334/ijic.5982>.
- Timperi, Tiina (2022) Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen. Selvityshenkilön raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5399-4>.
- Toikko, Timo (2014) Vastuullisen asiakkuuden paradigma. Teoksessa Riitta Haverinen & Marja Kuronen & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino, 161–178.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi. E-kirja.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa & Paatela, Satu & Aalto, Anna-Mari & Keskimäki, Ilmo & Nykänen, Eeva & Peltola, Mikko & Sinervo, Timo & Tammi, Tuukka & Viita-aho, Marjaana (2025) Johdanto. Teoksessa Liina-Kaisa Tynkkynen, Satu Paatela, Anna-Mari Aalto, Ilmo Keskimäki, Eeva Nykänen, Mikko Peltola, Timo Sinervo, Tuukka Tammi & Marjaana Viita-aho (toim.) *Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina*. Raportti 3/2025. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 15–22. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>.
- Vabø, Mia & Zechner, Minna & Stranz, Anneli & Graff, Lea & Sigurðardóttir, Sigurveig (2022) Is Nordic elder care facing a (new) collaborative turn? *Social Policy & Administration* 56 (4), 549–562. <https://doi.org/10.1111/spol.12805>.
- Valentijn, Pim & Schepman, Sanneke & Opheij, Wilfrid & Bruijnzeels, Marc (2013) Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 13 (1), 1–12. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>.
- van Duijn, Sarah & Zonneveld, Nick & Lara Montero, Alfonso & Minkman, Mirella & Nies, Henk (2018) Service integration across sectors in Europe: Literature and practice. *International Journal of Integrated Care* 18 (2), 1–13. <https://doi.org/10.5334/ijic.3107>.
- Väliveronnen, Esa (2003) *Kehystäminen ja kehysanalyysi*. Luentoaineisto. Helsinki: Helsingin yliopisto. <https://www.mv.helsinki.fi/home/valiverr/KEHYS.htm> Viitattu 15.4.2025.
- Zitting, Joakim & Laulainen, Sanna & Niiranen, Vuokko (2019) Lähi- ja keskijohdon osaamisvaatimukset sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2019 (84), 380–392. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091828780>.

TUTKIMUSAINEISTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Etelä-Karjalan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Etelä-Savon hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Helsingin kaupungin asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Kainuun hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Kanta-Hämeen hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Keski-Suomen hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Kymenlaakson hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Lapin hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Pirkanmaan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Pohjanmaan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Pohjois-Savon hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Päijät-Hämeen hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Satakunnan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Varsinais-Suomen hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025) Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen asiantuntija-arvio.