

Saara Tuulari*

OTM, yliopisto-opettaja, väitöskirjatutkija, Lapin yliopisto

Tarja Kemppainen*

YTM, projektipäällikkö / tutkimuspäällikkö, Lapin yliopisto

YHTEISTYÖN RAKENTEET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON LAINSÄÄDÄNNÖSSÄ JA KÄYTÄNNÖISSÄ



Artikkeli

Julkaistu 27.5.2022

www.edilex.fi/artikkelit/27109

* Kirjoittajat ovat Sosiaalityön ja hyvinvointioikeuden osaamisen vahvistaminen – laadun tae koulutuksessa ja työelämässä -hankkeen (SOHOVA) toimijoita.

SISÄLLYS

JOHDANTO.....	1
MONITOIMIJAINEN YHTEISTYÖ – KÄSITTEET JA TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	4
SOSIAALIHUOLTOLAIN JA TERVEYDENHUOLTOLAIN YHTEISTYÖSÄÄNTELY	6
YHTEISTYÖN TAVOITTEITA JA JÄRJESTÄMISTÄ KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET.....	7
ASIAKAS-, PALVELU- JA TYÖALAKOHTAISET SÄÄNNÖKSET	8
ASIAKASKOHTAISEN YHTEISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	9
DOKUMENTOINTI JA SALASSAPITO.....	10
DOKUMENTOINTI SOSIAALIHUOLLON JA TERVEYDENHUOLLON RAJAPINNALLA.....	10
SALASSAPITOSÄÄNNÖKSET JA NIISTÄ POIKKEAMINEN YHTEISTYÖTILANTEISSA	11
KÄYTÄNNÖN HAASTEITA SOSIAALIHUOLLON JA TERVEYDENHUOLLON RAJAPINNALLA.....	12
LAINSÄÄDÄNNÖSSÄ ASETETUT MAHDOLLISUUDET KÄYTTÖÖN	15

JOHDANTO

Sosiaalityö rakentuu yhä enenevässä määrin yhteistyölle, jota myös sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksella (sote-uudistus) halutaan vahvistaa.¹ Nykyisessä sosiaalialan lainsäädännössä veloitetaan laajasti monialaiseen yhteistyöhön viranomaisten ja muiden tahojen välillä. Sosiaalihuoltolain (SHL, 1301/2014) lisäksi yhteistyövelvoite on kirjoitettu myös mm. terveydenhuoltolakiin (THL, 1326/2010), oppilas- ja opiskelijahuoltolakiin (1287/2013), työterveyshuoltolakiin (1383/2001) sekä useisiin muihin sosiaalihuollon tehtäviin liittyviin erityislakeihin (lastensuojelulaki, 417/2007; L ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, vanhuspalvelulaki, 980/2012; L vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, vammais- palvelulaki, 380/1987; mielenterveyslaki, 1116/1990; päihdehuoltolaki, 41/1986). Tässä artikkelissa käsittelemme sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä, sen sääntelyä ja toteutumista käytännössä. Tarkastelemme lainsäädännössä asetettuja yhteistyövelvoitteita ja yhteistyön mahdollisuuksia sekä dokumentointiin ja salassapitoon liittyviä kysymyksiä kuntien sosiaalityössä ja terveydenhuollossa. Alojen keskeiset yleislait ovat sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki, joiden yhteistyösäännöksiä vertailemme ja luokittelemme kolmeen eri pääkategoriaan säännösten sisällön perusteella. Sääntelyä tarkastelemme yhteistyötä ohjaavana ja mahdollistavana rakenteellisena tekijänä, ja

¹ Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaiksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi 241/2020 vp. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelma, saatavilla <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma1> (luettu 10.1.2022).

tapausesimerkkinä käytämme §OHOVA-hankkeessa² saatua tietoa Kittilän kunnan sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välisestä yhteistyöstä.

Monialaisen yhteistyön kehittäminen sisältyy myös parhaillaan käynnissä olevaan sote-uudistukseen. Uudistuksen tarpeesta on puhuttu Suomessa jo parikymmentä vuotta, ja useat hallitukset ovat pyrkineet toteuttamaan uudistusta siinä kuitenkin onnistumatta. Kansalaisten ja sote-ammattilaisten usko uudistuksen toteutumiseen on vaihdellut ääripäästä toiseen, eikä kyllästymisen ja turhautumisen ajatuksilta ole välttytty. Kesäkuussa 2021 eduskunta hyväksyi vihdoin keskeiset lait, jotka koskevat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistamista ja hyvinvointialueiden perustamista.³ Kyseessä on yksi Suomen historian merkittävimmistä hallinnollisista uudistuksista, jonka myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta hyvinvointialueille vuoden 2023 alussa.

Uudistuksen tavoitteena on turvata kaikille Suomessa asuville yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua. Edellä mainittujen lisäksi tavoitteena on sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluiden yhteensovittaminen ja saumaton yhteistyö eri ammattiryhmien välillä.⁴ Sama tavoite on ollut myös viime vuosikymmenellä toteutetuissa terveydenhuoltolain (2010) ja sosiaalihuoltolain (2014) uudistuksissa, joiden taustalla vaikuttaa jo silloin tavoiteltu rakenneuudistus.⁵ Nykyinen sote-uudistus ei vaikuttane olennaisesti tällä hetkellä voimassa oleviin sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain yhteistyösäännöksiin, vaikka teknisiä muutoksia lakeihin on tulossa järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta hyvinvointialueille.

Lainsäätäjä on tunnistanut yhteistyön merkityksen ja edellyttää yhteistyötä kunnallisilta ja tulevien hyvinvointialueiden toimijoilta. Käytännössä yhteistyö ei kuitenkaan aina toimi ihanteellisella tavalla.⁶ Yhteistyön esteinä voivat olla esimerkiksi tietämättömyys ja epäluuloisuus toisten toimijoiden työtä kohtaan.⁷ Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välisessä yhteistyössä vaikeuksia voi tuottaa eri toimijoiden aseman ja ammatillisen osaamisen hahmottaminen niin työntekijätasolla kuin organisaatioiden ylimmän johdon tasolla. Tämä voi johtaa siihen, että palveluita tuotetaan ja yhteistyötä tehdään terveydenhuollon ehdoilla, jolloin aidosti monialaisen yhteistyön hyödyt jäävät saavuttamatta.⁸

² ESR-rahoitteinen ja Lapin yliopiston toteuttama hanke Sosiaalityön ja hyvinvointioikeuden osaamisen vahvistaminen – laadun tae koulutuksessa ja työelämässä, 1.9.2019–31.8.2022. Hankkeella vahvistetaan sosiaalityön ja hyvinvointioikeuden osaamista ja edistetään vuoropuhelua sekä eri tieteiden että tieteen ja käytännön välillä. Hankkeen pilottikuntien (Inari, Kittilä, Rovaniemi) sosiaalihuollon toimijoiden kanssa toteutettiin työseminaarit, joista Kittilän seminaari aihe käsitteli sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyötä. Ks. lisätietoja www.ulapland.fi/sohova.

³ Eduskunnan vastaus hallituksen esitykseen HE 241/2020 vp 111/2021 vp.

⁴ HE 214/2020 vp, s. 188. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Osaava ja osallistava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta, s. 153–155. Saatavilla https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161931/VN_2019_31.pdf ja Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 27/2021: Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023. Ohjelma ja hankeopas, s. 14–20. Saatavilla https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163349/STM_2021_27.pdf.

⁵ Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi 164/2020 vp.

⁶ Saara Tuulari – Timo Harrikari – Carita Lappi – Sanna Hautala – Merja Laitinen – Tarja Kemppainen – Mirva Lohiniva-Kerkelä, Oikeudellisen osaamisen tarpeita sosiaalityössä. §OHOVA-hankkeen selvitys 2020. Saatavilla www.ulapland.fi/sohova (luettu 30.3.2020).

⁷ Noora Ellonen – Tarja Pösö, Hesitation as a System Response to Children Exposed to Violence. *International Journal of Children's Rights* 22/2014, s. 730–747. Virve Toivonen – Laura Kalliomaa-Puha – Jatta Muhonen – Anne Haarala-Muhonen, Ammattilaisten yhteistyö huostaanottoasioissa. *Defensor Legis* 1/2019, s. 44–57, 48.

⁸ Taru Kekoni – Kaarina Mönkkönen – Anneli Hujala – Sanna Laulainen – Jukka Hirvonen, Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä teoksessa Kaarina Mönkkönen – Taru Kekoni – Aini Pehkonen (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus 2019, s. 15–46, 23–24.

Myös sote-uudistuksen ympärillä käytyjä keskusteluja, suunnittelu- ja kehittämistyötä ja valtionhallinnon ohjausta on leimannut uudistuksen painottuminen terveydenhuoltoon sosiaalihuollon kustannuksella. Tätä mieltä ovat olleet erityisesti sosiaalihuollon ja sosiaalityön tutkijat ja vaikuttajat kuten Anneli Pohjola⁹ ja Mikko Mäntysaari¹⁰. Konkreettinen ja hieman koominenkin osoitus tästä saatiin marraskuussa 2021, kun sosiaali- ja terveysministeriö ja oikeusministeriö olivat suunnitelleet kaikille kansalaisille aluevaalien äänestyskortin mukana lähetettävän tiedotteen tulevien hyvinvointialueiden tehtävistä. Tehtävinä oli lueteltu neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, työkykypalvelut, vammaispalvelut, vanhuspalvelut ja pelastustoimi. Sosiaalihuolto ja osa sosiaalipalveluista puuttuivat tehtävistä kokonaan. Sosiaalityön uraverkoston (Facebook-ryhmä) ja erityisesti Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Vasson aloitteesta hyvinvointialueiden tehtäviin lisättiin sosiaalihuolto, lasten, nuorten ja perheiden palvelut sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Lisäksi muutamien palveluiden termejä muutettiin: työkykypalvelut työikäisten palveluiksi, vanhuspalvelut ikääntyneiden palveluiksi ja kouluterveydenhuolto oppilas- ja opiskelijahuolloksi.

Toimivan yhteistyön kannalta on olennaista, että toimijat ovat tasavertaisessa asemassa ja voivat luottaa toistensa ammattitaitoon ja kuulluksi tulemiseen. Tasavertaisiin toimijoihin lukeutuu myös asiakas, ja sosiaalihuoltolain uudistuksen yksi keskeinen periaate onkin ollut siirtyminen järjestelmäkeskeisyydestä asiakaskeisyyteen. Asiakaskeisyydessä järjestelmässä asiakkaan tarpeet ovat palvelukokonaisuuksien muodostamisen lähtökohtana.¹¹ Käytännössä monet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kokevat kuitenkin, että yhteistyötä edellyttävää toimintaa ohjaa palvelujärjestelmä, eivät asiakkaan tarpeet.¹² Paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita ei välttämättä tunnisteta, palveluiden saaminen voi vaatia lukuisia yhteydenottoja useisiin eri tahoihin, ja monialainen yhteistyö typistyy toimintaan, jossa sama asiakas saa palveluita usealta taholta ilman, että kukaan koordinoi kokonaisuutta. Pääallekkaisen työn määrä voi parhaassakin tapauksessa olla huomattava, jos eri tahot työskentelevät saman asiakkaan kanssa tietämättä toisistaan tai toistensa tavoitteista. Pahimmassa tapauksessa viranomaisten tavoitteet ovat keskenään ristiriitaisia, mikä voi johtaa varsin kaoottisiinkin tilanteisiin.

Palveluiden koordinoimattomuus, irrallisuus ja peräkkäisyys voivat viivästyttää avun saantia, lisätä kustannuksia ja turhauttaa sekä asiakkaita että ammattilaisia. Paljon tukea tarvitsevat ja paljon palveluita käyttävät asiakkaat ovat erityisesti se ryhmä, josta puhutaan sote-yhteistyötä vaativana ja yhteiskunnan varoja käyttävänä ryhmänä. Eräiden laskelmien mukaan 10 % sote-palveluiden käyttäjistä aiheuttaa 70–80 % menoista.¹³ Avun viivästyessä ongelmat pahenevat ja palvelutarve kasvaa. Pääallekkaiset ja peräkkäiset, toisistaan irralliset prosessit ovat raskaita sekä asiakkaalle, järjestelmälle että työntekijöille. Hyvin johdetulla ja suunnitellulla monitoimijaisella yhteistyöllä voidaan eri palveluista muodostaa asiakkaan tarpeeseen vastaava yhtenäinen palvelukokonaisuus, josta hyötyy yksilön lisäksi palvelujärjestelmä ja koko yhteiskunta. Tämä tavoite näkyy sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyösääntelyssä että sote-uudistuksessa, ja tämän tavoitteen saavuttamisen mahdollisuuksia ja esteitä tutkimme artikkelissamme.

⁹ Anneli Pohjola, SOTE-uudistus muuttuvan yhteiskuntapolitiikan puristuksessa. Janus 25 (2) 2017, s.171–175.

¹⁰ Mikko Mäntysaari, Sosiaalityön asiantuntijuus uusissa rakenteissa — vaatimukset koulutukselle ja tutkimukselle teoksessa Lea Suoninen-Erhiö – Anneli Pohjola – Mirja Satka – Jenni Simola (toim.) Sosiaaliala uudistuu. Huoltajasaatiön julkaisuja 2020, s. 51–72, 52.

¹¹ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 21/2012: Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen, Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti, s. 89.

¹² Anneli Hujala – Helena Taskinen – Erja Oksman – Risto Kuronen – Anna Karttunen – Johanna Lammintaka, Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. Yhteiskuntapolitiikka 84 (5–6) 2019, s. 592–598, 594.

¹³ Valtiontalouden tarkastusviraston Tarkastuskertomukset 11/2017: Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuuskertomus.

Riikka-Leena Leppämäki – Vesa Komssi – Saana Sandström – Sirkku Pikkujämsä – Anna Haverinen – Sirkku-Liisa Olli – Kirsti Ylitalo-Katajisto, Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen lääkärilehti 48/2013, s. 3163–3169.

MONITOIMIJAINEN YHTEISTYÖ – KÄSITTEET JA TEOREETTINEN VIITEKEHYK

Aidosti toimivan yhteistyön toteuttamiseen liittyy monenlaisia haasteita. Yksi haaste on jo yhteistyötermin käytössä: yhteistyöllä voidaan ymmärtää hyvin monenlaista työskentelyä, johon liittyy useamman kuin yhden ammattikunnan osaamista. Samalla kun ymmärrys onnistuneen yhteistyön vaatimuksista ja luonteesta kasvaa, lisääntyy myös yhteistyöstä käytettävä terminologia. Suomenkieliset termit moniammatillinen tai monialainen yhteistyö kuvaavat sitä, että toimijoita on useammalta kuin yhdeltä alalta. Englanninkielisessä kirjallisuudessa tehdään ero termien *multidisciplinary* ja *interdisciplinary* välillä.¹⁴ Edellinen kuvaa toimijoiden määrää (useampi kuin yksi) kun taas jälkimmäinen kuvaa tapaa, jolla yhteistyötä toteutetaan. Suomeksiakin käytetään termiä *interprofessionaalinen yhteistyö*, jossa toimijoiden määrän sijaan korostuu yhteiseen päämäärään tähtäävä toiminta eri ammattilaisten välillä siten, että asiakas on keskiössä. Sen lähtökohtana on myös yhteisen tiedon rakentaminen ”valmiin tietämisen” sijaan, mikä pakottaa professiot ja asiakkaan aitoon dialogiin.¹⁵ Asiakaskeskisessä työssä asiakkaan rooli on tärkeä. Yhtenä keskeisenä käsitteenä käytetään *monitoimijaisen yhteistyön* käsitettä, joka mielestämme parhaiten kuvaa tilannetta, jossa myös asiakas on tasavertaisessa asemassa ammattilaisten ja muiden toimijoiden kanssa ja jossa myös sekä hänen läheisillään että järjestö- ja vapaaehtoistyöllä voi olla merkittävä rooli.

Katariina Pärnä viittaa Don Rawsonin matemaattisen moniammatillisen yhteistyön kuvaukseen, jossa perinteistä yhteistyötä voidaan kuvata yhteenlaskettujen tekijöiden eli eri ammattilaisten osaamisten summana $2+2+2+2+2=10$. Onnistuneessa moniammatillisessa yhteistyössä osaaminen parhaimmillaan moninkertaistuu, jolloin yhteistyön kaava onkin $2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2 = 32$.¹⁶ Laura R. Bronsteinin monialaisen yhteistyön malli perustuu samankaltaiselle ajatukselle siitä, että tehokkaalla yhteistyöllä voidaan päästää tavoitteisiin, joita yksittäisten ammattilaisten itsenäisellä panoksella ei saavuteta.¹⁷

Bronsteinin malli on kaksiosainen. Mallin ytimessä on ammattilaisten välinen yhteistyö ja mallin ulko-reunoilla tekijät, jotka vaikuttavat yhteistyön onnistumiseen. Yhteistyö koostuu Bronsteinin mukaan viidestä osa-alueesta: 1) keskinäisestä riippuvuudesta, 2) uudelleen luoduista ammatillisista toimintatavoista, 3) joustavuudesta, 4) tavoitteiden yhteisestä omistajuudesta ja 5) prosessin reflektoinnista.¹⁸ Yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä ovat toimijoiden yhteinen historia, persoonalliset tekijät ja ammatillinen rooli sekä rakenteelliset tekijät.

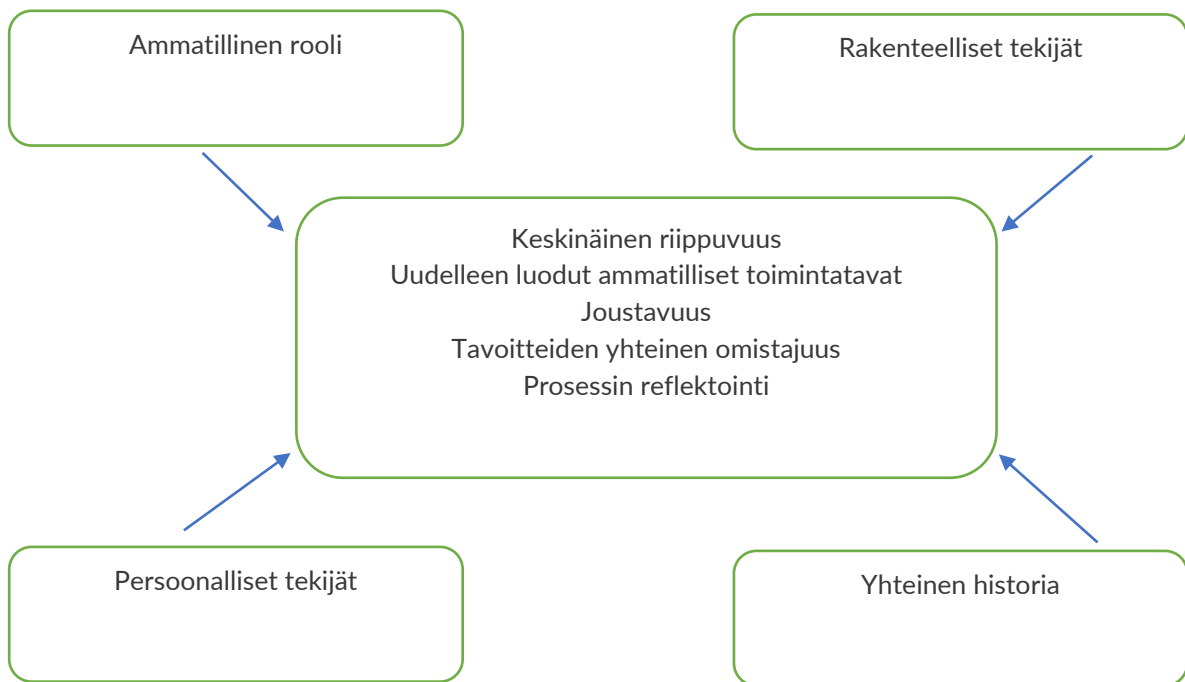
¹⁴ Kaarina Isoherranen, *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Helsingin yliopisto 2012, s. 20–21.

¹⁵ Merja Laitinen – Tarja Kemppainen – Suvi Lakkala – Arto Kauppi – Sari Veikanmaa – Miia Välimaa – Tuija Turunen, *Sosiaalityön interprofessionaalinen asiantuntijuus*. Tapausesimerkkinä koulun sosiaalityö, s. 154–181 teoksessa Tarja Juvonen – Jari Lindh – Anneli Pohjola – Marjo Romakkaniemi – Heli Arola, *Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus*. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja. UNIPress 2018.

¹⁶ Katariina Pärnä, *Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina*. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopiston julkaisuja 2012. sarja C osa 341, s. 56.

¹⁷ Laura R. Bronstein, *A Model for Interdisciplinary Collaboration*. *Social Work* 48 (3) 2003, s. 297–306, 299.

¹⁸ Bronstein 2003, 299. Suomenkieliset vastineet Taru Kekoni – Kaarina Mönkkönen – Anneli Hujala – Sanna Laulainen – Jukka Hirvonen, *Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä*, s. 15–46 teoksessa Kaarina Mönkkönen – Taru Kekoni – Aini Pehkonen, *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus 2019, s. 19.



Kuvio 1. Bronsteinin monialaisen yhteistyön malli.¹⁹

Mallin ulkoreunoilla kuvatut yhteistyöhön vaikuttavat tekijät edistävät toimivaa yhteistyötä ja niiden puuttuminen vaikeuttaa sitä. Yhteistyötä edistävä *yhteinen historia* sisältää pitkäaikaisen yhteistyön synnyttämiä hyviä ja myönteisiä kokemuksia, jotka vaikuttavat toimijoiden asenteisiin ja ennakkoodotuksiin myönteisesti. Selkeä ja myönteinen eri professioiden edustajien *ammatillinen rooli* tuo tarvittavaa ammatillista osaamista yhteistyöhön, mutta antaa myös tilaa muiden osaamiselle. *Persoonallisilla tekijöillä* Bronstein tarkoittaa sitä, miten toimijat näkevät toisensa ja suhtautuvat toisiinsa ammatillisen roolin ulkopuolella. Asenteet ja tapa olla vuorovaikutuksessa vaikuttavat luottamuksen, kunnioituksen ja keskinäisen ymmärryksen syntymiseen. *Rakenteellisiin tekijöihin* kuuluvat Bronsteinin mukaan organisaatiokulttuuri, johtaminen sekä yhteistyön toteuttamisen ajalliset ja paikalliset mahdollisuudet ja resurssit ylipäätään.²⁰

Lainsäädäntöä Bronstein ei mallissaan erikseen mainitse, mutta sen voidaan katsoa kuuluvan rakenteellisiin tekijöihin, jotka ohjaavat ja mahdollistavat yhteistyötä. Tarkastelemme lainsäädäntöä yhteistyön rakenteellisenä tekijänä ja tutkimme, miten lainsäädännössä ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja millaisia yhteistyön mahdollisuuksia lainsäädäntö tarjoaa. Sääntelyn lisäksi tarkastelemme käytännössä ilmenneitä yhteistyön ongelmia ja niiden ratkaisuvaihtoehtoja hyödyntäen Kittilän kuntapilotin työseminaareissa kerättyjä aineistoja.

Artikkelin monitieteinen teoreettinen viitekehys muodostuu yhteiskuntatieteellisestä monitoimijaisen yhteistyön tutkimuksesta sekä yhteistyösääntelyä systematisoivasta lainopillisesta tutkimuksesta. Teoreettista tutkimusta täydennetään empiirisillä havainnoilla, jotka on saatu Kittilän kunnan ja §OHOVA-hankkeen yhteistyössä järjestetyissä työseminaareissa. Kittilän kunnan johtavat viranhaltijat päättivät keväällä 2020, että he haluavat kehittää työseminaareissaan sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä. §OHOVA-hankkeen henkilöstö suunnitteli ja veti työseminaarit, joihin liittyi

¹⁹ Bronstein 2003, s. 303. Suomenkieliset vastineet Kekoni – Mönkkönen – Hujala – Laulainen – Hirvonen 2021, s. 19.

²⁰ Bronstein 2003, s. 302-304.

mahdollisuus kommentoida sekä esittää kysymyksiä etukäteen. Kaksi työseminaaria pidettiin syksyllä 2020 ja yksi keväällä 2021. Seminaareihin osallistui kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia sekä sosiaali- ja terveystieteiden kunnan jäseniä (10–15 henkilöä/seminaari). Hanketyöntekijät dokumentoivat päivien aikana syntyneitä aineistoja, joita artikkelissa hyödynnetään.

SOSIAALIHUOLTOLAIN JA TERVEYDENHUOLTOLAIN YHTEISTYÖSÄÄNTELY

Yhteistyöhön velvoittavaa sääntelyä on sosiaali- ja terveydenhuollon alalla useassa eri laissa, joita kaikkia ei ole mahdollista käsitellä yhdessä artikkelissa. Tässä luvussa käsittely rajataan kahteen alojen keskeiseen yleislakiin: sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin. Molemmissa laeissa yhteistyön sääntely on hyvin samankaltaista, mikä johtunee ainakin osittain lakien uudistamisen ajallisesta yhteydestä sekä toisiinsa että sote-uudistuksen vaiheisiin. Samankaltaisuus ja myös erot konkretisoidaan jokaisen alaluvun lopussa olevassa taulukossa, johon molempien lakien yhteistyösäännökset on koottu jäljempänä esitetyn ryhmittelyn mukaan.

Sääntelyllä luodaan yhtäältä mahdollisuuksia yhteistyön toteuttamiselle ja toisaalta veloitetaan yhteistyöhön ehdoilla tietyissä tapauksissa. Yhteistyötä on mielekästä edellyttää vain silloin, kun siitä on asiakkaalle hyötyä eli silloin, kun asiakas tarvitsee vähintään kahden eri tahon palveluja. Toisinaan palveluiden tarve on ilmeistä, mutta aina ei ole helppoa tunnistaa asiakasta, joka tarvitsee useita eri palveluita.²¹ Tietyissä yhteisasiakkaiden tilanteissa yhteistyöhön veloitetaan ehdoilla, mutta joskus yhteistyövelvoite koskee vain tietynlaisia tilanteita tai on kokonaan harkinnanvaraista. Säännöksen velvoittavuus ilmenee sen sanamuodossa. ”On tehtävä” -tyyppiset säännökset velvoittavat poikkeuksetta, ellei säännöksessä itsessään (tai muualla laissa) anneta mahdollisuutta poiketa pääsäännöstä. Myös muunlaiset muotoilut voivat sisältää ehdottoman veloitteen, kuten rakenteellista sosiaalityötä koskeva sosiaalihuoltolain 7 §, jossa edellytetään mm. sosiaalityön asiantuntemuksen hyödyntämistä kunnan eri toimialoilla ja yhteistyötä koko palvelu- ja tukivalikoiman kehittämisessä.

Useissa sosiaalihuoltolain yhteistyötä koskevissa säännöksissä jätetään enemmän tai vähemmän harkinnanvara. Esimerkiksi kunnan on järjestettävä sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa *tarvittaessa* yhteistoiminnassa perusterveydenhuollon sekä muiden toimijoiden kanssa (SHL 6.2 §). Yhteistyön tarve jää laintulkitsijan, useimmiten sosiaalityöntekijän arvion varaan. Silloin kun yhteistyötarvetta katsotaan olevan, on yhteistyötä tehtävä.

Sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain yhteistyösäännökset voidaan jakaa karkeasti kolmentyyppiin säännöksiin:

- 1) yhteistyön tavoitteita ja järjestämistä koskeviin säännöksiin,
- 2) asiakas-, palvelu- tai työalakohtaisiin säännöksiin ja
- 3) asiakaskohtaisen yhteistyön toteuttamista koskeviin säännöksiin, joissa veloitetaan yhteydenottoon, palveluiden yhteensovittamiseen ja useiden palveluiden tarpeen huomioon ottamiseen palvelun tai hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoito-, palvelu- ja asiakassuunnitelmien laatimisessa.

Viimeiseen kategoriaan voidaan laskea kuuluvaksi myös dokumentointiin liittyvät säännökset ja ne säännökset, jotka mahdollistavat salassapitosäännöksistä poikkeamisen. Sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain lisäksi salassapidon poikkeamisperusteista säädetään myös mm. sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/200, asiakaslaki, AsL) ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992, potilaslaki, PotL). Salassapitosääntelyä ja dokumentointiin liittyvää sääntelyä käsitellään seuraavan pääluvun (Yhteistyön haasteita) yhteydessä.

²¹ Hujala – Taskinen – Oksman – Kuronen – Karttunen – Lammintaka 2019, s. 594.

YHTEISTYÖN TAVOITTEITA JA JÄRJESTÄMISTÄ KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

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

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä tulee hyödyntää sosiaalihuollon asiantuntemusta sekä tehdä laajaa eri hallinnonalojen rajat ylittävää yhteistyötä (THL 12 §, SHL 7 §). Kunnan eri toimialojen lisäksi laissa mainitaan muut toimijat, joita ovat muut kunnassa toimivat julkiset tahot, yksityiset yritykset ja yleishyödylliset yhteisöt (THL 12 § ja SHL 7 §). Käytännössä siis mikä tahansa toimija voi olla lain tarkoittama yhteistyötaho. Sosiaalihuoltolaissa laajapohjainen yhteistyö nähdään rakenteellisen sosiaalityön toteuttamisen tärkeänä välineenä, jolla voidaan edistää kuntalaisten (sosiaalista) hyvinvointia vaikuttavammin ja tehokkaammin kuin yksittäisten toimialojen ja toimijoiden omalla työllä (SHL 7 §). Yhteistyön erityistä merkitystä sosiaalihuollon toimintaedellytysten vahvistamisessa on korostettu myös lainvalmistelutöissä, mutta yhteistyön tarkoituksena ei ole pelkästään sosiaalityön kehittäminen vaan alan asiantuntemuksen hyödyntäminen kunnan muussakin toiminnassa.²²

Palveluiden järjestämisessä lainsäädäntö kannustaa yhteistyöhön siten, että palveluista syntyy toimiva kokonaisuus ja että eri hallinnonalojen peruspalvelut voisivat toimia saman katon alla (THL 13 §, 34 § ja 32 §, SHL 6 § ja 33 §). Näin voidaan edistää laadukkaiden palveluiden tarjoamista kuntalaisille (SHL 33 §). Päivystysluonteisesta yhteistyöstä on säädetty erikseen (SHL 29 §, 29 a §, THL 39 §, THL 50 a §). Kiireettömissä tapauksissa yhteistyön hyödyt eivät välttämättä näy yhtä konkreettisesti kuin päivystystyössä, mutta vahva yhteistyö on yhtä tärkeää samoista syistä: resurssien tehokkaan kohdentumisen, hyödyntämisen ja oikeanlaisen avun saamisen vuoksi.

Taulukko 1. Yhteistyön tavoitteita ja järjestämistä koskevat säännökset

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

²² HE 164/2014 vp, s. 95.

ASIAKAS-, PALVELU- JA TYÖALAKOHTAISET SÄÄNNÖKSET

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiin asiakkaisiin soveltuva sääntelyä on useassa eri laissa, eikä välttämättä ole aina selvää, mitä lakia ja säännöstä tulisi soveltaa silloin, kun tilanteeseen soveltuvia säännöksiä on useita. Pääsääntönä sekä sosiaalihuoltolaissa että terveydenhuoltolaissa on, että asiakkaan tai potilaan etu määrää sovellettavan lain:

”Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa tai kun asiakas muutoin tarvitsee sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja on sovellettava niitä sosiaali- ja terveydenhuollon säännöksiä, jotka **asiakkaan edun mukaisesti** parhaiten turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon.” (SHL 2.2 §, korostus tässä)

Sosiaalihuoltolain uudistuksen yhteydessä terveydenhuoltolakiin on lisätty 8 a § (1313/2014), joka on täysin identtinen sosiaalihuoltolain 2.2 §:n kanssa lukuun ottamatta sitä, että sana asiakas on korvattu sanalla potilas. Lisäksi terveydenhuoltolaissa on pari vuotta vanhempi säännös (914/2012), joka edellyttää yhteistyötä, jos se on potilaan tarpeiden mukaista:

”Kunnan perusterveydenhuollon tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on oltava terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä tämän lain mukaisia terveydenhuoltopalveluja järjestäessään, sen lisäksi mitä tässä laissa muualla säädetään, sellaisessa yhteistyössä sosiaalihuollon ja lasten päivähoidon kanssa, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen sekä potilaan hoidon ja sosiaali- ja terveysten palvelujen tarve edellyttävät.” (THL 32.1 §)

Asiakasryhmäkohtaisesti sosiaalihuoltolain yhteistyösäännöksissä on mainittu erityistä tukea tarvitsevat henkilöt (SHL 8 §) sekä lapset ja nuoret (SHL 9 §). Terveydenhuoltolaissa asiakasryhmistä on yhteistyösäännösten yhteydessä mainittu raskaana olevat naiset ja syntyvät lapset (THL 70 §). Työalakohtaisesti mainitaan neuvolapalvelut (THL 15 §), kouluterveydenhuolto (16 §) ja opiskeluterveydenhuolto (17 §). Sosiaalihuoltolaissa mainitaan kasvatus- ja perheneuvontatyö (SHL 26 §), ja lisäksi lakiin on lisätty opiskeluhoollon kuraattoripalveluita koskeva 27 c §, joka tulee voimaan vuoden 2023 alussa. Kotisairaanhoitoon ja päihde- ja mielenterveystyöhön liittyviä säännöksiä on sekä terveydenhuoltolaissa että sosiaalihuoltolaissa (THL 25 §, 27 §, 28 §, SHL 20 §, 24 §, 25 §). Sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain lisäksi asiakasryhmäkohtaisia yhteistyösäännöksiä on useissa erityislaeissa, jotka jäävät tarkastelumme ulkopuolelle (esim. ikääntyneitä, lapsia ja vammaisia koskevat erityislait).

Taulukko 2. Asiakas-, palvelu- ja työalakohtaiset säännökset

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

ASIAKASKOHTAISEN YHTEISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Asiakaskohtaisen yhteistyötarpeen arvioinnissa erityisen vastuullinen asema on sosiaalityöntekijällä, jonka on huolehdittava siitä, että asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan riittävällä asiantuntemuksella ja osaamisella (SHL 41 §). Tarvittaessa sosiaalityöntekijä voi pyytää terveydenhuoltoa osallistumaan yhteiseen palvelutarpeen arviointiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen (THL 32.2 §). Lainkohdassa tarkoitettu pyynnöstä ei voi kieltäytyä eli terveydenhuollon toimija ei voi tällaisessa tapauksessa itse etukäteen arvioida, tarvitseeko sosiaalihuollon asiakas terveydenhuollon palveluita vai ei ja onko tapaamiseen osallistuttava vai ei. *Lain asettama vaatimus terveydenhuololle on yksiselitteinen: yhteiseen arviointiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen on osallistuttava, jos sosiaalityöntekijä sitä pyytää.*

Vaikka yhteistä asiakassuunnitelmaa ei laadittaisi, on hoito- ja palvelusuunnitelmissa otettava huomioon asiakkaan tai potilaan tarvitsemat muut palvelut. Asiakassuunnitelman sisältö on sovitettava yhteen henkilön tarvitsemien muiden hallinnonalojen palveluiden kanssa (SHL 39 §), ja sosiaalityöntekijän on päätöksenteossaan otettava huomioon terveydenhuollon (ja muiden tahojen) suunnitelmat asiakkaan kannalta välttämättömistä palveluista (SHL 46 §). Edellä mainittuun lainkohtaan viitataan terveydenhuoltolain 24 §:ssä, jonka mukaan erityistä tukea tarvitsevan lapsen tai muun henkilön hoito- ja palvelusuunnitelma on pyrittävä tekemään siten, että se voidaan ottaa huomioon sosiaalihuollon päätöksenteossa. Kuntoutusta saavan potilaan yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa on määriteltävä palveluiden yhteensovittaminen muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa (THL 30 §).

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä ei ole samanlaista vastuuta yhteistyötarpeen arvioinnissa kuin sosiaalityöntekijällä. Terveydenhuollon toimijan on kuitenkin arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaali-

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

Taulukko 3. Asiakaskohtaisen yhteistyön toteuttamista koskevat säännökset

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

DOKUMENTOINTI JA SALASSAPITO

DOKUMENTOINTI SOSIAALIHUOLLON JA TERVEYDENHUOLLON RAJAPINNALLA

Sosiaali- ja terveydenhuollon sääntely velvoittaa molempien alojen ammattihenkilöitä yhteistyöhön silloin, kun asiakkaan etu ja tarve sitä vaativat. Yhteistyön dokumentointi, dokumenttien tallennus ja luovutus koetaan haastavana, jopa työtä kuormittavana. Siitäkin huolimatta, vaikka dokumentoinnin merkitys työn näkyväksi tekemisen, laadun, kehittämisen, vaikuttavuuden sekä asiakkaan asian edistämisen näkökulmasta ovat kiistattomia. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon dokumentaatioita ohjaa osittain eri lainsäädäntö, eikä säännösten tulkinta ole yksiselitteistä ja helppoa. Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) määrittää sosiaalihuollon toimintayksikön (tässä artikkelissa kunnallisen sosiaalityön) rekisterinpitäjän, dokumentaation tekijän, sisällön, muodon ja ajankohdan. Terveydenhuollossa vastaavat määräykset on kirjattu potilaslakiin sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen potilasasiakirjoista (2009/298). Ainoa yhteinen laki on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettu laki (asiakastietolaki, 784/2021), joka astui voimaan 1.11.2021. Lain tavoitteena on erityisesti tietoturvallisuuden lisääminen sekä asiakkaan tiedonsaan-

timahdollisuuksien parantaminen (omien tietojensa käsittelystä) ja asiakkaan osallisuuden vahvistaminen siten, että asiakas voi myös itse lisätä tietoja järjestelmään.

Sosiaalihuollossa laaditaan asiakasasiakirjoja ja terveydenhuollossa potilasasiakirjoja, ja uuden asiakastietolain mukaan molemmat ovat kansalliseen tietojärjestelmäpalveluun (Kanta) arkistoitavia asiakasasiakirjoja. Potilasasiakirjojen laatiminen koskee terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä yleisellä että yksityisellä sektorilla. Sosiaalihuollon dokumentaatiovelvoite koskee ammattihenkilöstön lisäksi myös muuta asiakastyöhön osallistuvaa henkilöstöä. Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa dokumentaatio on tehtävä viipymättä, ja lisäksi terveydenhuollossa sille on asetettu viiden vuorokauden takaraja. Vaikka sosiaalihuollon asiakastiedon dokumentaatiota, tietojärjestelmiä sekä sähköistä tallennusta on viime vuosina kehitetty, on sosiaalihuolto tältä osin huomattavasti terveydenhuollon kehitystä jäljessä. Ongelmia tuottaa myös useiden erilaisten järjestelmien käyttö ja niiden yhteensovittamattomuus. Sosiaalihuollon tietojen ja asiakirjojen tallennusprosessi Kanta-palveluun on vielä artikkelin kirjoittamishetkellä kesken, mikä osaltaan hankaloittaa yhteistyön tekemistä ja asiakkaan kokonaisvaltaisen palveluprosessin haltuunottoa.

SALASSAPITOSÄÄNNÖKSET JA NIISTÄ POIKKEAMINEN YHTEISTYÖTILANTEISSA

Salassapitosäännökset on laadittu yksityisyyden ja arkaluonteisten henkilötietojen suojaksi, ja niillä toteutetaan henkilön perustuslaillista oikeutta yksityiselämään. Säännöksistä voidaan poiketa jonkin muun perusoikeuden suojaamiseksi tai rikosten tai väärinkäytösten estämiseksi ja paljastamiseksi, jos lainsäädäntö sen sallii. Poikkeamisen perusteita on lainsäädännössä lähtökohtaisesti kahdenlaisia: yksilön etu ja järjestelmän etu. Kolmantena poikkeusperusteena voi pitää yhteistyön mahdollistamista eri viranomaistahojen välillä, mutta pääsääntöisesti silloinkin on kyse joko yksilön tai järjestelmän edusta tai molemmista.

Tarve asiakaskohtaisten tietojen saantiin ja luovutukseen viranomaiselta toiselle konkretisoituu monialaisessa yhteistyössä. Ensisijaisesti tietojen luovutuksen tulisi aina perustua asiakkaan suostumukseen. Jos suostumusta ei saada, voi tietoja luovuttaa, mikäli lainsäädännöstä löytyy peruste salassapidosta poikkeamiselle. Näitä poikkeuksia on mm. poliisia, opetustoimea, sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä pelastustoimea koskevassa sääntelyssä. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta poikkeamisperusteita on sosiaalihuoltolaissa, terveydenhuoltolaissa, asiakaslaissa ja potilaslaissa. Myös mm. lastensuojelulaissa ja vanhuspalvelulaissa on säännökset, joiden perusteella salassapidettavia tietoja voidaan luovuttaa ilman asiakkaan suostumusta (lastensuojeluilmoitus ja ns. ”vanhustensuojeluilmoitus”).

Sosiaalihuoltolain 35 §:ssä veloitetaan mm. terveydenhuollon toimijoita ottamaan yhteyttä sosiaalihuoltoon myös ilman henkilön suostumusta. Edellytyksenä on, että henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan tai että lapsen etu välttämättä vaatii yhteydenottoa. Asiakslain 20 §:ssä säädetään vastaavasti velvollisuudesta antaa sosiaalihuollon viranomaiselle tietoja ja selvityksiä, jotka vaikuttavat olennaisesti sosiaalihuollon asiakassuhteeseen ja jotka ovat välttämättömiä sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi ja järjestämiseksi sekä viranomaiselle annettujen tietojen tarkistamista varten. Yksilön huolenpidon turvaamisen lisäksi säännöksellä pyritään estämään sosiaaliturvan väärinkäytöksiä järjestelmän edun turvaamiseksi.

Sosiaalihuollon toimija voi luovuttaa tietoja ilman asiakkaan suostumusta tilanteissa, joissa hoidon tai huollon tarve on ilmeinen, tieto on tarpeen lapsen edun vuoksi tai asiakkaan välttämättömien etujen ja oikeuksien turvaamiseksi (AsL 17 §). Näissäkin tilanteissa tietojen on oltava välttämättömiä esimerkiksi asiakkaan hoidon tai huollon tarpeen selvittämiseksi, järjestämiseksi tai toteuttamiseksi. Potilaslain 13 §:ssä säännellään tilanteista, joissa terveydenhuollon toimija voi antaa potilaan tietoja toiselle viranomaiselle. Näitä ovat mm. tutkimuksen ja hoidon järjestäminen (tiedot terveydenhuollon toimijoille) ja henkeen tai terveyteen kohdistuva uhka (tiedot poliisille).

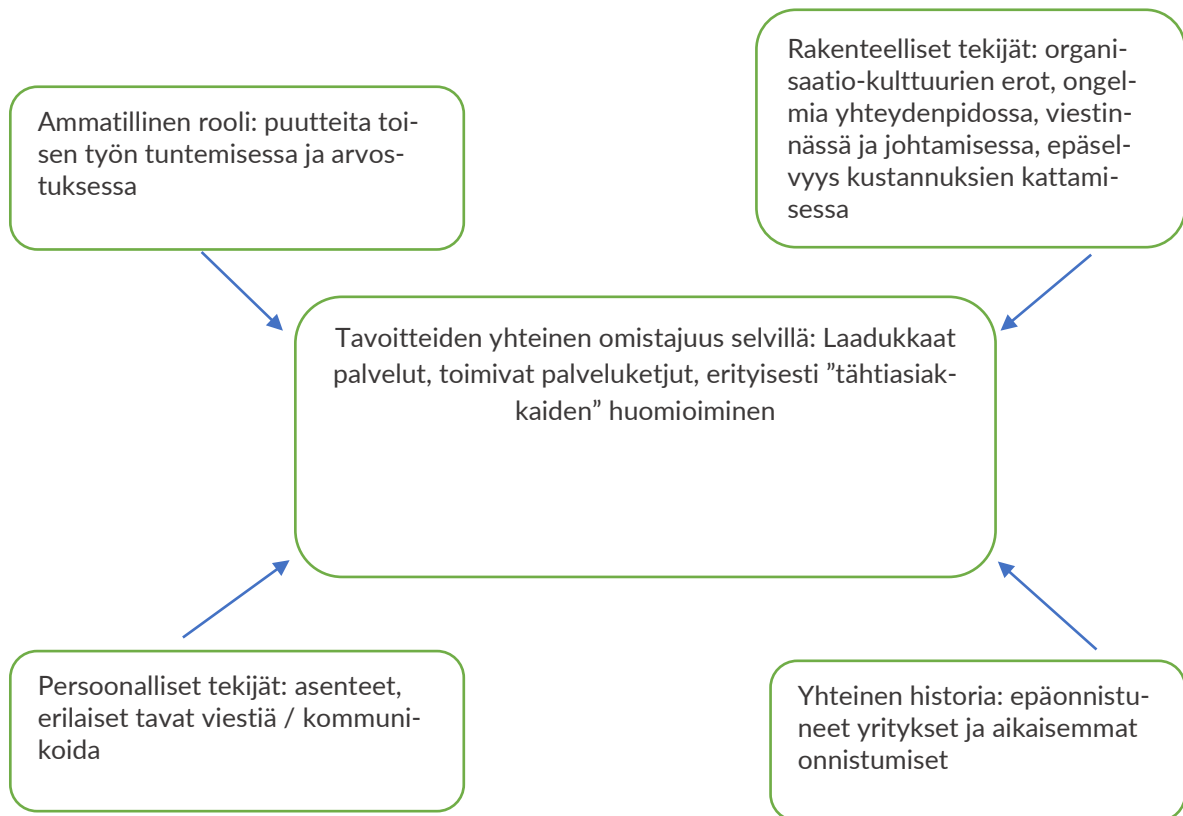
Asiakkaan suojaksi laadittu salassapitosääntely ei ole yhteistyön este, sillä lainsäädäntö mahdollistaa salassapidosta poikkeamisen useissa tilanteissa ja sillä tavoin myös mahdollistaa yhteistyötä. Ensi-

jaisena tietojen luovutusperusteena tulisi aina olla asiakkaan suostumus. Jos sitä ei saada, voidaan salassapidettäviä tietoja kuitenkin luovuttaa lainsäädännön mahdollistamissa rajoissa. Erilaiset tilanteet edellyttävät jatkuvaa tulkintaa, ja vaarana on, että tietoja ei luovuteta, kun ei olla täysin varmoja tulkinnan oikeellisuudesta. Seuraukset liian tiukasta tulkinnasta (tietoja ei luovuteta) ovat mittakaavaltaan täysin toiset kuin seuraukset liian väljästä tulkinnasta (tietoja luovutetaan), joka voi pahimmillaan johtaa rikossyytteesen tai työpaikan menetykseen. Varmuuden vuoksi tietoja ei ehkä luovuteta, vaikka sääntely sen mahdollistaisi tai jopa siihen velvoittaisi. Salassapidosta poikkeamisen mahdollistavat säännökset on laadittu turvaamaan yksilön tai järjestelmän etua, joiden vuoksi sääntelyä tulisi myös hyödyntää. Huolellinen perustelu poikkeamissäännösten soveltamistilanteissa antaa varmuutta hyödyntää lainsäätäjän luomia mahdollisuuksia myös tietojen luovutukseen.

KÄYTÄNNÖN HAASTEITA SOSIAALIHUOLLON JA TERVEYDENHUOLLON RAJAPINNALLA

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön haasteet ovat moninaiset. Professionien tarinat, koulutukset, arvostus ja ammattikäytännöt poikkeavat toisistaan, ja sääntelykin on pääosin eriytettyä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät ja palvelut on määritelty eri laeissa, mikä voi olla kokonaisuuksien hallinnan kannalta haastavaa ja voi aiheuttaa johdannossa kuvatun kaltaisia tilanteita: kaikille tahoille ei edes ministeriötasolla ole selvää, mitä kaikkea tulevien hyvinvointialueiden yhteisiin sote-palveluihin lain mukaan sisältyy. Myös käytössä olevat käsitteet, ymmärrys asiakkuudesta, asiakirjoista ja kielloista poikkeavat toisistaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa puhutaan asiakkaasta ja terveydenhuollossa potilaasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana voi olla yksin tai yhdessä muiden kanssa, kuten perheen tai lähiyhteisön. Terveydenhuollossa potilaana on aina yksi henkilö. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus ja päätöksenteko vaativat hallintopäätöksiä, joihin liittyy pääsääntöisesti aina muutoksenhakumahdollisuus. Terveydenhuollossa ei tehdä hakemuksia eikä päätöksiä, vaan terveydenhuolto on luonteeltaan tosiasiallista toimintaa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on laajat oikeudet saada tietoja lainsäädännön pohjalta asiakkaan kielloista huolimatta, mutta terveydenhuollossa potilas voi kieltää tietojensa luovutuksen myös hätätilanteessa.

Kittilän kunnassa kehittämisen tarvetta nähtiin erityisesti terveydenhuollon ja sosiaali- ja terveydenhuollon välisessä yhteydenpidossa sekä asiakasprosesseissa, jotka peräkkäin toteutettuina usein pitkittävät palveluiden/hoidon pariin pääsyä ja turhauttavat sekä asiakasta että työntekijöitä. Alla olevaan kuvioon 2 olemme kuvanneet Kittilän kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan esiintuomia yhteistyön haasteita Bronsteinin malliin sijoitettuna. Kuvaus ei ole kattava, vaan sen tarkoituksena on havainnollistaa niitä konkreettisia ongelmia, joita monitoimijaiseen yhteistyöhön voi liittyä.



Kuvio 2: Kittilän kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan yhteiset yhteistyön kehittämiskohteet Bronsteinin malliin sijoitettuna.

Kittilässä käytyjen keskustelujen perusteella tuli hyvin selväksi se, että sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisilla on vahva ja yhtenäinen tavoite monitoimijaiselle yhteistyölle. He haluavat palvella ja auttaa kuntalaisiaan mahdollisimman hyvin. Erityisesti huolta kannettiin ja jaettiin heikoimmassa asemassa olevista ja paljon palveluita tarvitsevista kittiläläisistä, joita kutsuttiin tähti-asiakkaiksi. Ammattilaisten yhteistyön tulisi perustua yhtenäiseen ymmärrykseen työskentelyn toimintatavoista, minkä Kittilän kokoisessa kunnassa pitäisi olla helppoa, koska kaikki tuntevat toisensa ja asiantuntijoiden määrä on rajallinen. Eri organisaatioiden ja työntekijöiden erilaiset toimintatavat tuottivat kuitenkin käytännön tason ongelmia. Yhteistyöhön vaikuttavina rakenteellisina ongelmina mainittiin mm. erilaiset tavat yhteydenpidossa (puhelimella, sähköpostilla, viesteillä) ja tavoitettavuudessa. Erityisesti asiakasprosessien vastuutahon määrittely ja se, kumpi hallinnonala maksaa palveluiden kulut, vaikutti hiertävään yhteistyössä.

Kittilän kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia yhteistyöstä. Erityisen onnistuneena työntekijät mainitsivat saman katon alla toimineen neuvolatoiminnan, josta kuntalaiset olivat myös antaneet positiivista palautetta. Peruspalveluiden sijoittuminen fyysisesti lähekkäin helpottaa palveluihin hakeutumista ja madaltaa yhteydenottokynnystä. Kynnyksen madaltamista tarvitaan paitsi asiakkaiden ja ammattilaisten välillä myös eri alojen ammattilaisten välillä.

Työseminaareissa käydyissä keskusteluissa sivuttiin myös työntekijöiden persoonallisia tekijöitä ja sitä, ettei kaikkien kanssa ole yhtä helppoa tai toisaalta vaikeaa tehdä yhteistyötä. Mielipahaa oli koettu erityisesti tönkeistä, jopa törkeäksi koetuista viesteistä. Sosiaalihuollon työntekijöillä oli ko-

kemuksia siitä, etteivät he olleet pyynnöistä huolimatta saaneet apua terveydenhuollon henkilökunnalta. Terveydenhuoltolain 32.2 § velvoittaa terveydenhuollon toimijan osallistumaan yhteiseen palvelutarpeen arviointiin, mikäli sosiaalityöntekijä sitä pyytää. Säännöksen tunteminen on erityisen tärkeää niille käytännön sosiaalityöntekijöille, jotka kokevat asiakaskohtaisen yhteistyön aloittamisen terveydenhuollon kanssa hankalaksi. Laki on asiakkaan puolella, ja sosiaalityöntekijän arvio asiakkaan palveluiden tarpeesta riittää velvoittamaan terveydenhuollon toimijat yhteistyöhön. Yhteydenottotavat ja ammattilaisten keskinäinen viestintä vaikuttavat käytännössä kuitenkin suuresti siihen, millaiset mahdollisuudet yhteistyön aloittamiselle ja toteuttamiselle luodaan. Puolipakolla toteutettu yhteistyö ei tarjoa välttämättä kovin hedelmällistä maaperää yhteistyölle, vaikka sekin lienee parempi kuin täydellinen yhdessä työskentelyn puute.

Monialainen työskentely voi pienessä kunnassa olla haasteellista myös asiantuntijoiden vaikean saatavuuden vuoksi. Esimerkiksi psykologeista on monella paikkakunnalla pulaa, mikä vaikuttaa muun muassa perheneuvoloiden määrään.²³ Kittilässä, kuten monessa muussakaan pienessä kunnassa, ei ole perheneuvolaa, mutta monitoimijainen yhteistyö perhepalveluissa on silti mahdollista, jos kunnassa oleva osaaminen pystytään tunnistamaan ja hyödyntämään. Muiden toimijoiden osaamisen ja asiantuntemuksen hyödyntäminen onnistuu kuitenkin vain, jos toimijoiden työtä ja toimintaa tunnetaan, ja tässä on usein parantamisen varaa. Kittilässäkin sote-alojen ammattilaiset tunnustivat tuntevansa toistensa työtä melko heikosti, mikä helposti johtaa toisen työn aliarvostamiseen. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että sosiaali- ja terveysalan moniammatillisissa tiimeissä lääketieteen edustajan rooli ja status usein korostuu muiden professioiden kustannuksella ja että toisen työtä tunnetaan heikosti.²⁴ Toisen ammattilaisen työn tunteminen lisää luottamusta siihen, että tarvittava asiantuntemus on käytettävissä. Luottamusta yhteistyön toimivuuteen voidaan lisätä myös yhteisesti sovitulla toimintamalleilla ja -tavoilla niin yleisellä tasolla kuin tapauskohtaisestikin. Eri ammattilaisten osaaminen voidaan saada parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan hyödyksi, kun kaikkien osaaminen tunnustetaan ja vastuun- ja tehtävänjaot määritellään riittävän tarkasti yhteistyötä toteuttavan henkilöstön kesken.²⁵

Paljon tukea tarvitsevien ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tai potilaiden tilanteen parantamiseksi on tehty viime vuosina paljon kehittämistyötä Suomessa. Esimerkiksi Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen koordinoimassa hankkeessa kehitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteis-asiakkaille toimintamalli, jonka keskiössä ovat asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen tunnistaminen, arviointi, suunnittelu ja toteuttaminen. Erityisen merkittävää asiakkaan näkökulmasta on kohtaaminen ja kuulluksi tuleminen, ajan antaminen, jatkuvuuden ja tuttuuden säilyttäminen sekä kulttuuristen erityispiirteiden huomioiminen. Hankkeen lopputuotoksena syntyi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyöhön Monialaisen yhteistyön ABC-työopas²⁶, joka oli lyhyesti esillä myös Kittilän työseminaareissa. Selkeästi strukturoidulle yhteistyömallille olisi käyttöä kaikkialla, missä yhteistyötä tarvitaan, mutta käytännössä erilaisten mallien käyttö voi jäädä lähes olemattomaksi, jos niiden käyttöön

²³ Goran Ivanis – Annamari Jokinen – Tanja Sarlin – Katja Vähäkangas, Psykologien tarvekartoitus 2021. Tulevaisuuden näkymiä työnantajakyselyn pohjalta. Psykonet ja Suomen psykologiliitto ry 2021. Saatavilla www.psyli.fi (luettu 10.12.2021)

²⁴ Kekoni – Mönkkönen – Hujala – Laulainen – Hirvonen 2019, s. 23. Catherine Mangan – Robin Miller – Carol Ward, Knowing me, knowing you. Inter-professional working between general practice and social care. *Journal of Integrated Care* 23 (2) 2015, s. 62-71.

²⁵ Taina Jokinen – Antero Lehmuskoski – Hanna Lohijoki – Anne Ålander, Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä. Versio 1.0. THL 2021. Saatavilla <https://www.julkari.fi/handle/10024/141043> (luettu 10.12.2021)

²⁶ Arja Helttunen – Sari Kukkohovi – Kristiina Magga – Anu Piippola – Eija Savelius-Koski, Monialaisen yhteistyön ABC. Toimintamalli sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyöhön paljon tukea tarvitsevien tai useita palveluita käyttävien asiakkaiden kanssa. 2017. Saatavilla <https://lapitoy.sharepoint.com/sites/Virtu-tiedostomateriaali/Jaetut%20asiakirjat/Tuotantoymp%C3%A4rist%C3%B6n%20tiedostomateriaali/ekollega/Julkaisut/selvitykset/Monialaisen%20yhteistyön%20ABC.pdf>

ja kehittämiseen ei sitouduta. Malleja kuitenkin tarvitaan, sillä selkeät yhteistyön rakenteet sekä yhteisesti käytössä olevat toimintatavat lisäävät työn suunnitelmallisuutta ja vähentävät yhteistyön henkilösidonaisuutta. Tärkeää on, että yhteistyö ei jää yksittäisten henkilösuhteiden ja niistä aiheutuneiden kokemusten (hyvien tai huonojen) varaan.

LAINSÄÄDÄNNÖSSÄ ASETETUT MAHDOLLISUUDET KÄYTTÖÖN

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

Lainsäädännössä on asetettu velvoitteita mutta myös luotu mahdollisuuksia yhteistyön toteuttamiselle. Käytännössä yhteistyö on kuitenkin monin tavoin haasteellista, eikä sääntelyn toimeenpano näytä toteutuvan lainsäätäjän tarkoittamalla tavalla. Onnistuneeseen yhteistyöhön vaikuttavat paitsi yhteistyötä yksittäisissä tapauksissa tekevät yksilöt myös monet muut tekijät, kuten Bronsteinin mallissa on kuvattu. Erityisesti Bronsteinin mainitsemin rakenteellisiin tekijöihin on syytä kiinnittää huomiota sote-uudistuksen toteutuksessa. Kahden eri alan yhdistäminen samaan organisaatioon ja hallinnoinnin laajentaminen alueellisesti yli kuntarajojen antaa mahdollisuuden kehittää yhtenäistä organisaatio- ja toimintakulttuuria, jossa yhteistyö muodostuu myös käytännön toiminnassa sujuvaksi ja saumattomaksi. Toimivan yhteistyökulttuurin rakentamisessa tarvitaan johdon ymmärrystä ja aktiivisia toimia toimintatapojen muutokseen yhteistyötä ja yhteydenpitoa tukevalla tavalla. Lisäksi johdossa tarvitaan sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon asiantuntemusta, jotta integraatiossa toteutuu toimintojen yhdistymisen lisäksi monialaisen tiedon yhdistyminen yhteistä päämäärää parhaiten palvelevalla tavalla. Johtamisen keskittyminen pelkästään terveydenhuollon ammattilaisille voi kaventaa näkökulmaa ja yksipuolistaa keskustelua, jolloin yhteistyön hyödyt voivat jäädä tavoiteltua vähäisemmiksi ja sosiaalialan osaaminen hyödyntämättä.

Yhteistyön ytimessä ovat yksilöt eri aloilta ja elämäntilanteista, ja heidän toimintansa määrittää yhteistyön onnistumista kussakin yksittäisessä tapauksessa. Yhteistyötarpeen arvioinnissa ja yhteistyön aloittamisessa sosiaalityöntekijällä on suuri valta ja vastuu, mutta yhteistyön toimivuus ja onnistuminen riippuu jokaisesta toimijasta. On oltava aidosti sitoutunut yhteisiin päämääriin, annettava oma tietämyksensä yhteiseen käyttöön ja oltava avoin toisten toimijoiden tiedolle. Ammatillisella roolilla ja siihen liittyvällä luottamuksella on yhteistyössä kaksi puolta: tarvitaan luottamusta sekä omaan että toisten ammattilaisten asiantuntijuuteen. On sekä oltava vahvasti oman alansa asiantuntija että annettava tilaa muiden – sekä ammattilaisten että asiakkaiden ja mahdollisten muiden toimijoiden – tietämykselle.

Lainsäädännössä ohjataan yhteistyötä sekä järjestelmän tasolla että yksittäisten asiakkaiden tai asiakasryhmien ja työntekijöiden tasolla. Kaikilla tasoilla tarvitaan ymmärrystä yhteistyön merkityksestä ja yhteistyösääntelyn tavoitteista. Lainsäädännössä annetut mahdollisuudet ja velvoitteet tulisi tunnistaa, ja mahdollisuuksia tulisi aktiivisesti hyödyntää asiakkaiden edun mukaisesti. Salassapitoon ja dokumentointiin liittyvässä sääntelyssä on tärkeää tunnistaa tietosuojavaatimusten ja dokumentointivelvoitteiden lisäksi ne tilanteet, joissa salassapidosta on tarpeen poiketa ja joissa edistetään yhteistyön toteuttamista.

Asiakaskohtaiseen yhteistyöhön vaikuttavat paitsi yhteistyötä toteuttavat henkilöt myös rakenteet, joiden puitteissa yhteistyötä tehdään. Erityisesti pienissä kunnissa yhteistyö on helposti yhtäältä hyvin henkilösidonaisuutta, mutta toisaalta välttämätöntä ja ”luonnostaan tapahtuvaa”, koska toimijoita on niin vähän. Kun toimijoiden määrä kasvaa, myös sektoroituminen ja eriytyminen yleensä lisääntyy, jolloin tarvitaan yhteistyötä mahdollistavien tekijöiden vahvistamista ja pitkäjänteistä suunnitelmallisuutta. Valmiit ja toimivat rakenteet ja toimintamallit auttavat henkilösidonaisuuden vähentämisessä.

sä siten, että yhteistyö toimii saumattomasti henkilöiden vaihtuessa ja että mahdolliset henkilöihin liittyvät ristiriitaisuudet eivät vaikuta yhteistyön aloittamiseen tai vaikeuta yhteydenottoja.

lhanteellisessa tapauksessa kaikki toimijat ovat sitoutuneet yhteisiin toimintamalleihin, jotta ne myös käytännössä toteutuvat. Sitouttamisessa toimialojen johdolla on suuri merkitys samoin kuin rakenteellisten tekijöiden kuten ajallisten ja paikallisten mahdollisuuksien luomisessa ja ylläpitämisessä. Palveluiden sijoittuminen fyysisesti saman katon alle luo ajallisia ja paikallisia mahdollisuuksia ja on omiaan tiivistämään yhteistyötä ja madaltamaan yhteydenottokynnystä sekä asiakkaiden ja ammattilaisten välillä että myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. Nähtäväksi jää, miten tulevat hyvinvointialueet pystyvät aidosti luomaan toimivia sote-keskuksia.

Toiminnan mahdollisuuksiin sisältyy myös kysymys palveluiden kustannuksista, joiden kasvun hillitseminen on yksi sote-uudistuksen tavoitteista. Kustannusten jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon kesken on ollut joissakin yhteisiasiakastilanteissa epäselvää ja on voinut vaikuttaa myös siihen, miten asiakasta ohjataan palveluihin (pompottelu luukulta toiselle) tai miten palvelukokonaisuutta koordinoiva taho on pyritty määrittelemään. Tulevilla hyvinvointialueilla sote-palveluiden yhdistäminen yhdistää myös kustannusten kattamisvastuuta, mutta vielä on epäselvää, vaikuttaako se kiistään siitä, mistä taskusta yhteisasiakkaiden palvelut maksetaan. Ainakin sellaiset tilanteet poistunevat, joissa yksittäisen kunnan määrärahojen puute vaikuttaa palveluiden saatavuuteen. Kunnanrajat ylittävällä hyvinvointialueella asiakkaiden yhdenvertainen kohtelu sote-palveluissa voi toteutua aiempaa paremmin, kunhan huolehditaan yhdenvertaisuudesta myös palveluiden saavutettavuudessa.

Monitoimijaisen yhteistyön ja myös sote-integraation edistäminen ja eteneminen on parhaimmillaan kaksisuuntaista toimintaa. Ylhäältä alaspäin yhteistyötä ja integraatiota edistetään lainsäädännön ja päättävien elinten taholta, ja käytännön toimijat puolestaan kehittävät konkreettista yhdessä työskentelyä päällikkö- ja johtajatasen johdolla ja tuella. Näin voidaan muodostaa aidosti toimivia palvelukokonaisuuksia, joissa eri alojen ammattilaisten osaaminen ja palveluiden hyöty parhaimmillaan moninkertaistuvat. Paljon tukea tarvitsevien ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden pääsy palveluiden pariin helpottuu, kun palvelut toimivat yhden luukun periaatteella ja erilliset palveluprosessit yhdistyvät yhden selkeän vastuutahon koordinoimaksi yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Vahvan yhteistyön tuloksena yksi plus yksi voi olla paljon enemmän kuin kaksi.