



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jari Koivusalo

---

## **Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen psykiatrian ja sosiaalitoimen välillä**

Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman pilotointi

Opinnäytetyö  
Syksy 2025  
YAMK, Kliininen asiantuntijuus



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK)

Suuntautumisvaihtoehto: Kliininen asiantuntijuus

Tekijä: Jari Koivusalo

Työn nimi alaotsikoinen: Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen psykiatrian ja sosiaalitoimen välillä. Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman pilotointi.

Ohjaaja: Vastuuyliopettaja, TtT, dosentti Mari Salminen-Tuomaala

Vuosi:2026

Sivumäärä:56

Liitteiden lukumäärä:4

---

Tutkimuksen tavoitteena oli vahvistaa psykiatrian ja sosiaalitoimen välistä moniammatillista yhteistyötä sekä edistää mielenterveyspalvelujen integraatiota siten, että palvelut muodostavat potilaalle yhtenäisen ja sujuvan kokonaisuuden. Tarkoituksena oli kuvata, miten samanaikainen palvelu- ja hoitosuunnittelu toteutuu käytännössä, millaisia kokemuksia ja kehittämistarpeita ammattilaisilla on yhteistyöstä sekä miten nykyiset rakenteet tukevat yhteistä toimintatapaa.

Kehittämistyö toteutettiin laadullisena, kehittävänä toimintatutkimuksena Foresight Framework -viitekehyksessä. Keskeisenä osana oli kuuden kuukauden pilotti, jossa suunnitelma laadittiin reaaliaikaisesti yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Aineisto kerättiin 15 ammattilaiselta (psykiatria, sosiaalitoimi, asumisyksiköt) strukturoitujen haastattelujen avulla. Arvioinnissa hyödynnettiin SWOTia ja muokattua BIKVA-lähestymistapaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan samanaikainen suunnittelu lisäsi yhteistä tilannekuvaa, selkeytti vastuita, vähensi päällekkäisiä kirjauksia ja tuki potilaan osallisuutta sekä hoitopolun jatkuvuutta. Merkittävimmät esteet liittyivät tiedonkulun katkoksiin, tietojärjestelmien yhteensopimattomuuteen, roolien epäselvyyteen ja resurssipaineisiin. Kehittämisehdotuksina nousivat yhteinen sähköinen suunnitelmapohja, verkostopalaverien vakiinnuttaminen selkeällä rakenteella, roolien ja vastuiden kirkastaminen sekä potilaan ja läheisten systemaattinen osallistaminen. Tulosten perusteella yhteinen, samanaikainen suunnittelumalli on laajennettavissa ja suositeltava käytäntö mielenterveyspalvelujen palveluketjuissa. Jatkotutkimuksessa tulisi arvioida mallia potilaiden omilla kokemuksilla.

<sup>1</sup> Asiasanat: moniammatillinen yhteistyö; mielenterveys; sosiaalipalvelut; yhteinen hoitosuunnitelma; asumis- palvelut

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Degree programme: Social and Health Care

Specialisation: Clinical Expertise

Author/s: Jari Koivusalo

Title of thesis: Developing Interprofessional Collaboration Between Psychiatry and Social Services: A Pilot of a Joint Care and Service Plan

Supervisor(s): Principal Lecturer, PhD, Docent Mari Salminen-Tuomaala

Year: 2026

Number of pages:56

Number of appendices:4

---

The aim of the study was to strengthen multidisciplinary collaboration between psychiatric services and social services and to promote the integration of mental health services so that the service pathway forms a coherent and seamless whole for the patient. The purpose was to describe how simultaneous service and care planning is carried out in practice, what kinds of experiences and development needs professionals identify in the collaboration, and how the current structures support a shared way of working.

The development project was carried out as qualitative participatory action research within the Foresight Framework. A central component was a six-month pilot during which the joint plan was created in real time in collaboration with multiple stakeholders. Data were collected from 15 professionals (psychiatric care, social services, and supported housing units) through structured interviews. SWOT analysis and a modified BIKVA approach were used in the evaluation, and the data were analyzed using inductive content analysis.

According to the findings, simultaneous planning increased shared situational awareness, clarified responsibilities, reduced overlapping documentation, and supported patient participation as well as the continuity of the care pathway. The most significant barriers were related to disruptions in information flow, incompatibility of information systems, unclear roles, and resource pressures. Key development proposals included a shared electronic planning template, the establishment of regular network meetings with a clear structure, clarification of roles and responsibilities, and the systematic involvement of patients and their relatives. Based on the findings, the shared model of simultaneous planning is scalable and recommended as good practice within mental health service pathways. Future research should examine the model through patients' own experiences.

<sup>1</sup> Keywords: interprofessional collaboration; mental health; social services; joint care and service plan; supported housing; action research.

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA.....	9
2.1 Moniammatillisen yhteistyön merkitys ja haasteet.....	9
2.1.1 Tilannetietoisuus.....	10
2.1.2 Toipumisorientaatio.....	10
2.1.3 Lainsäädännöllinen viitekehys .....	14
2.2 Skitsofrenian hoito ja kuntoutus avohoidossa .....	16
2.2.1 Psykoedukaatio.....	17
2.2.2 SCIT-ryhmäterapia.....	17
2.2.3 IPS-työhönvalmennus.....	18
2.2.4 Kognitiivinen käyttäytymisterapia .....	18
2.2.5 Kognitiivinen remediaatioterapia (CRT) .....	19
2.2.6 Sosiaalinen verkosto ja hoitoon sitoutuminen .....	19
3 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	21
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
4.1 Tutkimusmenetelmä .....	22
4.2 Pilotin tavoite ja rajausta .....	23
4.3 Aineistonkeruu.....	24
4.4 Aineiston analysointi.....	26
4.4.1 Aineiston valmistelu excelliin .....	26
4.4.2 Koonti ja yhteys raportoituihin tuloksiin .....	28
5 TULOKSET .....	29
5.1 Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen haastattelujen vastaukset.....	29
5.1.1 Yhteistyön nykytila ja onnistuneet käytännöt.....	29
5.1.2 Samanaikaisen suunnittelun vaikutukset .....	30

5.1.3	Yhteydenpidon käytännöt .....	31
5.1.4	Yhteistyön esteet ja haasteet .....	32
5.1.5	Kehittämisehdotukset ja mahdollisuudet .....	33
5.2	Asumisyksiköiden haastattelujen vastaukset .....	34
5.2.1	Yhteistyön nykytila ja onnistuneet käytännöt .....	34
5.2.2	Samanaikaisen suunnittelun vaikutukset .....	36
5.2.3	Yhteydenpidon käytännöt .....	37
5.2.4	Yhteistyön haasteet ja esteet .....	38
5.2.5	Kehittämisehdotukset ja mahdollisuudet .....	40
5.3	Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman kuvaus .....	41
6	POHDINTA .....	43
6.1	Tulosten tarkastelu suhteessa aiempiin tutkimuksiin .....	43
6.2	Tulosten merkitys käytännön moniammatillisessa työssä .....	44
6.3	Yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet .....	45
6.4	Kehittämisehdotukset .....	47
6.5	Eettisyys ja opinnäytetyön luotettavuus .....	48
6.6	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	49
	LÄHTEET .....	51
	LIITTEET .....	54

## Käytetyt termit ja lyhenteet

<b>BIKVA</b>	<i>Brugerinddragelse i kvalitetsvurdering</i> , asiakkaan osallistamiseen perustuva arviointimalli, tässä työssä käytetty muokattuna.
<b>SWOT</b>	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i> , analyysikehikko (Vahvuudet–Heikkoudet–Mahdollisuudet–Uhat).
<b>SCIT</b>	<i>Social Cognition and Interaction Training</i> , sosiaalisen kognition ja vuorovaikutustaitojen ryhmäkuntoutus.
<b>IPS</b>	<i>Individual Placement and Support</i> , yksilöllinen tuetun työllistymisen malli.
<b>CRT</b>	<i>Cognitive Remediation Therapy</i> , kognitiivinen remediaatioterapia.
<b>TENK</b>	Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Suomessa tutkimuseettisistä periaatteista vastaava toimija.
<b>THL</b>	Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalaitos.
<b>INSPIRE</b>	Potilaan itsearviointiin perustuva mittari, joka arvioi hänen kokemuksiaan saamansa tuen toipumisorientaatiosta, kuten toivon vahvistamisesta, voimaantumisesta ja merkityksellisyyden tunteesta hoitosuhteessa.
<b>RSA</b>	Kyselylomake, jolla arvioidaan organisaation tai palvelun toipumisorientaation tasoa henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta.

# 1 JOHDANTO

Mielenterveyspalveluissa potilaan toipuminen ei ole yksittäinen tapahtuma, vaan vaiheittainen prosessi, joka edellyttää suunnitelmallista ja pitkäjänteistä tukea. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella hieman yli 40 % potilaista joutuu palaamaan hoitoon kolmen kuukauden kuluessa kotiutuksesta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024). Tämä kertoo hoitoketjujen katkeilusta ja haasteista hoidon jatkuvuudessa. Potilaiden toipumista ei voida tarkastella pelkästään yksittäisinä hoitajaksoina, vaan pitkäjänteisenä ja vaiheittaisena prosessina, joka edellyttää tiivistä yhteistyötä eri palveluiden välillä. Moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan varmistaa, että hoito- ja palvelupolku etenee potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan ilman turhia katkoksia.

Dalton-Locken ym. (2021) kansainvälisessä systemaattisessa katsauksessa todettiin, että tuetulla asumisella ja kuntoutusyksiköillä voidaan vähentää sairaalahoidon tarvetta ja parantaa toimintakykyä erityisesti vaikeahoitoisilla potilailla. Kuitenkin tutkimuksen mukaan toipumista tukevien palvelujen vaikuttavuus riippuu pitkälti palvelujen rakenteista ja laadusta. Siirtymät kohti itsenäisempää elämää olivat harvinaisia, jos tuki ei ollut riittävän tavoitteellista tai yksilöllisesti suunnattua. Tämä korostaa tarvetta yhteisille, potilaslähtöisille hoito- ja palvelusuunnitelmille, joissa kaikki keskeiset toimijat ovat mukana ja tieto kulkee saumattomasti.

Ketola ym. (2020) tutkimuksessa mainitaan, että vaikka tuettua asumista mielenterveyspotilaille on kehitetty vaihtoehdoksi pitkäaikaiselle sairaalahoidolle, palveluiden toteutus perustuu edelleen usein käytännön kokemukseen eikä vakiintuneeseen tutkimustietoon. Tässä opinnäytetyössä kehitetään ja pilotoidaan moniammatillinen yhteistyömalli, jossa psykiatrisen hoidon ja sosiaalipalveluiden asiantuntijat laativat yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman samanaikaisesti yhteistyössä asumisyksikön kanssa.

Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä potilas kaikkien niiden henkilöiden kuvaamiseen, joiden palveluja psykiatrian avohoito, sosiaalitoimi ja asumisyksiköt järjestävät. Eri organisaatioissa käytetään vaihtelevasti nimityksiä potilas, asiakas tai asukas, ja lainsäädäntö määrittelee nämä käsitteet omista lähtökohdistaan. Selkeyden vuoksi tässä työssä on päätetty käyttää yhtä yhtenäistä termiä riippumatta palvelusta tai kontekstista.

Tutkimuksen tavoitteena oli vahvistaa psykiatrian ja sosiaalitoimen välistä moniammatillista yhteistyötä sekä edistää mielenterveyspalvelujen integraatiota siten, että palvelut muodostavat potilaalle yhtenäisen ja sujuvan kokonaisuuden. Tarkoituksena oli kuvata, miten samanaikainen palvelu- ja hoitosuunnittelu toteutuu käytännössä, millaisia kokemuksia ja kehittämistarpeita ammattilaisilla on yhteistyöstä sekä miten nykyiset rakenteet tukevat yhteistä toimintatapaa.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA

### 2.1 Moniammatillisen yhteistyön merkitys ja haasteet

Heinonen ym. (2018, s. 12) toteavat, että moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu erityisesti silloin, kun palvelujärjestelmä muuttuu yhä monimutkaisemmaksi uusien organisaatioiden ja ammattikuntien myötä. Vaikka tavoitteena on usein resurssien tehokas hyödyntäminen, käytännössä se voi johtaa siihen, että kokonaiskuvan sijaan keskitytään kapeasti oman organisaation toiminnan tehostamiseen. Tämä voi heikentää julkisten varojen kohdentumista tarkoituksenmukaisesti ja vaikeuttaa eri toimijoiden välistä yhteistyötä.

Heinonen ym. (2018, s. 12) mukaan sama ilmiö näkyy erityisesti, kun palveluntuottajina ovat sekä julkinen sektori että laaja järjestö- ja yksityisten toimijoiden kenttä. Koska potilaiden tarpeet muuttuvat jatkuvasti, perinteiset, ennalta määritellyt toimintamallit ja työnjaot eivät enää riitä ratkaisemaan palveluiden kehittämiseen liittyviä haasteita. Näiden tarpeiden monimuotoisuus ja ongelmien keskinäinen kytkytyneisyys edellyttävät moniammatillista yhteistyötä, jossa potilas osallistuu itse ratkaisujen löytämiseen.

Heinonen ym. (2018, s. 12) toteaa, että tämän vuoksi palveluiden kehittämisessä on tärkeää ylittää perinteiset organisaatorajat, jotta eri toimijat voivat yhdessä vastata potilaiden tarpeisiin joustavasti ja tehokkaasti. Tämä edellyttää parempaa tiedonkulkua ja yhteisiä toimintamalleja sekä sitä, että palvelujärjestelmä pystyy mukautumaan potilaiden tarpeisiin tarjoamalla laajempia ja yksilöllisempiä ratkaisuja.

Jahangirin (2024, 70–73) tutkimuksessa analysoitiin 324 mielenterveyskuntoutujan asumis- palvelupolkua STAX-SA-luokituksen avulla. Tutkimuksessa havaittiin, että vain 18,9 % asumisyksikössä asuvista oli siirtynyt kevyempiin palveluihin tai kokonaan tuettomaan asumiseen kolmen vuoden seuranta-aikana. Suurin osa (noin 79 %) pysyi saman palveluluokan piirissä koko tarkastelujakson ajan, ja vain pieni osa (n = 6) siirtyi raskaampiin palveluihin taantumisen seurauksena. Henkilöistä, joilla oli psykiatrinen diagnoosi, hieman harvempi eteni kevyempiin palveluihin verrattuna niihin, joilla ei ollut diagnosoitua psykiatrista häiriötä. Lisäksi todettiin, että siirtyneet henkilöt olivat keskimäärin nuorempia ja käyttivät vähemmän psykosilääkkeitä kuin ne, jotka taantuivat palvelupolullaan.

Nämä tulokset korostavat moniammatillisen yhteistyön merkitystä erityisesti silloin, kun tavoitteena on tukea potilaan siirtymistä kevyempiin palveluihin tai itsenäisempään asumiseen. Tiedonkulku, yhteinen palvelusuunnitelma ja eri toimijoiden koordinointi voivat olla ratkaisevia tekijöitä sen suhteen, pystytäänkö potilaan tuen tarvetta arvioimaan realistisesti ja tukemaan hänen etenemistään kuntoutumispolulla.

Tämä havainto on oleellinen tässä opinnäytetyössä, jossa tarkastellaan moniammatillisen yhteistyön kehittämistä psykiatrisessa avohoidossa, sosiaalipalveluissa ja mielenterveyskuntoutujien asumisyksiköissä. Potilaiden siirtymät palvelujen välillä, etenkin kevyempään tukeen, ovat konkreettinen osoitus toimivan yhteistyön vaikutuksista. Jotta palveluiden päällekkäisyydet vähenevät ja kuntoutuminen etenee, tarvitaan selkeää, yhteistä suunnittelua, jonka lähtökohdiana on potilaan yksilöllinen tilanne ja tarve.

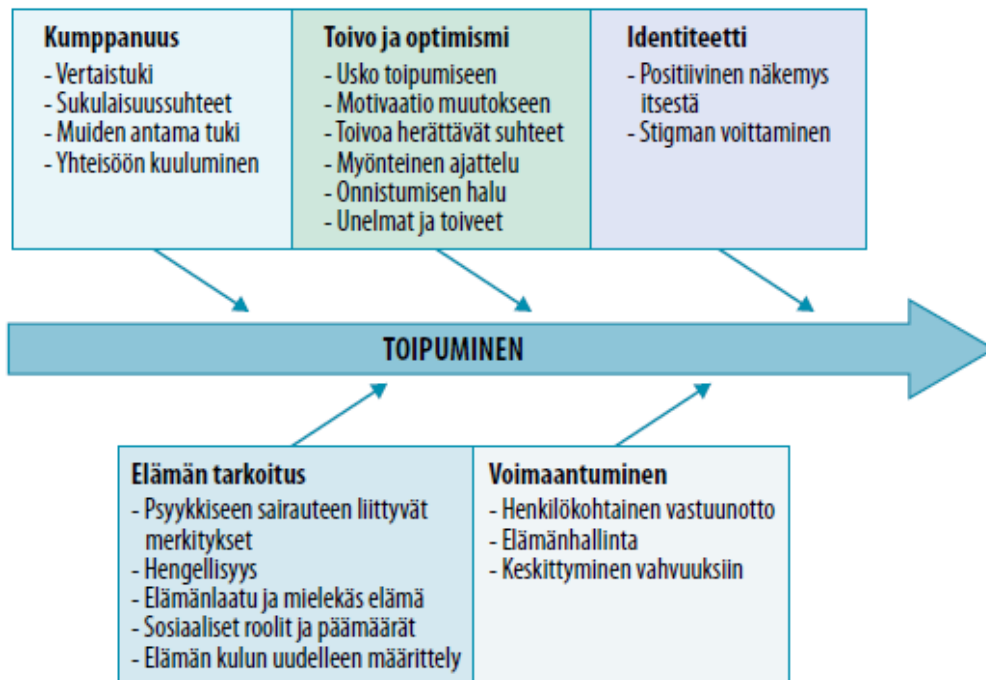
### **2.1.1 Tilannetietoisuus**

Salminen-Tuomaala (2024) kuvaa, että tilannetietoisuus ja tunneäly ovat keskeisiä taitoja hoitotyössä, sillä jokainen potilastilanne on yksilöllinen. Kyky tunnistaa potilaan tunnetilat ja reagoida empaattisesti vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Tunneälyyn kuuluu kyky asettua potilaan asemaan ja tulkita myös sanattomia viestejä. Lisäksi hoitajan eettinen toiminta, erityisesti vaikeissa moraalisisissa kysymyksissä, riippuu vahvasti hänen empatiakyvystään. Hyvä tilannetietoisuus auttaa tekemään oikeita päätöksiä. Chang ym. (2019, s. 275) kuvaavat, että avosairaalapotilailla luottamuksellinen tunneside on yhteydessä parempaan lääkityksen noudattamiseen, mikä tukee käsitystä siitä, että empaattinen vuorovaikutus ja tilannetietoisuus parantavat hoidon sujumista. Salminen-Tuomaala (2024) mukaan tilannetietoisuus viittaa yksilön tai tiimin valmiuteen hahmottaa kulloinenkin tilanne ja ennakoida sen muutoksia. Tämä on erityisen tärkeää hoidon laadun näkökulmasta. Tilannetietoisuus auttaa myös tukemaan potilasta myötätuntoisesti vaikeissa tilanteissa, kuten vakavan sairauden ymmärtämisessä. On tärkeää tunnistaa potilaiden yksilölliset tarpeet sekä, kuinka paljon ja millaista ohjausta potilas tarvitsee.

### **2.1.2 Toipumisorientaatio**

Nordlingin (2018, s. 1479) mukaan perinteisessä mallissa ammattilainen kantaa vastuun ja ohjaa hoitoa ensisijaisesti oireiden hallinnan ja sairauksien ehkäisyn näkökulmasta, kun taas

toipumisorientaatiossa potilas on aktiivinen toimija ja yhteistyö rakentuu tasavertaisuuteen. Potilaan oma asiantuntemus, toimijuus ja elämäntaitojen vahvistaminen tulisi olla toipumisen keskiössä. Sánchez-Guarnido ym. (2024, s. 2) korostavat, että toipumisorientaatio tarkoittaa palvelujen suuntaamista potilaan henkilökohtaiseen toipumiseen siten, että oikeudet ja autonomia, jaettu päätöksenteko, vertaistuki sekä potilaan omien elämäntavoitteiden huomioiminen ovat keskeisiä lähtökohtia. Alla oleva Kuvio 1 havainnollistaa viittä prosessia, joiden kautta toipumista mielenterveyden ongelmista voidaan edistää.



Kuvio 1. Viisi prosessia, joilla toipumista voidaan edistää (Nordling 2018, s. 1478)

Tölli, Vuolukka ja Kiviniemi (2019) mukaan mielenterveyden toipumista voidaan tarkastella sekä kliinisenä että henkilökohtaisena toipumisena. Kliininen toipuminen viittaa siihen, että oireet vähenevät tai katoavat kokonaan ja potilaan terveydentila palautuu ennalleen. Henkilökohtainen toipuminen puolestaan liittyy siihen, että henkilö kokee elämänsä merkitykselliseksi ja arvokkaaksi, vaikka psyykkisiä oireita saattaa edelleen esiintyä. Tämä henkilökohtainen toipuminen painottaa yksilön omia kokemuksia ja selviytymiskeinoja psyykkisen sairauden

tuomien haasteiden kanssa. Toipumisorientaatio tarjoaa näkökulman, jossa hoitohenkilökunta voi tukea potilaan osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta, mikä edistää myönteistä vaikutusta sekä potilaan toipumiseen että hoitosuhteen laatuun.

Leamy ym. (2011, s. 449–451) ja World Health Organization (2019, s. 6) korostavat, että yksi toipumisorientaation keskeisistä periaatteista liittyy identiteettiin. Identiteetti on yksilön käsitys itsestään niin omana itsenään kuin suhteessa muihin ihmisiin ja yhteisöihin, jossa hän elää. Mielenterveyden häiriön diagnoosi voi johtaa siihen, että identiteetti koetaan hämärtyneenä, puutteellisena tai jopa menetettynä. Toipumisorientaation näkökulmasta yksilöä voidaan tukea identiteetin rakentamisessa ja uudelleen määrittelyssä sekä siinä, että hän kykenee voittamaan stigman ja sisäistetyn syrjinnän seuraukset. Tavoitteena on tarjota mahdollisuus käsitellä kokemuksia mielekkäällä tavalla, mukaan lukien mielenterveyspalveluista ja hoidosta saadut kokemukset.

Leamy ym. (2011, s. 449–451) ja World Health Organization (2019, s. 6) painottavat, että toipumisorientaation käytännön toteutus edellyttää potilaan mahdollisuutta osallistua oman hoitonsa ja elämänsä suunnitteluun. Tämä edellyttää moniammatilliselta tiimiltä kykyä kuulla ja ymmärtää potilaan yksilöllistä kokemusta. Toipumisorientaatio on keskeinen lähestymistapa mielenterveyskuntoutuksessa, koska se korostaa ihmisen mahdollisuutta rakentaa oman näköistään elämää diagnoosista huolimatta.

Leamy ym. (2011, s. 449–451) ja World Health Organization (2019, s. 5) tuovat esiin, että yhteys ja osallisuus ovat toipumisen keskeisiä tekijöitä. Ihmisillä tulisi olla mahdollisuus käyttää samoja resursseja ja palveluja yhteisössä kuin kenellä tahansa muulla. Toipumista edistävien palveluiden tulisi perustua paikallisiin tarpeisiin ja olosuhteisiin, mutta samalla huomioida, että osallisuus koskee paitsi yksilöä myös yhteisöä ja yhteiskuntaa kokonaisuudessaan. Ihmissuhteet ovat iso osa toipumista, ja läheisten, perheenjäsenten, ystävien, tukihenkilöiden sekä vertaisryhmien rooli toipumisprosessissa on tärkeä. Näiden suhteiden avulla voidaan luoda kannustava ympäristö, joka tukee yksilöä hänen matkallaan kohti hyvinvointia.

Leamy ym. (2011, s. 449–451) ja World Health Organization (2019, s. 5) korostavat, että toivo on toipumisen perusta. Ilman toivoa ihminen voi luopua tavoitteistaan, etenkin jos hän saa tietää elinikäisestä, rajoittavasta sairaudesta. Toivoa voidaan ylläpitää tunnistamalla voimavarat, vahvistamalla itsetuntoa, huomioimalla hengellisyys ja elämänlaatu sekä varmista-

malla sosiaalinen tuki. Toivoa herättävät ihmissuhteet, joissa läheiset ja ammattilaiset arvostavat saavutuksia ja tukevat unelmia. Tämä luo pohjaa myönteiselle muutokselle ja merkityksellisyyden kokemiselle.

Leamy ym. (2011, s. 449–451) ja World Health Organization (2019, s. 6) kuvaavat, että elämän merkityksellisyys on yksilöllistä ja voi rakentua monin tavoin. Esimerkiksi jotkut saattavat kokea hengellisyyden tärkeäksi, kun taas toiset voivat löytää merkitystä ja tarkoitusta vahvistamalla yhteyksiä ystäviinsä, perheeseensä tai yhteisöönsä. Unelmat ja tavoitteet ovat myös tärkeitä toipumisessa, sillä ne voivat voimaannuttaa ihmistä ja auttaa häntä löytämään elämälleen merkityksen ja täyttymyksen.

Leamy ym. (2011, s. 449–451) ja World Health Organization (2019, s. 6) määrittelevät voimaantumisen toipumisorientaation ytimeen kuuluvaksi periaatteeksi. Hallinta ja valinnanvapaus ovat keskeisiä toipumisessa, mutta ihmisiltä viedään usein oikeus päättää tärkeistä elämänsä osa-alueista, kuten hoidostaan ja kuntoutuksestaan. Toipumisorientaatio kunnioittaa henkilön oikeutta käyttää oikeustoimikelpoisuuttaan ja tehdä omia valintojaan joko tuen kanssa tai ilman sitä. Lisäksi voimaantumista voidaan edistää vahvistamalla yksilön taitoja hallita elämänsä vaikeita hetkiä ja ottamalla vastuu omasta hyvinvoinnistaan. Nämä taidot auttavat yksilöä kohtaamaan haasteita ja tukevat häntä matkalla kohti itsenäisyyttä ja hyvinvointia.

Sánchez-Guarnido ym. (2024, s. 4–5) osoittavat, että toipumisorientaation mukaiset käytännöt ovat selvästi yhteydessä parempaan henkilökohtaiseen toipumiseen. Erityisen vaikuttavaa on työskentely potilaan omien elämäntavoitteiden suuntaisesti. Tulosten (s. 5–6) perusteella keskeisiä kehittämiskohteita ovat potilaan osallistuminen päätöksentekoon sekä hoitovaihtoehtojen monipuolisuus, kun taas oikeuksien ja autonomian tukeminen sekä yksilöllinen hoito toteutuvat jo varsin hyvin.

Leamy ym. (2023, s. 1–2, 5) osoittavat, että toipumisorientaatiota voidaan mitata useilla standardoiduilla mittareilla, vaikka yhtä täydellistä mittaria ei vielä ole. INSPIRE on harvoja mittareita, joista on esitetty näyttöä muutoksen herkkyydestä, eli kyvystä kuvata luotettavasti potilaan toipumista tukevien tekijöiden aikaan sidottua muutosta. (s. 11–12), kun taas RSA-Recovery Self-Assessment (kysely, jolla arvioidaan palvelun tai yksikön toipumisorientaatiota) on laajimmin käytetty ja testattu mittari useissa kielissä ja konteksteissa (s. 9–11).

### 2.1.3 Lainsäädännöllinen viitekehys

Lait korostavat usein osallisuuden edistämistä ja vahvistamista. Potilaan aktiivinen rooli nähdään yhteistyön perustana, mikä näkyy esimerkiksi potilaan ja työntekijän yhdessä määrittelemissä tavoitteissa sekä potilaan osallistumisessa arviointeihin. Palveluiden yksilöllisyys tulee esiin, kun ne järjestetään potilaan tarpeiden mukaan, ja sosiaalihoitolain (1301/2014) 39 §:ssä painotetaan myös asiakkaan vahvuuksien ja voimavarojen huomioimista. Laki luo puitteet asiakastyölle ja sillä on tärkeä rooli toipumisen kokonaisvaltaisessa toteuttamisessa. Toipumisorientaation keskeiset periaatteet, kuten itsemääräämisoikeus, osallisuus, asiakkaan arvokkuuden sekä omatoimisuuden edistäminen, ovat terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä sosiaalihoitolaissa (1301/2014) tunnustettuja oikeusperiaatteita. Näiden lakien periaatteet painottavat asiakaslähtöisyyttä ja palveluiden laadun varmistamista. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 2 §:ssä asiakaskeskeisyys on yksi keskeisistä periaatteista. Myös sosiaalihoitolaissa lakien tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä, luottamuksellisuutta ja asiakkaiden oikeutta saada hyvää palvelua ja kohtelua. Sosiaalihoitolain tavoitteena on lisäksi tarjota asiakkaille tarpeenmukaisia, yksilöllisiä ja kuntouttavia palveluja (Nordling & Rissanen 2020).

Sosiaalihoitolaissa ja terveydenhuoltolaissa säädetään eri pykälissä potilaan hoidosta ja palveluiden laadusta sekä niiden seurannasta. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 27 §:n mukaan hyvinvointialueen vastuulla on järjestää alueensa asukkaiden mielenterveyden hoito kokonaisvaltaisesti. Tämä sisältää terveydenhuollon palveluissa ohjauksen ja neuvonnan, jotka koskevat mielenterveyttä suojaavia ja vaarantavia tekijöitä, sekä psykososiaalisen tuen. Psykososiaalinen tuki tulee järjestää tarpeenmukaisella tavalla ja yhteensovittaa muiden palveluiden kanssa.

Mikäli potilaan toimintakyky esimerkiksi psyykkisen sairauden seurauksena on alentunut siten, että kotona asuminen tuetusti ei onnistu, tulee potilaalle järjestää yhteisöllinen asumisyksikköpaikka sosiaalihoitolain (1301/2014) 21 b §:n mukaan. Järjestettyjen toimenpiteiden tulisi pyrkiä olemaan määräaikaista sekä ennaltaehkäistä pidempiaikaista tuen tarvetta. Mikäli tukitoimet kuitenkin muodostuvat jatkuviksi, sosiaalihoitolain (1301/2014) 38 § edellyttää palvelujen jatkuvuuden turvaamista ja niiden yhteensovittamista potilaan tarpeisiin. Hyvinvointialueen on varmistettava, että yksityisillä palveluntuottajilla on riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset palvelujen tuottamiseen (Hyvinvointialuelaki 611/2021, 10 §).

Sosiaalihuollon asiakassuunnitelman laadinta täydentää palvelutarpeen arviointia, mikäli se ei ole tarpeetonta. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 39 §:n mukaan suunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan kanssa, ja siihen sisältyy asiakkaan ammatilliset arviot tuen ja palveluiden tarpeesta. Lisäksi se sisältää omatyöntekijän arvion välttämättömistä palveluista, tapaamistiheyden, asiakkaan vahvuudet ja tavoitteet sekä suunnitelman seurannan ja arvioinnin. Asiakassuunnitelma huomioi asiakkaan elämäntilanteen ja ympäristön vaikutukset ja mahdollistaa myös yhteisen suunnitelman muiden hallinnonalojen palvelujen kuten psykiatrisen hoitotahon kanssa. Terveystieteiden lain (1326/2010) 29 § edellyttää hoitosuunnitelman laatimista niille potilaille, joiden hoito on pitkäjänteistä tai edellyttää useiden toimijoiden yhteistyötä. Kun sosiaalihuoltolain (1301/2014) 39 §:n mukainen asiakassuunnitelma ja terveydenhuollon hoitosuunnitelma laaditaan samanaikaisesti yhdessä potilaan ja eri toimijoiden kanssa, voidaan vähentää päällekkäistä työtä ja vahvistaa palveluiden yhteensovittamista. Yhteisen suunnitelman avulla tiedonkulku selkeytyy, potilaan ymmärrys omasta hoidostaan kasvaa ja hoidon vaikuttavuutta voidaan seurata kokonaisvaltaisemmin. Samanaikainen suunnittelu tukee potilaan osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategiassa (2024, s. 35) korostetaan, että mielenterveyspalvelujen kehittämisessä on tärkeää varmistaa tuen saatavuus oikeaan aikaan ja mahdollisimman helposti. Palvelujen tulee olla saavutettavia matalan kynnyksen periaatteella ja niiden järjestämisen tulee perustua huolelliseen potilaan tarpeiden arviointiin, mikä mahdollistaa tuen ja hoidon kohdentamisen tehokkaasti. Strategia painottaa myös henkilöstön osaamiseen panostamista erityisesti perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa, riittävien resurssien turvaamista sekä toimivia käytäntöjä, joiden avulla erikoissairaanhoidon voi tukea perustason palveluja. Palvelujen yhteensovittaminen nähdään keskeisenä tavoitteena, ja yhteistyön vahvistamista tarvitaan sekä perustason sisällä että perustason ja erikoistason välillä.

Seinäjoen kaupungin hyvinvointisuunnitelman (2021, s. 2) mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on koko kaupungin yhteinen tehtävä, eikä se ole ainoastaan yksittäisten toimialojen vastuulla. Suunnitelma on laadittu yhteistyössä kaupungin eri toimialojen kesken, mikä korostaa monialaista sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. Health in All Policies -periaatteen mukaisesti jokainen toimiala osallistuu hyvinvoinnin ja terveyden suunnitteluun sekä toteutukseen, jotta toimenpiteet ja palvelut voidaan kohdistaa mahdollisimman tehokkaasti asukkaille.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen (2024, s. 35) Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusstrategian mukaan mielenterveyspalvelujen saavutettavuus ja tasa-arvoinen tarjonta vaativat tarkastelua ja kehittämistä. Psykososiaalisten hoitomuotojen saatavuutta on lisättävä, ja palvelut on organisoitava alueellisesti vastaamaan paikallisia tarpeita. Erityinen huomio tulee kiinnittää niihin ihmisiin, jotka ovat vaikeasti tavoitettavia tai joiden elämäntilanne altistaa syrjäytymiselle. Palveluiden on tuettava potilaita heidän omassa arkiympäristössään ja otettava huomioon yksilölliset tarpeet, kuten kulttuuritausta tai sosiaalinen asema.

## **2.2 Skitsofrenian hoito ja kuntoutus avohoidossa**

National Institute for Health and Care Excellence (2014, s. 13, 17, 28) suosittelee, että skitsofrenian avohoitoon sisällytetään psykoedukaatio, perheinterventio, IPS-työhönvalmennus ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Nämä menetelmät muodostavat toisiaan täydentäviä osaluueita, jotka tukevat potilaan kokonaisvaltaista kuntoutumista. Tuomisen ja Salokankaan (2016) mukaan skitsofreniapotilaan hoito ja kuntoutus perustuvat pitkäjänteiseen, luottamukselliseen ja yksilölliseen hoitosuhteeseen. Keskeistä on potilaslähtöinen lähestymistapa, jossa huomioidaan jokaisen potilaan henkilökohtaiset tarpeet ja elämäntilanne. Potilaan osallistaminen hoitoprosessiin on ensiarvoisen tärkeää, ja hoitopäätöksistä tulisi keskustella hänen kanssaan aina, kun se on mahdollista. Hoitosuunnitelma toimii hoidon perustana, ja sen säännöllinen päivittäminen varmistaa, että hoito pysyy ajan tasalla ja vastaa potilaan muuttuvia tarpeita. Hoidon tavoitteena on oireiden hallinta, uusien psykoosijaksojen ennaltaehkäisy sekä potilaan psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen.

Leamy ym. (2011, s. 449–451) korostavat, että toipumisorientaation näkökulmasta hoidon tavoitteena ei ole vain oireiden lievittäminen, vaan myös potilaan elämänhallinnan, itsenäisyyden ja hyvinvoinnin tukeminen. Yhteisöllinen tuki ja moniammatillinen yhteistyö ovat keskeisiä potilaan toimintakyvyn vahvistamisessa ja hoitomyöntyvyyden edistämässä.

### 2.2.1 Psykoedukaatio

Käypä hoito -suosituksen Skitsofrenia (2024) mukaan hoitoon sitoutuminen on keskeinen edellytys hoidon onnistumiselle ja sitoutumisen haasteet ovat yleisiä. Suositus painottaa erityisesti lääkehoidon merkitystä, sillä se on tehokkain keino hallita sairauden oireita, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja, sekä vähentää psykoosien uusiutumisen riskiä. Hoitosuhteen rakentaminen avohoidossa ja hoitosuunnitelman laatiminen yhteistyössä potilaan kanssa ovat keskeisiä keinoja sitoutumisen vahvistamisessa. Potilaalle tulee antaa tietoa sairaudesta ja hoidosta tavalla, joka lisää hänen ymmärrystään skitsofrenian luonteesta ja hoidon merkityksestä. Yhtä lailla on tärkeää käsitellä avoimesti lääkehoitoon liittyviä mahdollisia haittavaikutuksia, kuten painonnousua, väsymystä ja motorisia oireita, sekä niiden hallintakeinoja. Käypä hoito -suosituksessa psykoedukaatio nähdään keskeisenä keinona, jolla voidaan lisätä potilaan ja hänen perheensä tietoa sairaudesta ja hoidosta sekä vahvistaa heidän valmiuksiaan tukea potilasta arjessa.

### 2.2.2 SCIT-ryhmäterapia

Oksasen (2020a) mukaan psykoosisairaana potilaan avohoidossa tulisi kiinnittää huomiota myös potilaan resilienssiin eli kykyyn selviytyä stressistä ja sopeutua elämän haasteisiin. Skitsofrenia heikentää usein potilaan resilienssiä, minkä vuoksi psyykkisen ja sosiaalisen tuen tarjoaminen on tärkeää. Potilaan tukeminen positiivisen mielenterveyden vahvistamisessa ja hänen omien voimavarojensa tunnistamisessa voi auttaa ylläpitämään hoitomotivaatiota. Resilienssin tukeminen voi myös ehkäistä sairauden uusiutumista ja tukea potilaan sopeutumista arjen haasteisiin. Esimerkiksi SCIT-ryhmäterapia (Social Cognition and Interaction Training) on suunniteltu erityisesti parantamaan skitsofreniapotilaiden sosiaalista kognitiota, mikä voi vahvistaa heidän kykyään luoda ja ylläpitää ihmissuhteita. Sosiaalinen kognitio kattaa muun muassa kyvyn tunnistaa toisen henkilön tunteet ja arvioida tapahtumien syitä ilman vääristymiä. Tutkimukset osoittavat, että sosiaalisen kognition interventiot, kuten SCIT-ryhmäterapia, paransivat sosiaalisen kognition osa-alueita ja lisäsivät sosiaalista toimintakykyä. Tämä on merkittävä tekijä, sillä sosiaalinen tuki voi suoraan vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen.

### 2.2.3 IPS-työhönvalmennus

Oksasen (2020b) mukaan IPS-työhönvalmennus (Individual Placement and Support) puolestaan keskittyy potilaiden työelämään integrointiin. Työhönvalmennus auttaa skitsofreniapotilaita löytämään ja pitämään työpaikkoja, mikä voi lisätä heidän itsetuntoaan ja elämänhallintaansa. Työelämään osallistuminen voi lisätä merkityksellisyyden tunnetta ja voimaantumista, mikä puolestaan lisää motivaatiota sitoutua myös muihin hoitoon liittyviin toimenpiteisiin. Seurantakäynneillä on tärkeää arvioida paitsi psykoosioireita myös potilaan työllistymismahdollisuuksia ja tukea häntä työelämään palaamisessa. Työ ja sen tuoma rutiini voivat olla merkittäviä hoitomotivaation lähteitä. IPS on tehokas menetelmä parantamaan vaikeista mielenterveyden häiriöistä, kuten skitsofreniasta kärsivien potilaiden työllistymismahdollisuuksia. IPS perustuu avoimille työmarkkinoille työllistymiseen ilman edeltävää harjoittelua ja se on integroitu psykiatriseen hoitotiimiin. Tutkimuksissa havaittiin, että IPS lisää potilaiden työllistymispäiviä ja työssäolopäiviä. Myös meta-analyysit osoittavat IPS:n olevan tavanomaista ammatillista kuntoutusta tehokkaampi keino. Yksi tärkeä periaate on jatkuva tuki työssä selviytymiseen ilman aikarajaa. Harvey ym. (2023, s. 6–9, 27–29) tutkimuksen tulokset osoittavat, että IPS on yhteydessä parempaan toimintakykyyn ja sairaudenhallintaan verrattuna työpajoihin ja tavanomaisiin työllistymispalveluihin.

### 2.2.4 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) on keskeinen osa skitsofreniapotilaiden hoitoa. Käypä hoito -suosituksen (Skitsofrenia. Käypä hoito 2024) sekä National Institute for Health and Care Excellence:n (2014 s. 37) mukaan se on tehokas menetelmä erityisesti positiivisten oireiden, kuten harhaluulojen ja aistiharhojen, lievittämisessä. Terapiassa potilas oppii tunnistamaan yhteyksiä ajatustensa, tunteidensa ja käyttäytymisensä sekä oireidensa välillä ja arvioimaan uudelleen näihin liittyviä uskomuksiaan ja tulkintojaan. Tavoitteena on, että potilas kykenee vähentämään oireisiin liittyvää ahdistusta ja löytämään vaihtoehtoisia tapoja käsitellä vaikeita kokemuksia ja tunteita.

National Institute for Health and Care Excellence -suosituksen (2025 s. 37) mukaan KKT tulisi toteuttaa yksilömuotoisena vähintään 16 suunnitellun istunnon aikana, ja sen on hyvä pe-

rustua vaikuttavaksi todettuun hoitomanuaaliin. Terapiassa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, kuten omien ajatusten ja käyttäytymisen seuranta, vaihtoehtoisten selviytymiskeinojen harjoittelua, kärsimyksen lievittämistä ja toimintakyvyn vahvistamista. Näiden avulla potilas voi oppia ymmärtämään paremmin oireidensa taustalla olevia prosesseja ja hallitsemaan niitä arjessa.

Käypä hoito -suosituksen (Skitsofrenia 2024) ja National Institute for Health and Care Excellence -suosituksen (2025 s. 37) mukaan KKT:n vaikutus negatiivisiin oireisiin, kuten vetäytyneisyyteen ja aloitekyvyttömyyteen, on vähäisempi, mutta rinnalle liitetty kognitiivinen remediaatio voi tukea näiden oireiden kuntoutumista. Pitkäjänteisesti toteutettuna ja potilaan aktiivista osallistumista vahvistaen terapia voi edistää toipumista ja lisätä hoitoon sitoutumista, mikä tekee siitä tärkeän osan skitsofrenian kokonaisvaltaista hoitoa.

### **2.2.5 Kognitiivinen remediaatioterapia (CRT)**

Hiekkala-Tiusanen ym. (2019) toteavat, että kognitiivinen remediaatioterapia (CRT) on tehokas hoitomuoto skitsofreniapotilaille. CRT keskittyy potilaan kognitiivisten toimintojen, kuten muistin ja tarkkaavaisuuden parantamiseen. Skitsofrenia heikentää usein kognitiivisia kykyjä, mikä voi vaikeuttaa arjen toimintojen hallintaa ja sosiaalista kanssakäymistä. CRT:n avulla potilas voi oppia kehittämään kognitiivisia taitojaan, mikä parantaa hänen itsenäisyyttään ja auttaa arjessa selviytymisessä. CRT:ssä keskitytään ensin kognitiivisen joustavuuden ja tarkkaavaisuuden parantamiseen, minkä jälkeen käsitellään muistitoimintoja ja suunnittelukykyä. Tavoitteena on metakognitiivisten taitojen kehittäminen, mikä edistää potilaiden kykyä siirtää oppimiaan kognitiivisia taitoja arkeen.

### **2.2.6 Sosiaalinen verkosto ja hoitoon sitoutuminen**

Skitsofrenian käypä hoitosuosituksen (2024) mukaan psykiatrisessa avohoidossa on tärkeää huomioida potilaan sosiaalinen verkosto ja sen merkitys hoitoon sitoutumisessa. Perheen ja ystävien tuki vahvistaa potilaan turvallisuuden tunnetta ja auttaa ylläpitämään hoitomotivaatiota, mutta rinnalle tarvitaan myös ammattilaisten antamaa tukea ja ohjausta. Hoitosuhteen

tavoitteena on luoda luottamuksellinen ja pitkäjänteinen yhteistyö, jossa potilas kokee olevansa aktiivinen toimija omassa hoidossaan.

Guo ym. (2023, s. 2, 5, 7) tuovat esiin, että sosiaalinen ja perheen tuki ovat merkittäviä suojaavia tekijöitä skitsofreniapotilaiden hoitoon sitoutumisessa. Tuki auttaa potilasta noudattamaan lääkitystä, vähentää hoidon keskeyttämisen riskiä ja vahvistaa kokemusta osallisuudesta ja elämänhallinnasta. Ammattilaisten antama psykososiaalinen tuki ja yhteisöllinen lähestymistapa voivat lisäksi parantaa potilaan kykyä kohdata sairauden aiheuttamia haasteita ja ylläpitää toipumisprosessia.

Guo ym. (2023, s. 4–5) mukaan perheen aktiivinen mukanaolo ja hoitohenkilöstön motivoiva vuorovaikutus tukevat potilaan sitoutumista hoitoon ja vahvistavat hänen itsetuntoaan. Kun potilas huomaa pystyvänsä tekemään omaa hyvinvointiaan edistäviä valintoja, kasvaa myös luottamus omiin voimavaroihin ja toipumiseen.

Leijalan, Hietalan ja Kampmanin (2019) mukaan hoitoon sitoutumattomuus on psykoosisairauksien hoidossa yleinen haaste, joka voi johtua esimerkiksi sairaudentunnon puutteesta, hoidon vastustuksesta tai lääkityksen sivuvaikutuksista. Sitoutumista voidaan vahvistaa psykoedukaation ja muiden terapeuttisten menetelmien avulla sekä huomioimalla potilaan ja omaisten tarpeet. Lääkehoidon seuranta ja tarvittaessa pitkävaikutteisten injektioilääkkeiden käyttö voivat lisäksi parantaa hoidon jatkuvuutta ja tukea potilaan toipumista. Myös Bardi ym. (2025, s.7) vahvistavat tutkimuksessaan, että pitkävaikutteisia injektioita saaneilla hoidon keskeytykset olivat selvästi harvinaisempia ja lääkemyönteisyys korkeampi kuin suun kautta lääkityillä, mikä viittaa parempaan hoitoon sitoutumiseen.

### 3 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli vahvistaa psykiatrian ja sosiaalitoimen välistä moniammatillista yhteistyötä sekä edistää mielenterveyspalvelujen integraatiota siten, että palvelut muodostavat potilaalle yhtenäisen ja sujuvan kokonaisuuden. Tarkoituksena oli kuvata, miten samanaikainen palvelu- ja hoitosuunnittelu toteutuu käytännössä, millaisia kokemuksia ja kehittämistarpeita ammattilaisilla on yhteistyöstä sekä miten nykyiset rakenteet tukevat yhteistä toimintatapaa.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyölle:

1. Millaisia kokemuksia ammattilaisilla on sosiaalihuollon ja psykiatrian yhteensovittamisesta?
2. Miten samanaikainen hoidon ja palvelutarpeen suunnittelu toteutuu käytännössä, ja millaisia vaikutuksia sillä koetaan olevan palveluiden jatkuvuuteen ja potilaan kuntoutumiseen?
3. Mitä haasteita tai esteitä ammattilaiset kokevat moniammatillisessa yhteissuunnittelussa?
4. Miten yhteissuunnittelua ja moniammatillista yhteistyötä voitaisiin kehittää?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista, kehittävän toimintatutkimuksen lähestymistapaa. Aineisto kerättiin strukturoidulla teemahaastattelulla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Foresight Framework-menetelmä soveltuu Carleton ym. (2013) mukaan moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen, koska se mahdollistaa käytäntöjen kuvaamisen, yhteisten merkitysten jäsentämisen ja tuottaa aineistolähtöisen kokonaiskuvan kehittämiskohteista.

Hänninen (2007, s. 12–15) kuvaa BIKVA-menetelmän prosessina, jossa palaute kerätään systemaattisesti useilta tasoilta (asiakkaat, työntekijät, esihenkilöt, johto) ja viedään vaiheittain eteenpäin kehittämisen pohjaksi. Tässä työssä BIKVAa sovellettiin muokattuna. Tutkimusluparajoitusten vuoksi asiakastaso korvattiin asumisyksiköiden työntekijöiden arjen havaintojen ja kokemusten välittämällä näkökulmalla. Pilotista koottu palaute käsiteltiin työntekijä- ja esihenkilötasoilla, ja tulokset viedään BIKVA-ketjun mukaisesti hyvinvointialueen johdolle opinnäytetyön valmistuttua. Näin koko pilotointi toimi BIKVA-prosessin osana ja jatkuu vielä tämän raportin jälkeen.

Carleton ym. (2013, s. 10, 18) esittävät Foresight Frameworkin välineenä, joka tukee monimutkaisten palvelukokonaisuuksien kehittämistä kartoittamalla nykytilan, ennakoimalla haasteet ja hahmottelemalla tulevaisuussuuntautuneita ratkaisuja. Salminen-Tuomaalan (2024) mukaan kehys auttaa tunnistamaan mahdollisuuksia ja rakentamaan pitkäjänteisiä ja hoitopolkuja vahvistavia toimenpiteitä. Tässä työssä Foresight Frameworkia hyödynnettiin pilotoinnin suunnittelussa, ja BIKVA määritteli arvioinnin kulkusuunnan. Alla oleva kuvio 2. havainnollistaa Foresight Framework menetelmän etenemisen polkukuviona.



Kuvio 2. Foresight Framework -menetelmä

## 4.2 Pilotin tavoite ja rajaus

Pilotointi kesti 6 kuukautta ja sen tavoitteena oli kehittää ja testata moniammatillista yhteistyömallia, jossa sosiaalipalvelut ja psykiatrinen avohoito laativat samanaikaisesti potilaalle palvelutarpeen suunnitelman ja hoitosuunnitelman yhdessä asumisyksikön edustajan ja potilaan kanssa. Tarkoituksena oli selvittää nykytila potilaan, palveluiden ja yhteisön näkökulmasta sekä löytää konkreettisia keinoja päällekkäisyyksien vähentämiseen, tiedonkulun parantamiseen ja hoitoprosessien sujuvoittamiseen. Tavoitteena oli siten myös vahvistaa hoidon laatua ja jatkuvuutta ja tukea potilaan kokonaisvaltaista kuntoutumista.

Pilotti kohdennettiin potilaisiin, joilla oli samanaikainen palvelutarve psykiatrian avohoidossa, sosiaalipalveluissa ja asumisyksikössä. Mukana olivat näiden toimijoiden lähityöntekijät eli psykiatrian hoitohenkilöstö, sosiaalityöntekijät, asumisyksiköiden työntekijät sekä potilas. Pilotissa ei tarkasteltu erikoissairaanhoidon osastohoitoa, akuuttipäivystyksen prosesseja eikä muita palvelusektoreita (esim. päihdepalvelut) kuin siltä osin, kuin ne nousivat esiin yhteisen suunnittelun kontekstissa. Pilotin tuloksia on tarkoitus käyttää laajemman hoito- ja palvelusuunnitelmamallin jatkokehittämiseen ja mahdolliseen käyttöönottoon.

### 4.3 Aineistonkeruu

Hirsijärvi ja Hurme (luvut 4.2.3, 5.5.1–5.5.2) korostavat, että onnistunut haastattelu perustuu huolelliseen suunnitteluun ja teema-alueiden selkeään määrittelyyn. Teemahaastattelun suunnittelussa voidaan yhdistää sekä avointa keskustelua että selkeästi jäsennettyjä, lyhyitä kysymyksiä. Kaikkia ilmiöitä ei ole tarpeen käsitellä laajasti keskustellen, vaan tilanteen mukaan on perusteltua käyttää myös suppeampia kysymysrunkoja, joilla tieto saadaan tiiviisti esiin. Teemahaastattelun taustalla on ajatus siitä, että haastateltavat ovat olleet mukana josakin heille merkityksellisessä tilanteessa, jonka kokemuksista halutaan saada syvempää ymmärrystä. Ennen haastattelua tutkija perehtyy ilmiöön ja hahmottaa, mitkä tekijät ja tapahtumien kulut todennäköisesti ovat tutkimuksen kannalta olennaisia. Tämän esiselvityksen perusteella hän muodostaa alustavia käsityksiä siitä, mitä ilmiöön todennäköisesti liittyy ja millaisia vaikutuksia sillä voi olla ollut osallistujille. Näiden pohjalta rakennetaan haastattelun teemat ja kysymysrunko. Varsinainen haastattelu kohdistuu siihen, miten osallistujat itse ovat tilanteen kokeneet, ja heidän omiin tulkintoihinsa tapahtumien merkityksestä. Tässä tutkimuksessa laadittiin kaksi keskenään samanlaista, mutta toimintaympäristöön hienovaraisesti räätälöityä kysymysrunkoa:

1. Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen runko, jossa painopiste oli palvelu- ja hoitosuunnittelun yhteensovittamisessa (esim. työnjako, tiedonkulku, samanaikainen palvelu- ja hoitosuunnitelma) ja
2. Asumisyksiköiden runko, jossa korostuivat arjen toteutuksen näkökulmat (esim. potilaan päivittäinen tuki, yhteydenpito palveluihin ja käytännön toimivuus).

Teemat olivat sisällöllisesti samat (yhteistyön nykytila, haasteet/esteet, kehittämissuunnitelmat), mutta kysymysten sanamuoto ja esimerkit poikkesivat hieman, jotta kukin ammattilainen

pystyi vastaamaan mahdollisimman konkreettisesti. Tämä säilytti vertailtavuuden ja toi esiin kontekstisidonnaiset erot. Haastattelurunkoa suunniteltaessa hyödynnettiin SWOT-lähestymistapaa kysymysten jäsentämisessä, mikä tuki vertailtavuutta sekä kontekstisidonnaisten erojen esiin tuomista. Hirsijärvi ja Hurme (luku 4.2.3) määrittelevät teemahaastattelun puolistrukturoiduksi, jossa kaikille esitetään samat teema-alueet, mutta vastaukset tuotetaan omin sanoin. Tässä työssä periaate toteutettiin strukturoidulla toteutustavalla, jotta kysymysten esittäminen ja vastausten dokumentointi standardoitiin.

Lähtökohtana oli, että kaikki pilotissa mukana olleet psykiatrian avohoidon, sosiaalitoimen ja asumisyksiköiden työntekijät kutsutaan osallistumaan haastatteluun. Tutkimuksen tekijä kutsui henkilökohtaisesti kaikki pilotointiin osallistuneet psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen työntekijät. Asumisyksiköissä esihenkilöille lähetettiin sähköpostitse kutsukirje, jonka he välittivät pilotissa mukana oleville työntekijöille. Osallistua sai yksin tai useamman henkilön ryhmänä. Asumisyksiköille tarjottiin siis kaksi osallistumistapaa. Yhden osallistujan tapauksessa yksilöhaastattelu, ja jos osallistujia oli useampi, toteutus oli pienimuotoinen fokusryhmähaastattelu.

Haastattelut pidettiin kasvokkain rauhallisissa tiloissa. Yksi haastattelu toteutettiin Teamsilla aikataulusyistä. Haastattelun kesto oli noin 60 minuuttia/haastattelu. Hirsijärvi ja Hurme (luku 5.3) tuovat esiin, että yksilö- ja ryhmähaastattelulla on eri vahvuuksia. Yksilöhaastattelu mahdollistaa syvällisen paneutumisen henkilökohtaisiin kokemuksiin ja yksilöllisiin näkemyksiin ilman muiden osallistujien vaikutusta. Ryhmähaastattelussa taas korostuu vuorovaikutus ja yhteisen keskustelun tuottama tieto. Ryhmätilanne voi rohkaista osallistujia pohtimaan ja täydentämään toistensa ajatuksia sekä tuottaa uusia näkökulmia, joita yksilöhaastatteluissa ei välttämättä syntyisi. Näitä periaatteita hyödynnettiin menetelmävalinnassa.

Hirsijärvi ja Hurme (luku 5.9) käsittelevät vaihtoehtoisia tallennus- ja dokumentointitapoja. Tässä tutkimuksessa ei käytetty äänitallennusta aiheen arkaluonteisuuden ja osan osallistujien toiveen vuoksi. Tasapuolisuuden ja vertailtavuuden varmistamiseksi kaikille sovittiin sama menettely. Haastattelija kirjasi vastaukset sanatarkasti paperille, ja haastattelun lopuksi osallistuja tarkisti ja hyväksyi kirjauksensa. Kirjaukset digitoitiin välittömästi Exceliin analyysiä varten.

Aineistonkeruuseen osallistui 15 työntekijää mielenterveyspalveluista, sosiaalitoimesta ja asumispalveluista (sairaanhoitajat, lähihoitajat, sosiaalityöntekijät, ohjaajat). Teemat koottiin

kolmeen kokonaisuuteen: nykyisen yhteistyön toimivuus, yhteistyön haasteet ja esteet sekä kehittämissuhteet. Aineistonkeruu toteutettiin kahdessa vaiheessa: ensin haastateltiin psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen ammattilaisia (yhteistoiminnan sujuvuus, palvelupolku ja päällekkäisyyksien vähentäminen), minkä jälkeen haastateltiin asumisyksiköiden työntekijöitä (arjen työn haasteet ja yhteistyökäytännöt). Haastattelut tehtiin 1.2.2025–30.5.2025.

#### **4.4 Aineiston analysointi**

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä Elo ym. (2022) mallin mukaan, joka etenee merkityksyksiköistä pelkistykseen kautta koodeihin, alaluokkiin, yläluokkiin ja lopulta teemoihin. Menetelmä sopii tilanteisiin, joissa kuvataan ilmiötä osallistujien omista kokemuksista käsin ja tuotetaan aineistolähtöinen jäsenitys.

##### **4.4.1 Aineiston valmistelu exceliin**

Elo ym. (2022, s. 216, 218–219) kuvaavat sisällönanalyysin laadullisen tutkimuksen yleisimmäksi analyysitavaksi, jonka avulla tutkittavaa ilmiötä koskeva aineisto järjestetään ja tiivistetään. Menetelmän tavoitteena on esittää havaintoaineisto tiiviissä ja läpinäkyvässä muodossa. Tässä tutkimuksessa jokaisen haastattelun päätteeksi vastaaja tarkisti ja hyväksyi omat vastauksensa. Tämän jälkeen vastaukset kirjoitettiin excel-tilaan, jossa joka rivi vastasi yhtä vastausta. Taulukon sarakkeet pidettiin samoina koko ajan, jotta aineisto pysyi vertailukelpoisena. Aluksi kirjattiin haastattelun tunnus (esim. "PS-03"), vastaajan rooli ja yksikkö (esim. "sairaanhoidtaja / psykiatrian avohoidto"), päivämäärä sekä täsmälleen sama kysymys kuin haastattelurungossa. Sen jälkeen tallennettiin sanatarkka vastaus ja sen jälkeen pelkistys, eli sama asia lyhyesti omin sanoin, jonka pohjalta koottiin alaluokkia, joista muodostettiin edelleen yläluokkia ja lopulta yhdistäviä pääluokkia. Aineiston käsittelyä helpotettiin merkitsemällä samaa asiaa kuvaavat rivit värillä. Lopuksi koosteet tehtiin niin, että näkyviin saatiin selkeästi, mitkä teemat esiintyivät ja missä rooleissa. Tällä tavalla yksittäisistä vastauksista edettiin johdonmukaisesti kohti alaluokkia, yläluokkia ja yhdistävää pääluokkaa. Näistä teemoista kirjoitettiin tuloslukuihin raportoidut kokonaisuudet. Alla oleva Taulukko 1. havainnollistaa sisällönanalyysin etenemistä tilanteessa, jossa useat alkuperäiset ilmaukset tiivistyvät samoihin pelkistyksiin ja edelleen samoihin alaluokkiin, yläluokkiin ja yhdistävään pääluokkaan.

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä alkuperäisistä ilmauksista pääluokkaan

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä pääluokka
“Kun kaikilla on selkeästi sovittu, kuka tekee mitäkin ja milloin, homma etenee ilman turhaa säätöä.”	<b>Yhteistyö toimii parhaiten kun roolit ovat selkeät</b>	<b>Roolien ja vastuiden selkeys</b>	<b>Toimivan yhteistyön edellytykset</b>	<b>Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen</b>
“Roolit ovat olleet selkeitä, mikä helpottaa arjen päätöksiä.”				
“Työ sujuu parhaiten, kun jokainen tietää kuka hoitaa mitäkin.”				
“On hyvä, että tavoitteet käydään yhdessä läpi.”	<b>Tavoitteiden ja vastuiden selkeys lisää luottamusta</b>			
“Kun vastuut on kirjoitettu selkeästi, luottamus tekemiseen kasvaa.”				
“Palaverit etenevät paremmin, kun valmistautuu kunnolla.”	<b>Valmistautuminen ennen palaveria tukee suunnitelmallisuutta</b>			
“On tärkeää, että kaikilla on ennakkotiedot hallussa ennen tapaamista.”				
“On helppo olla yhteydessä, kun tietää toisen työntekijän.”	<b>Yhteydenpito on aktiivista ja luontevaa</b>	<b>Aktiivinen ja helppo yhteydenpito</b>		
“Tutulle henkilölle on luonteva soittaa.”				
“Kun yhteistyökumppani on entuudestaan tuttu, kynnyks on matala.”	<b>Yhteistyö helpottuu tuttujen yhteistyökumppaneiden kanssa</b>			
“Pitkä yhteistyö helpottaa yhteydenottoja.”				

"Sähköposti ja puhelut toimii meillä hyvin tiedonvälitykseen."				
"Puhelimella saa nopeasti varmistettua asiat."	<b>Sähköposti ja puhelut mahdollistavat tiedon kulun sujuvasti</b>			
"turvasähköpostilla vaihdetaan tietoja."				

#### 4.4.2 Koonti ja yhteys raportoituihin tuloksiin

Seuraavaksi koko aineisto koottiin taulukkoon siten, että tarkastettiin montako eri haastattelua toi esiin saman pelkistyksen, alaluokan, yläluokan tai yhdistävän pääluokan. Näin saatiin näkyviin, mitkä aiheet toistuivat laajimmin eri vastaajaryhmissä. Tämän jälkeen kirjoitettiin tulokset teemoittain ja kysymyslohkoittain, jotta lukija näkee selvästi, miten haastattelurungon kysymykset ja niistä nousseet havainnot etenevät samassa järjestyksessä.

## 5 TULOKSET

Tässä luvussa esitetään induktiivisella sisällönanalyysillä tuotetut tulokset kahdesta osallistujaryhmästä: psykiatrian avohoito ja sosiaalitoimi sekä asumisyksiköiden työntekijät. Aineisto kerättiin strukturoituina teemahaastatteluna. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina ja joissakin tapauksissa pienryhmähaastatteluina (enintään 3 osallistujaa). Haastatteluaineiston analyysin koontitaulukot on esitetty liitteissä 3 ja 4

### 5.1 Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen haastattelujen vastaukset

#### 5.1.1 Yhteistyön nykytila ja onnistuneet käytännöt

Tämä alaluku perustuu sisällönanalyysin yläluokkaan toimivan yhteistyön edellytykset, joka muodostui alaluokista roolien ja vastuiden selkeys, aktiivinen ja helppo yhteydenpito, verkostotapaamisten hyöty sekä moniammatillinen asiantuntemus. Nämä alaluokat sijoittuvat yhdistävän pääluokan moniammatillisen yhteistyön kehittämisen alle.

Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen haastatteluissa moniammatillisen yhteistyön kuvattiin toimivan parhaiten silloin, kun toimijoiden roolit ovat selkeät ja yhteydenpito on aktiivista ja luontevaa. Erityisesti korostuivat matalan kynnyksen kontaktit tuttujen yhteistyökumppaneiden välillä sekä arjen sujuva yhteydenpito sähköpostitse ja puhelimitse. Tällainen suora viestintä mahdollistaa sen, että tieto potilaan tilanteesta kulkee molempiin suuntiin ja jokainen osapuoli saa ajankohtaisen käsityksen potilaan tilanteesta.

Kasvokkain kohtaamiset ja verkostopalaverit koettiin erityisen tärkeiksi, sillä ne tukevat yhteisen ymmärryksen rakentumista ja mahdollistavat toimijoiden välisen vuoropuhelun. Verkostopalaverit antoivat mahdollisuuden tarkastella potilaan menneisyyttä, nykytilannetta ja tulevaisuuden suunnitelmia yhdessä. Tämä auttoi tunnistamaan hoidon ja palveluiden tavoitteita moniammatillisesti.

Ammattilaisten asiantuntemus ja kokemus nousivat vahvuutena esiin siten, että se tukee potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja palveluiden yhteensovittamista. Onnistuneeksi yhteistyöksi kuvattiin tilanteita, joissa kaikki osapuolet, kuten sosiaalitoimi, psykiatria, asumisyksikkö ja potilas osallistuivat aktiivisesti yhteisen suunnitelman laatimiseen. Tavoitteiden ja vastuiden

selkeys lisäsi luottamusta ja sitoutumista suunnitelman toteuttamiseen. Lisäksi tuotiin esiin, että ennen yhteistä tapaamista tapahtuva valmistelu edisti suunnitelmallisuutta ja palaverin onnistumista.

### 5.1.2 Samanaikaisen suunnittelun vaikutukset

Tämä alaluku pohjautuu sisällönanalyysin yläluokkaan toimivan yhteistyön edellytykset, joka muodostui alaluokista roolien ja vastuiden selkeys, aktiivinen ja helppo yhteydenpito, verkostotapaamisten hyöty sekä moniammatillinen asiantuntemus. Nämä alaluokat sijoittuvat yhdistävän pääluokan moniammatillisen yhteistyön kehittämisen alle.

Samanaikainen suunnittelu sai haastateltavilta vahvaa kannatusta ja se nähtiin yhtenä merkittävimmistä yhteistyötä parantavista käytännöistä. Yhdessä toteutettava suunnittelu mahdollisti moniammatillisen näkemyksen muodostamisen ja vähensi erillään tapahtuvaa päätöksentekoa. Tällaisessa mallissa kaikki osapuolet eli sosiaalitoimi, psykiatria, asumispalvelut ja potilas itse pääsivät samanaikaisesti keskustelemaan ja sopimaan suunnitelman sisällöstä. Tämä lisäsi ymmärrystä, luottamusta ja vastavuoroisuutta toimijoiden välillä.

Samanaikaisessa suunnittelussa erityisen merkitykselliseksi koettiin se, että jokaisella oli mahdollisuus vaikuttaa suunnitelmaan sen syntyvaiheessa. Aikaisemmin suunnitelmat saattoivat valmistua eriaikaisesti ja eri näkökulmista, mikä johti päällekkäisiin kirjauksiin tai epäyhtenäisiin tavoitteisiin. Kun suunnitelma syntyi yhteisessä keskustelussa ja oli kaikkien nähtävissä heti, sen sisältö pysyi ajantasaisena ja kaikki osapuolet kokivat sen omakseen.

Potilaan osallisuus vahvistui, kun hän sai olla mukana itseään koskevan suunnitelman laatimisessa. Tähän liittyi myös ajatus osallistuvasta kirjaamisesta. Potilaalle voitiin näyttää suunnitelman luonnos ja antaa mahdollisuus kommentoida ja täydentää sitä ennen vahvistamista. Tämä lisäsi sitoutumista ja potilaan omaa motivaatiota kuntoutumiseen.

Samanaikaisuus mahdollisti myös sen, että suunnitelma sisälsi monipuolista tietoa kuten lääketieteellistä arviota, sosiaalista kontekstia, arjessa tehtyjä havaintoja sekä potilaan omaa näkemystä. Tämä kokonaisuus koettiin merkitykselliseksi erityisesti silloin, kun suunnitelmaa käytettiin jatkopalveluiden järjestämisen tai asumispäätösten perustana. Haastateltavat toivoivat, että samanaikainen suunnittelu vakiintuisi käytännöksi, koska se säästi aikaa, vähensi virheitä ja loi potilaalle selkeämmän polun kohti kuntoutumista.

### 5.1.3 Yhteydenpidon käytännöt

Tämä alaluku perustuu sisällönanalyysin alaluokkaan aktiivinen ja helppo yhteydenpito, joka oli osa yläluokkaa toimivan yhteistyön edellytykset. Alaluokka sisälsi pelkistykset, yhteydenpito on aktiivista ja luontevaa, yhteistyö helpottuu tuttujen yhteistyökumppaneiden kanssa ja sähköposti, ja puhelut mahdollistavat tiedon kulun sujuvasti. Yläluokka sijoittuu yhdistävän pääluokan moniammatillisen yhteistyön kehittämisen alle.

Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen haastatteluissa yhteydenpidon eri toimijoiden välillä kuvattiin olevan monimuotoista ja tilanteisiin mukautuvaa. Yhteyttä pidettiin erityisesti puhelimitse, sähköpostitse ja turvasähköpostin kautta. Asumisyksiköt olivat usein aloitteellisia yhteydenpidossa silloin, kun potilaan voinnissa tapahtui muutoksia, heräsi huoli psyykkisestä jaksamisesta tai ilmeni akuuttia hoidon tai tuen tarvetta.

Psykiatrian avohoidosta oltiin yhteydessä asumisyksikköihin esimerkiksi tilanteissa, joissa tehtiin muutoksia lääkitykseen tai tarvittiin arjen havaintoja potilaan toimintakyvystä. Yhteydenpitoa tarvittiin myös käytännön asioissa, kuten verikokeiden järjestämisessä tai tilanteissa, joissa potilasta ei tavoitettu. Yhteydenotto asumisyksikköön mahdollisti nopean reagoinnin ja lisäinformaation saamisen arjesta.

Sosiaalitoimen yhteydenottoja tuli erityisesti palvelusuunnitelmien ja maksusitoumusten tarkastelun yhteydessä. Toisaalta myös asumisyksiköstä oltiin yhteydessä sosiaalitoimeen silloin, kun arvioitiin potilaan asumisen tukea tarvitsevan muutosta esimerkiksi kevyemmästä yksiköstä tuetumpaan palveluun tai päinvastoin. Yhteistyö toimi parhaiten silloin, kun vastuut ja työnjaot olivat kaikille selkeitä ja oikea kontakti löytyi helposti.

Yhteydenpidon haasteina mainittiin tilanteet, joissa ei tiedetty potilaan kaikkia hoitotahoja tai oikean henkilön tavoittaminen oli vaikeaa. Tämä korostui erityisesti siirtymävaiheissa, kuten sairaalahoidosta avohoitoon tai asumisyksikön vaihtuessa. Vastaajat kuvasivat, että yhteydenpito on parantunut pilotin aikana ja että roolit ovat tulleet näkyvämmiksi. Yhteydenpidon merkitys nähtiin keskeisenä paitsi tiedonkulun näkökulmasta myös yhteistyön rakentajana. Säännöllinen ja sujuva yhteydenpito mahdollisti saumattoman työnjaon ja tuki potilaslähtöistä palvelupolkua.

#### 5.1.4 Yhteistyön esteet ja haasteet

Tämä alaluku perustuu sisällönanalyysin yläluokkaan yhteistyön haasteet, jonka muodostivat alaluokat tiedonkulun katkokset ja järjestelmien yhteensopimattomuus, päällekkäinen työ ja pirstaleisuus, henkilöstön vaihtuvuus ja tavoittamattomuus, roolien epäselvyys ja vastuunjaon puute, resurssipaineet ja aikapula sekä siirtymävaiheiden riskit. Kaikki kuuluvat yhdistävään pääluokkaan moniammatillisen yhteistyön kehittäminen.

Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen haastatteluissa tunnistettiin useita yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä. Yksi keskeisimmistä haasteista oli tiedonkulun katkokset eri toimijoiden välillä. Näitä aiheuttivat erityisesti tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja se, että eri organisaatiot käyttivät omia dokumentointikäytäntöjään. Tietojen siirtäminen esimerkiksi LifeCare-järjestelmän ja sosiaalitoimen välillä koettiin raskaaksi ja epävarmaksi ja usein tieto piti välittää turvasähköpostilla, mikä hidasti prosesseja.

Päällekkäinen työ nousi esiin tilanteissa, joissa eri tahot kartoittivat samoja asioita omista lähtökohdistaan ilman yhteistä keskustelua tai suunnitelmaa. Tällöisiä tilanteita saattoivat olla esimerkiksi potilaan toimintakyvyn tai palvelutarpeen kartoitus. Tämä loi kuvan palvelujen pirstaleisuudesta ja aiheutti resurssien tuhlausta.

Henkilöstön vaihtuvuus ja työntekijöiden tavoittamattomuus vaikuttivat myös yhteistyön sujuvuuteen. Kun yhteyshenkilöt vaihtuivat usein tai eivät olleet tavoitettavissa, suunnitelmallinen työ katkesi tai viivästyi. Vastajaat kuvasivat tilanteita, joissa ei tiedetty, kuka asiakkuudesta vastaa erityisesti siirtymävaiheissa, kuten osastohoidon päättyessä tai uuden yksikön alkaessa.

Roolien epäselvyys ja vastuunjaon puute aiheuttivat epävarmuutta. Eri toimijat eivät aina olleet tietoisia toistensa rooleista ja esimerkiksi ryhmätoimintoja järjestettiin päällekkäin sekä psykiatrian että sosiaalipalveluiden kautta ilman yhteistä koordinaointia. Lisäksi potilas ei välttämättä tiennyt mikä taho vastasi mistäkin ja se heikensi hänen mahdollisuuksiaan osallistua omaan suunnitteluunsa.

Myös resurssien niukkuus mainittiin esteenä yhteistyölle. Aikapula, kuormitus ja kiire estivät työntekijöitä osallistumasta verkostotapaamisiin tai keskittymään yhteiseen suunnitteluun.

Tämä vaikeutti suunnitelmien laatimista ja hidasti potilaan palveluiden etenemistä. Haasteiden keskellä yhteistyön sujuvuus edellytti erityistä tahtotilaa ja joustavuutta toimijoilta.

### 5.1.5 Kehittämisehdotukset ja mahdollisuudet

Tämä alaluku pohjautuu sisällönanalyysin yläluokkaan yhteistyön kehittämismahdollisuudet. Yläluokka muodostui alaluokista samanaikaisen suunnittelun vakiinnuttaminen, yhteinen sähköinen suunnitelmapohja, säännölliset verkostopalaverit ja selkeä rakenne, roolien ja vastuiden kirkastaminen, potilaan ja läheisten systemaattinen osallistaminen, laajempi tietopohja suunnitelmiin ja prosessien sujuvoittaminen ja päällekkäisyyksien vähentäminen. Nämä kaikki asettuivat yhdistävän pääluokan moniammatillisen yhteistyön kehittämisen alle.

Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen ryhmän osallistajat esittivät monipuolisia kehittämisehdotuksia moniammatillisen yhteistyön ja yhteisen suunnittelun parantamiseksi. Yleisesti toivottiin, että pilottina toteutettu samanaikainen suunnittelukäytäntö vakiintuisi osaksi arkea. Yhteisen suunnitelman laatiminen yhdessä koettiin hyödylliseksi ja selkeyttäväksi toimintataivaksi, joka tuki potilaan palvelupolkua ja lisäsi kaikkien osapuolten sitoutumista.

Keskeinen kehittämiskohde oli sähköinen, kaikille osapuolille näkyvä suunnitelmapohja, johon eri toimijat voisivat kirjata huomioitaan ja päivittää tietoa potilaasta. Tämä vähentäisi päällekkäistä työtä ja parantaisi tiedonkulkua erityisesti silloin kun eri organisaatioilla ei ole pääsyä samoihin järjestelmiin. Yhteinen dokumenttipohja nähtiin erityisen tärkeänä tilanteissa, joissa potilaalla oli useita samanaikaisia palvelukontakteja.

Osallistajat korostivat potilaan osallistumisen merkitystä suunnittelussa. Osallistuva kirjaaminen esimerkiksi luonnoksen näyttäminen potilaalle ja mahdollisuus kommentoida sitä nähtiin keinona lisätä potilaan kokemusta osallisuudesta. Tämä vahvistaisi myös potilaan motivaatiota ja luottamusta hoitoon. Esille nousi ajatus siitä, että potilas ei saa olla vain tiedon kohde vaan aktiivinen osapuoli suunnitelman laadinnassa.

Läheisten osallistamista toivottiin laajemmin osaksi prosessia. Heillä voi olla tärkeää tietoa potilaan arjesta, mutta myös vaikutus siihen, miten potilas suhtautuu hoitoonsa ja kuntoutumiseensa. Haastateltavat toivoivat, että läheiset huomioitaisiin suunnitelmassa silloin, kun se on potilaan edun mukaista ja suostumus on saatu.

Sisällöllisesti suunnitelmiin toivottiin laajempaa tietopohjaa. Erityisesti lääketieteelliset arviot, kuten psykiatrin lausunnot, erikoissairaanhoidon suositukset ja arjessa tehtävät havainnot, haluttiin näkyväksi osaksi suunnitelmaa. Näin suunnitelma toimisi kuntoutumisen välineenä ja myös dokumenttina, joka auttaa palveluiden järjestämisessä ja päätöksenteossa.

Osallistujat tunnistivat, että käytännön esteistä huolimatta moniammatillisen yhteistyön kehittäminen on välttämätöntä potilaan hyvän hoidon ja palveluiden jatkuvuuden turvaamiseksi. Resurssien ollessa rajallisia nähtiin entistä tärkeämpänä keskittyä vaikuttaviin toimintatapoihin, jotka sujuvoittavat prosesseja ja tukevat yhteistä tavoitetta potilaan toipumisesta ja arjessa selviytymisestä.

## **5.2 Asumisyksiköiden haastattelujen vastaukset**

### **5.2.1 Yhteistyön nykytila ja onnistuneet käytännöt**

Tämä alaluku perustuu sisällönanalyysin yläluokkaan toimivan yhteistyön edellytykset, joka muodostui alaluokista luottamukselliset suhteet, yhteisten palaverien hyöty, arjen asiantuntemuksen hyödyntäminen sekä toimiva tiedonkulku. Nämä alaluokat sijoittuvat yhdistävän pääluokan moniammatillisen yhteistyön kehittäminen alle.

Asumisyksiköiden näkökulmasta moniammatillinen yhteistyö toimii useimmiten hyvin erityisesti psykiatrisen avohoidon kanssa. Yhteistyötä kuvattiin tiiviiksi, toimivaksi ja arkeen nivoutuvaksi. Avoin kommunikaatio ja luottamukseen perustuva työskentely nousivat toistuvasti esiin onnistuneen yhteistyön edellytyksinä. Kasvokkain tapaamiset ja verkostopalaverit koettiin arvokkaiksi, sillä ne mahdollistavat suoran vuorovaikutuksen, yhteisen ymmärryksen syventymisen ja keskinäisen luottamuksen rakentumisen. Verkostopalavereissa pystyttiin käsittelemään asioita kokonaisvaltaisesti.

Asumisyksiköiden henkilökunta koki, että heidän asiantuntemustaan ja arjesta saatuja havaintojaan arvostettiin erityisesti silloin kun heidät kutsuttiin mukaan esimerkiksi lääkärin vastaanotoille tai suunnittelupalavereihin. Tämä lisäsi heidän kokemustaan työn merkityksellisyydestä ja toi esiin asumisyksiköiden keskeisen roolin potilaan arjen tuntemisessa. He kuvasivat, että yhteistyön vahvuus syntyy juuri siitä, että psykiatrisen hoidon päätöksenteossa otetaan huomioon arjessa näkyvät asiat.

Yhteistyön vahvuuksiksi nousivat myös sujuva viestintä, nopea reagointi ja matalan kynnyksen yhteydenpito. Yhteyttä pidettiin puolin ja toisin sähköpostitse ja puhelimitse. Tuttuuden tunne yhteistyökumppaneiden välillä helpotti yhteydenottoa ja asioiden hoitoa. Kun henkilöstö oli pysyvää ja kontaktit tuttuja, yhteistyö koettiin helpommaksi, luontevammaksi ja tehokkaammaksi.

Sosiaalitoimen osalta yhteistyö koettiin myös toimivaksi, erityisesti hyvinvointialueuudistuksen jälkeen. Yhteydenpito oli helpottunut ja linjaukset yhdenmukaistuneet. Asumisyksiköistä saatiin helposti yhteys sosiaalitoimen työntekijöihin ja viesteihin vastattiin eri viestintäkanavien kautta. Myös sosiaalitoimen rooli yhteistyössä oli tunnistettavissa, ja erityisesti suunnitelmien laatimisessa heidän osallistumisensa oli keskeistä.

Psykiatrisen avohoidon osalta yhteistyö ei rajoittunut vain poliklinikoihin, vaan asumisyksikössä asuvilla oli kontakteja myös perusterveydenhuoltoon, päihdepalveluihin ja muihin erikoistuneisiin palveluihin. Yhteistyö näidenkin tahojen kanssa toimi pääsääntöisesti hyvin. Eri-tyisesti psykiatrisen hoidon taso perusterveydenhuollossa oli viime aikoina kehittynyt parempaan suuntaan, mikä nähtiin myönteisenä muutoksena asumisyksiköissä.

Yhteistyön arkea kuvattiin myös osallistumisen kautta. Asumisyksiköt osallistuivat mielellään kaikkiin palavereihin ja verkostotapaamisiin, joihin heidät kutsuttiin. Osa potilaista toivoi yksikön edustajien osallistumista, kun taas osa ei halunnut ulkopuolisia mukaan tapaamisiin. Tämä huomioitiin potilaslähtöisesti. Silti asumisyksiköiden kokemus oli, että heidät usein huomioitiin tärkeinä yhteistyökumppaneina, sillä he tuntevat potilaan arjen ja ovat jatkuvasti läsnä.

Yhteenvetona voidaan todeta, että asumisyksiköissä koettiin yhteistyön perustuvan avoimuuteen, luottamukseen, tuttuuteen ja molemminpuoliseen arvostukseen. Psykiatrisen avohoidon ja sosiaalitoimen kanssa tehtävä yhteistyö mahdollistui parhaiten silloin, kun kommunikaatio oli aktiivista, vastuut selkeitä ja kaikki osapuolet tunnistivat toistensa roolit ja osaamisen. Nämä tekijät loivat vahvan perustan potilaan hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuudelle sekä palveluiden vaikuttavuudelle.

### 5.2.2 Samanaikaisen suunnittelun vaikutukset

Tämä alaluku perustuu sisällönanalyysin yläluokkaan yhteistyön mahdollisuudet. Yläluokan muodostivat alaluokat potilaan osallisuus suunnittelussa, päällekkäisen työn vähentyminen, teknologisten ratkaisujen mahdollisuudet, suunnittelun kehittäminen, potilaslähtöiset käytännöt sekä päätöksenteon potilaslähtöisyys. Kaikki nämä alaluokat sijoittuvat yhdistävään pääluokkaan moniammatillisen yhteistyön kehittäminen.

Asumisyksiköiden henkilöstö koki samanaikaisen suunnittelun eli yhteisten suunnitelmien laatimisen kaikkien toimijoiden kesken saman pöydän ääressä isona parannuksena aiempaan toimintatapaan. Pilotoinnissa mukana olleet yksiköt kuvasivat kokemuksiaan pääasiassa myönteisiksi ja näkivät samanaikaisessa suunnittelussa monia hyötyjä sekä työn arjen että potilaan näkökulmasta.

Keskeisenä hyötynä nähtiin se, että yhteisessä palaverissa kaikki osapuolet mukaan lukien potilas itse pääsivät heti tarkastelemaan, kommentoimaan ja allekirjoittamaan yhteistä suunnitelmaa. Tämä mahdollisti sen, että suunnitelma ei jäänyt viikkojen päähän valmistumisesta, eikä sen sisältö ollut enää yksisuuntainen kirjallinen tuotos, vaan moniääninen ja vuorovaikutteinen kokonaisuus. Viiveiden poistuminen paransi ajankohtaisuutta ja sitoutumista suunnitelmaan.

Palavereiden pidentynyt kesto nähtiin ymmärrettävänä ja hyväksyttävänä, koska sisältö oli laajempi ja merkityksellisempi kuin aiemmin. Samanaikainen suunnittelu koettiin mielekkääksi erityisesti siksi, että kaikki näkökulmat eli asumisyksikön, sosiaalitoimen, psykiatrisen avohoidon ja potilaan itsensä tulivat kuulluiksi ja näkyviksi saman dokumentin kautta.

Toisaalta haastateltavat esittivät myös kehittämisideoita, kuten palaverien rakenteen tiivistämistä ja systematisointia. He ehdottivat, että palaverissa voitaisiin käyttää ennalta määriteltyä rakennetta tai tarkistuslistaa, joka auttaisi käsittelemään kaikki olennaiset asiat tehokkaasti, ilman tarpeetonta toistoa tai sivupoluille ajautumista.

Yhteinen suunnittelu lisäsi myös vastuun tunnetta ja sitoutumista osapuolten välillä. Kun suunnitelma laadittiin yhdessä ja heti vahvistettiin, sen toteutumista oli helpompi seurata ja arvioida. Tämä lisäsi toimijoiden välistä luottamusta ja edisti suunnitelmien jalkautumista käytäntöön.

Samanaikaisen suunnittelun katsottiin myös vahvistavan potilaan osallisuutta. Potilaalle avautui mahdollisuus vaikuttaa omaan palvelupolkuunsa ja tulla nähdyksi toimijana eikä vain palveluiden kohteena. Tämä puolestaan edisti potilaan motivaatiota ja sitoutumista omaan kuntoutumiseensa. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että yhteinen suunnitelma ei jää vain hallinnolliseksi asiakirjaksi, vaan toimii arjen työkaluna ja yhteistyön selkärankana.

Samanaikainen suunnittelu nähtiin edistyksellisenä, potilaan tarpeet keskiöön nostavana käytäntönä, jonka toivottiin vakiintuvan osaksi arjen toimintaa myös pilotoinnin päättymisen jälkeen. Se mahdollisti yhteisen ymmärryksen muodostamisen, vähensi ristiriitoja ja toi kaikki toimijat tasavertaisiksi suunnittelun osapuoliksi.

### 5.2.3 Yhteydenpidon käytännöt

Tämä alaluku perustuu sisällönanalyysin alaluokkaan luottamukselliset suhteet sekä toimiva tiedonkulku, jotka molemmat kuuluvat yläluokkaan toimivan yhteistyön edellytykset. Näitä alaluokkia kuvasivat pelkistykset, jotka liittyivät tuttuuteen, sujuvaan yhteydenpitoon, matalan kynnyksen kontakteihin ja aktiiviseen viestintään asumisyksiköiden, psykiatrian ja sosiaalitoimen välillä. Yläluokka sijoittuu yhdistävän pääluokan moniammatillisen yhteistyön kehittämisen alle.

Asumisyksiköiden haastatteluissa korostui yhteydenpidon monipuolisuus ja toimivuus eri yhteistyötahojen välillä. Yhteydenpitoa kuvattiin aktiiviseksi, tilannelähtöiseksi ja osittain vakiintuneeksi käytännöksi. Psykiatrian avohoitoon ja sosiaalitoimeen oltiin yhteydessä useissa eri tilanteissa potilaan vointiin, hoitotoimiin tai palvelutarpeisiin liittyen. Samalla psykiatria ja sosiaalitoimi pitivät aktiivisesti yhteyttä asumisyksiköihin erityisesti suunnitelmien, hoitomuutosten tai palvelupäätösten yhteydessä.

Psykiatrian avohoidosta yhteydenottoja tuli esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas oli ohjattu verikokeisiin, lääkitystä oltiin muuttamassa, tai vastaanottokäyntien yhteydessä ilmeni tarpeita tiedottaa asumisyksikölle. Myös tilanteet, joissa potilasta ei tavoitettu, johtivat suoraan yhteydenottoihin yksikköön. Yhteistyö toimi molempiin suuntiin. Asumisyksiköstä oltiin yhteydessä psykiatriaan aina, kun potilaan voinnissa tai käyttäytymisessä tapahtui muutoksia.

Sosiaalitoimen kanssa yhteydenpitoa tapahtui erityisesti suunnitelmien tarkastelun ja palvelutarpeiden arvioinnin yhteydessä. Yhteyttä otettiin esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaan katsottiin tarvitsevan tuetumpaa asumista tai voivan siirtyä kevyempään palveluun. Myös maksusitoumuksiin ja palvelupäätöksiin liittyvissä asioissa oltiin yhteydessä matalalla kynnyksellä.

Yhteydenpidon kanavat vaihtelivat tarpeen mukaan. Viestintää käytiin puhelimitse tai sähköpostilla. Tutuus ja aiempi yhteistyöhistoria helpottivat yhteydenpitoa. Kun yhteistyökumppanit olivat entuudestaan tuttuja, oli yhteydenotto nopeaa ja luontevaa. Toisaalta haasteeksi mainittiin se, ettei aina tiedetty kuka vastasi potilaan hoidosta tai sosiaalipalveluista, mikä hidasti yhteydenottoa ja asioiden hoitamista.

Roolien selkeys oli tärkeä tekijä yhteydenpidon sujuvuudessa. Asumisyksikön henkilöstö koki yleisesti, että roolit olivat heille itselleen selkeät, mutta huolena oli se, tiesikö potilas itse eri toimijoiden vastuualueita ja tehtäviä. Lisäksi toivottiin, että psykiatrisen avohoidon tarjoamista palveluista, kuten ryhmistä ja terapioista, kerrottaisiin enemmän myös asumisyksiköille. Tämä auttaisi henkilökuntaa tukemaan potilaita tehokkaammin arjessa ja kuntoutumisessa.

Yhteydenpidon käytännöt olivat monipuolisia ja pääosin toimivia. Niissä korostui tilannetaju, luottamus ja tutuus. Kehittämistarpeita nähtiin erityisesti vastuutahojen tunnistamisessa, asiakastiedon avoimuudessa ja palvelujen sisällön jakamisessa yhteistyökumppaneille.

#### **5.2.4 Yhteistyön haasteet ja esteet**

Tämä alaluku perustuu sisällönanalyysin yläluokkaan yhteistyön haasteet. Yläluokka muodostui alaluokista ajantasaisen tiedon puute, henkilöstön vaihtuvuus, sektorirajojen erillisuus, tietojärjestelmien yhteensopimattomuus, vastuuroolien epäselvyys, päätöksenteon etäisyys potilaasta sekä osaamisvaje. Nämä alaluokat sijoittuvat yhdistävän pääluokan moniammatillisen yhteistyön kehittäminen alle.

Asumisyksiköiden haastatteluissa nousi esiin useita yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä, jotka liittyivät erityisesti tiedonkulun katkoksiin, roolien epäselvyyksiin, järjestelmien erillisyyteen sekä resurssien riittämättömyyteen. Näiden tekijöiden koettiin haittaavan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja palveluiden suunnittelua.

Keskeisenä ongelmana mainittiin tiedonkulun pirstaleisuus. Eri toimijat käyttävät eri asiakirja-järjestelmiä, eikä yhteistä alustaa ole olemassa. Tietoja joudutaan välittämään sähköpostitse tai suullisesti, mikä lisää virheiden mahdollisuutta ja hidastaa prosesseja. Yhteisiä suunnitelmia ei aina aktiivisesti vaihdettu eri toimijoiden välillä, mikä heikensi hoidon jatkuvuutta ja yhteisen näkemyksen muodostumista potilaan tilanteesta.

Roolien epäselvyys nousi esiin erityisesti tilanteissa, joissa potilaalla oli useita toimijatahoja eikä aina ollut selvää, kuka vastasi mistäkin osa-alueesta. Asumisyksiköissä oltiin epävarmoja siitä, tietävätkö kaikki toimijat toistensa roolit tai ymmärtävätkö ne riittävästi toistensa työn sisältöä. Esimerkiksi psykiatrisen avohoidon ryhmien ja lyhytkestoisten terapioiden sisällöt ja tavoitteet jäivät usein epäselviksi asumisyksiköiden työntekijöille, mikä vaikeutti potilaan arjen tukemista ja palvelujen yhteen sovittamista.

Yhteistyön haasteena nähtiin myös päätöksenteon etäisyys potilaasta. Useampi vastaaja ilmaisi huolensa siitä, että sosiaalitoimen päätöksiä tehtiin toisinaan ilman potilaan kohtaamista tai yksikön näkemyksen huomioimista. Tämä saattoi johtaa tilanteisiin, joissa potilaalle valikoitui asumisratkaisu, joka ei vastannut hänen tarpeitaan tai jonka hän itse koki vieraan tuntuiseksi. Haastateltavat nostivat esiin myös sen, että potilaat eivät aina päässeet tutustumaan eri asumisyksiköihin tai vaikuttamaan siihen, minne heidät sijoitettiin.

Neuropsykiatrisen osaamisen puute sosiaalipalveluissa koettiin esteeksi laadukkaalle yhteistyölle ja potilaiden tarkoituksenmukaiselle palveluohjaukselle. Kun erityisosaamista ei ollut riittävästi, asiantuntijoiden suosituksia ei aina ymmärretty eikä niiden pohjalta tehdyt päätökset heijastaneet potilaan todellisia tarpeita. Lisäksi asiantuntijalausuntojen puute vaikeutti perusteltujen palveluratkaisujen tekemistä.

Yksi yhteistyötä heikentävä tekijä oli myös resurssipula. Henkilöstön vaihtuvuus, kiire ja rajallinen aika estivät osallistumista verkostotapaamisiin ja heikensivät tiedonkulkua. Tilanteissa, joissa avainhenkilöitä ei tavoitettu, päätökset viivästyivät tai jäivät vajaiksi. Tämä hankaloitti jatkuvuutta ja loi epävarmuutta potilaan hoito- ja palveluketjuun.

Asumisyksiköissä koettiin, että tietoa potilaan tilanteesta ei aina saatu riittävän nopeasti, minkä seurauksena potilaan kokonaistilanne jäi ajoittain epäselväksi. Tämä ajantasaisen tiedon puute vaikeutti sekä suunnittelua että oikea-aikaisten tukitoimien käynnistämistä.

Yhteistyön esteet liittyivät pääosin organisaatioiden rakenteisiin, tiedonkulun puutteisiin ja resurssiperusteisiin ongelmiin. Ratkaisujen löytyminen edellyttää yhteisiä rakenteita, selkeyttä rooleihin sekä järjestelmien ja toimintatapojen parempaa yhteensovittamista.

### **5.2.5 Kehittämisehdotukset ja mahdollisuudet**

Tämä alaluku perustuu sisällönanalyysin yläluokkaan yhteistyön mahdollisuudet. Yläluokka muodostui alaluokista potilaan osallisuus suunnittelussa, päällekkäisen työn vähentyminen, teknologisten ratkaisujen mahdollisuudet, suunnittelun kehittäminen, potilaslähtöiset käytännöt sekä päätöksenteon potilaslähtöisyys. Nämä alaluokat sijoittuvat yhdistävän pääluokan moniammatillisen yhteistyön kehittäminen alle.

Asumisyksiköiden henkilöstö esitti useita konkreettisia kehittämisehdotuksia, joilla moniammatillista yhteistyötä ja yhteistä suunnittelua voitaisiin parantaa. Kehityskohteet liittyivät erityisesti yhteisen suunnitelman käytännön toteutukseen, tiedon jakamiseen, potilaan osallistamisen vahvistamiseen ja päätöksenteon potilaslähtöisyyteen.

Yhteisen suunnitelman käytön kehittäminen nousi vahvaksi toiveeksi. Haastateltavat toivoivat, että suunnitelmat laadittaisiin yhdessä, selkeällä rakenteella ja siten, että jokaisella toimijalla olisi mahdollisuus tuoda oma näkemyksensä esiin. Suunnitelmien tulisi olla roolitettut ja sisältää selkeästi kirjatut vastuut ja tavoitteet. Lisäksi ne tulisi päivittää säännöllisesti ja käyttää niitä aktiivisesti arjen työkaluna eikä pelkästään hallinnollisena asiakirjana.

Ennakkokoontien hyödyntämistä suunnittelupalaverissa pidettiin tärkeänä. Asumisyksiköissä laadittiin jo valmiiksi neljä kertaa vuodessa kattavat koosteet potilaan tilanteesta, arjen sujumisesta, haasteista ja tavoitteista. Näiden koosteiden toimittaminen etukäteen muille toimijoille paransi palaverien laatua, valmistautumista ja keskustelun tasoa. Haastateltavat ehdottivat, että tämä käytäntö otettaisiin systemaattisesti käyttöön kaikissa yhteistyöpalaverissa.

Potilaiden osallistamista suunnitteluun toivottiin tuettavan aiempaa vahvemmin. Ennen palaveria potilaiden kanssa tulisi käydä läpi keskeiset asiat, jotta he voisivat valmistautua ja ymmärtää mitä on tulossa. Tärkeää olisi myös tarjota vaihtoehtoja osallistumisen muodoille. Osa potilaista toivoi etäosallistumista, osa läsnäoloa, ja osa halusi, että ohjaaja edustaa heitä. Tällöin yksilöllinen tarve ja motivaatio voitaisiin ottaa paremmin huomioon.

Haastateltavat toivoivat myös, että palaverit järjestettäisiin jatkossa entistä useammin potilaan arkiympäristössä eli asumisyksikössä. Tämä lisäisi potilaan turvallisuuden tunnetta ja helpottaisi osallistumista. Samalla se loisi läpinäkyvyyttä muihin toimijoihin nähden ja antaisi konkreettisen kuvan potilaan asumis- ja elinympäristöstä.

Yhteistyön kehittämisen kannalta tärkeänä nähtiin myös tiedon jakaminen psykiatrisen avohoidon ryhmien ja terapioiden sisällöistä. Asumisyksiköiden työntekijät toivoivat, että saisivat edes perustiedot siitä, mitä potilas tekee ryhmässä tai mikä on tietyn terapian tavoite. Tällöin yksikön henkilökunta voisi huomioida nämä asiat omassa työssään ja tukea potilasta paremmin arjen tasolla.

Päätöksenteon potilaslähtöisyyttä haluttiin vahvistaa. Potilaiden toivottiin pääsevän tutustumaan eri asumisyksiköihin ennen sijoittamista ja vaikuttamaan omaan asumisratkaisuunsa. Lisäksi toivottiin, että päätöksentekoon osallistuisivat ne ammattilaiset, jotka tuntevat potilaan parhaiten eikä pelkästään hallinnollinen taho. Näin voitaisiin varmistaa, että päätökset perustuvat todelliseen tarpeeseen ja tukevat kuntoutumisen edellytyksiä.

Asumisyksiköiden henkilöstö näki runsaasti mahdollisuuksia kehittää yhteistyötä. Toiveet kohdistuivat konkreettisiin ja toteutettavissa oleviin asioihin, jotka tähtäävät asiakaslähtöisempään, avoimempaan ja systemaattiseen yhteistyöhön moniammatillisten toimijoiden kesken.

### **5.3 Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman kuvaus**

Pilotoinnissa hyödynnettiin sosiaalitoimen jo käytössä olevaa asiakassuunnitelmaa, eikä uutta lomakepohjaa laadittu. Asiakassuunnitelma toimii rakenteena, johon eri toimijoiden arviot, tiedot ja havainnot kootaan yhden keskustelun aikana. Sosiaalityöntekijä kirjaa suunnitelmaa reaaliaikaisesti, mikä mahdollistaa sen, että merkintöjä voidaan täydentää ja täsmentää saman palaverin aikana. Suunnitelmapohja on esitetty liitteessä 5. Asiakirjaan kirjataan muun muassa potilaan elämäntilanne, voimavarat, nykyiset palvelut, tavoitteet, menetelmät, vastuuhenkilöt ja sovitut jatkotoimet.

Yhteinen suunnitelmaprosessi voidaan toteuttaa vain potilaan suostumuksella tietojen vaihtoon sosiaalitoimen ja terveydenhuollon välillä. Psykiatrian avohoito huolehtii siitä, että ajantasaiset tiedot potilaan hoidosta ja toimintakyvystä ovat valmiina ennen yhteistä tapaamista. Asumisyksiköltä kerätään arvio potilaan arjen sujumisesta, toimintakyvystä ja mahdollisista

huolenaiheista. Kaikki nämä tiedot tuodaan palaveriin, jossa niitä tarkastellaan yhdessä potilaan, psykiatrian avohoidon, sosiaalityön ja asumisyksikön kanssa. Palaverin vetäjänä toimii psykiatrian avohoidon työntekijä, mikä mahdollistaa sen, että sosiaalityöntekijä voi keskittyä suunnitelman kirjaamiseen ja sen sisällön täsmälliseen muotoiluun.

Prosessin keskeisenä tavoitteena on koota psykiatrian, sosiaalitoimen, asumisyksikön ja potilaan näkökulmat yhteen asiakirjaan, joka kuvaa mahdollisimman kattavasti potilaan tilanteen ja kuntoutumisen tuen tarpeet. Yhteinen suunnitelma vähentää päällekkäistä työtä, selkeyttää tiedonkulkua ja vahvistaa potilaan osallisuutta, sillä suunnitelman sisältöä voidaan tarkastella ja muuttaa heti palaverin aikana. Samalla jokaisen toimijan ymmärrys kuntoutumisen etenemisestä ja omasta roolistaan vahvistuu, mikä tukee sujuvaa ja koordinoitua moniammatillista yhteistyötä.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu suhteessa aiempiin tutkimuksiin

Tämä opinnäytetyö vastaa Ketolan (2020) esille tuomaan tarpeeseen luoda tutkimusperustaista ja tavoitteellista palvelujärjestelmää tuetun asumisen piirissä. Moniammatilliset ja potilaslähtöiset hoito- ja palvelusuunnitelmat voivat toimia välineenä tämän tavoitteen saavuttamisessa.

Samanaikaisen suunnittelun myönteiset vaikutukset ovat linjassa myös kansainvälisten tutkimusten kanssa. Jahangiri (2024) ja Dalton-Locke ym. (2021) ovat osoittaneet, että ilman koordinoitua, yhteiseen tavoitteeseen perustuvaa työskentelyä eteneminen kevyempiin palveluihin jää usein vähäiseksi. Tuloksemme vahvistavat, että yhteinen suunnittelu ja vastuunjaon selkeys tukevat toipumisorientaation mukaista, eteenpäin suuntautuvaa palvelupolkua.

Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen sekä asumisyksiköiden haastattelut tukevat ajatusta siitä, että yhteinen suunnittelu vähentää hoidon pirstaleisuutta. Tämä havainto on yhteneväinen myös toipumisorientaatiota käsittelevän tutkimuskirjallisuuden kanssa. Nordlingin (2018) mukaan toipumisorientaatio korostaa potilaan omaa toimijuutta, osallisuutta ja henkilökohtaisia tavoitteita, jotka ovat keskeisiä hyvinvoinnin ja merkityksellisyyden kokemuksen rakentamisessa. Tämän opinnäytetyön tulokset vahvistavat, että potilaan oma kokemus, ääni ja osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitteluun ovat keskeisiä tekijöitä toipumisen tukemisessa.

Tilannetietoisuus tarkoittaa ymmärrystä siitä mitä ympärillä tapahtuu, miksi näin tapahtuu ja mitä todennäköisesti tapahtuu seuraavaksi. Tätä ajatusta voidaan soveltaa myös moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa kaikkien osapuolten on tärkeää jakaa yhteinen tilannekuva potilaan elämäntilanteesta. Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että yhteinen suunnitelma ja sen samanaikainen laatiminen tukevat tämän yhteisen ymmärryksen syntymistä ja ylläpitoa. Kun kaikki toimijat osallistuvat suunnitteluun samanaikaisesti, voidaan varmistaa, että tieto on ajankohtaista ja että päätökset tehdään oikea-aikaisesti potilaan tilanteen pohjalta.

Potilaan osallisuuden ja toimijuuden tukeminen on keskeinen osa sekä toipumisorientaatiota että sosiaalihuollon lainsäädäntöäkin (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 39 §; Nordling 2018, s. 1478). Tulokset vahvistavat näkemystä siitä, että osallisuus syntyy aidosta kuulemisesta ja vaikuttamisen mahdollisuuksista eikä pelkästä muodollisesta osallistamisesta. Potilaan oma

ääni suunnitelmassa sekä hänen tavoitteensa ja toiveensa vaikuttavat suunnitelman toteutumiseen ja sen koettuun mielekkyyteen. Sánchez-Guarnido ym. (2024, s. 4–6) osoittavat, että toipumisorientaation mukaiset käytännöt ovat selvästi yhteydessä parempaan henkilökohtaiseen toipumiseen. Näiden kansainvälisten tulosten perusteella keskeisiä kehittämiskohteita ovat potilaan osallistuminen päätöksentekoon sekä hoitovaihtoehtojen monipuolisuus, kun taas oikeuksien ja autonomian tukeminen sekä yksilöllinen hoito toteutuvat jo varsin hyvin. Tämä tukee myös oman tutkimuksemme tuloksia, joissa potilaan osallisuuden ja yhteisen suunnittelun vahvistuminen näyttäytyivät toipumisprosessin kannalta keskeisinä edistävinä tekijöinä.

Opinnäytetyön tulokset tukevat aiempia havaintoja moniammatillisen yhteistyön haasteista ja mahdollisuuksista. Ne vahvistavat ajatusta siitä, että yhteinen suunnitelma ei ole vain hallinnollinen asiakirja, vaan yhteistyön konkreettinen työkalu, joka parhaimmillaan kokoaa yhteen eri toimijoiden tilannetiedon ja potilaan oman kokemuksen.

## **6.2 Tulosten merkitys käytännön moniammatillisessa työssä**

Tämän opinnäytetyön tulokset tarjoavat arvokasta tietoa moniammatillisen yhteistyön vahvuuksista ja kehittämiskohteista mielenterveyspalveluissa, erityisesti tuetun asumisen ja avohoidon yhteistyössä. Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen sekä asumisyksiköiden työntekijöiden haastattelut osoittivat, että toimiva yhteistyö perustuu selkeisiin rooleihin, luottamussuhteisiin, aktiiviseen viestintään ja potilaslähtöisyyteen.

Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen nähtiin käytännössä merkittäväksi keinoksi parantaa tiedonkulkua ja koordinoita eri toimijoiden työtä. Samanaikainen suunnittelu mahdollisti sen, että kaikki osapuolet pääsivät vaikuttamaan suunnitelman sisältöön, myös potilas itse. Tämä lisäsi sitoutumista suunnitelman toteuttamiseen ja helpotti vastuiden jakamista arjessa. Suunnitelmasta tuli näin yhteinen työkalu eikä vain yksittäisen tahon kirjaama dokumentti.

Asumisyksiköt kokivat, että heidän arjen tuntemuksensa ja jatkuva kontakti potilaaseen olivat hyödyllisiä resursseja moniammatillisessa yhteistyössä. Kun heidän näkemyksensä huomioitiin esimerkiksi lääkeshoidossa tai palvelusuunnittelussa, se koettiin, että potilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi tuli paremmin huomioiduksi. Yhteistyö ei siis ollut pelkästään informaation vaihtoa vaan yhteisen ymmärryksen rakentamista.

Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen sekä asumisyksiköiden työntekijöiden haastattelujen perusteella selkeät vastuut, riittävä tiedon jakaminen ja yhteinen tilannekuva tukivat sitä, että potilaan palvelut toteutuivat johdonmukaisesti ja potilas sai tukea oikea-aikaisesti. Tämä on linjassa sosiaalihuoltolain (1301/2014, 39 §) kanssa, jossa korostetaan potilaan osallistamista, tavoitteiden huomioimista ja suunnitelmallisuutta palvelujen toteutuksessa.

Käytännössä moniammatillisen yhteistyön merkitys näkyy myös työntekijöiden kokemana työn hallintana ja selkeytenä. Kun yhteistyö toimii ja suunnitelmat ovat yhteisiä, voidaan välttää päällekkäistä työtä, turhaa resurssien kulutusta ja väärinymmärryksiä. Tämä lisää työn sujuvuutta ja vaikuttavuutta.

Potilaan osallisuus nousi tuloksissa erityisen tärkeäksi. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että potilas voi valmistautua palaveriin etukäteen, vaikuttaa siihen mistä asioista keskustellaan, ja valita haluaako osallistua etänä vai paikan päällä. Lisäksi on tärkeää, että potilaan ajatukset ja näkemykset kirjataan suunnitelmaan selkeästi. Osallisuus ei ole vain tavoite paperilla, vaan se toimii käytännössä ja voi vahvistaa potilaan motivaatiota ja luottamusta koko palvelujärjestelmään.

Tulokset tarjoavat konkreettisia malleja ja perusteluja sille, miksi yhteinen suunnittelu ja tiivis yhteistyö eri toimijoiden välillä kannattaa vakiinnuttaa osaksi mielenterveyspalveluiden arkea. Tulokset osoittavat, että toimiva yhteistyö ei vaadi uutta lainsäädäntöä tai suuria resursseja vaan sitoutumista, vuorovaikutusta ja yhteisen tavoitteen jakamista käytännön työssä.

### **6.3 Yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet**

Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, että moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa on sekä vahvuuksia että haasteita. Psykiatrian avohoidon ja sosiaalitoimen sekä asumisyksiköiden työntekijöiden haastatteluissa korostuivat yhteistyön perusedellytykset kuten luottamus, selkeät roolit, sujuva tiedonkulku ja mahdollisuus yhteiseen suunnitteluun. Keskeisimpänä haasteena näyttäytyi tiedonkulun pirstaleisuus ja epäyhtenäisyys. Eri organisaatioiden käytössä olevat tietojärjestelmät eivät keskustele keskenään, mikä hankaloittaa reaaliaikaisen tiedon jakamista ja yhteisen tilannekuvan muodostamista. Tämä näkyi haastatteluaineistossa esimerkiksi tilanteina, joissa yhteisiä suunnitelmia ei saatu tai jaettu kaikille toimijoille tai tieto potilaan tilanteesta jäi jollekin taholle puutteelliseksi.

Toinen haaste liittyi roolien epäselvyyteen. Asumisyksiköissä oltiin usein epävarmoja siitä, kuka vastasi mistäkin potilaan hoidossa tai suunnittelussa. Tämä vaikutti sekä työnjakojen toimivuuteen että potilaan kokemukseen selkeydestä. Nordlingin (2018) kuvaamassa toipumisorientaatioissa korostetaan, että potilaan rooli ja ympäröivän verkoston selkeys ovat keskeisiä toipumista tukevia tekijöitä. Kun vastuut eivät ole selkeät, potilaan on vaikeampi sitoutua suunnitelmaan tai ymmärtää hoitopolun rakennetta.

Yhteistyötä vaikeuttivat myös resurssikysymykset. Henkilöstön vaihtuvuus, kiire ja ajan puute estivät osallistumista verkostopalaveriiniin ja vaikuttivat negatiivisesti tiedonkulkuun. Tämä rajoitti myös mahdollisuuksia pitkäjänteiseen ja luottamukselliseen työskentelyyn, joka nousi aineistossa yhdeksi yhteistyön onnistumisen edellytyksistä.

Haasteista huolimatta tuloksista nousi esiin useita mahdollisuuksia, joilla yhteistyötä voidaan parantaa. Erityisesti yhteisen suunnitelman laatiminen reaaliaikaisesti koettiin vahvaksi mahdollisuudeksi. Se edisti tiedonkulkua, loi yhteistä ymmärrystä ja vähensi viiveitä päätöksenteossa. Myös verkostopalaverien vakiinnuttaminen ja ennakkotietojen jakaminen ennen tapauksia mainittiin toimintatapoina, jotka parantavat yhteistyön laatua ja potilaan palvelun jatkuvuutta.

Lisäksi potilaan osallisuuden vahvistaminen nähtiin keskeisenä kehittämismahdollisuutena. Kun potilas saa valmistautua palaveriin ja vaikuttaa siihen mistä puhutaan ja valita osallistumistavan, hänen roolinsa vahvistuu. Tämä on linjassa Ketolan (2020) näkemyksen kanssa siitä, että potilaslähtöisyys ja tavoitteellisuus rakentuvat yhteisesti jaetun ymmärryksen varaan. Sosiaalihuoltolain 39 § (1301/2014) tukee tätä lähestymistapaa korostamalla potilaan osallistamista ja hänen tavoitteidensa huomioimista asiakassuunnitelmassa.

Yhteistyön haasteet liittyvät pääasiassa rakenteisiin, viestinnän välineisiin ja työnjaon selkeyteen. Mahdollisuudet löytyvät taas käytännönläheisistä toimista, kuten yhteisen suunnittelun vahvistamisesta, roolien täsmentämisestä ja osallisuuden tukemisesta. Tulosten perusteella yhteistyön kehittäminen edellyttää sekä yhteisiä rakenteita että sitoutumista arjen yhteistyöhön, jossa potilaan hyvä on yhteinen päämäärä.

## 6.4 Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan esittää useita konkreettisia kehittämisehdotuksia, jotka vahvistavat moniammatillista yhteistyötä, parantavat tiedonkulkua ja lisäävät potilaan osallisuutta mielenterveyspalveluissa.

Ensimmäinen ja keskeisin ehdotus on yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman systemaattinen käyttöönotto. Suunnitelman laatiminen reaaliajassa, kaikkien osapuolten läsnä ollessa, tukee tiedon ajantasaisuutta, vähentää viivettä päätöksenteossa ja parantaa kaikkien toimijoiden sitoutumista. Suunnitelmaan tulisi kirjata selkeästi eri toimijoiden roolit, vastuut ja tavoitteet. Tämä helpottaa hoidon koordinoitua ja varmistaa, että kaikki ymmärtävät yhteisen päämäärän.

Toinen ehdotus koskee verkostopalaverien rakenteen selkeyttämistä ja niiden vakiinnuttamista osaksi arjen työtä. Palaverien onnistumista voidaan edistää lähettämällä ennakkotietoja ja kysymyksiä etukäteen osallistujille, jolloin kaikki voivat valmistautua tarkoituksenmukaisesti. Näin saadaan aikaan tiiviimpi, mutta sisällöllisesti tehokas keskustelu potilaan tilanteesta.

Potilaan osallisuutta voidaan kehittää lisäämällä hänen vaikutusmahdollisuuksiaan suunnitteluprosessiin. Tämä tarkoittaa valmistautumista ennen tapaamista esimerkiksi keskustelun tai kirjallisen koonnin avulla, mahdollisuutta valita osallistumistapa (etänä/läsnä) sekä sitä, että potilaan omat tavoitteet ja toiveet kirjataan näkyvästi suunnitelmaan. Tämä vahvistaa potilaan kokemusta kuulluksi tulemisesta ja lisää sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. Tavoite on linjassa sosiaalihuoltolain 39 §:n (1301/2014) kanssa, joka korostaa potilaan osallisuutta ja tavoitteellisuutta palveluiden suunnittelussa.

Tiedonkulun kehittäminen edellyttää selkeitä viestintäkäytäntöjä. Palaverikutsujen koordinoitua, viestintäkanavien valinta ja tiedon jakaminen oikeaan aikaan oikeille tahoille ovat keskeisiä toimenpiteitä. Lisäksi tarve yhteiselle sähköiselle suunnitelmapohjalle nousi esiin ai-  
neistossa. Sellainen pohja, joka olisi kaikkien toimijoiden saavutettavissa ja päivitettävissä, voisi vähentää päällekkäistä kirjaamista ja tukea tiedon jatkuvuutta.

Lopuksi esitetään roolien ja vastuunjaon tarkentamista moniammatillisen tiimin sisällä. Tämä koskee erityisesti tilanteita, joissa eri toimijat työskentelevät saman potilaan parissa, mutta

ilman selkeää käsitystä toistensa toimivaltuuksista tai suunnitelmista. Yhteinen keskustelu ja kirjaaminen voivat tukea tätä selkeyttämistä ja ehkäistä väärinymmärryksiä. Moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää konkreettisilla ja arkeen soveltuvilla keinoilla. Kehittämistyö vaatii kuitenkin johdon sitoutumista, rakenteellista tukea ja avointa vuorovaikutusta kaikkien osapuolten välillä.

## 6.5 Eettisyys ja opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK, 2023, s. 12–14) ohjeiden mukaisesti tämä opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita noudattaen. Näitä ovat luotettavuus, rehellisyys, kunnioitus ja vastuullisuus, jotka ohjaavat tutkimuksen suunnittelua, toteutusta ja raportointia. Tutkimuksen osallistujille kerrottiin etukäteen työn tarkoitus, ja heidän osallistumisensa perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Jokaiselta osallistujalta pyydettiin kirjallinen suostumus ennen haastattelua.

Anonymiteetti on turvattu kaikissa tutkimuksen vaiheissa TENK:n (2023, s. 14) ohjeiden mukaisesti. Aineisto kerättiin ja analysoitiin siten, ettei yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa. Tulokset esitettiin ryhmätasolla ja yleistäen, eikä niistä voi päätellä, mistä yksiköstä tai ammattilaisesta on kyse. Tämä on erityisen tärkeää, koska otos oli pieni ja tutkija tunsi ennestään suurimman osan haastatelluista. Tutkijan oma rooli pilotointiin osallistuneena ammattilaisena toi syvyyttä ilmiön tuntemiseen, mutta samalla lisäsi tarvetta kriittiseen reflektioon koko tutkimusprosessin ajan. Tutkija on pyrkinyt vähentämään ennakkoasenteiden vaikutusta kirjaamalla haastattelut sanatarkasti, analysoimalla aineiston systemaattisesti sekä vertaamalla tuloksia useiden eri haastateltavaryhmien vastauksiin.

Tutkimuslupa myönnettiin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelta, ja aineiston käsittelyssä noudatettiin tietosuojaa koskevaa lainsäädäntöä sekä organisaation tietoturvakäytäntöjä. Tutkimuksessa ei kerätty tunnistettavia henkilötietoja, ja kaikki aineisto tallennettiin ja käsiteltiin suojatusti.

Elo ym. (2022, s. 220–223) mukaan luotettavuuden arviointi perustuu laadullisen tutkimuksen vakiintuneisiin kriteereihin. Tässä työssä uskottavuus vahvistettiin käyttämällä systemaattista aineistonkeruuta (strukturoidu temahaastattelu) ja kuvaamalla tutkimusprosessin vaiheet läpinäkyvästi alusta loppuun. Siirrettävyys varmistettiin esittelemällä tutkimusympäristö, osallis-

tujat ja konteksti riittävän tarkasti, jotta lukija voi arvioida tulosten sovellettavuutta muihin vastaaviin toimintaympäristöihin. Riippuvuus ja varmennettavuus tuettiin dokumentoimalla analyysin eteneminen vaihe vaiheelta, jolloin tulosten muodostuminen on jäljitettävissä. Autenttisuus toteutui siten, että eri ammattiryhmien näkökulmat tulivat esiin tasapainoisesti eikä yksittäisten vastaajien ääni korostunut.

## 6.6 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön päätavoitteena oli selvittää, miten yhteistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa voitaisiin kehittää moniammatillisen yhteistyön välineenä psykiatrian ja sosiaalitoimen välillä, erityisesti tuetun asumisen potilasryhmässä. Vaikka tutkimukseen ei voitu sisällyttää potilaiden haastatteluja pitkän lupaprosessin vuoksi, saatiin arvokasta tietoa ammattilaisten näkemyksistä yhteistyön toimivuudesta, haasteista ja kehittämismahdollisuuksista.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että yhteinen suunnitelma toimii tehokkaana työvälineenä, kun se laaditaan samanaikaisesti kaikkien toimijoiden kesken. Se mahdollistaa ajan-kohtaisen tiedon jakamisen, vastuiden selkeyttämisen ja potilaan osallisuuden vahvistamisen. Erityisesti asumisyksiköiden näkökulma tuo esiin sen kuinka tärkeää on, että arjen tuntemus yhdistyy lääketieteelliseen ja sosiaalipalveluiden asiantuntijuuteen.

Yksi keskeinen johtopäätös on, että yhteistä suunnittelumallia voitaisiin hyödyntää laajemminkin kuin vain asumispalveluiden potilaiden kohdalla. Malli voisi soveltua myös esimerkiksi avohoidossa olevien mielenterveyspotilaiden hoidon ja palveluiden suunnitteluun, perusterveydenhuollon pitkäaikaipotilaiden palvelujen koordinointiin sekä muissa tilanteissa, joissa useita eri toimijoita osallistuu potilaan tukemiseen. Lisäksi malli voisi tukea erityisryhmien kuten nuorten, päihdekuntoutujien tai ikääntyvien mielenterveyspotilaiden palveluprosesseja.

Tämän opinnäytetyön tulokset ja esiin noussut yhteistyön kehittämismalli voivat tarjota hyvinvointialueelle tukea sen kehittäessä palvelurakenteita ja tuotantotapoja. Mallin ydin ei ole pelkästään yhteisessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa vaan laajemmassa ajattelutavassa, joka korostaa moniammatillisen yhteistyön, tiedonkulun ja potilaan osallisuuden merkitystä palveluprosessien kaikissa vaiheissa. Kehittämismalli voisi toimia pohjana toimintakulttuurin yhtenäistämiseksi, henkilöstön välisen yhteistyön syventämiseksi ja päällekkäisen työn vähentämiseksi.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi tärkeää toteuttaa tutkimus, jossa potilaat itse osallistuvat arvioimaan yhteisen suunnitelman laatimista ja sen vaikutuksia omaan kuntoutumiseensa ja kokemukseensa palvelujärjestelmästä. Tämä täydentäisi nyt tuotua ammattilaisnäkökulmaa ja toisi esiin potilaan äänen, joka on olennainen osa toipumisorientaatiota. Lisäksi voisi tutkia mallin soveltuvuutta muihin asiakasryhmiin tai toimintaympäristöihin, kuten esimerkiksi koulu-terveydenhuoltoon, lastensuojeluun tai monialaisiin nuorisopalveluihin.

Yhteenvetona voidaan todeta, että opinnäytetyön kehittämismalli tukee palvelujen potilaslähtöisyyttä, vaikuttavuutta ja moniammatillista koordinaatiota. Sen jatkokehittäminen ja laajentaminen edellyttää rakenteellista tukea ja johdon sitoutumista, mutta se tarjoaa lupaavan pohjan palveluiden jatkuvuuden ja yhteistyön parantamiseen hyvinvointialueella.

## LÄHTEET

- Bardi, F., Moccia, L., Kotzalidis, G. D., Boggio, G., Brugnamì, A., Sfratta, G., Janiri, D., Sani, G. & Simonetti, A. 2025. *Clinical outcomes in patients with schizophrenia treated with long-acting injectable vs. oral antipsychotics: A naturalistic study*. *Healthcare*, 13(14), 1709. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141709>
- Carleton, T., Cockayne, W., & Tahvanainen, A.-J. (2013). *Playbook for strategic foresight and innovation: A hands-on guide for modelling, designing, and leading your company's next radical innovation*. Saatavilla: [https://www.researchgate.net/publication/258256239 Playbook for Strategic Foresight and Innovation](https://www.researchgate.net/publication/258256239_Playbook_for_Strategic_Foresight_and_Innovation)
- Dalton-Locke, C., Marston, L., McPherson, P., & Killaspy, H. (2021). The effectiveness of mental health rehabilitation services: A systematic review and narrative synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.607933>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A., & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), 215–225.
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (2024). *Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusstrategia ja toimenpideohjelma 2024–2028*. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue.
- Guo, J., Lv, X., Liu, Y., Kong, L., Qu, H. & Yue, W. (2023). Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. *Schizophrenia*, 9, 31. <https://doi.org/10.1038/s41537-023-00356-x>
- Harvey, C., Zirnsak, T.-M., Brasier, C., Ennals, P., Fletcher, J., Hamilton, B., Killaspy, H., McKenzie, P., Kennedy, H. & Brophy, L. 2023. Community-based models of care facilitating the recovery of people living with persistent and complex mental health needs: a systematic review and narrative synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1259944. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1259944>
- Heinonen, O.-P., Ikonen, A.-K., Kaivosoja, M., & Reina, T. (2018). Yhdyspinnat yhteiseksi mahdollisuudeksi. Selvitys lapsi-, nuoriso- ja perhepalveluiden toteuttamiseen liittyvistä yhdyspinnoista muuttuvassa toimintaympäristössä (STM:n raportteja ja muistioita 8/2018). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978F-952-00-3904-2>
- Hiekkala-Tiusanen, L., Halunen, M., Mehtälä, T., & Kiesepää, T. (2019). Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa – sivuosasta tähtinäyttelijäksi? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 135(20), 2011–2019. [Viitattu 30.9.2024]. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15188>
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. (2022). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö [E-kirja]*. Helsinki: Gaudeamus. Saatavissa: SeAMKin Ellibs-palvelu. Viitattu: 4.11.2025.
- Hyvinvointialuelaki 611/2021.

- Hänninen, K. (2007). *Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä: Arvioinnin lähestymistapoja ja käytäntöjä*. Stakes/FinSoc. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75691/R6-2007-VERKKO.pdf>
- Jahangiri, E. (2024). Assisted living for people with mental illness in Finland (Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1804). University of Oulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-202409185955>
- Ketola, J., Jahangiri, E., Hakko, H., Riipinen, P., & Räsänen, S. (2020). Assisted living for mentally ill – A systematic literature review and its recommendations. University of Oulu. <https://doi.org/10.1080/08039488.2021.2001568>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leamy, M., Foye, U., Hirrich, A., Bjørgen, D., Silver, J., Simpson, A., Ellis, M. & Johan-Johanson, K. (2023). A systematic review of measures of the personal recovery orientation of mental health services and staff. *International Journal of Mental Health Systems*, 17, 33. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00600-y>
- Leijala, J., Hietala, E., & Kampman, O. (2019). Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 135(20), 2028–2034. [Viitattu 30.9.2024]. (Saatavana Duodecim-tietokannasta, käyttöoikeus vaaditaan.)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management* (NICE guideline CG178; updated 2024–2025 links). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Nordling, E. (2018). Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Duodecim*, 134(14), 1476–1483.
- Nordling, E., & Rissanen, P. (2020). Mielenterveystyö uudistuu – toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat (THL Työpaperi 40/2020). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-591-9>
- Oksanen, J. (2020a). Skitsofreniapotilaiden sosiaalisen kognition hoito-ohjelmat. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 30.9.2024]. <https://www.duodecim.fi/nak09450>
- Oksanen, J. (2020b). Skitsofreniapotilaiden tuettu työllistyminen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak02842>
- Salminen-Tuomaala, M. (2018). Erilaiset laadulliset aineistonkeruumenetelmät [PowerPointesitys]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Kliininen asiantuntijuus.

- Salminen-Tuomaala, M. (2024). Tilannetietoisuuden ja päätöksentekotaitojen kehittäminen hoitotyössä simulaatio-opetuksen keinoin. *SeAMK verkkolehti*. [Viitattu 4.10.2024]. <https://lehti.seamk.fi/verkkolehti/tilannetietoisuuden-ja-paatoksentekotaitojen-kehittaminen-hoitotyossa-simulaatio-opetuksen-keinoin/>
- Sánchez-Guarnido, A. J., Ruiz-Granados, M. I., Garrido-Cervera, J. A., Herruzo, J., & Herruzo, C. (2024). Implementation of the recovery model and its outcomes in patients with severe mental disorder. *Healthcare*, 12(9), 952. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090952>
- Seinäjoen kaupunki. (2021). Hyvinvointisuunnitelma 2021–2025. Seinäjoen kaupunki. [Hyvinvointisuunnitelma 2021-2025 VALMIS.pdf](#)
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. (2024). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 (muut. 14.4.2023/677). Finlex. [Viitattu 4.10.2024]. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024). Psykoosien hoidon laaturekisteri. Saatavilla: [Psykoosien hoidon laaturekisteri](#)
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex. [Viitattu 4.10.2024]. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (TENK julkaisuja 2/2023).
- Tuominen, L., & Salokangas, R. K. R. (2016). Skitsofrenia. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 132(5), 467–470.
- Tölli, S., Vuolukka, A., & Kiviniemi, L. (2019). Toipuminen näkyväksi mielenterveystyössä INSPIRE-mittarin avulla. *ePooki* (Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 55).
- World Health Organization. (2019). Recovery-oriented practices in mental health. Saatavilla: <https://www.who.int/recovery>

## **LIITTEET**

**Liite 1 Haastattelurunko: psykiatrian avohoito ja sosiaalitoimi (Psykiatrian avohoito ja sosiaalitoimi)**

**Liite 2. Haastattelurunko: asumisyksiköiden työntekijät (Asumisyksiköt)**

**Liite 3. Induktiivisen sisällönanalyysin koonti (Psykiatrian avohoito ja sosiaalitoimi)**

**Liite 4. Induktiivisen sisällönanalyysin koonti (Asumisyksiköt)**

**Liite 5. Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman rakenteellinen sisältö**

## **Liite 1. Haastattelurunko: psykiatrian avohoito ja sosiaalitoimi (Psykiatrian avohoito ja sosiaalitoimi)**

### **Teema 1: Nykyisen yhteistyön toimivuus**

1. Millaisia kokemuksia teillä on moniammatillisesta yhteistyöstä psykiatrian ja sosiaalitoimen välillä? mitkä asiat ovat toimineet erityisen hyvin?
2. Voitteko antaa esimerkin onnistuneesta yhteistyötilanteesta?
3. Miten olette kokeneet yhteistyön, kun potilasta koskeva suunnitelma tehdään samanaikaisesti eri toimijoiden kesken?
4. Onko pilotissa ollut havaittavissa muutosta aiempaan yhteistyöhön?
5. Millaisissa tilanteissa teihin ollaan yleensä yhteydessä potilaan asioissa ja miksi te olette yhteydessä muihin toimijoihin, kuten sosiaalitoimeen tai asumisyksikköön?

### **Teema 2: Haasteet ja esteet yhteistyössä**

6. Mitkä asiat hankaloittavat yhteistyötä mielenterveyspalveluissa?
7. Oletteko joskus joutuneet tekemään päällekkäistä työtä tai kokeneet, että tieto ei kulje?
8. Onko pilotin aikana ollut tilanteita, joissa samanaikainen suunnittelu on törmännyt esteisiin kuten eri aikatauluihin, roolien epäselvyyksiin tai järjestelmäongelmiin?

### **Teema 3: Kehitystarpeet ja mahdollisuudet**

9. Miten moniammatillista yhteistyötä ja yhteisen suunnitelman toimivuutta voisi parantaa käytännössä?
10. Mitä konkreettisia muutoksia voisitte itse kuvitella toteutettavan tiimissänne?
11. Millaisia hyötyjä näette samanaikaisessa suunnittelussa potilaan näkökulmasta?
12. Mitkä ovat moniammatillisen yhteistyön suurimmat vahvuudet tai mikä pilotissa on toiminut yllättävän hyvin?
13. Missä näette suurimmat haasteet yhteistyössä tai missä pilotointi on osoittanut selkeitä kipukohtia?
14. Mitä uusia mahdollisuuksia moniammatillinen yhteistyö voisi avata, jos se toimisi paremmin?
16. Mitkä tekijät voisivat estää tämän yhteistyömallin juurtumisen käytäntöön?

## **Liite 2. Haastattelurunko: asumisyksiköiden työntekijät (Asumisyksiköt)**

### **Teema 1. Yhteistyö ja arjen käytännöt**

1. Millainen yhteistyö teillä on psykiatrian ja sosiaalitoimen kanssa tällä hetkellä?
2. Miten yhteistyö näkyy arjessa? Osallistuttko esimerkiksi suunnitelmien laatimiseen?
3. Koetteko, että teidän tietonne potilaasta huomioidaan yhteisessä suunnittelussa?
4. Millaisissa tilanteissa teihin ollaan yleensä yhteydessä potilaan n asioissa - ja miksi te olette yhteydessä muihin toimijoihin, kuten sosiaalitoimeen tai psykiatriaan?

### **Teema 2. Pilotointi ja yhteinen suunnitelma**

5. Oletteko olleet mukana tilanteissa, joissa potilasta koskeva hoito- ja palvelusuunnitelma on tehty yhteisesti eri toimijoiden kesken? Miten se toimi?
6. Mitä hyötyä näette siinä, että suunnitelma tehdään samanaikaisesti sosiaalitoimen ja psykiatrian kanssa?
7. Miten tällainen yhteinen suunnittelu voisi vaikuttaa potilaan toipumiseen tai siirtymiseen kevyempiin palveluihin?
8. Miten potilaan ääni saadaan esiin yhteisessä suunnitelmassa? Miten voitte tukea sitä asumisyksikössä?

### **Teema 3. Haasteet ja kehittämiskohdat**

9. Mitkä asiat vaikeuttavat yhteistyötä eri toimijoiden välillä?
10. Miten tiedonkulku toimii? Saatteko ajoissa tietoa potilaan tilanteesta tai suunnitelmista?
11. Koetteko, että oma työnne ja muiden toimijoiden työ limittyvät? tuleeko päällekkäisyyksiä?
12. Mitä asioita pitäisi muuttaa, jotta yhteinen suunnitelma toimisi arjessa paremmin?

### **Teema 4. Tulevaisuus ja ideointi**

13. Miltä näyttäisi toimiva malli yhteisestä suunnittelusta teidän näkökulmastanne?
14. Mitä toivoisitte jatkossa psykiatrialta ja sosiaalitoimelta, jotta potilaan palvelupolku olisi sujuvampi?
15. Mitä voitte itse tehdä tai kehittää, jotta yhteistyö tukisi potilaan kuntoutumista?

### Liite 3. Induktiivisen sisällönanalyysin koonti (Psykiatrian avohoito ja sosiaalitoimi)

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä Pääluokka
Yhteistyö toimii parhaiten, kun roolit ovat selkeät	Roolien ja vastuiden selkeys	Toimivan yhteistyön edellytykset	Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen
Tavoitteiden ja vastuiden selkeys lisää luottamusta			
Valmistautuminen ennen palaveria tukee suunnitelmallisuutta			
Yhteydenpito on aktiivista ja luontevaa	Aktiivinen ja helppo yhteydenpito		
Yhteistyö helpottuu tuttujen yhteistyökumppaneiden kanssa			
Sähköposti ja puhelut mahdollistavat tiedon kulun sujuvasti			
Kasvokkain kohtaamiset tukevat ymmärryksen rakentumista	Verkostotapaamisten hyöty		
Verkostopalaverit mahdollistavat yhteisen näkemyksen			
Verkostotapaamisissa voidaan tarkastella menneisyyttä ja tulevaisuutta			
Ammattilaisten kokemus ja asiantuntemus tukevat kokonaisvaltaista hoitoa	Moniammatillinen asiantuntemus		
Kaikkien osapuolten osallistuminen vahvistaa yhteistyötä			
Tietojärjestelmät eivät keskustele	Tiedonkulun katkokset ja järjestelmien yhteensopimattomuus	Yhteistyön haasteet	
Useat tahot kartoittavat samoja asioita	Päällekkäinen työ ja pirstaleisuus		
Yhteyshenkilöt vaihtuvat	Henkilöstön vaihtuvuus ja tavoittamattomuus		
Eri toimijat eivät tunne toistensa rooleja	Roolien epäselvyys ja vastuunjaon puute		
Kiire ja kuormitus estävät osallistumisen yhteiseen suunnitteluun	Resurssipaineet ja aikapula		
Sairaalasta avohoitoon tai yksikön vaihtuessa tieto ei kulje	Siirtymävaiheiden riskit		

Samanaikainen suunnittelu koettiin merkittäväksi yhteistyötä parantavaksi käytännöksi	Samanaikaisen suunnittelun vakiinnuttaminen	Yhteistyön kehittämismahdollisuuden	
Kaikille näkyvä ja päivitetty suunnitelma	Yhteinen sähköinen suunnitelmapohja		
Vakiinnutetaan verkostota- paamiset	Säännölliset verkostopalaverit ja selkeä rakenne		
Yhteinen käsitys siitä, mitä kukin tekee	Roolien ja vastuiden kirkastaminen		
Läheisten tieto arjesta hyödynnetään	Potilaan ja läheisten systemaattinen osallistaminen		
Lääketieteelliset arviot, erikoissairaanhoidon suositukset, arjen havainnot ja potilaan oma näkemys kootaan yhteen.	Laajempi tietopohja suunnitelmiin	Yhteistyön kehittämismahdollisuudet	
Yhteiset käytännöt tukevat palvelujen järjestämistä ja päätöksentekoa	Prosessien sujuvoittaminen ja päällekkäisyyksien vähentäminen		

#### Liite 4. Induktiivisen sisällönanalyysin koonti (Asumisyksiköt)

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä pääluokka
Yhteistyö toimii parhaiten tuttujen työntekijöiden kanssa	Luottamukselliset suhteet		
Tuttuuden tunne helpottaa yhteydenottoa			
Pysyvä henkilöstö tukee yhteistyötä			
Palaverit auttavat yhteisen ymmärryksen luomisessa	Yhteisten palaverien hyöty	Toimivan yhteistyön edellytykset	Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen
Kasvokkain kohtaaminen syventää yhteistyötä			
Asumisyksikön asiantuntemus huomioidaan päätöksenteossa	Arjen asiantuntemuksen hyödyntäminen		
Sosiaalitoimen ja psykiatrian välinen yhteistyö toimii sujuvasti	Toimiva tiedonkulku		
Tietoa potilaan tilanteesta ei aina saada ajoissa	Ajantasaisen tiedon puute		
potilaan kokonaistilanne jää epäselväksi			
Sosiaalityöntekijän vaihtuvuus vaikeuttaa yhteistyötä	Henkilöstön vaihtuvuus	Yhteistyön haasteet	
Uudet työntekijät eivät tunne potilaan			
Psykiatria ja sosiaalitoimi tekevät työtä omissa silloissaan	Sektorirajojen erillisyydet		

Roolit ja tehtävät menevät päällekkäin				
Tiedonkulku ei toimi eri järjestelmien välillä	Tietojärjestelmien yhteensopimattomuus			
Tietoa ei pääse lukemaan toisesta järjestelmästä				
Ei ole selkeää vastuuhenkilöä suunnitelmissa	Vastuuroolien epäselvyys			
Potilas ei tiedä kuka vastaa mistäkin				
Päätöksiä tehdään ilman potillaan tai yksikön osallistumista	Päätöksenteon etäisyys potilaasta			
Neuropsykiatrista osaamista puuttuu sosiaalipalveluista	Osaamisvaje			
Asiantuntijalausuntoja ei aina ole päätösten tueksi				
Potilaan osallisuus paranee, kun suunnitelmat tehdään yhdessä	Potilaan osallisuus suunnittelussa	Yhteistyön mahdollisuudet		
Potilas kokee tulevansa kuulluksi				
Yhteinen suunnittelu vähentää päällekkäistä työtä	Päällekkäisen työn vähentyminen			
Kaikki tieto saadaan samaan dokumenttiin				
Yhteiset sähköiset alustat parantaisivat suunnittelua	Teknologisten ratkaisujen mahdollisuudet			
Kaikki pääsisivät kirjaamaan samaan paikkaan				
Ennakkokoosteet parantavat palaverien laatua	Suunnittelun kehittäminen			
Palaverit asumisyksikössä lisäävät osallistumista	Potilaslähtöiset käytännöt			

Päätöksenteossa tulisi huomioida potilaan mielipide ja tutustuminen eri yksiköihin	Päätöksenteon potilas-asiällisyys		
--	-----------------------------------	--	--

## **Liite 5. Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman rakenteellinen sisältö**

Asiakas: Sukunimi, Etunimet, Henkilötunnus

Neuvottelun tiedot: Päivämäärä, Paikka, Osallistujat

Kuvaus asiakkaan tilanteesta

Asiakkaan nykyiset palvelut

Asiakkaan oma arvio tuen ja palvelujen tarpeesta

Ammattilaisen arvio tuen ja palvelujen tarpeesta

Suunnitelman arviointi

Edellisen suunnitelman tavoitteiden saavuttaminen

Tavoitteisiin vaikuttavat tilannetekijät

Palvelujen arviointi

Menetelmien arviointi

Asetettavat tavoitteet ja tilannetekijät

Menetelmät ja palvelut tavoitteiden saavuttamiseksi

Palvelunantajat ja vastuut

Yksityishenkilöiden osallistuminen

Asiakkaan ja omatyöntekijän tapaamiset

Sovitut jatkotoimet

Eriävät näkemykset

Arvio asiakkuuden kestosta

Asiakassuunnitelman tarkastaminen: Päivämäärä, Ajankohta, Paikka, Vastaanottajat

Laatija: Sukunimi, Etunimet, Tehtävänimike