



**Euroopan unionin
rahoittama**

NextGenerationEU

Maritza Heino

Sosiaaliset ongelmat puheeksi –

Asiakaslähtöisyydellä laatua ja vaikuttavuutta mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusasiakkaiden (MPR) palveluprosessin kehittämiseen
Kanta-Hämeen hyvinvointialueella



SULAVA

Sosiaalihuollon laatu ja vaikuttavuus
Pirkanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Etelä-
Pohjanmaalla -tutkimushanke 2024-2025

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	3
1. Johdanto.....	4
1.1 Miksi tämä tutkimus on tärkeä?	5
1.2 Tutkimuksen konteksti	7
2. Mistä ilmiöstä on kyse?	8
2.1 Asiakaslähtöisyys vaikuttavuuden perustana.....	8
2.2 Moniammatillisuus ja soteyhteistyö käytännössä	9
2.3 Soteintegraatio- Palveluiden yhteensovittamisen mahdollisuudet.....	10
3. Miten toteutus eteni?	12
3.1 Käytäntötutkimuksen lähestymistapa ja tutkimuskysymykset.....	12
3.1.1 Aineiston kuvaus	13
3.1.2 Sähköinen Webropol -kysely menetelmänä	14
3.1.3 Sisällönanalyysi.....	15
3.1.4 Eettiset näkökulmat ja tutkimuksen luotettavuus	16
3.1.5 Aikataulu ja eteneminen.....	17
3.2 Reflektio tutkijasosiaalityöntekijän roolista.....	18
4. Mitä havaittiin?	19
4.1 Sosiaalisten ongelmien tunnistaminen MPR asiakkailta.....	20
4.2 Käytössä olevat työkalut, toimintamallit ja käytännöt	22
4.3 Työntekijöiden asenteet yhteistyöhön sosiaalihuollon kanssa	24
4.4 Yhteistyön vaikutukset työhyvinvointiin	25
5. Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	27
Lähteet:	30
Liitteet:	33
Liite 1. Kyselyn runko, Tiedote tutkimukseen osallistuvalla ja Suostumus.....	33
Liite 2. Webropol -kyselyn vastaukset kysymyksiin 1.–26.	40

Tiivistelmä

Maritza Heino

Sosiaaliset ongelmat puheeksi – Asiakslähtöisyydellä laatua ja vaikuttavuutta mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusasiakkaiden (MPR) palveluprosessin kehittämiseen Kanta-Hämeen hyvinvointialueella

Tämä käytäntötutkimus tarkastelee mielenterveys-, päihde- ja riippuvuus asiakkaiden sosiaalisten ongelmien esiintyvyyttä ja minkälaisia ne ovat perustason terveydenhuollon sekä mielenterveys ja päihdepalveluiden avopalveluissa. Tutkimus selvittää, miten terveydenhuollon ammattilaiset tunnistavat sosiaalihuollon palveluntarpeen ja yhteisasiakkuuden, sekä millaisia työkaluja ja toimintamalleja heillä on käytössään.

Tutkimuksen viitekehys koostuu asiakslähtöisyydestä, moniammatillisesta työskentelystä ja soteintegraatiosta, jotka kaikki liittyvät toisiinsa. Lisäksi aiheet liittyvät Kanta-Hämeen hyvinvointialueen määrittelemiin arvoihin ”Asiakslähtöisyys” ja strategian painopistealueisiin ”Autamme sopivalle polulle” sekä tutkimuksella on yhtymäpintaa hyvinvointialueella olevaan kehittämistoimintaan.

Tutkimuksen informanteina ovat Kanta-Hämeen hyvinvointialueen työntekijät terveydenhuollon perustason avopalveluissa. Aineiston keruu toteutettiin sähköisellä Webropol -kyselyllä maaliskuun 2025 aikana. Aineiston analyysissä käytettiin sisällönanalyysia sekä kyselystä suoraan saatuja määrällisiä tietoja.

Tulosten perusteella sosiaaliset ongelmat, kuten työttömyys, työkyvyttömyys ja taloudelliset haasteet, ovat yleisiä. Lisäksi yksinäisyys korostui terveydenhuollon vastauksissa, ja perhesuhteiden ongelmat mielenterveys ja päihdepalveluiden vastauksissa. Tunnistaminen perustuu pääosin asiakkaan kertomaan, systemaattisia menetelmiä tai kirjaamiskäytäntöjä ei ole. Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa on hajanaista, eikä selkeitä toimintamalleja ole vakiintunut. Työntekijät kokevat yhteistyön lisäävän työhyvinvointia ja vähentävän kuormitusta.

Soteintegraatio ja soteyhteinen työskentely ovat sekä laadun että vaikuttavuuden edellytyksiä. Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuus asiakkaita kohdataan perustason terveydenhuollon avopalveluissa, ja heidän sosiaalihuollollinen palveluntarpeensa tunnistetaan. Palveluntarpeisiin ei kuitenkaan vastata kokonaisvaltaisesti, puuttumattomien toimintamallien, käytäntöjen ja työkalujen vuoksi. Riskinä on asiakkaan jääminen heitteille ilman palveluita. Tarvitaan yhteinen toimintamalli sosiaalisten ongelmien tunnistamiseen ja systemaattiseen kirjaamiseen. Yhteisasiakkuuden malli tulee jalkauttaa käytäntöön sekä tiedonkulun rakenteita sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä tulee vahvistaa.

Avainsanat: Asiakslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö, monialainen työ, palveluintegraatio, soteintegraatio, soteyhteinen työ

Käytäntötutkimus löytyy verkosta: https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/sosiaalityon_tutkimusperustainen-uramallikokeilu-sulava-hankemalli-92024-82025

Tämä käytäntötutkimus on toteutettu Suomen kestävän kasvun ohjelmassa (RRP), joka on rahoitettu Euroopan unionin kertaluonteisesta elpymisvälineestä (Next Generation EU).

1. Johdanto

Tässä käytäntötutkimuksessa ensisijaisena tavoitteena oli tuoda esiin mielenterveys, päihde- ja riippuvuus (jatkossa käytän itse keksimääni lyhennettä MPR) asiakkaiden sosiaalisten ongelmien esiintyvyyttä sekä minkälaisia ne ovat terveydenhuollon perustason avopalveluissa ja perustason mielenterveys ja päihdepalveluiden avopalveluissa Kanta-Hämeen hyvinvointialueella. Toisena tavoitteena oli selvittää sitä, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt edellä mainituissa perustason avopalveluissa tunnistavat MPR asiakkaan tarpeen sosiaalihuollon palveluille ja terveydenhuollon kanssa yhteistyönä tehtävälle yhteisasiakkuudelle. Tutkimuksesta saatavalla tiedolla edistetään palveluiden kehittämistä Oma Hämeen arvojen mukaan asiakaslähtöisemmiksi sekä huomioidaan Oma Hämeen strategian painopistealue ”Autamme sopivalle polulle” (Oma Häme 2024).

MPR asiakkailla esiintyy sosiaalisia ongelmia (Thl 1. 2023), kuten yksinäisyys, asunnottomuus, työttömyys, köyhyys, joiden katsotaan heikentävän terveyttä. Elämäntilanteisiin liittyviä sosiaalisia ongelmia ei voida hoitaa pelkästään lääkkeillä, sillä ne eivät ole tauteja (Rauhala 2014, 142). Niillä on negatiivinen vaikutus terveyden ja sairauden hoitoon. (Thl 2018.) Sosiaalisilla tekijöillä on kiistaton merkitys asiakkaiden terveyteen (WHO). Niiden esille tuominen ja tunnistaminen oikea-aikaisesti on tärkeää, jotta voimme kehittää palveluita vastaamaan asiakkaiden tarpeita asiakaslähtöisesti ja osallisuutta lisäten. Sosiaalihuoltolain (2014/1301) mukaan sosiaalihuollon vaikuttavuus ilmenee silloin, jos hyvinvointi ja osallisuus lisääntyvät sekä eriarvoisuus vähenee. (Matthies ym. 2021. 189.) Riippuvuuksilla on todettu olevan kytköksiä eriarvoisuuteen, heikkoon talouteen sekä osattomuuteen usein eri tavoin (Thl 2. 2023). Siksi tarvitsemme sosiaalihuollon palveluita moniammatilliseen yhteistyöhön terveydenhuollon palveluiden kanssa MPR asiakkaiden kanssa tehtävässä perustason avopalveluiden työssä.

Hietapakka ym. (2019, 2) mukaan monialaisesti palveluita tarvitsevia on tunnistettu useimmin työntekijälle heränneen huolen tai asiakkaan tilanteessa koetun riittämättömyyden tunteen perusteella. Lisäksi esteitä tunnistamiselle on luonut kehittämättömät tietojärjestelmät sekä eriytyneet toimintakulttuurit. (Hietapakka ym. 2019, 1.)

Viitekehys tutkimuksessa muodostuu asiakaslähtöisyydestä, moniammatillisesta työskentelystä sekä soteintegraatiosta. Soteintegroiduilla palveluilla tarkoitetaan sitä, että sosiaali- ja terveysterveystarpeet muodostavat toimivan kokonaisuuden vastaten asiakkaan palvelun tarpeisiin. Soteintegraatio hyödyttää asiakkaita, joilla on useita palvelutarpeita samanaikaisesti, kuten päihde- tai mielenterveysongelmia sekä taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia. (THL 2025.) Soteintegraation toteutuminen edellyttää moniammatillista työskentelyä yhteistyössä. Kekoni ym. (2019, 15) painottavatkin monitoimijaisen toimintaympäristön sosiaali- ja terveysterveystarpeissa vaativan jaettua asiantuntijuutta sekä tiivistä yhteistyötä. Palveluita voidaan kutsua asiakaslähtöisiksi silloin, kun asiakas kohdataan yksilöllisesti ja hän tulee kuulluksi sekä palvelut toteutetaan asiakkaan tarpeiden mukaan. (Kekoni ym. 2019, 17.)

Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin sähköisellä Webropol -kyselyllä (Liite 1.) maaliskuun 2025 aikana. Vastaajia kyselyyn saatiin 66 kappaletta, joista analyysiin otettiin 51 kappaletta. Aineiston analyysissä käytettiin sisällönanalyysia sekä kyselystä suoraan saatuja määrällisiä tietoja.

Tutkimuksen tulosesiossa tuodaan esiin analyysin pohjalta tuotettu tieto, sekä johtopäätökset osiossa vastataan tutkimuskysymyksiin. 1. Miten paljon ja minkälaisia sosiaalisia ongelmia MPR asiakkailta esiintyy terveydenhuollon perustason avopalveluissa? 2. Minkälaisia toimintamalleja ja käytäntöjä sekä työkaluja on käytössä sosiaalihuollon tarpeen tunnistamista varten terveydenhuollon perustason avopalveluissa MPR asiakkaita kohdatessa? Lopuksi tuodaan esille kehittämisehdotuksia.

Tämä tutkimus on osa Sosiaalialan osaamiskeskusten Pikassos ja SONet BOTNIA käynnissä olevaa Sosiaalityön laatu ja vaikuttavuus Sisä-Suomen YTA:lla, (SULAVA) -RRP 3-tutkimushanketta (2024–2025). Rahoitusinstrumentin ohjaamana hankkeessa tutkitaan sosiaalityön laatua ja vaikuttavuutta lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden palveluissa Pirkanmaan, Kanta-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueilla, määrällisen ja laadullisen tutkimuksen keinoin (Sulava-hanke 2024–2025; Puuronen 1. 2024). Tutkimus on toteutettu hankkeeseen kuuluvan vuoden kestävän sosiaalityön tutkimuspainotteisen uramallikokeilun osana (9/2024–8/2025) Kanta-Hämeen hyvinvointialueella.

1.1 Miksi tämä tutkimus on tärkeä?

Kanta-Hämeen hyvinvointialue aloitti toimintansa 1.1.2023 osana laajaa sekä historiallista sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoiminnan hallinnollista uudistusta. Hyvinvointialueuudistus tarvittiin, jotta asukkaat saisivat palveluita yhdenvertaisesti, hyvinvointi- ja terveyserot kapenisivat sekä kustannuksia hillittäisiin. (STM 2024.) Keskeistä uudistuksessa on palveluiden integraatio, puhutaan soteintegraatiosta, jolla tarkoitetaan palveluiden yhteensovittamista. Integroimalla hoitoa ja palveluita, voidaan parantaa asiakkaan palveluiden laatua. (THL 2023.)

Kun asiakkaita palvellaan ja hoidetaan asiakaslähtöisesti sekä oikea-aikaisesti, säästetään raskaampien palveluiden kustannuksissa. Liukon (2020, 1) mukaan ennakoivan tunnistamisen tehostaminen paljon tai monialaisesti palveluita käyttävien asiakkaiden kohdalla, antaisi mahdollisuuden toteuttaa ja suunnitella ehkäiseviä sekä yhteensovitettuja palveluita paremmin. Muun muassa yhteisten toimintamallien puuttumisen vuoksi monialaisten palveluiden tarpeen tunnistaminen on puutteellista, ja jää yksittäisen työntekijän vastuulle. Korkeiden kustannusten ja monialaisten palveluiden käytön taustalla on sosiaalisiin tekijöihin sekä terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä tilanteita. (Liukko 2020, 1–5, 11.) Maijala ja Koivisto (2020) toteavat, että asiakaslähtöisten ja monitoimijaisten sote-palveluiden kehittäminen lähtee nykytilan kartoituksesta ja kehittämistarpeet pitää tunnistaa.

Karjalainen, Metteri ja Strömberg-Jakka (2019, 54) korostavat, että asiakkaan kokonaisvaltainen arviointi on tarkoituksenmukaista toteuttaa matalalla kynnyksellä siellä, missä asiakas ensi sijassa hakee apua. Vaikka terveydenhuollossa on omat lääketieteelliset kriteerinsä asiakkaan ohjaamiselle pois, sosiaalisten ongelmien esiintyessä asiakasta ei tulisi ohjata muualle. Hoitamattomat sosiaaliset ongelmat kuormittavat asiakasta, johtavat vaikeuksien kasautumiseen ja muodostavat esteen kuntoutumiselle ja tervehtymiselle. Monialaisessa työskentelyssä sosiaalityöntekijä tuo prosessiin mukaan asiakkaan arkeen liittyviä tavoitteita, mikä tukee hoitoon sitoutumista ja edistää terveysvaikutuksia. Mikäli sosiaalityöntekijä ei ole mukana terveydenhuollon perustason tiimeissä, ei kukaan muu tunnista sosiaalisten ongelmien aiheuttamaa kuormitusta tai pyri aktiivisesti vähentämään sitä. Usein asiakkaat hakeutuvat perustason terveydenhuoltoon oireidensa vuoksi, vaikka taustalla vaikuttavat sosiaaliset ongelmat. Ilman moniammatillista ja/tai sote-integroitua työskentelyä MPR-asiakkaiden asioissa perustason avopalveluissa, menetetään mahdollisuus ehkäisevään työhön. Tämän seurauksena asiakkaat kohtaavat sosiaalityöntekijän vasta erikoissairaanhoidossa, jolloin tilanne on jo monimutkaistunut ja vaikeutunut, ja asiakkaan toiminta- ja työkyky on heikentynyt (Karjalainen ym. 2019, 55–58).

Oma Hämeellä on kehitetty Sote -keskus -toimintamallissa yhteisasiakkuuden mallia, jota ei vielä ole jalkautettu käytäntöön (Innokylä 2025). Tämän tutkimuksen avulla tuotetaan tietoa tukemaan yhteisasiakkuuden mallin jalkauttamista. Tutkimuksesta saatavalla tiedolla edistetään palveluiden kehittämistä Oma Hämeen arvojen mukaan asiakaslähtöisemmiksi sekä huomioidaan Oma Hämeen strategian painopistealue ”Autamme sopivalle polulle” (Oma Häme 2024).

Tutkimuksen avulla tuotetaan tietoa myös tukemaan Kanta-Hämeen hyvinvointialueella toteutettavaa *Systeemitason vaikuttavuuden arviointi* -hanketta, jossa kehitetään asiakas- ja potilastiedoista tietoturvallinen ja yksittäisten asiakkaiden tietosuojan turvaava dynaaminen henkilökeskeinen tietomalli CRM (Antikainen ym. 2025). Mallissa yhdistyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutapahtumat, palvelutarpeet, asiakaskokemukset ja kustannustiedot ajallisesti. Tietomalli rakentuu kolmitasoisena siten, että seuraava taso on aina suodatettu osajoukko edellisestä tasosta, mahdollistaen tiedon tarkastelun hyvinvointialueellisella, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla (mt., s. 117). Vaikuttavuuden arvioinnissa keskeisessä asemassa ovat tiedonhallinnan ja tiedolla johtamisen käytännöt, jotka edellyttävät toimiakseen rakenteista kirjaamista. Tämä korostaa tarvetta tutkia kirjaamiskäytäntöjä sosiaalisten ongelmien osalta, jotta tietoa voidaan hyödyntää vaikuttavuuden arvioinnissa ja palveluiden kehittämisessä. Henkilökeskeisen tietomallin yksi tarkoitus on tulla avuksi sotetyöntekijöille oikealle polulle ohjaamisessa eli tunnistaa asiakkaan palveluiden tarpeita.

Hietapakka, Tiirinki ja Sinervo (2020, 55) tutkimuksessaan toivat esille, että monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamista vaikeutti myös epätietoisuus toisten työn sisällöistä, yhteistyön puutteet sekä toimijoiden asenteet, järjestelmien ja eriytyneiden toimintakulttuurien lisäksi. Lainsäädäntö tuo omat haasteensa tietojärjestelmien näkyvyyttä

rajoittaen eri ammattiryhmille ja tietojärjestelmien rakenteet eivät välttämättä tue monialaisesti palveluita tarvitsevan tunnistamista rakenteisella kirjaamisella. Kun työntekijät työskentelevät eri siiloissa, ei tunneta toisten työtä ohjaavaa lainsäädäntöä, tarjolla olevia palveluita tai hyödynnettäviä työkaluja. Yhteisasiakkuuksien kanssa työskentely ja kehittäminen edistyvät vasta siinä vaiheessa, kun työntekijät kokevat konkreettisesti yhteistoiminnan hyödyttävän itseään sekä asiakasta. (Hietapakka ym. 2020, 56–57.)

1.2 Tutkimuksen konteksti

Toimeksiantaja tässä käytäntötutkimuksessa on Sulava -tutkimushanke, johon minut palkattiin tutkijasosiaalityöntekijäksi 50 % työajalla vuoden määräajaksi uramalliohjelmaan. Uramalliohjelmassa lisäksi on kaksi tutkijasosiaalityöntekijää 50 % työajalla, toinen Pirkanmaan ja toinen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelta. Virkatyöni on Kanta-Hämeen hyvinvointialueen riippuvuuspalveluissa riippuvuustyön sosiaalityöntekijänä, jossa toimin 50 % työajalla hankkeen ajan. Sulava -tutkimushanke tutkii sosiaalihuollon laatua ja vaikuttavuutta ikäihmisten, lapsiperheiden ja työikäisten sosiaalipalveluissa. (Puuronen 2. 2024.) Tutkijasosiaalityöntekijällä on kolme roolia Sulava-hankkeessa, jotka ovat olla tutkimuksensa objekti, olla tutkimuksensa subjekti sekä olla tutkimuksen aineiston tuottaja.

Käytännössä tutkijasosiaalityöntekijänä toteutetaan käytäntötutkimus omaan työhön, joka liittyy sosiaalihuollon palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen. Minun käytäntötutkimukseni liittyy palveluiden kehittämiseen asiakaslähtöisempään ja soteintegroidumpaan suuntaan, jotta palvelut olisivat laadukkaampia sekä tuottaisivat vaikuttavuutta asiakkaalle ja organisaatiolle. Lisäksi tutkijasosiaalityöntekijä osallistuu hanketyöpajoihin, joissa saadaan tieteellistä ohjausta tutkimuksen tekoon FT, Dos Anne Puuroselta ja YTL Tuula Tuomiselta. Hanketyöpajoissa ollaan myös tutkimuksen kohteena ja tuotetaan tutkimusaineistoa uramalliohjelmaan. Tutkimusaineistoa tuotetaan myös tutkimuspäiväkirjan muodossa, jota kirjoitetaan vuoden määräajalla. Lisäksi on tehty yhteistyötä Seinäjoen, Hämeenlinnan ja Tampereen ammattikorkeakoulujen sosiaalialan YAMK opiskelijoiden kanssa. (Puuronen 2. 2024.)

Laatu ja vaikuttavuus tieto on merkityksellistä tietojohdamisen näkökulmasta, jotta hyvinvointialueet osaavat kohdentaa sosiaalihuollon resursseja ja voimavaroja oikeisiin tarpeisiin. Toimeksiantajan tehtävänannossa tavoitteena on luoda vaikuttavuuden arviointia varten myönteistä kulttuuria sekä saada oman työpaikan muut toimijat innostumaan ja toimimaan yhteen vaikuttavuustiedon tuottamiseksi ja hyödyntämiseksi. Sosiaalihuoltolaki 15 §. velvoittaa sosiaalityötä seuraamaan asiantuntijatyön toteutumista ja vaikuttavuutta. Käytäntötutkimuksista saatava tutkimustieto palvelee käytännön kehittämistä. (Puuronen 3. 2024).

Käsillä oleva käytäntötutkimus on toteutettu vuoden kestäneen sosiaalityön uramallikokeilu -ohjelman aikana (9/2024–8/2025) ja on osa Vaikuttavuuden tietojohdaminen Sisä-Suomen yhteistyöalueella -tutkimushankkeen sosiaalihuollon osatutkimusta, Sulava hanketta (2024–2025). Sulava-hankkeeseen ovat osallistuneet Sisä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueet, Pirkanmaa, Etelä-Pohjanmaa ja Kanta-Häme, yhdessä sosiaalialan osaamiskeskusten Pikassos Oy ja SONet BOTNIA kanssa.

2. Mistä ilmiöstä on kyse?

2.1 Asiakslähtöisyys vaikuttavuuden perustana

Asiakslähtöisyys on keskeinen periaate kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Asiakslähtöisyys tarkoittaa palveluiden suunnittelua ja toteutusta asiakkaiden tarpeiden, toiveiden ja elämäntilanteiden pohjalta. Lähestymistapa korostaa asiakkaan omaa aktiivista osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia omien palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella yhtenä arvoista on ”Asiakslähtöisyys”, ja strategian yksi painopistealue on ”Autamme sopivalle polulle”:

”Asiakas on keskipiste ja palvelut ovat asiakasta varten. Asiakslähtöisyys merkitsee asiakkaan voimavaroista lähtevää osallisuutta ja kumppanuutta. Asiakas otetaan mukaan palvelujen kehittämiseen, suunnitteluun ja toimeenpanoon. Asiakkaan hyvinvointi tehdään yhdessä.”

”Sopivan palvelupolun löytyminen vaatii asiakasymmärrystä ja näkemystä -syliä, johon voi tukeutua.” (Oma Häme 2024.)

MPR asiakas saa asiakslähtöisempää palvelua, kun sosiaalihuollon palveluntarve tunnistetaan terveydenhuollon palveluissa oikea-aikaisesti. Kun asiakkaita palvellaan ja hoidetaan asiakslähtöisesti sekä oikea-aikaisesti, säästetään raskaampien palveluiden kustannuksissa. Asiakslähtöisyys ja osallisuus linkittyvät vahvasti toisiinsa, lisäksi osallisuuden kokemuksella on suoraan vuorovaikutusta muihin sosiaalisiin ongelmiin. (Thl 3. 2023). Sosiaalityössä asiakslähtöisyyden käsite liitetään kumppanuuteen, yhteistyöhön, vuorovaikutukseen ja yhteiseen ymmärrykseen sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välillä. (Kivistö & Hautala 2022).

Asiakasosallisuus on olennainen osa asiakslähtöisyyttä. Se tarkoittaa asiakkaiden osallistumista päätöksentekoon ja palveluiden kehittämiseen. Asiakasosallisuus voi parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta, sillä asiakkaat tuovat mukanaan arvokasta tietoa omista tarpeistaan ja kokemuksistaan. (Murray ym. 2025.) Rissasen (2021, 137) mukaan asiakkaan osallisuuden lisäämiseen kannustetaan niin sosiaalityön eettisissä ohjeissa kuin valtakunnallisissa kehittämisideoissakin, lisäksi se on laaja-alaisesti tunnustettu arvo ja tavoite. Kohtaaminen asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välillä on tärkeää asiakasosallisuuden

toteutumisiksi. Asiakasta kunnioittava kohtaaminen ja vuorovaikutus eivät vaadi ekstra resurssia, mutta organisaatioiden on luotava asiakasosallisuutta tukeva työympäristö. (Rissanen 2021, 148.)

Kekoni ym. (2019, 17) mukaan asiakaslähtöisyydessä ja asiakaskeskeisyydessä korostuu asiakkaan kunnioittaminen, yksilöllinen kohtaaminen ja tarve tulla kuulluksi. Asiakaslähtöisessä työskentelyssä palvelut suunnitellaan ja toteutetaan asiakkaan tarpeiden ja toiveiden sekä yksilöllisen tilanteen mukaan. Asiakkaalta se edellyttää aktiivista osallistumista palveluprosessiin, joka puolestaan liittyy osallisuuteen. Osallisuuden kokemus lisää asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä. Kun asiakas tuntee olevansa merkityksellinen ja tuleensa kuulluksi, se parantaa hänen elämänlaatuaan ja vähentää psyykkistä kuormitusta. Osallisuuden kokemus lisää asiakkaan sitoutumista hoitoonsa, joka vähentää uusintakäyntejä sekä tarvetta raskaammille palveluille. Osallisuuden kokemuksen edistämisen tavoitteena on muun muassa eriarvoisuuden, köyhyyden ja syrjäytymisen vähentäminen. (THL 2024.)

2.2 Moniammatillisuus ja soteyhteistyö käytännössä

Moniammatillinen yhteistyö on keskeistä asiakaslähtöisten palveluiden toteuttamisessa. Sosiaalityöllä on merkittävä rooli asiakaslähtöisyyden edistämässä. Sosiaalityöntekijät toimivat usein asiakkaiden asianajajina ja auttavat heitä navigoimaan pirstaloituneissa palvelujärjestelmissä. Moniammatillinen yhteistyö, jossa sosiaalityöntekijät työskentelevät yhdessä muiden ammattilaisten kanssa on keskeistä asiakaslähtöisten palveluiden toteuttamisessa. (Kivistö & Hautala 2022.)

Ammattilaisten työhyvinvointia lisää vastuun jakaminen, joka toteutuu moniammatillisessa työskentelyssä. Kekoni ym. (2019, 15) painottavat sosiaali- ja terveydenhuollon yhä monitoimijaisemman toimintaympäristön vaativan jaettua asiantuntijuutta sekä erityisen tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Moniammatillisen työn tavoitetta kuvaa hyvin yhteistoiminnallisuus, jaettu asiantuntijuus ja jaettu asiakkuus, joita tarvitaan yhteisen ymmärryksen saamiseksi (Kekoni ym. 2019, 16). Lähtökohtana moniammatillisen työn kehittämiselle on, että asiakkaat saavat parempaa palvelua (Pehkonen ym. 2019, 89). Moniammatillisuus hyödyttää työskentelyä uudentuneilla ratkaisumalleilla ja interventioilla, lisäksi asiakkaan elämäntilanne ja erityispiirteet tulevat huomioiduksi laaja-alaisesti ja asiakaslähtöisesti (Mönkkönen ym. 2019, 68).

Paljon palveluita tarvitsevista asiakkaista käytetään nimitystä yhteisasiakkaat. Etuliitteellä yhteis tarkoitetaan sitä, että asiakas voi tarvita samanaikaisesti erilaisia palveluita, kuten sosiaalihuoltoa, perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidtoa ja Kelaa muun muassa. Nämä asiakkaat eivät ole vaikeita asiakkaita, vaan aivan tavallisia ihmisiä. Yhteistä yhteisasiakkuuksille on, ettei kukaan ammattilainen selviydy yksin heidän ongelmien

ratkaisemisestaan, vaan tarvitaan yli ammatti- ja sektorirajojen ylittävää yhteistyötä. (Hujala & Lammintakanen 2018, 16–18.)

Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan yhteisasiakkuuksien kanssa tehtävässä työssä. Käytännössä yhteisasiakkuuksia hoidetaan erilaisin tiimimalli toimintamallien avulla. Ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueellekin on kehitetty mallia yhteisasiakkuuksien hoitamiseksi, jota ei ole vielä jalkautettu (Innokylä 2025). Lisäksi on soteyhteinen työ, joka tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työskentelyä täysin yhdessä, yhteisissä tiloissa, yhteisissä tiimeissä ja heillä on yhteiset asiakkaat. Tässä työmuodossa yhteistyö on tiiviimpää, ja on läsnä koko ajan. Soteyhteinen työskentely hyödyttää asiakkaita ja asiakasryhmiä, joilla on tiedetysti paljon palvelutarpeita. Yksi tunnistettu asiakasryhmä on mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, joiden palveluiden muodostamista toimiviksi kokonaisuuksiksi todetaan myös Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014):

24 §. Sosiaalihuollossa tehtävä päihde- ja riippuvuustyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä hyvinvointialueella ja kunnissa tehtävän ehkäisevän päihdetyön kanssa.

25 §. Sosiaalihuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä hyvinvointialueella ja kunnissa tehtävän mielenterveyden edistämisen kanssa.

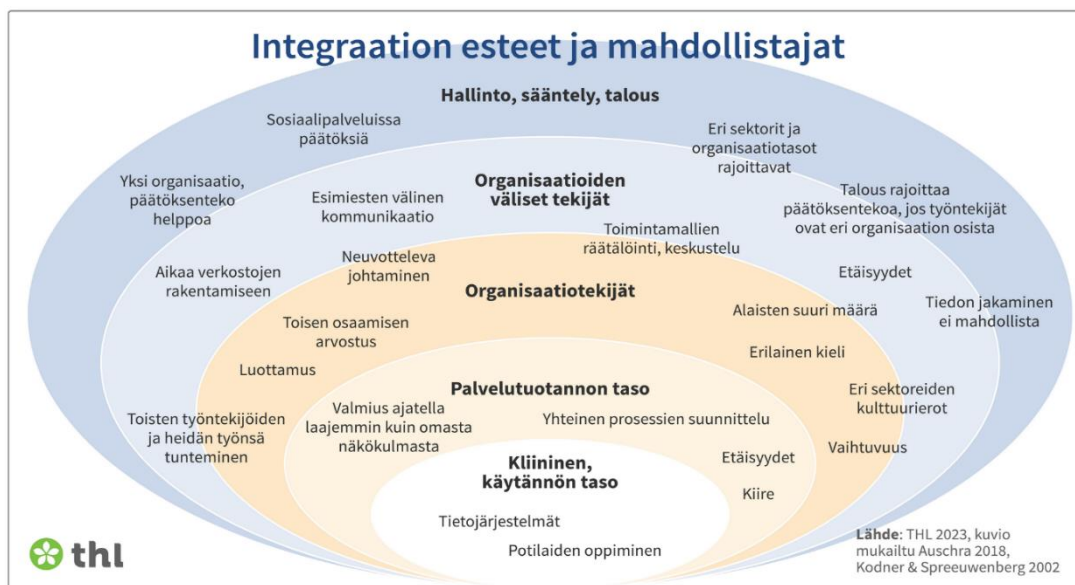
Moniammatillinen yhteistyö ja soteintegraatio ovat keskeisiä tekijöitä asiakaslähtöisten palveluiden kehittämisessä. Moniammatilliset tiimit, joissa on eri alojen ammattilaisia työskentelemässä yhdessä, voivat tarjota kokonaisvaltaista tukea asiakkaille ja vastata näin paremmin moninaisiin tarpeisiin. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, kun erilaisista ammattitaustoista tulevat henkilöt työskentelevät keskinäisessä riippuvuussuhteessa tarjotakseen kokonaisvaltaista hoitoa ja tukea asiakkaille/potilaille. Kokonaisvaltaisuus tulee huomioiduksi palvelun tarpeen /hoidon tarpeen arvioinnissa, palveluiden koordinoinnissa, päätösten teossa ja vastuun jaossa. (Murray ym. 2025.)

2.3 Soteintegraatio- Palveluiden yhteensovittamisen mahdollisuudet

Soteintegraatio, eli sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittaminen, voi parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua sekä vähentää päällekkäisyyksiä ja parantaa resurssien käyttöä. Raitakari (2025, 20) toteaa yhteensovittamisen perustuvan oletamaan siitä, että erottautuminen, erikoistuminen, eriytyminen ovat ongelmallisia sekä pirstaleisia sosiaalisesta todellisuudestamme. Soteintegroiduilla palveluilla tarkoitetaan sitä, että sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat toimivan kokonaisuuden vastaten asiakkaan palveluiden tarpeisiin. Palveluintegraatiota hyödynnetään tilanteissa, joissa asiakkaalla on useita palvelutarpeita, kuten päihde- tai mielenterveysongelmia sekä taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia. Palveluiden integraatio voi olla vertikaalista tai horisontaalista. Horisontaalinen integraatio tarkoittaa samalla hoidon tai palvelun porrastuksen tasolla olevien palveluiden

koordinoitua, kun taas vertikaalinen integraatio viittaa perustason ja erityistason palveluiden saumattomaan yhteistyöhön. Palveluintegraation tavoitteena on sujuvoittaa ja nopeuttaa asiakkaan ohjautumista oikean palvelun piiriin oikea-aikaisesti, ja näin lyhentää palveluprosesseja. Palveluintegraatiolla pyritään kehittämään palvelujärjestelmän tehokkuutta, laatua sekä ammattilaisten työhyvinvointia. (Thl 2025.)

Jotta soteintegraatio voi onnistua, tulee sen konkretisoitua neljällä eri tasolla, kuten järjestelmän, organisaation, ammattilaisten ja asiakastason integraatioina. Järjestelmän tasolla tarkoitetaan poliittiseen päätöksentekoon ja lainsäädäntöön perustuvaa laaja-alaista yhdistämistä. Organisaation tasolla tarkoitetaan yksiköiden välistä yhdistymistä tai yhteistyötä. Ammattilaisten tasolla tarkoitetaan moniammatillista ja monitoimijaista yhteistyötä. Asiakastason integraatiolla tarkoitetaan asiakasprosessin tasolla olevaa asiakaslähtöistä koordinoitua yhteistyötä. (Hujala & Lammintakanen 2018, 11.) Palveluintegraatio on ilmiönä monitahoinen. (Kuva 1.) Lisäksi palveluintegraatiolla on tavoitteena palveluiden laadun paraneminen sekä ammattilaisten työhyvinvoinnin lisääntyminen ja palvelujärjestelmän tehokkuus toiminnan tasolla. (Thl 2025.)



Kuva 1. Palveluintegraation esteet ja mahdollistajat

Palveluintegraatiota Suomessa toteutetaan kolmella eri tavalla. Ensimmäisenä on palveluohjaus tai case manager -malli, jossa nimetty palveluohjaaja tai asiakasohjaaja ottaa vastuun asiakkaan palveluihin ohjautumisesta niin horisontaalisessa kuin vertikaalisessa palveluiden integraatiossa. Toinen tapa on palveluprosessin mukaan rakennettu organisaatio, kuten lasten ja nuorten palveluissa. Tässä tavassa vaaditaan laajaa ymmärrystä palvelujärjestelmästä. Kolmannessa tavassa työskennellään samoissa tiloissa koko palveluprosessin ammattilaisten kanssa. Tämä malli viittaa juuri sote-keskuksissa tapahtuvaan moniammatilliseen ja monialaiseen yhteistyöhön. Mallissa korostuu tiimityötaidot sekä tiedetään ja tunnetaan toisten ammattilaisten työtä. (Thl 2025.)

Palveluintegraatiossa keskeisimmät käsitteet ovat palvelukokonaisuus, palveluketju ja palvelupolku. Palvelukokonaisuudella tarkoitetaan asiakkaan palvelun tarpeeseen perustuvaa, ja useista palveluista koostuvaa kokonaisuutta. Palveluketju muodostuu kokonaisuudesta, jossa jonkun tietyn asiakasryhmän palvelu etenee perättäisinä tapahtumina. Palvelupolku muodostuu asiakkaan palvelutarpeen mukaan olevasta suunnitelmallisesta kokonaisuudesta, joka toteutuu yksilöllisesti vaihe kerrallaan. Palvelupolku voi sisältää useita eri palveluita tai palveluprosesseja. (Thl 2025.)

Hujala ja Lammintakanen (2018, 21–22) tutkivat Parempi Arki -hankkeessa paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelupolkujen ongelmakohtia. Tutkimuksen tulosten mukaan palveluiden koordinoinnista ei näyttänyt ottavan kukaan vastuuta moniongelmaisissa asiakkuuksissa, eikä yhteistyölle ollut sovittuja toimintamalleja. Palveluiden pirstaleisuus ilmeni asiakkaiden kokemana uupumuksena ja turhautumisena palvelujärjestelmää kohtaan. Ammattilaiset eivät tunteneet riittävästi toistensa työn sisältöjä ja käytäntöjä, mikä vaikeutti yhteistyön aloittamista. Paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat koettiin kuormittavina, koska ammattilaisilla ei ollut riittäviä keinoja tukea ja auttaa heitä. Myös tietojärjestelmät eivät tukeneet yhteistyön toteuttamista. Palvelujärjestelmään toivottiin lisää joustavuutta, jotta yksittäisiin palvelutarpeisiin voitaisiin vastata tehokkaammin. Tämä edellyttää johdon kiinnostusta käytännön yhteistyön haasteisiin, jotta johto voi sitoutua ja tukea asiakaslähtöisten ja yhteistyöhön perustuvien toimintamallien käyttöönottoa (mt.).

Palveluintegraatiota tukemaan on kehitetty työkaluksi segmentointi. Segmentoinnilla tarkoitetaan sitä, että samankaltaisia asiakastarpeita omaavat henkilöt ryhmitellään omiksi asiakasryhmikseen. Näille ryhmille tuotetaan palveluita siten, että ne vastaavat mahdollisimman hyvin kyseisen ryhmän tarpeita. Palvelukokonaisuuksia voidaan ryhmitellä esimerkiksi iän, elämänvaiheen, palvelujen määrän tai tuen tarpeiden mukaan. Esimerkiksi paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat ja monialaisesti palveluja tarvitsevat asiakkaat voivat muodostaa omat erilliset segmenttinsä. Segmentit voivat olla joko pysyviä tai muuttuvia; esimerkiksi ilmiöihin perustuvat segmentit muuttavat muotoaan ajan kuluessa. (Thl 2025.)

3. Miten toteutus eteni?

3.1 Käytäntötutkimuksen lähestymistapa ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksessa sovellettiin sosiaalityön käytäntötutkimusta tutkimuksellisenä lähestymistapana. Käytäntötutkimuksessa on tavoitteena teoriaa ja käytäntöä yhdistämällä kehittää ja parantaa käytännön toimintaa. Keskeistä on tutkijan ja käytännön toimijoiden välinen yhteistyö ja vuorovaikutus. Tämä lähestymistapa mahdollistaa tutkimustulosten välittömän hyödyntämisen käytännön työssä ja auttaa kehittämään toimintamalleja, jotka

vastaavat paremmin asiakkaiden tarpeisiin. (Väisänen 2022.) Käytännön työntekijöiden vahva osallisuus aineiston hankinnassa tukee uusien toimiviksi havaittujen toimintamallien jalkautumista käytäntöön (Satka ym. 2016, 11).

Käsillä olevassa käytäntötutkimuksessani tutkin MPR asiakkaiden sosiaalisten ongelmien esiintyvyyttä sekä sosiaalihuollon palveluiden tarpeen tunnistamista terveydenhuollon perustason avopalveluissa. On tärkeää tutkia sosiaalihuollon palveluiden tarpeiden tunnistamista, jotta palveluita voidaan kehittää asiakaslähtöisemmiksi ja soteintegroidummiksi. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Miten paljon ja minkälaisia sosiaalisia ongelmia MPR asiakkaila esiintyy terveydenhuollon perustason avopalveluissa?
2. Minkälaisia toimintamalleja ja käytäntöjä sekä työkaluja on käytössä sosiaalihuollon tarpeen tunnistamista varten terveydenhuollon perustason avopalveluissa MPR asiakkaita kohdatessa?

On osoitettu, että kun sosiaalihuollon palveluntarve tunnistetaan oikea-aikaisesti, saa asiakas asiakaslähtöisempää palvelua. Asiakaslähtöisyys ja osallisuus linkittyvät vahvasti toisiinsa, lisäksi osallisuuden kokemuksella on suoraan vuorovaikutusta muihin sosiaalisiin ongelmiin. (Thl 3. 2023). Asiakaslähtöisyys on myös Oma Hämeen strategian yksi arvo, asiakas nähdään keskipisteenä ja palvelut ovat asiakasta varten (Oma Häme 2024). Kun asiakkaita palvellaan ja hoidetaan asiakaslähtöisesti sekä oikea-aikaisesti, säästetään raskaampien palveluiden kustannuksissa. Siten voidaan esittää, sosiaalihuollon palveluiden integrointi MPR-asiakkaiden kanssa tehtävään työhön parantaisi myös toiminnan kustannusvaikuttavuutta.

Kooten, näkemykseni on, että tämän käytäntötutkimuksen tuloksista voi hyötyä

1. Tuloksista hyötyy tulevaisuudessa asiakas, kun saa tarpeitaan vastaavia soteintegroituja palveluita matalalla kynnyksellä avopalveluissa asiakaslähtöisemmin.
2. Tuloksista hyötyy työntekijät tulevaisuudessa työhyvinvoinnin lisääntymisenä, sillä työnkuormittavuutta keventää yhdessä tehty yhteinen työ. Työntekijöiden turhautuminen vähenee, kun ei tarvitse tehdä päällekkäistä työtä.
3. Tuloksista hyötyy Oma Hämeen organisaatio laadukkaampien ja vaikuttavampien palveluiden kehittämistyössään sekä mahdollisten kustannuksien säästöjen kautta, mikäli asiakas pääsee palveluihin oikea-aikaisesti eivätkä tilanteet kriisiydy.

3.1.1 Aineiston kuvaus

Aloitin informanttien rekrytoinnin kyselyyn esittelemällä käytäntötutkimustani terveydenhuollon perustason avopalveluiden osastohoitajien tiimissä sekä mielenterveys ja päihdepalveluiden avopalveluiden johtotiimissä. Näissä tiimeissä sain kaikki mukaan osallistumaan, ja jakamaan kyselylinkkiä työntekijöilleen. Yhdessä sovimme käytännöt siitä,

kuinka esihenkilöt jakavat kyselylinkkiä. Tämän toimintatavan valitsin, sillä se oli helpompi toteuttaa käytännössä niin itselleni kuin työntekijöillekin, ja ajansäästön näkökulmasta. Mikäli olisin halunnut jakaa kyselylinkin itse jokaiselle työntekijälle, olisin silloin tarvinnut jokaiselta allekirjoitetun suostumuslomakkeen. Nyt kyselyn alussa oli tiedote sekä teksti, että kyselyyn vastaamalla vastaajat antoivat suostumuksensa kyselyyn osallistumisesta (Liite 1. Kyselyn runko).

Aineiston keruu toteutettiin sähköisellä Webropol -kyselyllä maaliskuussa 2025. Kyselyssä oli 28 kysymystä. Kyselyyn vastaaminen kesti reilu 10 minuuttia. Kolme ensimmäistä kysymystä olivat taustoittavia, ja kaksi viimeistä kysymystä olivat avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymyksiä oli 10 ja 5 asteista Likert -asteikkoa käytettiin 12 kysymyksessä. Kyselyyn vastasi yhteensä 66 työntekijää (n=66). Vastaajista 28 työskentelee terveydenhuollon perustason avopalveluissa (PTH) ja 23 mielenterveys- ja päihdepalveluiden avopalveluissa (Miepä). Lisäksi 15 vastaajaa valitsi vaihtoehdon "jokin muu", joista seitsemän ei kuulunut kohderyhmään, jolle kysely oli suunnattu. Näin ollen analyysiosiossa on huomioitu vain ne 51 vastaajaa (n=28 + n=23), jotka työskentelevät joko PTH- tai MIEPÄ-palveluissa. Tämä rajausta mahdollistaa myös vertailun näiden kahden palvelualueen välillä ja varmistaa tulosten luotettavuutta. Ammattitaidaltaan vastaajista 56 % (n=37) oli sairaanhoitajia. Lisäksi 70 % kaikista vastaajista oli kerryttänyt työkokemusta yli 10 vuoden ajalta, mikä tuo vastauksiin kokemuksellista syvyyttä ja asiantuntemusta. Otosta voidaan pitää hyvänä ainakin Miepä palveluiden osalta, sillä sain tiedon, että Miepä palveluissa työskentelisi n. 70 työntekijää. PTH palveluista en saanut tietoa työntekijämäärästä kyselyistäni huolimatta.

3.1.2 Sähköinen Webropol -kysely menetelmänä

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui sähköinen Webropol -kysely. Sähköisten kyselyiden vahvuutena pidetään niiden visuaalista, nopeaa aineistonkeruuta sekä tutkijan työkuorman helpottamista (Valli & Perkkilä 2018, 117–118). Kyselytutkimus on tärkeä väline ilmiöiden, ihmisten toiminnan, mielipiteiden, arvojen ja asenteiden tutkimisessa niiden moniulotteisuuden vuoksi (Verkalahti 2014, 11). Halusin tavoittaa mahdollisimman monta vastaajaa lyhyessä ajassa, sekä halusin vastaamisen olevan mahdollisimman helppoa sekä anonyymiä. Miettisen ja Verkalahden (2013, 84, 91) mukaan sähköinen kysely mahdollistaa suuria vastaajamääriä, sekä on tutkijalle helppo ja edullinen vaihtoehto. Kyselyn helppous vastaajille oli tärkeää, sillä työntekijät ovat todella kuormittuneita kaikesta ylimääräisestä hyvinvointialueiden alati muuttuvassa toimintaympäristössä. Anonyymius taas antaa vastaajille rohkeutta vastata rehellisesti, jotta tutkimuksen tulokset ovat luotettavia.

Tein yhteistyötä terveydenhuollon avopalveluiden lähiesihenkilöiden kanssa, joille esittelin kyselyä sekä esittelin kyselyn itse mielenterveys ja päihdepalveluiden henkilöstöinfossa. Kyselylinkkiä jakoivat johtava ylihoitaja sekä mielenterveys ja päihdepalveluiden palvelualuepäällikkö alaisilleen, jotka jakoivat sen edelleen työntekijöille. Lisäksi kyselystä

julkaistiin Kanta-Hämeen hyvinvointialueen sisäisessä intrassa tiedote 26.3.2025, jossa kannustettiin terveydenhuollon perustason avopalveluissa työskenteleviä vastaamaan kyselyyn.

Kyselylomake aineistonkeruu menetelmänä vaatii hyvän ennakkosuunnittelun, sillä tarkentavia kysymyksiä ei pääse esittämään jälkikäteen (Valli 2018a, 261). Selkälä (2013, 118) toteaa kysymysten ryhmittelyn kokonaisuuksiksi olevan tärkeää, toisaalta (mt. 115) pintasuuntautunut vastaaminen voi lisääntyä, mikäli kysymykset ovat päällekkäisiä. Halusin kysyä samoja asioita hieman eri tavoin tuloksien luotettavuuden lisäämiseksi. Kyselyn kysymysten suunnittelussa ja kokonaisuuksiin ryhmittelyssä avustivat tutkijasosiaalityöntekijä kollegat Hanna Niskanen Pirkanmaalta ja Jenna Kantonen Etelä-Pohjanmaalta. He testasivat kyselyäni, ja antoivat siitä palautetta. Kysymyksiä pohdittiin myös Sulava -tutkimushankkeen Anne Puurosen ja Tuula Tuomisen ohjaamana (Liite 1. Kyselyrunko).

3.1.3 Sisällönanalyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Alasuutari (2011, 39) kertoo laadullisessa analyysissa olevan vain kaksi vaihetta, jotka ovat aineiston pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Tuomen ja Sarajärven (2018, 119, 122) mukaan tavoitteena sisällönanalyysillä on saada sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä sekä tuottaa luotettavia johtopäätöksiä loogisen päättelyn ja aineistosta tehtävien tulkintojen avulla.

Analyysin teko alkoi Webropol -ohjelman avulla tuotettujen tiedostojen luomisella. Webropol -ohjelma tekee automaattisesti vastauksista visuaaliset kaaviot ja taulukot prosentteineen monivalintakysymyksistä ja Likert -asteikko kysymyksistä. Kaaviot ja taulukot saa ladata omalle koneelle suoraan PowerPoint tiedostona. Avoimista kysymyksistä saa tehtyä Word tiedoston, jossa ovat kaikki avovastaukset yhteen kysymykseen peräkkäin. Näin sain aineiston muokattua selkeään ja yksinkertaiseen muotoon. Webropol -ohjelma mahdollisti sen, että ladatuissa tiedostoissa on vastaukset valmiiksi jaettu terveydenhuollon perustason avopalveluiden sekä mielenterveys ja päihdepalveluiden avopalveluiden vastaajien välillä.

Kyselyn kysymyksiä laatiessa tavoitteena oli, että ne muodostavat jo valmiita teemoja. Kyselyn aineistoa lukiessa päädyin erilaiseen teemoitteluun. Teemoja muodostaessa mietin jokaisen kysymyksen kohdalla, kuinka se vastaa tutkimuskysymyksiini. Useimmat kysymykset vastasivat suoraan tutkimuskysymyksiin, joista muodostui kaksi ensimmäistä tulososion teemaa. Loput kysymykset liittyivät epäsuorasti tutkimuskysymyksiin, ja niistä muodostui tulososioon kaksi teemaa lisää. Näin aineistonanalyysi alkoi aineiston pelkistämällä neljään teemaan. Pelkistäminen auttoi muodostamaan neljä käsitettä, jotka ohjasivat syvempää sisällönanalyysia.

Ensimmäisen teeman kohdalla analysoin kysymysten 5–8. ja 16. tuottamia vastauksia. Tuloksina nostin esiin määrällisiä havaintoja vastaajien vastauksista. Ensimmäisessä teemassa saadaan vastauksia suoraan tutkimuskysymykseen 1. liittyen sosiaalisten ongelmien esiintyvyyteen ja muotoon. Toisen teeman kohdalla analysoin kysymyksiä 9–13. ja 17–21. sekä 22–23. Tuloksina nostin jälleen määrällisiä havaintoja, jotka ovat merkittäviä ja mainitsemisen arvoisia. Toisessa teemassa saadaan vastauksia tutkimuskysymykseen 2. koskien sosiaalihuollon tarpeen tunnistamiseen liittyviä toimintamalleja, käytäntöjä ja työkaluja. Kolmas teema liittyy työntekijöiden asenteisiin sosiaalihuollon kanssa tehtävään yhteistyöhön. Kysymykset 14–15. ja 24. antavat vastauksia siitä. Ja neljäs teema liittyy työhyvinvointiin, jossa analysoitiin kysymyksiä 25. ja 26. Työhyvinvointi liitetään sosiaalihuollon tarpeiden tunnistamisesta liittyvään yhteistyön tekemiseen sosiaalihuollon kanssa. Lisäksi avokysymyksillä 27. ja 28. saatuja vastauksia olen käyttänyt suorina lainauksina tukemaan määrällisiä tuloksia.

3.1.4 Eettiset näkökulmat ja tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus on osa Sosiaalialan Sosiaalityön laatu ja vaikuttavuus Sisä-Suomen YTA:lla, (SULAVA) -RRP 3-tutkimushanketta (2024–2025) jolle Kanta-Hämeen hyvinvointialue on myöntänyt tutkimusluvan: HVA/2613/13.00.01/2024

Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuttanut vaaraa tutkittaville ja tutkimukseen osallistuminen perustui kaikissa tutkimuksen vaiheissa henkilön vapaaehtoisuuteen. Tutkimuksen eettisyyden varmistamisessa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia (<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>) ja huomioitiin erityisesti seuraavat kohdat:

1. Tutkimukseen osallistuvan tulee tietää, että osallistuminen on vapaaehtoista, eikä kieltäytyminen vaikuta työsuhteeseen tai työtehtäviin
2. Tutkittava sai keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa ilman perusteluja
Tutkittaville kerrottiin tutkimuksen sisältö ja sen tarkoitus sekä informoitiin suostumuksen antamisesta kyselyn alussa (Liite 1. Kyselyn runko, sisältää tiedotteen ja suostumuksen)

Tutkimuksen tekijä huolehtii aineiston tietoturvallisesta käsittelystä, tallentamisesta ja säilyttämisestä. Tutkimuksen aikana aineistoa säilytetään tutkimuksen tekijän verkkoalustoilla, joihin on pääsy vain tutkijan tietämällä salasanalla. Pääsy aineistoon on ainoastaan tutkimuksen tekijällä. Pikassos Oy:n lakkauttamisen jälkeen Sulava-hankkeen tutkimusaineiston hallinnointi ja säilytys on (ajanjaksolle 1.7.-31.12.2025) siirretty Pirkanmaan hyvinvointialueelle / Tutkimuspalvelut. Muutosluvan mukaisesti Sulava-hankkeen sähköistä tutkimusaineistoa säilytetään tietoturvallisesti Pirkanmaan hyvinvointialueen Asiakirjahallinnon alaisena tutkimuksen ajan. Hankkeen loppumisen jälkeen aineisto hävitetään.

Tutkimuksen luotettavuutta tukee se, että aineistonkeruumenetelmä (Webropol-kysely) mahdollisti anonyymin ja laajan vastaajajoukon tavoittamisen. Kyselyyn vastasi 66 henkilöä, joista analyysiin otettiin 51 kappaletta, mikä on määrällisesti riittävä otos tutkimuksen tavoitteisiin nähden. Kysymykset oli suunniteltu huolellisesti ja testattu kollegoiden ja ohjaajien kanssa, mikä lisäsi mittarin validiteettia (Valli & Perkkilä 2018).

Sisällönanalyysi toteutettiin systemaattisesti, ja tulokset on esitetty selkeästi ja läpinäkyvästi. Avoimien vastausten analyysi tuki määrällisiä havaintoja. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää mahdollinen valikoitumisharha: vastaajat ovat voineet olla erityisen motivoituneita tai kiinnostuneita aiheesta. Lisäksi kyselyyn vastanneiden työyksiköiden jakauma ei ole täysin tasapainoinen.

Tutkijan kaksoisrooli (tutkija ja työntekijä) on huomioitu tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tutkija ei ole ollut suorassa vuorovaikutuksessa vastaajiin kyselyn aikana, mikä vähentää ennakoasenteiden vaikutusta. Aineiston käsittelyssä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja tietoturva.

3.1.5 Aikataulu ja eteneminen

Tutkimus on toteutettu Kanta-Hämeen hyvinvointialueella Sulava uramalliohjelman aikana (09/2024–08/2025) seuraavan aikataulun mukaan:

	9/-24	10/-24	11/-24	12/-24	1/-25	2/-25	3/-25	4/-25	5/-25	6/-25	7/-25	8/-25
Uramalliohjelmassa työskentelyn käynnistäminen												
Tutkimuksen ideapaperi												
Tiedotus ja yhteistyö työorganisaatiossa												
Tutkimussuunnitelma												
Tutkimusluvan hakeminen												
Työntekijöiden ja asiakkaiden rekrytointi tutkimukseen ja opastus												
Aineiston keruu												
Aineiston analysointi												
Tutkimuksen päättäminen ja tulokset												

Käytäntötutkimuksen ideointi ja suunnittelu alkoi syyskuussa 2024. Lokakuusta lähtien on tehty yhteistyötä Oma Hämeen organisaation työntekijöiden kanssa. Osa oli työkavereitani, ja osa muualta organisaatiosta. Olen tavannut RRP2 -syli hankkeen kehittäjiä sekä tietohallinnon

tutkijoita, ja niin terveydenhuollon toimialan kuin Perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluiden toimialan henkilöstöä. Tutkimussuunnitelmaa on työstetty loppuvuodesta 2024 helmikuun 2025 alkuun saakka. Tutkimusluvan sain helmikuussa (19.2), jonka jälkeen tein tarkat suunnitelmat tutkimuksen kyselyn jalkauttamisesta. Maaliskuussa (12.3) kysely jalkautettiin ensin terveydenhuollon avopalveluiden työntekijöille esihenkilöiden välityksellä. Viikon kuluttua siitä, kysely jalkautettiin mielenterveys- ja päihdepalveluissa (19.3). Kysely oli auki maaliskuun (31.3) loppuun saakka, jonka jälkeen alkoi aineiston analyysi vaihe. Aineiston analyysi sekä raportointivaihe saattoivat käytäntötutkimuksen päätökseen kesän 2025 aikana.

Käytäntötutkimuksen tulokset julkaistaan Sulava hankkeen uramalliohjelman päätöseminaarissa 22.8.2025 Tampereella kirjasto Metsossa. Tämän jälkeen käytäntötutkimuksen raportti on luettavissa Innokylässä Sulava-hankkeen sivuilla, <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/sulava-sosiaalihuollon-laatu-ja-vaikuttavuus-pirkanmaalla-kanta-hameessa-ja-etela>.

3.2 Reflektio tutkijasosiaalityöntekijän roolista

Itselläni on vahva halu olla kehittämässä tulevaisuuden sosiaalihuollon palveluita, jonka vuoksi hain tutkijasosiaalityöntekijän määräaikaista (1 v. 50 % työajalla) työtä Sulava-tutkimushankkeessa. Koin käytäntötutkimuksen tekemisen omaan työhöni, olevan tie palveluiden kehittämiseen ja sosiaalihuollon näkökulman sekä arvostuksen esiin nostamiseen terveydenhuollon toimialalla mielenterveys ja päihdepalveluissa Kanta-Hämeen hyvinvointialueella. Lisäksi koen, että meillä sosiaalityöntekijöillä on nyt velvollisuus tuottaa tutkittua tietoa päätöksen teon tueksi, tässä yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa hyvinvointialueet ovat kehittymässä.

Vuosi on kulunut nopeasti, ja olen erittäin tyytyväinen rohkeudestani osallistua uuteen ja tuntemattomaan. En pitänyt itseäni niinkään tutkijana, vaan ennemminkin kehittäjänä. Tämä ajatus on matkan varrella muuttunut, ja nykyään pidän itseäni myös tutkijana. On ollut hienoa olla osa uramallipilottia, jossa on voinut tuoda rehellisesti omat mielipiteet ja näkemykset esille käytännöistä. Olen vuoden ajan pitänyt tutkimuspäiväkirjaa kahden tutkijasosiaalityöntekijä kollegan kanssa, eli tuottanut aineistoa uramallipilottiin. Lisäksi olen osallistunut työpajoihin, jossa olemme oppineet uutta tutkimuksen teosta sekä reflektoineet omaa tekemistä. Olemme myös reflektoineet kahden muun uramallipilotissa olevan tutkijasosiaalityöntekijän kanssa omien käytäntötutkimustemme edistämistä alusta loppuun saakka. Me tutkijasosiaalityöntekijät uramallipilotissa olemme kokeneet toistemme vertaistuen todella tarpeelliseksi ja hyödylliseksi sekä voimaannuttavaksi.

Sosiaalityö on usein hektistä, eikä aikaa ole systemaattiselle tai tutkimukselliselle kehittämiselle. Tähän uramallipilottiin osallistuminen mahdollisti 50 % työajan käyttämisen vain oman käytäntötutkimuksen edistämiseen. Tämä oli todella hienoa, että sai työajalla

perehtyä uusimpaan tutkimustietoon ja rauhassa työstää mm. tutkimussuunnitelmaa. Turhautumista koin vain siinä vaiheessa, kun hain tutkimuslupaa.

Vuoden määräaika on riittänyt itselleni hyvin, sillä käytäntötutkimukseni aineiston hankinta menetelmäksi valikoitui sähköinen kysely, mikä on käytännössä helpompi toteuttaa kuin esim. haastattelut litterointineen. Työnjako oman työn ja tutkimustyön välille aiheutti välillä päällekkäisyyksiä. Lisäksi lopussa olisi ollut hyvä saada keskittyä vain oman tutkimuksen loppuun saattamiseen, ja olla omasta työstä pois esim. kahden kuukauden ajan.

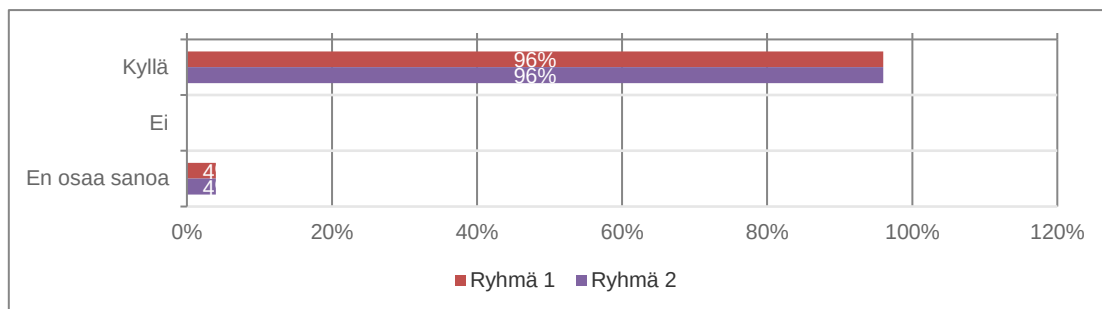
Tämä kokemus on vahvistanut omaa sosiaalityöntekijän identiteettiäni, ja toivon oman kokemukseni osana uramallipilottia tuottavan tulevaisuuteen mallin, jota sosiaalihuollon työntekijät pääsevät hyödyntämään. Käytäntötutkimus omassa työssä voi olla merkittävä väline sosiaalihuollon kehittämisessä, mutta sen onnistuminen edellyttää tukea, selkeitä rakenteita ja arvostusta myös oman organisaation sisältä.

4. Mitä havaittiin?

Tämä tulososio jakaantuu neljään pääteemaan, jotka nousevat kysymysten asettelun pohjalta, ne ovat: 4.1 Sosiaalisen ongelman tunnistaminen MPR asiakkaalla, 4.2 Käytössä olevat työkalut, toimintamallit ja käytännöt, 4.3 Työntekijöiden asenne yhteistyöhön sosiaalihuollon kanssa, ja 4.4 Vaikutukset työhyvinvointiin. Liite 1. on nähtävillä kaikki kyselyn kysymykset, sekä Liite 2. tuo esiin 1–26 kysymysten vastaukset.

Kyselyn ensimmäiset kolme kysymystä olivat taustoittavia kysymyksiä, joilla ei ole analyysiin suoraa vaikutusta, mutta niiden avulla saadaan vertailu tietoa terveydenhuollon perustason avopalveluiden työntekijöiden sekä mielenterveys ja päihdepalveluiden avopalveluiden työntekijöiden väliltä. Ryhmä 1. tuloksissa kuvaa terveydenhuollon perustason avopalveluiden (PTH) työntekijöiden vastauksia, ja Ryhmä 2. kuvaa mielenterveys ja päihdepalveluiden (Miepä) perustason avopalveluiden työntekijöiden vastauksia. Viimeiset kaksi kysymystä olivat avoimia kysymyksiä, joiden vastauksia olen käyttänyt lainauksina johtopäätökset ja yhteenveto osioissa. Kysymykset liittyivät kehittämisehdotuksiin sekä siihen mikä jo toimii hyvin.

Kysymys 4. tuottaa tuloksena vastauksen siihen, että kyselyyn vastanneet ovat oikea kohderyhmä kartoittamaan sosiaalisten ongelmien esiintyvyyttä MPR asiakkailla niin perustason terveydenhuollon avopalveluissa kuin mielenterveys ja päihdepalveluiden avopalveluissa. Jatkossa käytän PTH lyhennettä perusterveydenhuollon avopalveluista (Ryhmä 1.), ja Miepä lyhennettä mielenterveys ja päihdepalveluista (Ryhmä 2.).

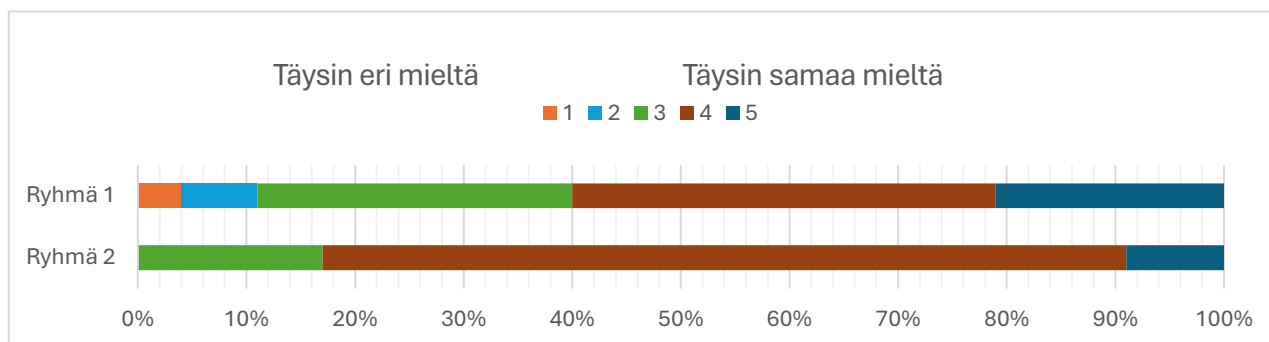


Kysymyksessä 4. kysyttiin: Kohtaatko työssäsi MPR asiakkaita/potilaita, joilla esiintyy sosiaalisia ongelmia (esim. asunottomuus, työttömyys, toimeentulon vaikeudet/köyhyys, rikollisuus, lähisuhdeväkivalta, perhesuhteiden ongelmat)?

Suurin osa vastaajista kohtaa työssään MPR-asiakkaita tai -potilaita, joilla esiintyy sosiaalisia ongelmia. Tämä havainto oli johdonmukainen molemmissa ryhmissä: perustason terveydenhuollon avopalveluissa (PTH) työskentelevistä 96,4 % ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden (Miepä) vastaajista 95,7 % ilmoitti kohtaavansa tällaisia asiakkaita. Vain kaksi vastaajaa ilmoitti, ettei osaa sanoa.

4.1 Sosiaalisten ongelmien tunnistaminen MPR asiakkailla

Kysymyksillä 5–8 ja 16. tutkittiin MPR asiakkaan tunnistamista sekä asiakkaalla olevan yhtäaikaista sosiaalisen ongelman tunnistamista.



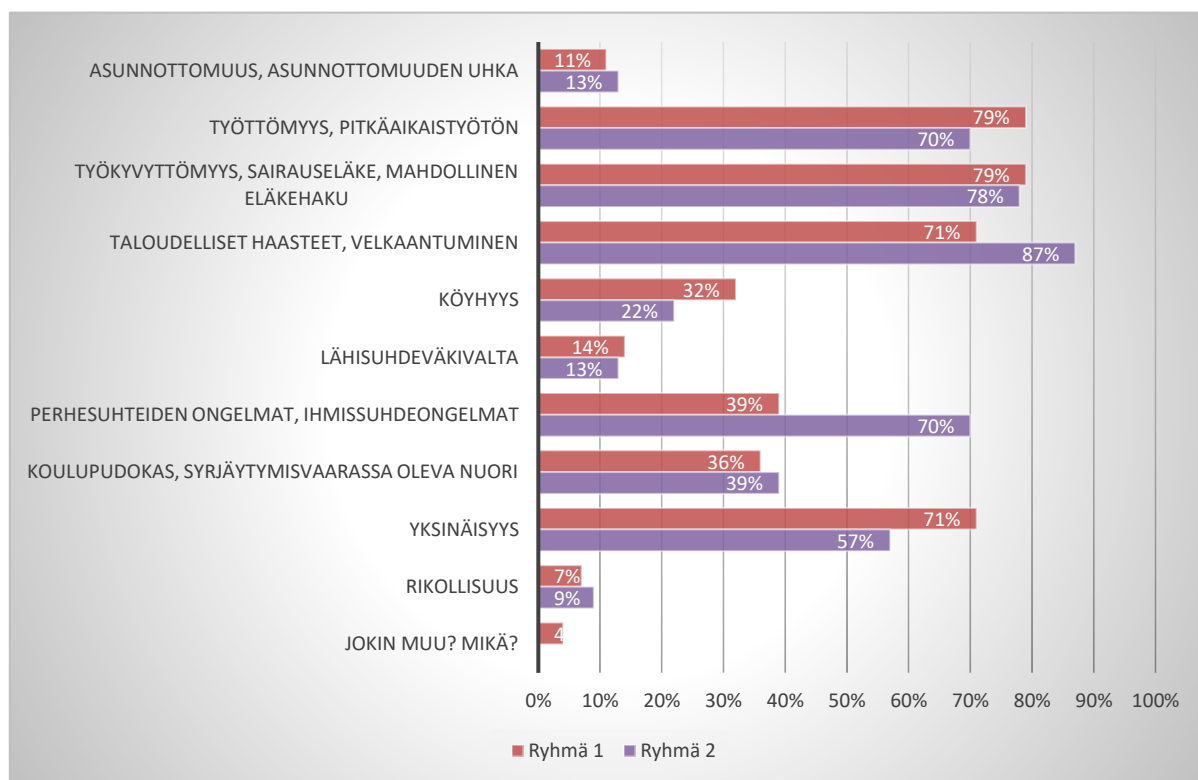
Kysymys 16. Tunnistan helposti asiakkailla/potilailla esiintyviä sosiaalisia ongelmia.

Tulos osoittaa, että PTH:ssa (Ryhmä 1.) on epäröintiä sosiaalisten ongelmien tunnistamisen helppoudessa. 39,3 % kertoo kuitenkin olevansa melko samaa mieltä väitteen kanssa, ja 21,4 % täysin samaa mieltä. Miepä:ssä (Ryhmä 2.) 73,9 % vastaajista kokee sosiaalisten ongelmien tunnistamisen helpoksi.

Kohtaamistiheydessä oli selvä ero ryhmien välillä. Miepä-ryhmässä 73,9 % vastaajista kohtasi MPR-asiakkaita päivittäin, kun taas PTH-ryhmässä vastaava osuus oli vain 14,3 %. PTH-ryhmässä kohtaamiset painottuivat viikoittaisiin (46,4 %) ja kuukausittaisiin (32,2 %) kontakteihin.

Sosiaalisten ongelmien näkyvyydessä MPR-asiakkailla oli myös eroja. Miepä-ryhmässä 39,1 % arvioi ongelmien näkyvän paljon ja 43,5 % melko paljon. PTH-ryhmässä vastaavat osuudet olivat 14,3 % ja 50,0 %. Vain pieni osa kummankaan ryhmän vastaajista arvioi ongelmien näkyvän vain vähän tai ei lainkaan.

Kun vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka suurella osalla heidän MPR-asiakkaistaan esiintyy sosiaalisia ongelmia, Miepä-ryhmässä 39,1 % arvioi osuuden olevan yli 70 %, ja 34,8 % yli 50 %. PTH-ryhmässä 21,4 % arvioi osuuden olevan yli 70 % ja 32,1 % yli 50 %. Toisaalta PTH-ryhmässä neljännes arvioi, että alle 20 % asiakkaista kohtaa sosiaalisia ongelmia, kun taas Miepä-ryhmässä näin arvioi vain 4,4 %.



Kysymys 8. Mitkä sosiaaliset ongelmat esiintyvät useammin MPR asiakkailla/potilailla? Valitse 1–4:

Tässä näkyy kuinka työttömyys, työkyvyttömyys, taloudelliset haasteet ovat kolmen kärki sosiaalisissa ongelmissa MPR asiakkailla. PTH työntekijöiden vastauksissa yksinäisyys nousee yli 70 %, ja Miepä asiakkailla nousee perhesuhteiden ongelmat 70 %. Huomionarvoista on koulupudokkaiden osuus, joita niin PTH:n kuin Miepä:n MPR asiakkaista olisi 36–39 %.

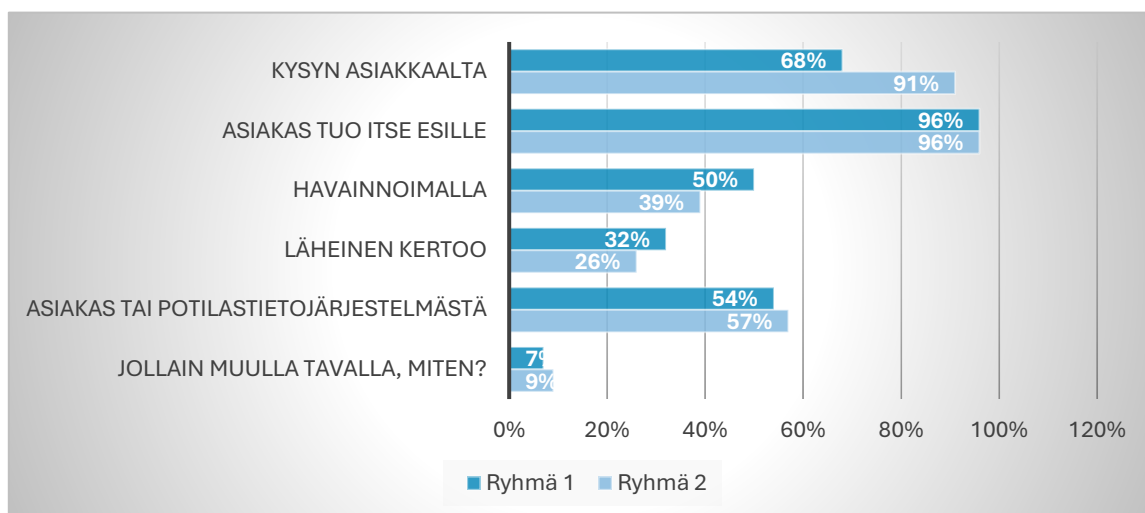
Sosiaaliset ongelmat tulivat esiin useimmiten asiakkaan itsensä kertomina (PTH 96,4 %, Miepä 95,7 %), mutta myös suoraan kysymällä (PTH 67,9 %, Miepä 91,3 %) ja havainnoimalla (PTH 50,0 %, Miepä 39,1 %). Lisäksi tietoa saatiin potilastietojärjestelmästä, läheisiltä tai muilta ammattilaisilta.

Tulokset tukevat aiempaa tutkimustietoa siitä, että sosiaaliset ongelmat ovat yleisiä MPR-asiakkailta ja että ne vaikuttavat merkittävästi asiakkaiden terveyteen ja hoidon tarpeeseen. Sosiaaliset ongelmat ovat yhteydessä sairastavuuteen, ja ne voivat vaikeuttaa hoitoon hakeutumista ja hoitoon sitoutumista (THL 2023; Blomgren & Perälä 2020). Esimerkiksi THL:n (2022) mukaan sosiaaliset ongelmat, kuten toimeentulon vaikeudet, asunnottomuus ja lähisuhdeväkivalta, ovat keskeisiä terveyden eriarvoisuutta lisääviä tekijöitä. Lisäksi tutkimuskirjallisuudessa (esim. Blomgren & Perälä 2020) korostetaan, että sosiaalisten ongelmien varhainen tunnistaminen on olennainen osa kokonaisvaltaista hoitoa ja palvelutarpeen arviointia. Vastaajien kokemukset siitä, että ongelmat tulevat esiin erityisesti asiakkaan omasta aloitteesta tai suoraan kysymällä, tukevat ajatusta siitä, että ammattilaisen aktiivinen rooli on keskeinen sosiaalisten ongelmien tunnistamisessa.

MPR-asiakkaiden sosiaaliset ongelmat ovat yleisiä sekä perusterveydenhuollon (PTH) että mielenterveys- ja päihdepalveluiden (Miepä) avopalveluissa. Yleisimmät ongelmat ovat työttömyys, työkyvyttömyys ja taloudelliset haasteet. PTH:ssa korostui yksinäisyys, kun taas Miepä:ssä nousivat esiin perhesuhteiden ongelmat. Sosiaaliset ongelmat tunnistetaan pääasiassa asiakkaan omasta kertomuksesta, havainnoinnin kautta tai kysymällä, mutta systemaattisia työkaluja tai kirjaamiskäytäntöjä ei ole.

4.2 Käytössä olevat työkalut, toimintamallit ja käytännöt

Kysymyksillä 9–13 ja 17–23 tutkittiin terveydenhuollon työntekijöiden käytössä olevia käytäntöjä, toimintamalleja ja työkaluja sosiaalihuollon tarpeen tunnistamiseen.



Kysymys 9. Miten sosiaaliset ongelmat tulevat esille?

Sosiaalisten ongelmien tunnistaminen ja käsittely asiakastyössä rakentuu monista rinnakkaisista käytännöistä, jotka heijastavat sekä ammattilaisten osaamista että organisaation rakenteita. Kyselyn perusteella sosiaaliset ongelmat tulevat esiin useimmiten asiakkaan itsensä kertomina (PTH 96,4 %, Miepä 95,7 %) tai kun ammattilainen kysyy niistä

suoraan (PTH 67,9 %, Miepä 91,3 %). Myös havainnointi, potilastietojärjestelmä ja läheisten kertomukset ovat merkittäviä tiedonlähteitä. Vastaajat mainitsivat lisäksi muita tapoja, kuten kokonaisvaltaisen päättelyn ja tiedon saamisen sosiaalipalveluista tai sidosryhmiltä.

Ensikäynnillä käytetyistä menetelmistä yleisin oli vapaamuotoinen keskustelu, jota käytti yli 90 % vastaajista molemmissa ryhmissä. Havainnointia hyödynsi noin kaksi kolmasosaa vastaajista, ja kyselylomakkeita käytti noin kolmannes. Strukturoituja haastatteluja käytti erityisesti Miepä-ryhmä (39,1 %). Lisäksi kysymyksen 10 Jokin muu kohdassa mainittiin: *”oma kokemus ja intuitio sekä sairauskertomukseen tutustuminen etukäteen”*.

Sosiaalisten ongelmien kirjaaminen potilas- tai asiakastietojärjestelmään oli yleistä: PTH-ryhmässä 88,9 % ja Miepä-ryhmässä 95,2 % ilmoitti kirjaavansa tiedon. Kirjauspaikat vaihtelivat: yleisimmin käytettiin vapaamuotoista tekstiä, kuten esitietoja, nykytilaa tai käyntitekstiä. Vain harva käytti toimenpidekoodeja tai kirjasi tiedon käyntisyyksi. Tämä hajanaisuus voi heikentää tiedon löydettävyyttä ja vaikuttaa siihen, miten sosiaaliset ongelmat huomioidaan jatkossa hoidon suunnittelussa. Kirjaamisen käytännöt näyttävät olevan yksikkö- ja työntekijäkohtaisia, mikä korostaa tarvetta yhtenäisille ohjeille ja rakenteiselle kirjaamiselle. Yhtenäinen kirjaaminen olisi Kanta-Hämeen hyvinvointialueelle tulevan henkilökeskeisen tietomallin CRM:n (Antikainen ym. 2025) toimivuuden kannalta tärkeää. Henkilökeskeisen tietomallin on tarkoitus tulla avuksi sotetyöntekijöille nimenomaan oikealle polulle ohjaamisessa eli tunnistaa asiakkaan palveluiden tarpeita.

LifeCare-potilastietojärjestelmän Z-koodeja käytti säännöllisesti vain pieni osa vastaajista (PTH 10,7 %, Miepä 21,7 %). Moni ei ollut kuullutkaan koodeista (PTH 25 %, Miepä 30,4 %) tai ei tiennyt, ovatko ne käytössä. Tämä viittaa siihen, että Z-koodien käyttö ei ole vakiintunut osa kirjaamiskäytäntöjä, vaikka ne voisivat tarjota rakenteisen tavan tunnistaa ja seurata sosiaalisia ongelmia.

Tiedonkulku sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä osoittautui haasteelliseksi. Tieto asiakkaan sosiaalihuollon asiakkuudesta saatiin useimmiten asiakkaalta itseltään (PTH 81,5 %, Miepä 87,0 %), mutta harvemmin potilastietojärjestelmästä tai sosiaalihuollon työntekijältä. Tämä korostaa sitä, että tieto ei liiku automaattisesti järjestelmien tai ammattilaisten välillä, vaan jää usein asiakkaan vastuulle. Vastaajat kuvasivat myös, että tieto saadaan joskus "salapoliisityönä" tai satunnaisten yhteydenottojen kautta.

Ammattilaisten osaaminen ohjata asiakas oikean sosiaalihuollon palvelun piiriin oli kohtalaista. PTH-ryhmässä 46,5 % vastaajista arvioi osaavansa ohjata asiakasta, kun taas Miepä-ryhmässä vastaava osuus oli 40,9 %. Yhteisasiakkuuden tarpeen tunnisti PTH-ryhmässä 53,6 % ja Miepä-ryhmässä 56,5 %. Sen sijaan yhteyden saaminen sosiaalihuoltoon koettiin vaikeaksi: PTH-ryhmässä vain 14,3 % ja Miepä-ryhmässä 26,1 % koki saavansa yhteyden helposti. Myös yhteistyön sujuvuus arvioitiin heikoksi: PTH-ryhmässä vain 10,7 % ja Miepä-ryhmässä 34,8 % koki yhteistyön olevan sujuvaa. Nämä tulokset osoittavat, että vaikka tarve yhteistyölle tunnistetaan, käytännön toteutus on usein haastavaa.

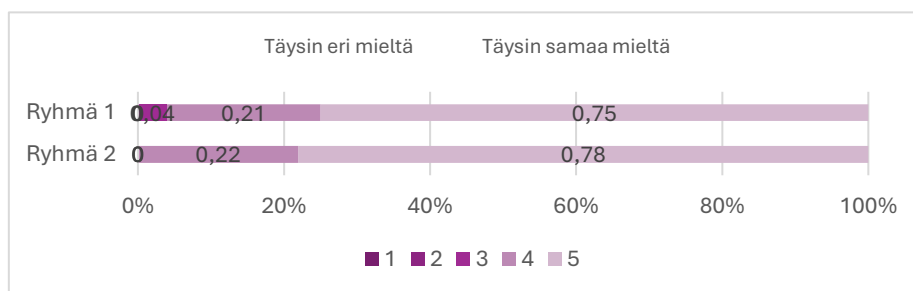
Erityisen huolestuttavaa on, että vain harva vastaaja koki osaavansa kertoa asiakkaalle sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnista (ShL 36 §) tai asiakkuuden prosessista. PTH-ryhmässä vain 17,8 % ja Miepä-ryhmässä 43,5 % koki osaavansa kertoa palvelutarpeen arvioinnista. Sosiaalihuollon asiakkuuden prosessista kertominen oli vielä harvinaisempaa: PTH-ryhmässä vain 14,3 % ja Miepä-ryhmässä 17,5 % koki osaavansa kertoa siitä. Tämä viittaa siihen, että sosiaalihuollon rakenteet ja prosessit eivät ole terveydenhuollon ammattilaisille riittävän tuttuja, mikä voi estää asiakasta saamasta tarvitsemiaan palveluja. Tämä tulos osoittaa, ettei vastaajat tunne riittävästi sosiaalihuollon työtä, jotta voisi kertoa siitä asiakkaalle/potilaalle. Hietapakka ym. (2020, 55) tutkimuksessaan toivat esille, että monialaisia palveluita tarvitsevien tunnistamista vaikeutti epätietoisuus toisten työn sisällöistä.

Sosiaalisten ongelmien tunnistamiseen käytetään eniten vapaamuotoista keskustelua ja havainnointia. Strukturoituja menetelmiä ja lomakkeita käytetään harvemmin. Vaikka suurin osa vastaajista kirjaa sosiaaliset ongelmat potilastietojärjestelmään, kirjaaminen ei ole systemaattista. Z-koodeja käytetään satunnaisesti tai ei ollenkaan. Tieto asiakkaan sosiaalihuollon asiakkuudesta saadaan pääasiassa kysymällä asiakkaalta. Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa koetaan vaikeaksi erityisesti PTH:ssa, ja tieto sosiaalihuollon prosesseista on puutteellista.

4.3 Työntekijöiden asenteet yhteistyöhön sosiaalihuollon kanssa

Kysymyksillä 14–15, ja 24 tutkittiin työntekijöiden asennetta yhteistyöhön sosiaalihuollon kanssa työskentelyssä MPR asiakkaiden kanssa.

Sosiaaliset ongelmat ovat merkittävä osa MPR-asiakkaiden kokonaistilannetta, ja niiden vaikutus terveyteen tunnustetaan laajasti (WHO). Kyselyn mukaan 92,2 % vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että sosiaaliset ongelmat vaikuttavat asiakkaan tai potilaan terveyteen (kysymys 14). Vastaavasti 98 % koki tärkeäksi, että sosiaaliset ongelmat otetaan huomioon hoidossa ja hoidon suunnittelussa (kysymys 15). Nämä tulokset osoittavat vahvaa ammatillista ymmärrystä sosiaalisten tekijöiden merkityksestä terveydenhuollossa.



Kysymys 15. Sosiaalisten ongelmien huomioon ottaminen asiakkaan hoidossa ja hoidon suunnittelussa on tärkeää.

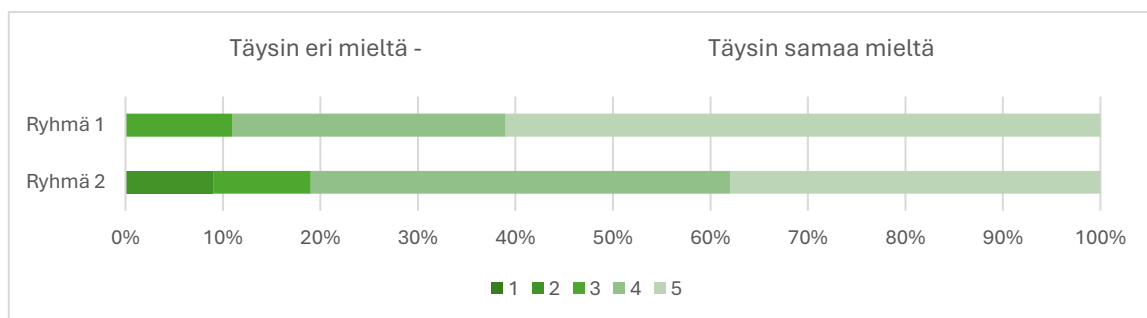
Täydennyskoulutuksen tarve sosiaalihuollon palveluprosesseihin liittyen nousi esiin kysymyksessä 24. Vastaajista 77,5 % oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että he hyötyisivät

koulutuksesta. Tämä viittaa siihen, että vaikka asenteet yhteistyöhön ovat myönteisiä, osaamisen ja tiedon puutteet voivat estää yhteistyön toteutumista käytännössä. Teoriaosuudessa korostetaan, että moniammatillinen yhteistyö edellyttää yhteistä ymmärrystä ja rakenteita, jotka tukevat tiedon jakamista ja yhteistä toimintaa (Hietapakka ym. 2020).

Työntekijät tunnistavat sosiaalisten ongelmien vaikutuksen asiakkaan terveyteen ja pitävät niiden huomioimista tärkeänä hoidon suunnittelussa. Suurin osa vastaajista kokee, että täydennyskoulutus sosiaalihuollon palveluista ja prosesseista olisi hyödyllistä. Asenteet yhteistyöhön ovat myönteisiä, mutta käytännön esteet, kuten tiedon puute ja vaikeus saada yhteyttä sosiaalihuoltoon, heikentävät yhteistyön toteutumista. Yksi vastaaja kiteytti asian näin, että *”Pidän tärkeänä sitä, että sosiaalipuolen osaaminen olisi mukana työyhteisön arjessa. Tällä hetkellä sosiaalihuollon palvelut näyttävät irrallisina.”* (K27,16/30)

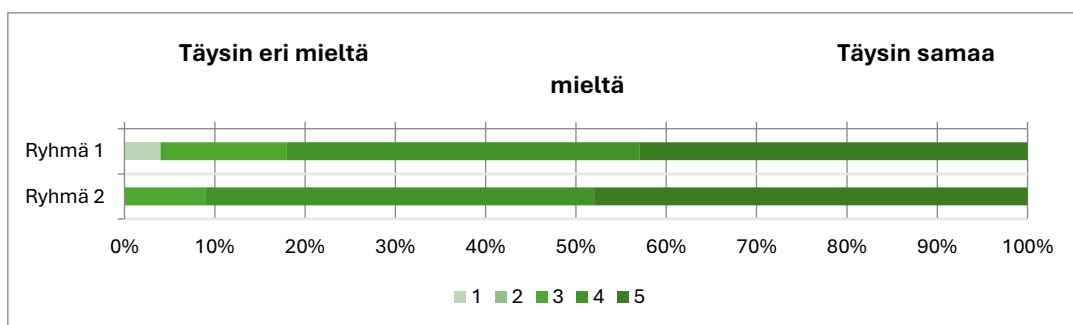
4.4 Yhteistyön vaikutukset työhyvinvointiin

Kysymyksillä 25–26. tutkittiin työntekijöiden mielipiteitä soteyhteiseen työhön MPR asiakkaiden parissa tehtävässä työssä sekä sen vaikutuksista työntekijöiden kokemaan työn kuormitukseen.



Kysymys 26. Työkuormaani MPR asiakkaita/potilaita kohdatessa helpottaisi, jos sosiaalisia ongelmia hoidettaisiin yhtäaikaaisesti ja yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa.

Kysymyksessä 26 vastaajista 89,8 % oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että työkuormaa helpottaisi, jos sosiaalisia ongelmia hoidettaisiin yhtäaikaaisesti ja yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa. Tämä viittaa siihen, että moniammatillinen yhteistyö ei ole vain ideaalinen toimintamalli, vaan myös konkreettinen keino vähentää työn kuormittavuutta. Yhteisiasiakkuuksille onkin yhteistä se, että kukaan ammattilainen ei selviytyisi yksinään, vaan tarvitaan yli sektorirajojen ylittävää yhteistyötä (Hujala & Lammintakanen 2018, 16–18).



Kysymys 25. MPR asiakkaiden/potilaiden palveluita olisi hyvä toteuttaa yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa soteintegroituna palveluna.

Lisäksi kysymys 25 osoittaa, että 85,7 % vastaajista kannattaa soteintegroitua palvelumallia, jossa MPR-asiakkaiden palvelut toteutetaan yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa. Tämä ei ainoastaan paranna asiakaskokemusta, vaan myös vahvistaa työntekijöiden kokemusta siitä, että he eivät ole yksin monimutkaisten asiakastilanteiden edessä. Yhteistyön rakenteellinen puute voi johtaa siihen, että työntekijät joutuvat kantamaan vastuuta asioista, jotka kuuluisivat sosiaalihuollon piiriin, mikä lisää kuormitusta ja heikentää työhyvinvointia. Lisäksi Karjalainen ym. (2019, 55–58) mukaan menetetään ehkäisevän työn mahdollisuus, ilman soteintegroitua työskentelyä perustason palveluissa.

Työhyvinvointi on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten jaksamista. Kyselytulosten perusteella voidaan todeta, että sosiaalisten ongelmien huomioiminen ja yhteistyö sosiaalihuollon kanssa eivät ole pelkästään asiakaslähtöisiä tarpeita, vaan niillä on suora yhteys työntekijöiden kokemaan työkuormaan ja työhyvinvointiin. Tämä on kiinnostavaa siksi, koska mikäli sosiaalihuollon tarve tunnistetaan oikea-aikaisesti MPR-asiakkailla, ja asiakkaan ongelmat tulevat kohdatuksi ja kuulluksi, niin siitä hyötyvät asiakkaat, työntekijät ja koko organisaatio. Asiakaslähtöinen palvelu ja moniammatillinen työ, on se sitten yhteisasiakkuuden mallin avulla tai soteyhteisenä työnä, vähentää työn kuormitusta MPR-asiakkaiden kanssa tehtävässä työssä.

Tutkimus osoittaa, että MPR-asiakkaiden sosiaaliset ongelmat ovat yleisiä sekä perusterveydenhuollon että mielenterveys- ja päihdepalveluiden avopalveluissa. Työttömyys, työkyvyttömyys, taloudelliset haasteet, yksinäisyys ja perhesuhteiden ongelmat ovat keskeisiä esiin nousevia teemoja. Vaikka työntekijät tunnistavat nämä ongelmat ja niiden vaikutukset asiakkaan hyvinvointiin, käytännön työssä ei ole riittäviä työkaluja, toimintamalleja tai yhtenäisiä käytäntöjä sosiaalihuollon tarpeen tunnistamiseen ja yhteistyöhön. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta (Kekoni ym. 2019; Kivistö & Hautala 2022; Rissanen 2021) tämä tarkoittaa, että asiakkaan yksilölliset tarpeet eivät tule riittävästi huomioiduiksi palveluprosessissa. Asiakkaan osallisuus ja kokemus kuulluksi tulemisesta jäävät vajaiksi, mikä voi heikentää hoitoon sitoutumista ja lisätä palveluiden kuormittavuutta.

Moniammatillisen yhteistyön puute näkyy erityisesti tiedonkulun ongelmissa ja epäselvyyksissä sosiaalihuollon prosesseista. Tämä estää yhteisen ymmärryksen muodostumista asiakkaan tilanteesta ja vaikeuttaa yhteisasiakkuuksien toteutumista (Kekoni ym. 2019; Mönkkönen ym. 2019; Hujala & Lammintakanen 2018). Soteintegraation näkökulmasta (THL 2025; Hujala & Lammintakanen 2018; Raitakari 2025) palvelut eivät muodosta toimivaa kokonaisuutta, vaan asiakas joutuu liikkumaan siiloutuneessa järjestelmässä. Tämä lisää riskiä siitä, että asiakas jää ilman tarvitsemaansa tukea tai palvelut viivästyvät. Integraation puute kuormittaa myös työntekijöitä, jotka kokevat jäävänsä yksin monimutkaisten asiakastilanteiden kanssa.

5. Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tässä tutkimuksessa kysyttiin: Miten paljon ja minkälaisia sosiaalisia ongelmia MPR-asiakkaila esiintyy? Minkälaisia toimintamalleja, käytäntöjä ja työkaluja on käytössä sosiaalihuollon tarpeen tunnistamiseen? Tutkimustulosten mukaan voidaan esittää, että sosiaaliset ongelmat ovat erittäin yleisiä MPR-asiakkaila. Yleisimmät sosiaaliset ongelmat ovat työttömyys, työkyvyttömyys, taloudelliset haasteet, yksinäisyys ja perhesuhteiden ongelmat. Nämä ongelmat esiintyvät sekä PTH- että Miepä-palveluissa, mutta painotukset vaihtelevat. Tulosten perusteella voidaan myös esittää, että tunnistaminen perustuu pääosin asiakkaan omaan kertomukseen ja havainnointiin. Systemaattisia työkaluja, kuten Z-koodeja, käytetään vähän tai ei lainkaan. Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa on hajanaista, eikä selkeitä toimintamalleja ole juurtunut käytäntöön. Antikaisen ym. (2025, 117) mukaan CRM-henkilökeskeinen tietomalli rakentuu kolmitasoisena, jossa edellinen taso on suodatettu osajoukko seuraavasta tasosta. Mallin rakenteellinen logiikka edellyttää, että asiakkaan palvelutarpeet tunnistetaan ja kirjataan johdonmukaisesti. Vaikuttavuuden arvioinnissa keskeisessä asemassa ovat tiedonhallinnan ja tiedolla johtamisen käytännöt, jotka mahdollistavat sosiaalisten ongelmien näkyväksi tekemisen. Tämä korostaa tutkimukseni havaintoa siitä, että sosiaalisten ongelmien kirjaaminen potilastietojärjestelmään ei ole systemaattista, mikä heikentää tiedon hyödyntämistä vaikuttavuuden arvioinnissa ja palveluiden kehittämisessä.

Tutkimus osoittaa, että sosiaalisten ongelmien tunnistaminen ja niihin vastaaminen on keskeinen osa vaikuttavaa ja asiakaslähtöistä MPR-asiakkaiden palvelua. Tulokset tukevat aiempaa tutkimusta siitä, että palvelujärjestelmä on edelleen siiloutunut ja yhteistyö sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä vaatii rakenteellista vahvistamista (Hietapakka ym. 2020; Hujala & Lammintakanen 2018). Kuten yksi vastaajista totesi, että *”Moniammatillisen työskentelyn arvo on unohtunut. Eri ammattiryhmillä on erilaista osaamista. Yritetään selvittää ihmisen hoidosta kaikista halvimpien työntekijöiden työpanoksella ja mahdollisimman vähillä kontakteilla.”* (K27,24/30)

Tutkimus tuottaa arvokasta tietoa Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kehittämistyöhön ja tukee yhteisiasiakkuuden mallin jalkauttamista. Yhden työntekijä vastaajan toteamus, *”Yhteisiasiakkuus käytännöksi jokaisen asiakkaan kohdalla. Tämä helpottaa sekä asiakasta kuin työntekijöitäkin kun tieto tulee yhdellä kertaa kaikille.”* (K27,13/30) Toteamus tuo hyvin esille, kuinka työntekijöillä on halu tehdä työtä yhdessä MPR asiakkaiden parissa.

Tutkimustulokset korostavat, että palveluintegraation kehittämisessä on tärkeää panostaa sosiaalisten ongelmien puheeksi ottamiseen. Toimintaa tulee suunnata siten, että asiakkaan tarpeet voidaan huomioida nykyistä kokonaisvaltaisemmin. Tämä tarkoittaa myös yhteisiasiakkuuden prosessin käynnistämisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon soteyhteisen työskentelyn mahdollistamista asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti. Asiakaslähtöisempi palvelu lisää asiakastyytyväisyyttä sekä hoitoon sitoutumista. Asiakas saa palvelut yhdeltä

luukulta ilman pois ohjausta. Työntekijöiden työhyvinvointi lisääntyy, kun ei tehdä päällekkäistä työtä, eikä tehdä yksin vaan vastuuta jaetaan. Näin saadaan sosiaalihuollon palveluihin laatua sekä vaikuttavuutta, josta hyötyy yksilö, työntekijät sekä organisaatio. Kaikki vaikuttaa kaikkeen ajattelusta totesi eräs vastaaja näin, että *”Yhteistyössä sosiaalipalveluiden kanssa autetaan potilasta kokonaisvaltaisesti kaikki vaikuttaa kaikkeen periaatteella.”* (K27,3/30)

Seuraavassa kehittämis ehdotuksia toimivaan ja asiakaslähtöiseen työskentelyyn Kanta-Hämeen hyvinvointialueella MPR-asiakkaita kohdatessa.

1. **Kehitetään yhtenäinen toimintamalli** sosiaalisten ongelmien tunnistamiseen ja kirjaamiseen, esimerkiksi Z-koodien käytön koulutuksella ja ohjeistuksella. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella kehitteillä oleva asiakkuudenhallintajärjestelmä CRM pystyy paremmin palvelemaan asiakkaiden palveluiden tarpeiden tunnistamisessa, kun käytössä olisi yhtenäinen kirjaamismalli Z-koodeille. Nyt uusi yhtäaikainen palveluntarve ei tule järjestelmästä esille lainkaan.
2. **Jalkautetaan yhteisasiakkuuden malli** käytäntöön Kanta-Hämeen hyvinvointialueella ja sitoutetaan johtajat tukemaan mallin jalkautumisen edistämistä. Yhteisasiakkuuden malli olisi hyvä saada toimimaan PTH:n palveluissa, jossa pääosin MPR asiakkaita kohdataan eniten viikottain.
3. **Lisätään täydennyskoulutusta** sosiaalihuollon palveluista, prosesseista ja yhteistyökäytännöistä kaikille terveydenhuollon työntekijöille. Sosiaalihuollossa usein tunnistetaan terveydenhuollon palvelutarve, sillä yleensä kaikilla sosiaalihuollon työntekijöillä on omakohtaisia kokemuksia terveydenhuollosta, kun taas sosiaalihuollon palveluista ei ole omakohtaista kokemusta yhtä laaja-alaisesti terveydenhuollon ammattihenkilöillä.
4. **Vahvistetaan soteyhteistä työtä** esimerkiksi, Miepä palveluissa soteyhteinen työ voisi vakiintua rakenteisiin sotetyöpari työskentelyn avulla. Soteyhteinen työ olisi tärkeää, sillä Miepä palveluissa MPR asiakkaita, joilla on yhtäaikainen sosiaaliongelman kohdataan päivittäin.
5. **Luodaan selkeä tiedonkulun malli** sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välille, joka mahdollistaa sujuvan yhteistyön ja asiakaslähtöisen palvelun. Tätä helpottaisi parhaiten yhteinen asiakastietojärjestelmä sekä automaattisesti kysytyt suostumukset asiakkailta yhteistyöhön.

Tutkimus tuo esiin selkeän tarpeen kehittää asiakaslähtöisiä, moniammatillisia ja soteintegroituneita palveluprosesseja MPR-asiakkaiden kohdalla Kanta-Hämeen hyvinvointialueella, jonka arvoista yksi on Asiakaslähtöisyys (Oma Häme 2024). Asiakaslähtöisyys edellyttää, että asiakkaan sosiaaliset ongelmat tunnistetaan ja niihin vastataan oikea-aikaisesti ja kokonaisvaltaisesti (Kekoni ym. 2019; Kivistö & Hautala 2022). Tämä vaatii työntekijöiltä osaamista, mutta ennen kaikkea rakenteellista tukea ja selkeitä toimintamalleja. Aineiston avoimissa vastauksissa kysyttäessä mikä jo toimii hyvin, kantaa

otettiin näin, *”Forssan MPY:n mukainen toimintamalli, jossa palveluohjaaja, sos.tt, psykologi, lääkäri ja sairaanhoitajat työskentelevät yhdessä asiakkaan parhaaksi yhden luukun periaatteella.”* (K28,7/22)

Moniammatillinen yhteistyö on keskeinen keino vastata moninaisiin palvelutarpeisiin. Yhteistyön onnistuminen edellyttää yhteistä kieltä, ymmärrystä toisten työn sisällöistä ja sujuvaa tiedonkulkua (Mönkkönen ym. 2019; Pehkonen ym. 2019). Tutkimus osoittaa, että työntekijöillä on halua yhteistyöhön, mutta käytännön esteet estävät sen toteutumista. Kuten eräs vastaaja totesi, että *”yhteisvastaanotot asiakkaan luvalla olisivat mielekäs ja tehokas tapa saavuttaa yhteinen ymmärrys asiakkaan tilanteesta.”* (K27,16/30)

Soteintegraatio on välttämätöntä, jotta palvelut muodostavat asiakkaalle toimivan kokonaisuuden. Oma Hämeen (2024) strategian painopistealue *”Autamme sopivalle polulle”* vaatii toteutuakseen palveluiden integraatioita. Integraatio ei ole vain rakenteellinen kysymys, vaan se edellyttää myös kulttuurista muutosta kohti yhteistä vastuuta asiakkaasta (THL 2025; Hujala & Lammintakanen 2018). Kun palvelut ovat integroituneita, asiakas saa tarvitsemansa tuen yhdeltä luukulta, ja työntekijöiden työkuorma kevenee.

Lisäksi on tärkeää huomioida, että palveluintegraatio ja soteyhteinen työ eivät ole ainoastaan suositeltavia toimintatapoja – ne ovat myös lainsäädännöllisesti veloitettuja. Sosiaalihoitolaain (1301/2014) 24 § ja 25 § edellyttävät, että sekä päihde- että mielenterveystyö suunnitellaan ja toteutetaan siten, että ne muodostavat toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Tämä tarkoittaa, että yhteisasiakkuuksien ja soteyhteisen työn kehittäminen ei ole vain palveluiden laadun ja vaikuttavuuden kannalta perusteltua, vaan myös lakisääteisesti veloitettua. Tämä tutkimus tukee osaltaan näiden veloitteiden jalkauttamista käytäntöön Kanta-Hämeen hyvinvointialueella.

Lähteet:

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Antikainen, K. & Rönkkö, I. & Tarkiainen, T., & Rajainmäki, N. (2025). Henkilökeskeinen tietomalli: Avain sosiaali- ja terveydenhuollon systeemitasoiseen vaikuttavuustietoon. *FinJeHeW – Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 17(1), 115–122. <https://doi.org/10.23996/fjhw.152440> (Viitattu 31.7.2025)

Hietapakka, L. & Karjalainen, P. & Liukko, E. & Sinervo, T. 2019. Monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden sekä työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen Suomessa. Thl: Verkkojulkaisu. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138986/PAPATA_tuti-pohjassa_FINAL%20s.pdf?sequence=4&isAllowed=y (Viitattu 24.1.25)

Hietapakka, L. & Tiirinki, H. & Sinervo, T. 2020. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa Suomessa. Teoksessa Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.) 2020. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:18. Verkkojulkaisu. 39–59. [Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa](#) (Viitattu 31.1.2025)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Hujala, A. & Lammintakanen, J. 2018. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kaks, Kunnallissalan kehittämissäätiön Julkaisu 12. [Microsoft Word - FINAL_soteintegraatio_221217](#) (03.05.2025)

Karjalainen, P. & Metteri, A. & Strömberg-Jakka, M. 2019. Tiekartta 2030 – Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön tulevaisuus selvitys. STM: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 2019:41. [TIEKARTTA 2030 - Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön tulevaisuus selvitys](#) (Viitattu 24.1.25)

Kautonen, M. 2025. Sote-keskustoimintamallin käyttöönotto, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, (RRP,P4,I1). Verkkojulkaisu: Innokylä. [Sote-keskustoimintamallin käyttöönotto, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#) (Viitattu 31.07.2025)

Kekoni, T. & Mönkkönen, K. & Hujala, A. & Laulainen, S. & Hirvonen, J. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Kaarina Mönkkönen & Taru Kekoni & Aini Pehkonen 2019. Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. 15–46.

Kivistö, M. & Hautala, S. 2022. Structuration processes of client-oriented and system-oriented social work practice: the view point of client documentation. Verkkojulkaisu: Nordic Social Work Research 12(4), 421-434. [Structuration processes of client-oriented and system-oriented social work practice: the view point](#) (03.05.2025)

KvantiMOTV, Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Kyselylomakkeen laatiminen - Tietoarkisto](#) (14.11.24)

Liukko, E. 2020. Monialaisesti palveluja tarvitsevien tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtionneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Policy Brief 21/2020. 21-2020-Monialaisesti+palveluja+tarvitsevien+tunnistaminen+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa.pdf (tietokayttoon.fi) (13.11.24)

Maijala, V. & Koivisto, J.-M. (2020). Hyvät käytännöt asiakaslähtöisten ja monitoimijaisten palvelujen kehittämisessä. HAMK Unlimited Journal 21.1.2020. <https://hyvinvointi-ja-sote-ala/hyvat-kaytannot-asiakaslahtoiset-palvelut> (Viitattu 13.11.2024)

Matthies, A-L. & Svenlin, A-R. & Rantamäki, N. & Viitasalo, K. 2021. Aikuissosiaalityössä vaikuttavat sosiaaliset mekanismit. Teoksessa Aila-Leena Matthies & Anu-Riina Svenlin & Kati Turtiainen (toim.) 2021. Aikuissosiaalityö, tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Gaudeamus.189–202.

Miettinen, J. & Vehkalahti, K. 2013. Verkkokyselytutkimuksen otoksen valinta. Teoksessa Salla-Maaria Laaksonen & Janne Matikainen & Minttu Tikka. Otteita verkostoa Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Jyväskylä: Vastapaino. 84–104.

- Murray, J-L.K. & Hernandez-Santiago, V. & Sullivan, F. & Hortal, J. & Badshah, F. & Keatley, B. & Galbraith, J. & Channer, P. & Fearfull, A. & Haddow, A. & Johnston, E. & Ward, M. & O'Carroll, V. 2025. Interprofessional collaborative practice in health and social care for people with multimorbidity: a scoping review protocol. Verkkojulkaisu: Systematic Reviews 14, 3 (2025). [Interprofessional collaborative practice in health and social care for people living with multimorbidity: a scoping review protocol | Systematic Reviews | Full Text](#) (03.05.2025)
- Mönkkönen, K. & Leinonen, L. & Arajärvi, M. & Hovatta, A-E. & Tusa, N. & Salokangas, K. 2019. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa Kaarina Mönkkönen & Taru Kekoni & Aini Pehkonen 2019. Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. 47–88.
- Oma Häme 2024. Askeleen edellä elämäsi polulla: Strategia ja arvot. Verkkosivut. <https://omahame.fi/strategia-ja-arvot> (13.11.24)
- Pehkonen, A. & Martikainen, K. & Kinni, R-L. & Mönkkönen, K. 2019. Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa Kaarina Mönkkönen & Taru Kekoni & Aini Pehkonen 2019. Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. 89–111.
- Puuronen, A. 1. 2024. Sosiaalihuollon laatu ja vaikuttavuus Pirkanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Etelä-Pohjanmaalla (SULAVA). [SULAVA | Pikassos](#) (viitattu 10.2.2025)
- Puuronen, A. 2. 2024. *Sulava malli – Sosiaalityön tutkimusperustainen uramallikokeilu ja TKIO-opinnäyteyhteistyö -esite* (19.8. 2024) Innokylä: Sulava-hanke. https://innokyla.fi/sites/default/files/2025-03/Sulava-malli_%20Sosiaality%C3%B6n%20tutkimusperustainen%20uramallikokeilu%20ja%20TKIO-opinn%C3%A4yteyhteisty%C3%B6-esite_0.pdf (viitattu 28.7.2025)
- Puuronen, A. 3. 2024. *Katsaus sosiaalityön käytäntötutkimukseen* [PowerPoint-diat]. Sosiaalityön uramalliohjelma, hankepaja 1. Sulava-hanke (4.9.2024)
- Rauhala, L. 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. 3. painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Rissanen, P. 2021. Asiakasosallisuus aikuissosiaalityön asiakassuhteessa. Teoksessa Aila-Leena Matthies & Anu-Riina Svenlin & Kati Turtiainen (toim.) 2021. Aikuissosiaalityö, tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Gaudeamus. 137–148.
- Satka, M., Julkunen, I., Kääriäinen, A., Poikela, R., Yliruka, L. & Muurinen, H. 2016. Johdanto – Käytäntötutkimus tietona ja taitona. Teoksessa Mirja Satka & Ilse Julkunen & Aino Kääriäinen & Ritva Poikela & Laura Yliruka & Heidi Muurinen (toim.) 2016. Käytäntötutkimuksen taito. 8–30.
- STM 2024. Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämistä. Valtioneuvosto. Helsinki. [Hyvinvointialueet - Sosiaali- ja terveysministeriö](#) (Viitattu 30.1.25)
- THL Blogi 2018. Sosiaaliset tekijät kuormittavat terveydenhuoltoa – miten kustannuksia voitaisiin saada alas? Sosiaaliset tekijät kuormittavat terveydenhuoltoa – miten kustannuksia voitaisiin saada alas? - THL-blogi (31.10.2024)
- THL 2023. Sote-palveluiden yhteensovittamisessa on eroja eri asiakasryhmien ja hyvinvointialueiden välillä. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. [Sote-palveluiden yhteensovittamisessa on eroja eri asiakasryhmien ja hyvinvointialueiden välillä - THL](#) (Viitattu 30.1.2025)
- Thl 1. 2023. Päihdehaitat. Päihdehaitat käyttäjälle, läheisille ja yhteiskunnalle - THL (31.10.2024)
- Thl 2. 2023. Sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyö. Sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyö – THL (31.10.2024)
- THL 2024. Osallisuuden osa-alueet ja osallisuuden edistäminen. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. [Osallisuuden osa-alueet ja osallisuuden edistämisen periaatteet - THL](#) (14.11.24)
- THL 2025. Palveluintegraatio. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. [Palveluintegraatio - THL](#) (Viitattu 30.1.25)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valli, R & Perkkilä, P. 2018. Sähköinen kyselylomake ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus. 117–128.

Valli, R. 2018a. Vastausten tulkinta määrällisessä tutkimuksessa. Teoksessa Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: PS-kustannus. 261–275.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kimmo Vehkalahti ja Finn Lectura Ab.

Väisänen, R. (2022). Käytäntötutkimuksen jännitteitä. Sosiaalipedagogiikka, 3(1), 45–60.
<https://journal.fi/sosiaalipedagogiikka/article/download/119979/71323/238862>

WHO. Social Determinants of Health. Terveysten sosiaaliset tekijät - globaali (who.int) (31.10.24)

Liitteet:

Liite 1. Kyselyn runko, Tiedote tutkimukseen osallistuvalla ja Suostumus

Sosiaaliset ongelmat puheeksi - Asiakaslähtöisyydellä laatua ja vaikuttavuutta MPR asiakkaiden palveluprosessien kehittämistyöhön Kanta-Hämeen hyvinvointialueella

TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE TYÖNTEKIJÖILLE

Kutsun sinut mukaan osallistumaan käytäntötutkimukseen, jossa tutkitaan mielenterveys-, päihde- ja riippuvuus (MPR) asiakkaiden sosiaalisten ongelmien esiintyvyyttä sekä minkälaisia ne ovat terveydenhuollon perustason avopalveluissa ja mielenterveys ja päihdepalveluiden perustason avopalveluissa. Lisäksi tutkitaan, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt edellä mainituissa perustason avopalveluissa tunnistavat MPR asiakkaan tarpeen sosiaalihuollon palveluille ja/tai terveydenhuollon kanssa yhteistyönä tehtävälle yhteisasiakkuudelle. Käytäntötutkimus liittyy SULAVA-osatutkimukseen Sosiaalihuollon laatu ja vaikuttavuus Pirkanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Etelä-Pohjanmaalla. Tutkimusta rahoittaa Valtion tutkimusrahoitus (Sosiaali- ja terveysministeriö). Tutkimuksen toteuttajat ovat Pirkanmaan hyvinvointialue (hankehallinnoija), sosiaalihuollon osaamiskeskus Pikassos Oy (osatoteuttaja) sekä Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA (osatoteuttaja).

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän käytäntötutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on tuoda esiin mielenterveys, päihde- ja riippuvuus (MPR) asiakkaiden sosiaalisten ongelmien esiintyvyyttä sekä minkälaisia ne ovat terveydenhuollon perustason avopalveluissa ja perustason mielenterveys ja päihdepalveluiden avopalveluissa. Toisena tavoitteena on selvittää sitä, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt perustason avopalveluissa tunnistavat MPR asiakkaan tarpeen sosiaalihuollon palveluille ja/tai terveydenhuollon kanssa yhteistyönä tehtävälle yhteisasiakkuudelle.

Oma Hämeellä on kehitetty Sote -keskus -toimintamallissa yhteisasiakkuuden mallia, jota ei vielä ole jalkautettu käytäntöön. Tämän tutkimuksen avulla tuotetaan tietoa tukemaan yhteisasiakkuuden mallin jalkauttamista. Tutkimuksesta saatavalla tiedolla edistetään palveluiden kehittämistä Oma Hämeen arvojen mukaan asiakaslähtöisemmiksi sekä huomioidaan Oma Hämeen strategian painopistealue ”Autamme sopivalle polulle”. Tutkimuksen avulla tuotetaan tietoa myös tukemaan Kanta-Hämeen hyvinvointialueella olevaa Systeemitason vaikuttavuuden arviointi -hanketta, jossa toteutetaan muun muassa asiakas- ja potilastiedoista tietoturvallinen ja yksittäisten asiakkaiden tietosuojan turvaava henkilökeskeinen tietomalli CRM. Henkilökeskeisen tietomallin on tarkoitus tulla avuksi sotetyöntekijöille nimenomaan oikealle polulle ohjaamisessa eli tunnistaa asiakkaan palveluiden tarpeita.

Tutkimuksen aineisto

Tämän käytäntötutkimuksen aineisto koostuu sähköisen Webropol-kyselyn tuottamasta aineistosta. Kyselyyn vastaamiseen kuluu reilu 10 minuuttia aikaa. Kysely julkaistaan maaliskuun 2025 aikana, ja kysely on avoinna kaksi viikkoa. Kysely koostuu taustoittavista, monivalinta- ja Likert-asteikko kysymyksistä.

Vapaaehtoisuus

Sähköiseen kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista eikä vaadi kirjautumista. Epäsuorina henkilötunnistetietoina kysytään ammattia sekä työkokemusta, mutta minkäänlaisia suoria henkilötunnistetietoja ei kerätä. Tutkimukseen osallistumisesta ei koidu Sinulle mitään haittaa. Osallistuminen ei vaikuta esimerkiksi työtehtäviisi. Tutkimukseen osallistumisesta et saa myöskään mitään välitöntä aineellista hyötyä kuten palkkiota, mutta pääset osallistumaan ja vaikuttamaan sosiaalityön asemaan ja sisältöihin.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

4. Tuloksista hyötyy tulevaisuudessa asiakas, kun saa tarpeitaan vastaavia soteintegroituja palveluita matalalla kynnyksellä avopalveluissa asiakaslähtöisemmin. Asiakas saa asiakaslähtöisempää palvelua, kun sosiaalihuollon palveluntarve tunnistetaan oikea-aikaisesti. Asiakaslähtöisyys on Oma Hämeen strategian yksi arvo, asiakas nähdään keskipisteenä ja palvelut ovat asiakasta varten. Kun asiakkaita palvellaan ja hoidetaan asiakaslähtöisesti sekä oikea-aikaisesti, säästetään raskaampien palveluiden kustannuksissa.

5. Tuloksista hyötyy työntekijät tulevaisuudessa työhyvinvoinnin lisääntymisenä, sillä työnkuormittavuutta keventää yhdessä tehty yhteinen työ. Turhautuminen vähenee, kun ei tarvitse tehdä päällekkäistä työtä.
6. Tuloksista hyötyy Oma Hämeen organisaatio laadukkaampien ja vaikuttavampien palveluiden kehittämistyössään sekä mahdollisten kustannuksien säästöjen kautta, mikäli asiakas pääsee palveluihin oikea-aikaisesti eivätkä tilanteet kriisiydy.

Käytäntötutkimuksesta ei aiheudu haittaa siihen osallistuville, eikä tutkimuksessa käytettävään menetelmään liity riskejä.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen sekä yksityisyyden suoja

Käytäntötutkimusta varten tallennan omaan käyttöön sähköisestä kyselylomakkeesta saadut vastaukset. Lomakkeet tuhotaan tutkimuksen valmistuttua. Teistä kerättyjä tietoja käsitellään tietosuojalain edellyttämällä tavalla. Ulkopuoliset eivät voi nähdä tutkimuksen kyselystä saatuja tietoja. Tutkimuksesta tullaan laatimaan kirjallinen raportti sekä tutkimuksen tulokset julkaistaan 22.8.2025 Tampereella Sulava-osatutkimus hankkeen järjestämässä seminaarissa sekä verkkoalustoilla. Tutkittavien tietoja ei pysty tunnistamaan raportista.

Lisätiedot

Halutessasi saat lisätietoja Sulava-hankkeen tutkijasosiaalityöntekijä Maritza Heinolta, P. 044 9011079, maritza.heino@pikassos.fi , joka toteuttaa tämän tiedotteen käytäntötutkimuksen.

Sulava-hankkeen verkkosivut: <https://pikassos.fi/sulava>

Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi

Minua pyydetään osallistumaan SULAVA-osatutkimuksen käytäntötutkimukseen. Olen saanut kirjallista ja suullista tietoa tutkimuksesta sekä mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulle on kerrottu, että tutkimusaineisto pidetään salassa ja aineistoa käsitellään kunnioittavasti, luottamuksellisesti ja nimettömästi.

Ymmärrän, että minulla on oikeus kieltäytyä ja perua suostumukseni milloin tahansa. Minun ei tarvitse ilmoittaa perumisen syytä. Perumisen voi tehdä olemalla yhteydessä tutkijaan. Kieltäytymisestä ei koidu minulle haittaa.

Tutkimusaineisto tallennetaan tämän tutkimuksen tekijän omaan sähköiseen pilvipalveluun (OneDrive). Tutkimuksen päätyttyä aineiston jatkosäilytys siirtyy Pikassokseen, jossa sen säilytys tapahtuu tietoturvallisesti ja tutkimuseettisiä ohjeita noudattaen.

Vastaamalla tähän kyselyyn annat suostumuksen kyselyyn vastaamisesta sekä kyselyssä kysyttyjen henkilötietojesi käsittelyyn

Taustoittavat kysymykset 1–4:

1. Työskentelypaikkasi:
 - a. Terveystieteiden perustason avopalveluissa
 - b. Mielenterveys ja päihdepalveluiden perustason avopalveluissa
 - c. Jokin muu? Mikä? _____
2. Ammatti?
 - a. Sairaanhoidaja
 - b. Psykologi
 - c. Lääkäri
 - d. Lähihoitaja
 - e. Jokin muu, Mikä? _____
3. Työkokemus?
 - a. 0–1 v.
 - b. 1–3 v.
 - c. 3–5 v.
 - d. yli 5 v.
 - e. yli 10 v.

Sosiaalisten ongelmien esiintyvyys ja tunnistaminen kysymykset 5–13

4. Kohtaatko työssäsi MPR asiakkaita/potilaita, joilla esiintyy sosiaalisia ongelmia (esim. asunnottomuus, työttömyys, toimeentulon vaikeudet/köyhyys, rikollisuus, väkivalta/lähisuhdeväkivalta, perhesuhteiden ongelmat)?
 - a. Kyllä
 - b. Ei
 - c. En osaa sanoa
5. Kuinka usein kohtaat työssäsi MPR asiakkaan/potilaan?
 - a. Päivittäin
 - b. Viikoittain
 - c. Kuukausittain
 - d. Joka toinen kuukausi
 - e. Pari kertaa vuodessa
6. Asiakkaillasi/potilaillasi, joilla on MPR haasteita, missä määrin sosiaaliset ongelmat heillä näyttäytyvät?
 - a. Paljon
 - b. Melko paljon
 - c. Jonkin verran
 - d. Melko vähän
 - e. Ei lainkaan

7. Arvioi montako prosenttia MPR asiakkailasi/potilaillasi on sosiaalinen ongelma/ongelmia?

- a. alle 20 %
- b. alle 50 %
- c. yli 50 %
- d. yli 70 %
- e. Muu? _____

8. Mitkä sosiaaliset ongelmat esiintyvät useammin MPR-asiakkaila/potilailla?

Valitse 1–4:

- a. Asunnottomuus, asunnottomuuden uhka
- b. Työttömyys, pitkäaikaistyötön
- c. Työkyvyttömyys, sairauseläke, mahdollinen eläkehaku
- d. Taloudelliset haasteet, velkaantuminen
- e. Köyhyys
- f. Lähisuhdeväkivalta
- g. Perhesuhteiden ongelmat, ihmissuhdeongelmat
- h. Koulupudokas, syrjäytymisvaarassa oleva nuori
- i. Yksinäisyys
- j. Rikollisuus
- k. Jokin muu? Mikä _____

9. Miten sosiaaliset ongelmat tulevat esille?

- a. Kysyn asiakkaalta
- b. Asiakas tuo itse esille
- c. Havainnoimalla
- d. Läheinen kertoo
- e. Asiakas tai potilastietojärjestelmästä
- f. Jollain muulla tavalla, miten? _____

10. Mitä menetelmiä käytät sosiaalisten ongelmien tunnistamiseen ensikäynnillä?

- a. Strukturoitu haastattelu
- b. Vapaamuotoinen keskustelu
- c. Kyselylomakkeet
- d. Havainnointi
- e. En mitään
- f. Jokin muu, mikä? _____

11. Kirjataanko asiakkaan/potilaan sosiaalinen ongelma asiakas tai potilastietojärjestelmään?

- a. Kyllä
- b. Ei

Jos vastasit kyllä, kerro minne kirjaat tiedon/tiedot asiakkaan/potilaan sosiaalisesta ongelmasta asiakas tai potilastietojärjestelmässä

1. Käyntisyy

2. Toimenpidekoodi

3. Lisätiedot

4. Johonkin muualle, mihin? _____

12. Onko työyksikössäsi käytössä LifeCare potilastietojärjestelmän Z-koodit?

- a. Kyllä, käytän niitä säännöllisesti
- b. Kyllä, mutta en ole käyttänyt niitä
- c. Kyllä, käyttö satunnaista
- d. Ei
- e. En tiedä
- f. En ole kuullutkaan Z-koodeista

Sosiaalisten ongelmien tunnistamisen tärkeys kysymykset 14–15

13. Sosiaaliset ongelmat vaikuttavat asiakkaan/potilaan terveyteen

- 1. Täysin erimieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. Jokseenkin samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

14. Sosiaalisten ongelmien huomioon ottaminen asiakkaan hoidossa ja hoidon suunnittelussa on tärkeää

- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. Jokseenkin samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

15. Tunnistan helposti asiakkailla/potilailla esiintyviä sosiaalisia ongelmia

- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. Jokseenkin samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

Sosiaalihuollon palvelun tarpeen tunnistaminen ja yhteistyö 17–24

16. Saan tiedon asiakkaan/potilaan sosiaalihuollon asiakkuudesta

- a. Työyhteisössä olevien selkeiden ohjeiden avulla
- b. Sosiaalihuollon viranomaiselta, joka on osa työyhteisöäni
- c. Kysymällä asiakkaalta
- d. Asiakas tai potilastietojärjestelmästä

- e. Ei kuulu työnkuvaani
- f. Jollain muulla tavoin, miten? _____

17. Osaan ohjata asiakkaan/potilaan oikean sosiaalihuollon palvelun piiriin tarvittaessa

- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. Jokseenkin samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

18. Tunnistan, milloin tarvitaan sosiaalihuollon palveluita yhteistyöhön (yhteisasiakkuus)

- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. Jokseenkin samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

19. Saan yhteyden sosiaalihuoltoon yhteistyön tekemiseksi tarvittaessa helposti

- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. Jokseenkin samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

20. Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa on sujuvaa

- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. Jokseenkin samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

Perustelut: _____

21. Tiedän mitä tarkoittaa sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi Shl 36 §. ja osaan kertoa siitä asiakkaalle/potilaalle

- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 3. en osaa sanoa
- 4. Jokseenkin samaa mieltä
- 5. Täysin samaa mieltä

22. Osaan kertoa asiakkaalle/potilaalle sosiaalihuollon asiakkuuden prosessista

- 1. Täysin eri mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä

3. en osaa sanoa
 4. Jokseenkin samaa mieltä
 5. Täysin samaa mieltä
23. Uskon hyötyväni täydennyskoulutuksesta liittyen sosiaalihuollon palvelun tarpeen tunnistamiseen ja palveluprosesseihin
1. Täysin eri mieltä
 2. Jokseenkin eri mieltä
 3. En osaa sanoa
 4. Jokseenkin samaa mieltä
 5. Täysin samaa mieltä

Kehittämisestä ja työnkuormituksesta kysymykset 25–28

24. MPR asiakkaiden/potilaiden palveluita olisi hyvä toteuttaa yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa soteintegroituna palveluna
1. Täysin eri mieltä
 2. Jokseenkin eri mieltä
 3. en osaa sanoa
 4. Jokseenkin samaa mieltä
 5. Täysin samaa mieltä
25. Työkuormaani MPR asiakkaita/potilaita kohdatessa helpottaisi, jos sosiaalisia ongelmia hoidettaisiin yhtäaikaaisesti ja yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa
1. Täysin eri mieltä
 2. Jokseenkin eri mieltä
 3. en osaa sanoa
 4. Jokseenkin samaa mieltä
 5. Täysin samaa mieltä
26. Kerro vapaamuotoisesti, miten toivoisit, että MPR asiakkaan/potilaan kohtaamista ja palveluita kehitetään Oma Hämeellä perustason avopalveluissa

-
27. Kerro vapaamuotoisesti mikä toimii jo hyvin MPR asiakkaan/potilaan perustason avopalveluissa
-
-

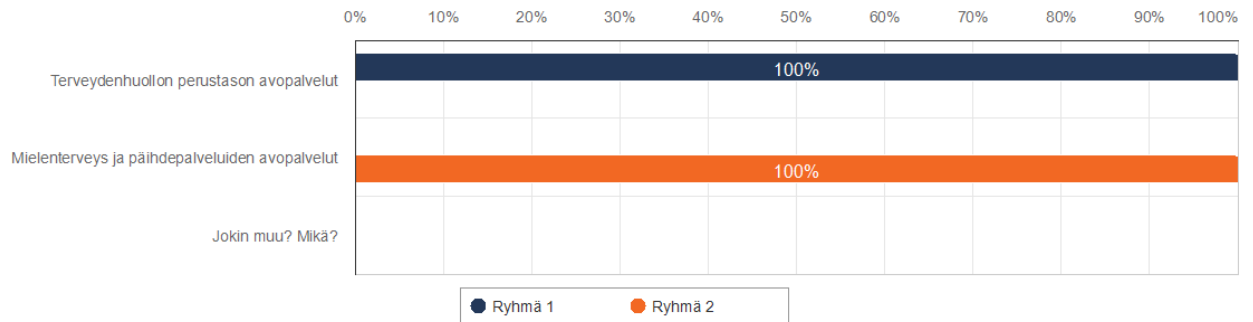
Liite 2. Webropol -kyselyn vastaukset kysymyksiin 1.–26.

Vastaajien kokonaismäärä: 66

Otettu analyysiin: PTH 28 (Ryhmä 1.) ja Miepä 23 (Ryhmä 2.)

1. Työskentelypaikkasi?

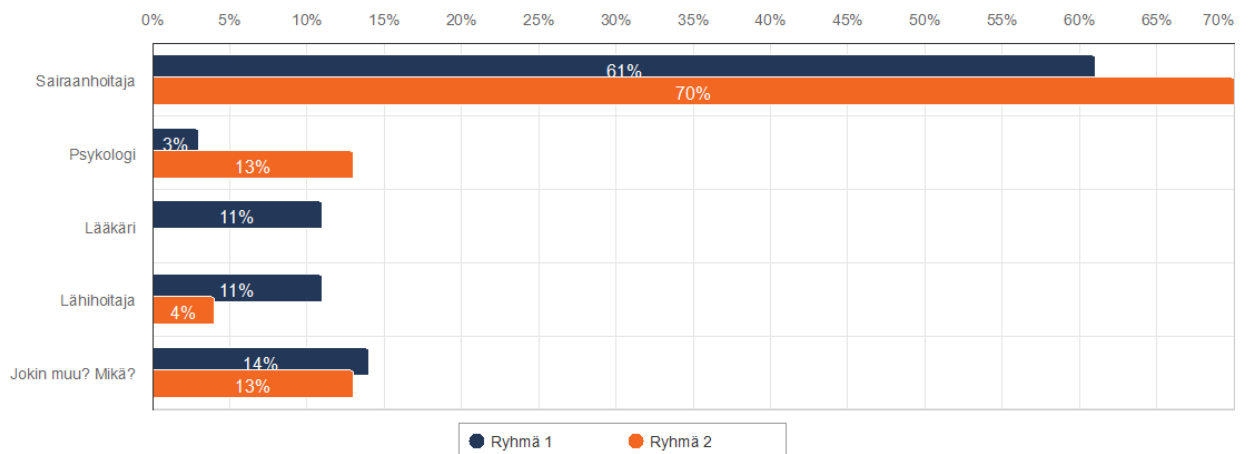
Vastaajien määrä: 51



	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
Terveysthuollon perustason avopalvelut	28	100,0%	0	0,0%	28
Mielenterveys ja päihdepalveluiden avopalvelut	0	0,0%	23	100,0%	23
Yhteensä	28		23		51

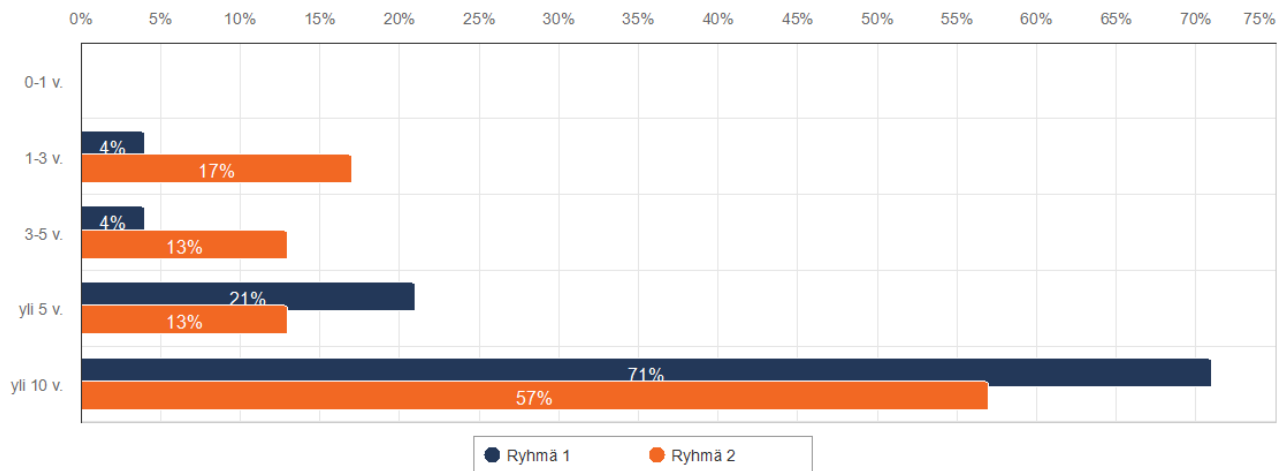
2. Ammatti?

Vastaajien määrä: 51



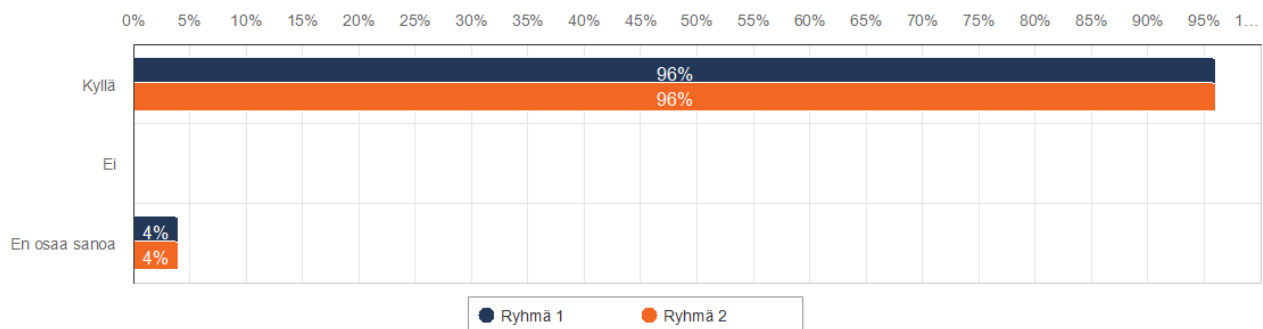
3. Työkokemus?

Vastaajien määrä: 51



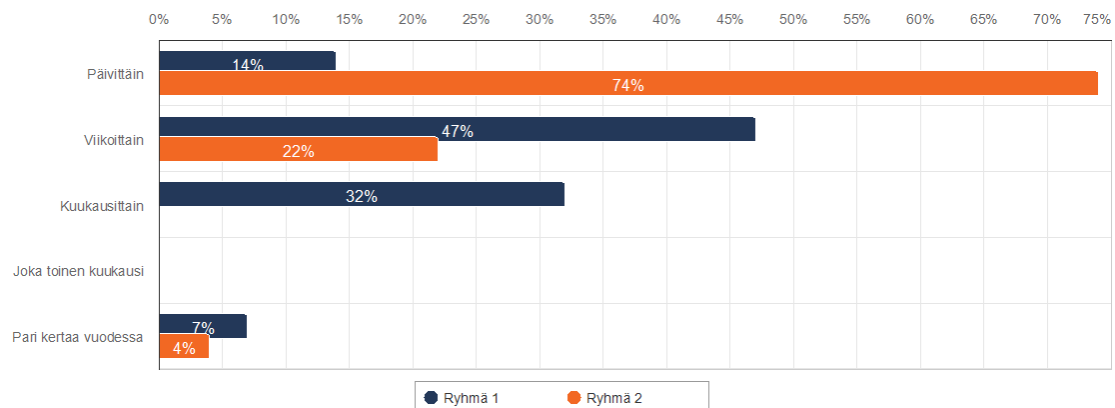
4. Kohtaatko työssäsi MPR asiakkaita/potilaita, joilla esiintyy sosiaalisia ongelmia (esim. asunnottomuus, työttömyys, toimeentulon vaikeudet/köyhyys, rikollisuus, lähisuhdeväkivalta, perhesuhteiden ongelmat)?

Vastaajien määrä: 51



5. Kuinka usein kohtaat työssäsi MPR asiakkaan/potilaan?

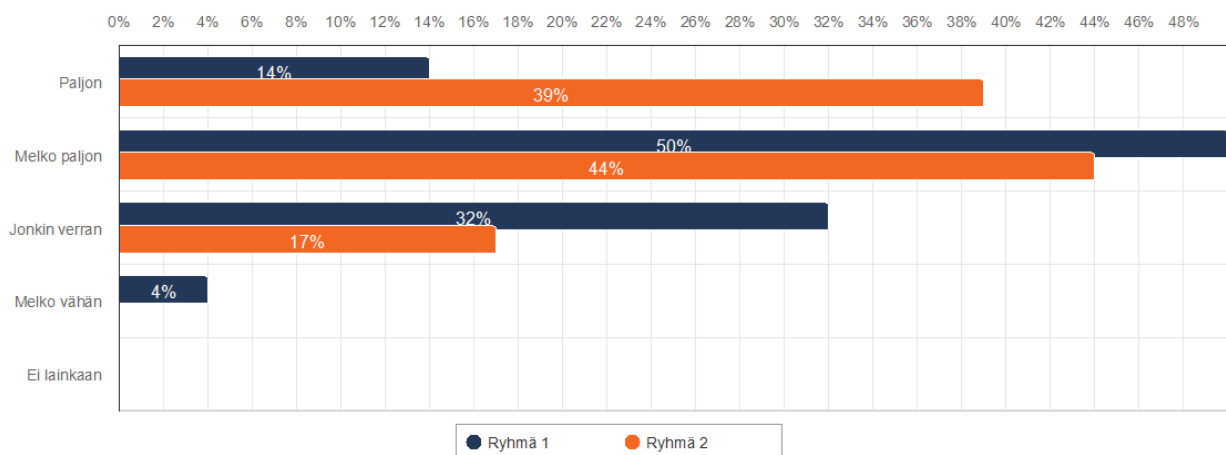
Vastaajien määrä: 51



	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
Päivittäin	4	14,3%	17	73,9%	21
Viikoittain	13	46,4%	5	21,7%	18
Kuukausittain	9	32,2%	0	0,0%	9
Joka toinen kuukausi	0	0,0%	0	0,0%	0
Pari kertaa vuodessa	2	7,1%	1	4,4%	3
Yhteensä	28		23		51

6. Asiakkaillasi/potilaillasi, joilla on MPR haasteita, missä määrin sosiaaliset ongelmat heillä näyttäytyvät?

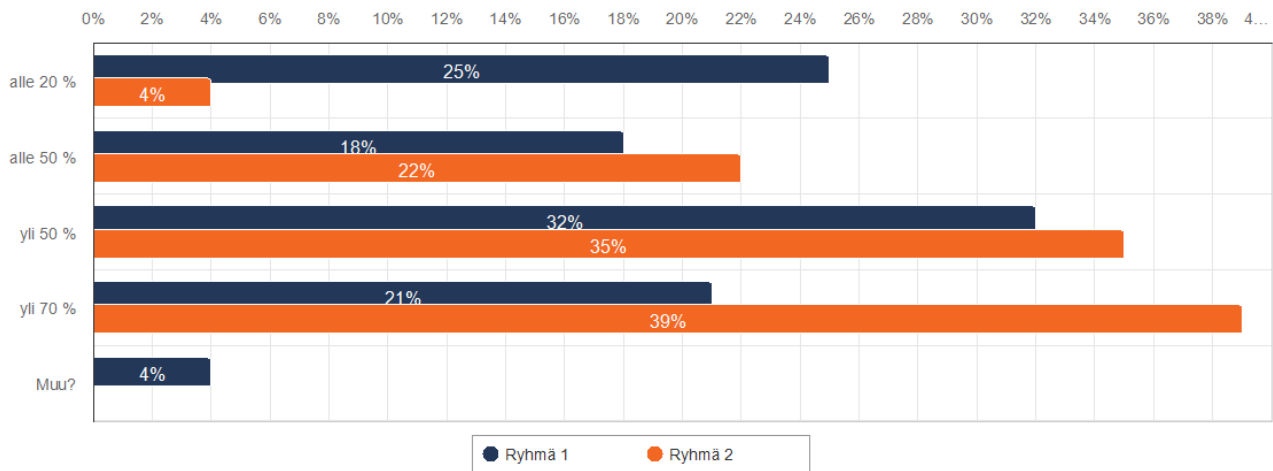
Vastaajien määrä: 51



	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
Paljon	4	14,3%	9	39,1%	13
Melko paljon	14	50,0%	10	43,5%	24
Jonkin verran	9	32,1%	4	17,4%	13
Melko vähän	1	3,6%	0	0,0%	1
Ei lainkaan	0	0,0%	0	0,0%	0
Yhteensä	28		23		51

7. Arvioi montako prosenttia MPR asiakkailasi/potilaillasi on sosiaalinen ongelma/ongelmia?

Vastaajien määrä: 51

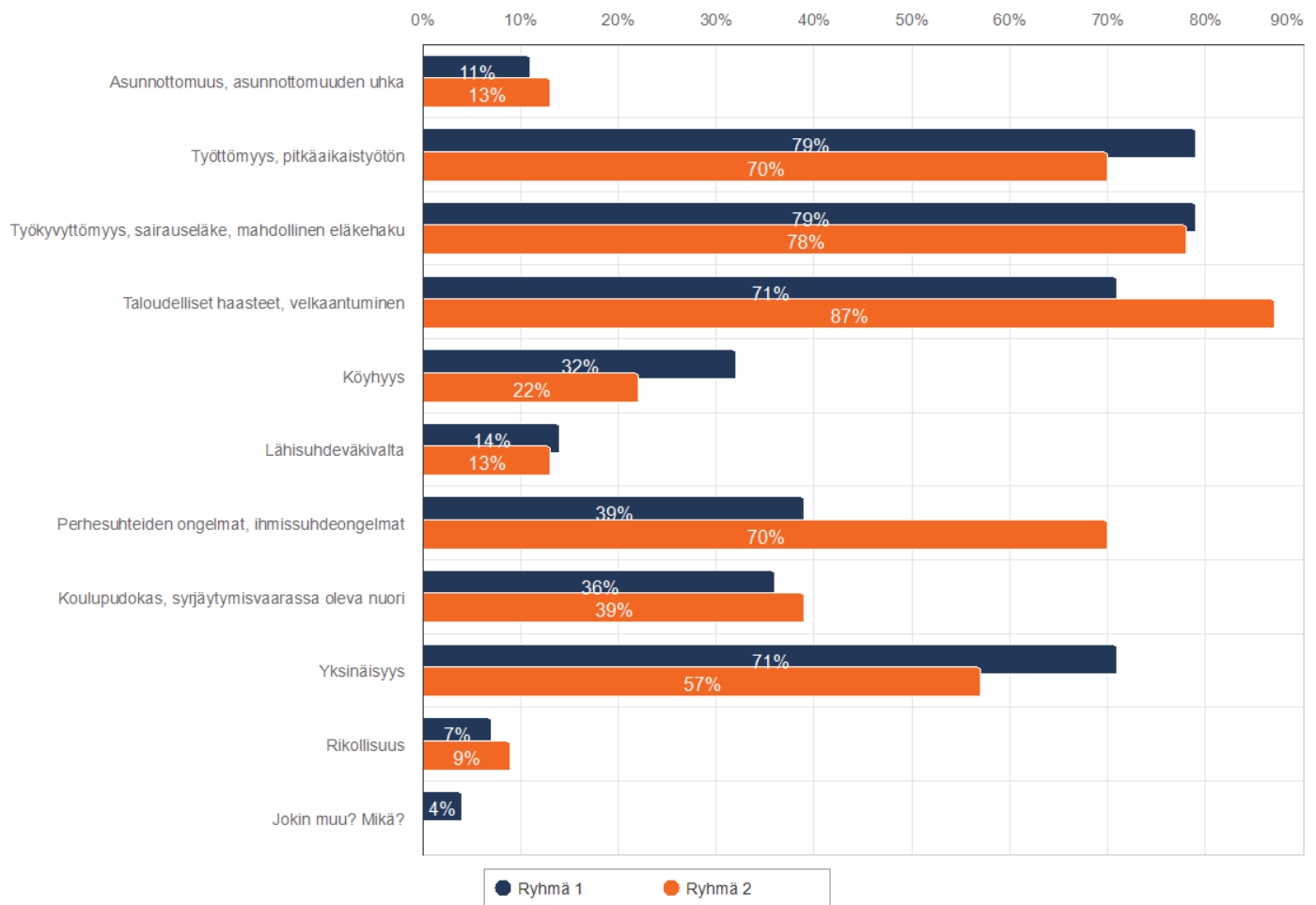


	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
alle 20 %	7	25,0%	1	4,4%	8
alle 50 %	5	17,9%	5	21,7%	10
yli 50 %	9	32,1%	8	34,8%	17
yli 70 %	6	21,4%	9	39,1%	15
Muu?	1	3,6%	0	0,0%	1
Yhteensä	28		23		51

8. Mitkä sosiaaliset ongelmat esiintyvät useammin MPR asiakkaila/potilailla?

Valitse 1–4:

Vastaajien määrä: 51, valittujen vastausten lukumäärä: 229

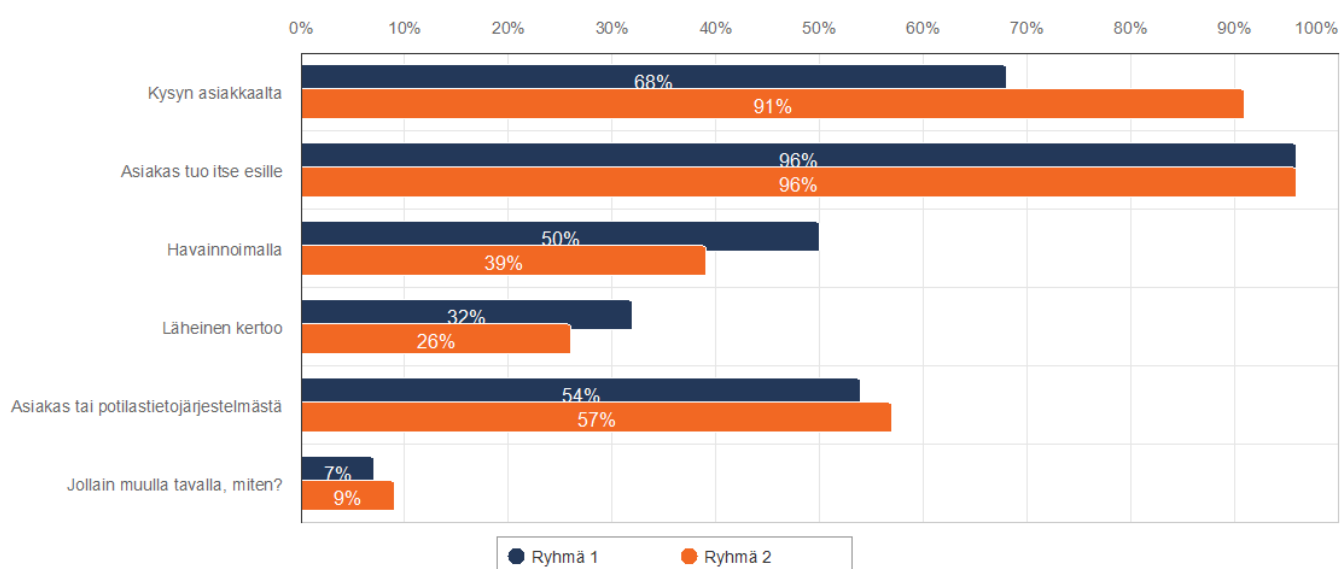


	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
Asunnottomuus, asunnottomuuden uhka	3	10,7%	3	13,0%	6
Työttömyys, pitkäaikaistyötön	22	78,6%	16	69,6%	38
Työkyvyttömyys, sairauseläke, mahdollinen eläkehaku	22	78,6%	18	78,3%	40
Taloudelliset haasteet, velkaantuminen	20	71,4%	20	87,0%	40
Köyhyys	9	32,1%	5	21,7%	14
Lähisuhdeväkivalta	4	14,3%	3	13,0%	7
Perhesuhteiden ongelmat, ihmissuhdeongelmat	11	39,3%	16	69,6%	27
Koulupudokas, syrjäytymisvaarassa oleva nuori	10	35,7%	9	39,1%	19

Yksinäisyys	20	71,4%	13	56,5%	33
Rikollisuus	2	7,1%	2	8,7%	4
Jokin muu? Mikä?	1	3,6%	0	0,0%	1
Yhteensä	124		105		229

9. Miten sosiaaliset ongelmat tulevat esille?

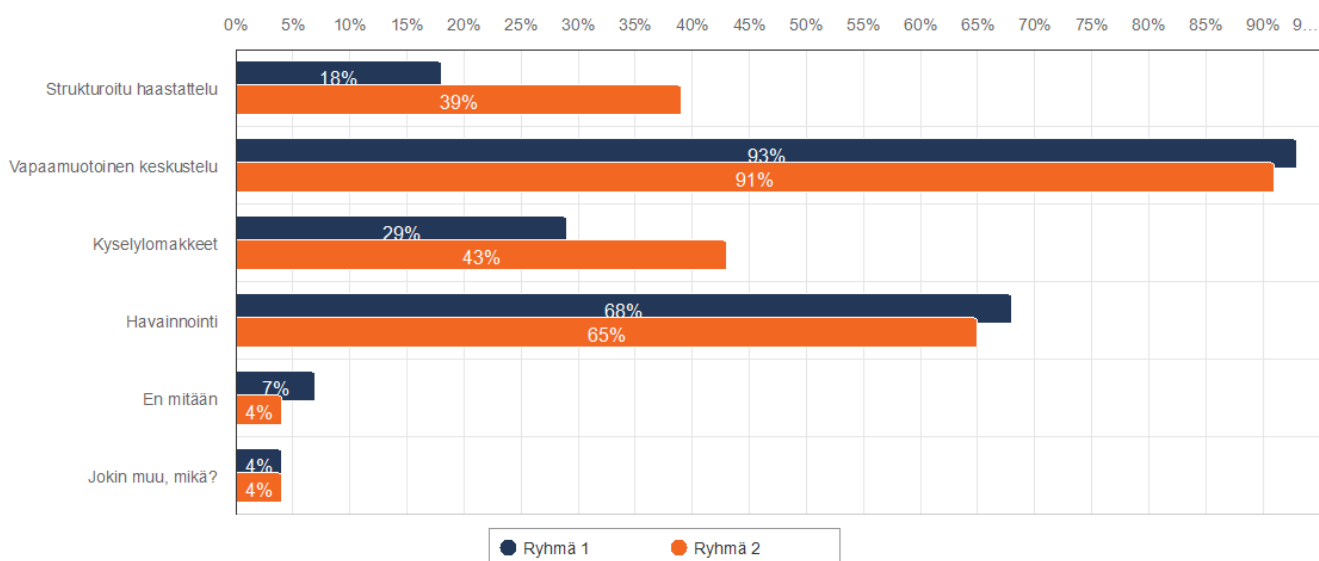
Vastaajien määrä: 51, valittujen vastausten lukumäärä: 159



	Ryhmä 1		Ryhmä 2		Yhteensä
	n	Prosentti	n	Prosentti	
Kysyn asiakkaalta	19	67,9%	21	91,3%	40
Asiakas tuo itse esille	27	96,4%	22	95,7%	49
Havainnoimalla	14	50,0%	9	39,1%	23
Läheinen kertoo	9	32,1%	6	26,1%	15
Asiakas tai potilastietojärjestelmästä	15	53,6%	13	56,5%	28
Jollain muulla tavalla, miten?	2	7,1%	2	8,7%	4
Yhteensä	86		73		159

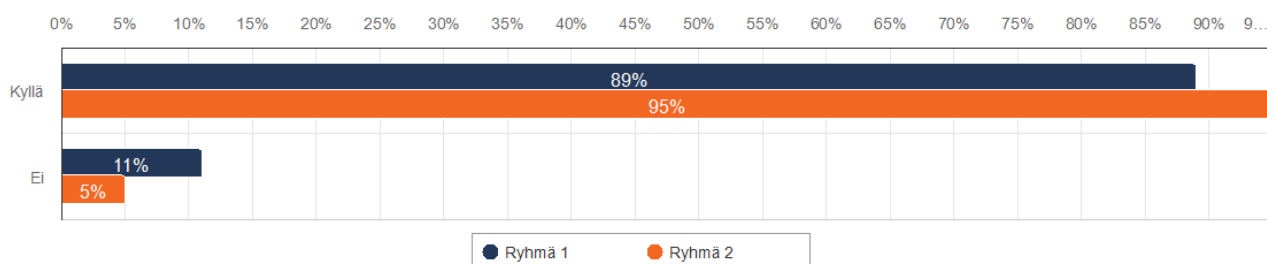
10. Mitä menetelmiä käytät sosiaalisten ongelmien tunnistamiseen ensikäynnillä?

Vastaajien määrä: 51, valittujen vastausten lukumäärä: 118



	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
Strukturoitu haastattelu	5	17,9%	9	39,1%	14
Vapaamuotoinen keskustelu	26	92,9%	21	91,3%	47
Kyselylomakkeet	8	28,6%	10	43,5%	18
Havainnointi	19	67,9%	15	65,2%	34
En mitään	2	7,1%	1	4,3%	3
Jokin muu, mikä?	1	3,6%	1	4,3%	2
Yhteensä	61		57		118

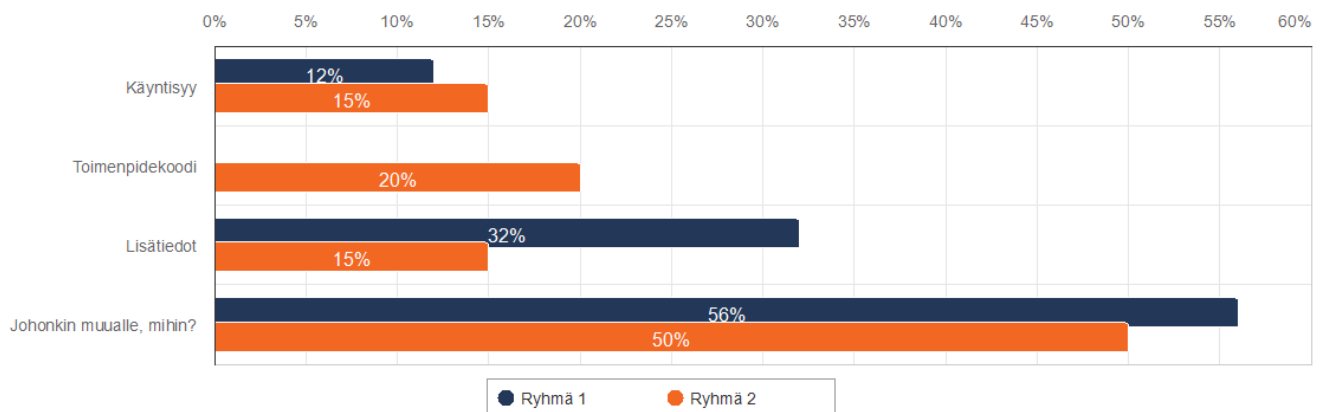
11. Kirjataan asiakkaan/potilaan sosiaalinen ongelma asiakas tai potilastietojärjestelmään? Vastaajien määrä: 48



	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
Kyllä	24	88,9%	20	95,2%	44
Ei	3	11,1%	1	4,8%	4
Yhteensä	27		21		48

12. Jos vastasit kyllä, kerro minne kirjaat tiedon/tiedot asiakkaan/potilaan sosiaalisesta ongelmasta asiakas tai potilastietojärjestelmässä?

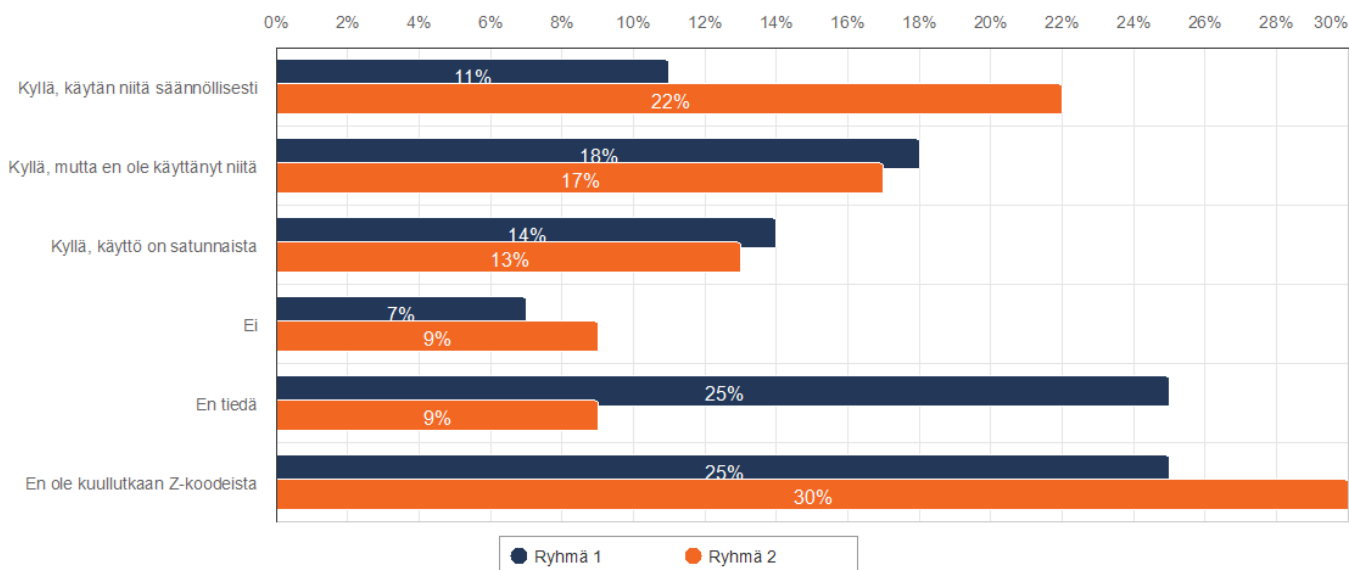
Vastaajien määrä: 45



	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
Käyntisyy	3	12,0%	3	15,0%	6
Toimenpidekoodi	0	0,0%	4	20,0%	4
Lisätiedot	8	32,0%	3	15,0%	11
Johonkin muualle, mihin?	14	56,0%	10	50,0%	24
Yhteensä	25		20		45

13. Onko työyksikössäsi käytössä LifeCare potilastietojärjestelmän Z-koodit?

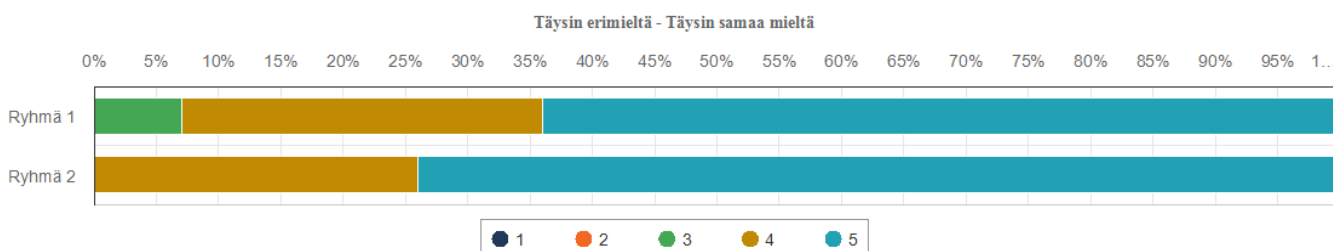
Vastaajien määrä: 51



	Ryhmä 1		Ryhmä 2		
	n	Prosentti	n	Prosentti	Yhteensä
Kyllä, käytän niitä säännöllisesti	3	10,7%	5	21,7%	8
Kyllä, mutta en ole käyttänyt niitä	5	17,9%	4	17,4%	9
Kyllä, käyttö on satunnaista	4	14,3%	3	13,1%	7
Ei	2	7,1%	2	8,7%	4
En tiedä	7	25,0%	2	8,7%	9
En ole kuullutkaan Z-koodeista	7	25,0%	7	30,4%	14
Yhteensä	28		23		51

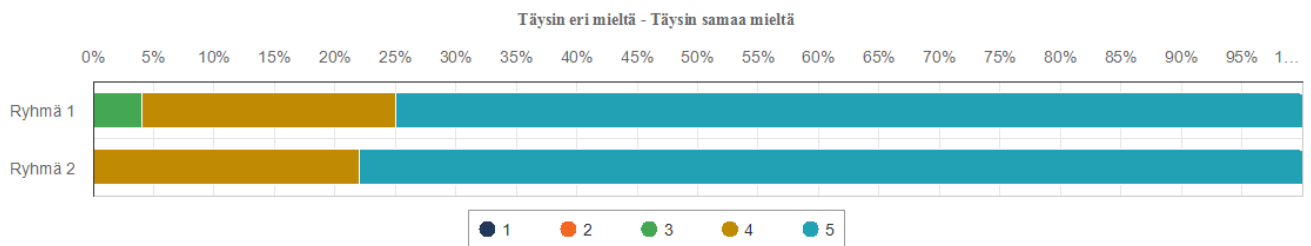
14. Sosiaaliset ongelmat vaikuttavat asiakkaan/potilaan terveyteen

Vastaajien määrä: 51



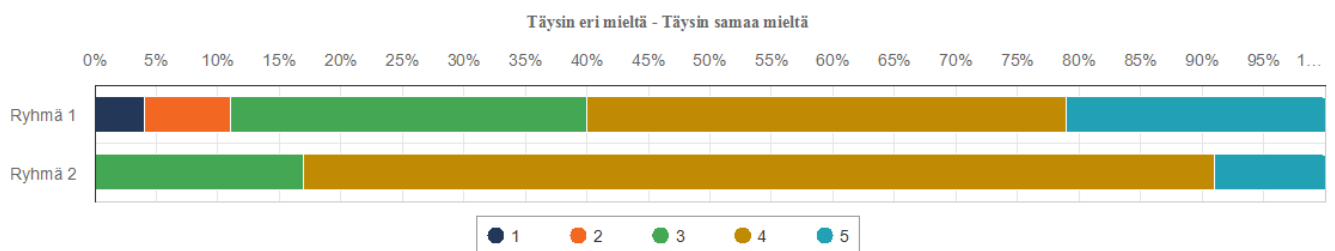
15. Sosiaalisten ongelmien huomioon ottaminen asiakkaan hoidossa ja hoidon suunnittelussa on tärkeää

Vastaajien määrä: 51



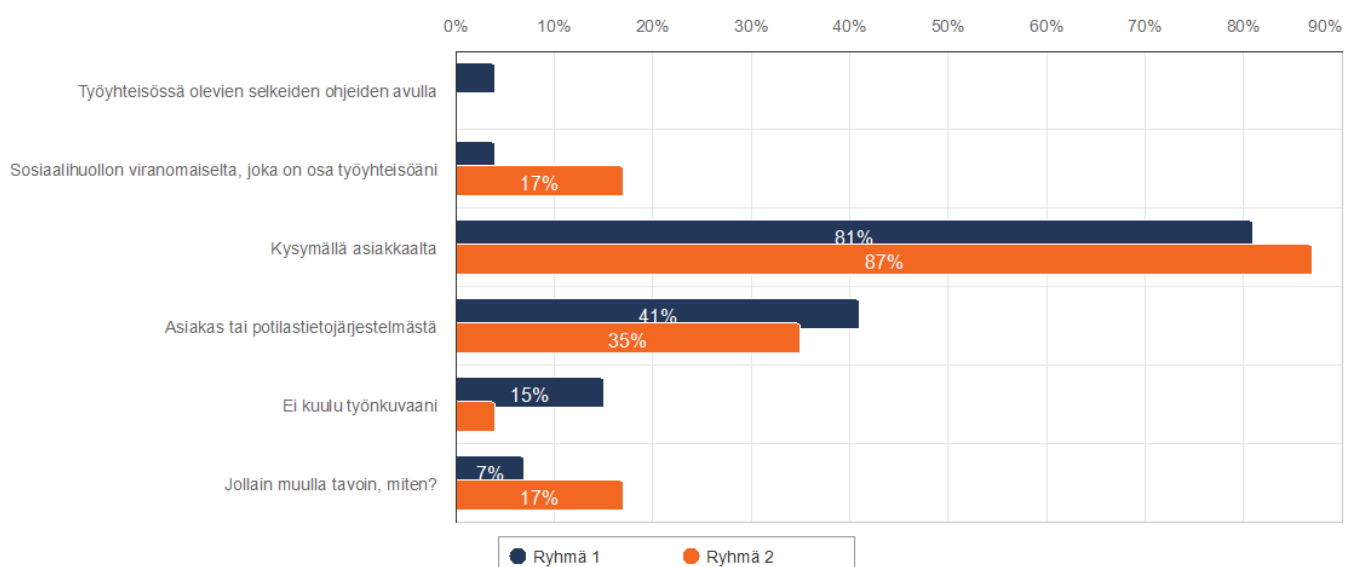
16. Tunnistan helposti asiakkailla/potilailla esiintyviä sosiaalisia ongelmia

Vastaajien määrä: 51



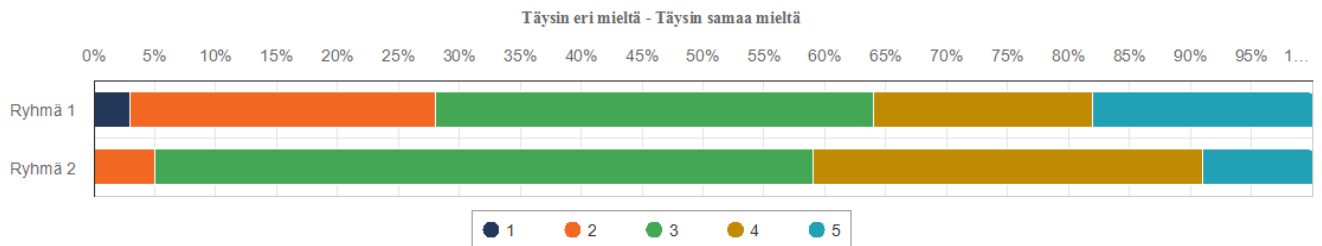
17. Saan tiedon asiakkaan/potilaan sosiaalihuollon asiakkuudesta

Vastaajien määrä: 51, valittujen vastausten lukumäärä: 101



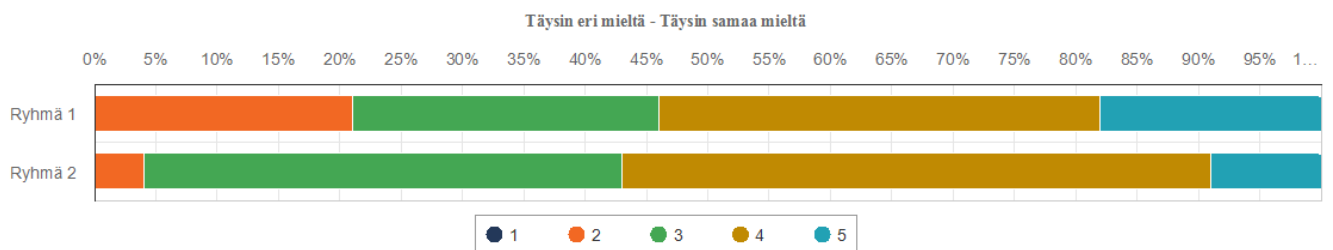
18. Osaan ohjata asiakkaan/potilaan oikean sosiaalihuollon palvelun piiriin tarvittaessa

Vastaajien määrä: 51



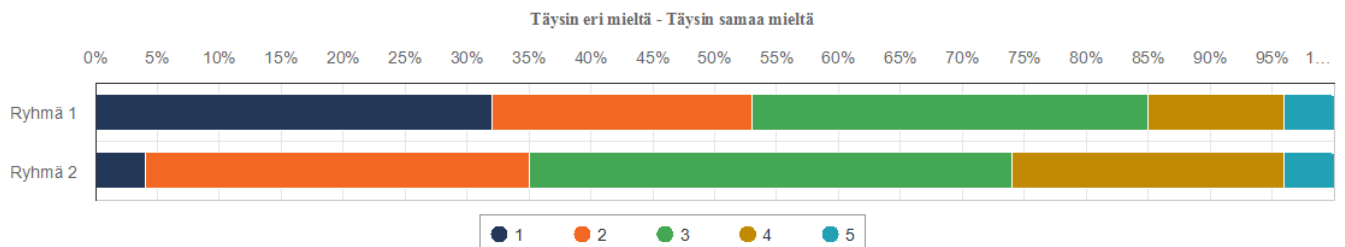
19. Tunnistan, milloin tarvitaan sosiaalihuollon palveluita yhteistyöhön (yhteisasiakkuus)

Vastaajien määrä: 51



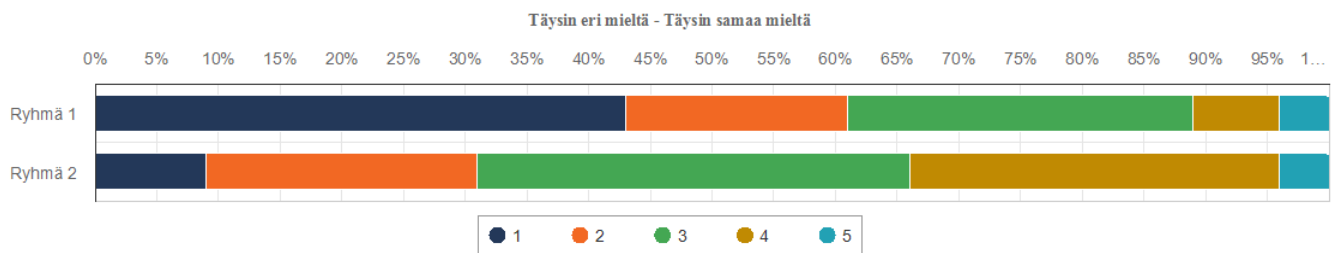
20. Saan yhteyden sosiaalihuoltoon yhteistyön tekemiseksi tarvittaessa helposti

Vastaajien määrä: 51



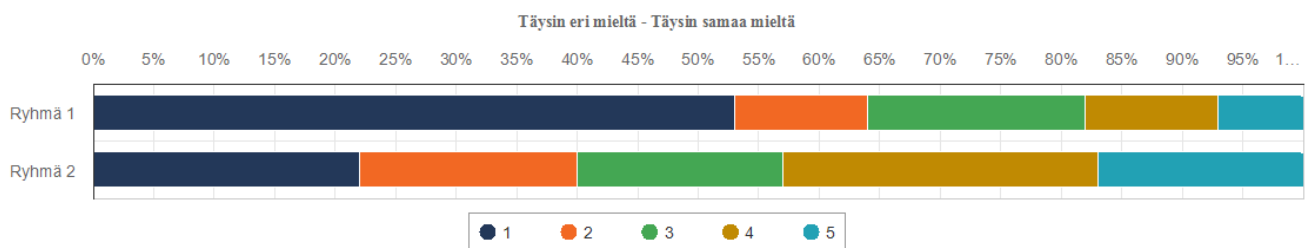
21. Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa on sujuvaa

Vastaajien määrä: 51



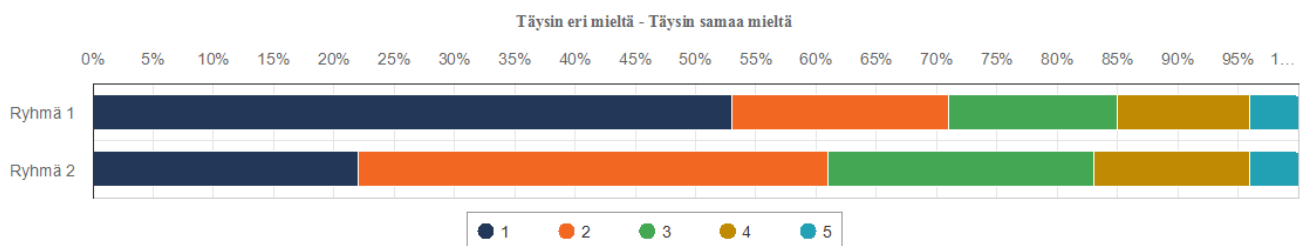
22. Tiedän mitä tarkoittaa sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi Shl 36§. ja osaan kertoa siitä asiakkaalle/potilaalle

Vastaajien määrä: 51



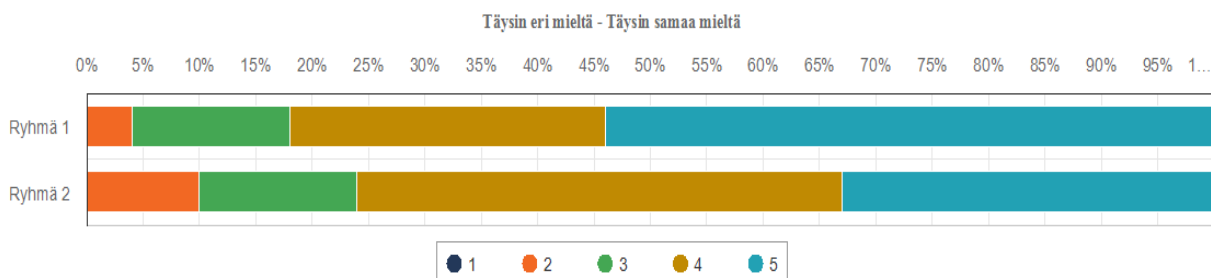
23. Osaan kertoa asiakkaalle/potilaalle sosiaalihuollon asiakkuuden prosessista

Vastaajien määrä: 51



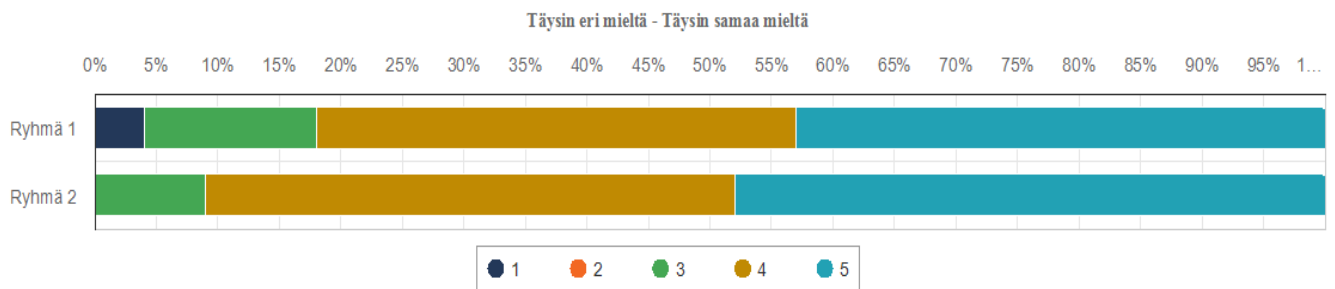
24. Uskon hyötyväni täydennyskoulutuksesta liittyen sosiaalihuollon palvelun tarpeen tunnistamiseen ja palveluprosesseihin

Vastaajien määrä: 51



25. MPR asiakkaiden/potilaiden palveluita olisi hyvä toteuttaa yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa soteintegroituna palveluna

Vastaajien määrä: 51



26. Työkuormaani MPR asiakkaita/potilaita kohdatessa helpottaisi, jos sosiaalisia ongelmia hoidettaisiin yhtäaikaaisesti ja yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa

Vastaajien määrä: 51

