



Sari Stenroos

# Yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistaminen toimintakyvyn edistämiseksi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti YAMK

Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

14.1.2022

Tekijä	Sari Stenroos
Otsikko	Yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistaminen toimintakyvyn edistämiseksi
Sivumäärä	48 sivua + 8 liitettä
Aika	14.1.2022
Tutkinto	Toimintaterapeutti YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Yliopettaja Salla Sipari Yliopettaja Pekka Paalasmaa
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamista toimintakyvyn edistämiseksi. Kehittämistyön toimintaympäristönä toimi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Peijaksen psykoosipoliklinikat.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön kehittämistehtäviä olivat 1) Kuvata mitä a) olemassa olevia hyviä toimintatapoja on ja b) mitä kehitettävää on psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta 2) Selvittää mitä toimintakyvyn kuvauskohteita ICF-luokituksen mukaan tarvitaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta.</p> <p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Aineisto kerättiin laadullisen aineistonkeruun menetelmin. Tiedon tuottajina toimi moniasiantuntijainen ryhmä, johon kuului yhteensä 12 ammattilaista eri ammattiryhmistä ja kolme HUS psykiatrian kokemusasiantuntijaa. Tutkimukseen sisältyi orientaatiotilaisuus sekä kaksi yhteiskehittelytilaisuutta, jotka toteutettiin Teams -etäyhteydellä. Ensimmäisessä yhteiskehittelyssä aineisto kerättiin työpajatyöskentelyllä. Toisessa yhteiskehittelyssä aineisto kerättiin Learning cafe -menetelmällä. Ensimmäisen kehittämistehtävän aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti. Toisen kehittämistehtävän aineisto analysoitiin kvantifioimalla ja analyysia ohjasi ICF-luokituksen teoreettinen viitekehys.</p> <p>Tulosten mukaan kuntoutustarpeiden tunnistamisessa keskeistä on asiakaskeskeisyys, moniammatillinen ja moniasiantuntijainen yhteistyö potilaan, hoidon ja kuntoutuksen kannalta olennaisten asiantuntijoiden, läheisten ja verkoston kanssa sekä työn organisoiminen eri ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden osaamista hyödyntäen. Tuloksissa nousivat esiin myös potilaiden yksilöllisten haasteiden tunnistaminen, tavoitteiden laatiminen ja soveltuvan kuntoutusmenetelmän valitseminen sekä kuntoutussuunnitelman laatimiseen liittyvät toimintatavat. Tulosten mukaan psykoosipotilaan toimintakyvyn arvioinnissa tarvitaan yhdeksänkymmentäyhdeksän (99) ICF-toimintakyvyn kuvauskohdetta.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena laadittiin kuvaus psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisesta toimintakyvyn edistämiseksi. Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia voi hyödyntää psykoosipoliklinikan ja muiden vastaavien poliklinikoiden toimintatapojen kehittämisessä sekä moniammatillisen ja moniasiantuntijaisen yhteistyön organisoimisessa eri toimijoiden kesken.</p>	
Avainsanat	Kuntoutustarve, toimintakyky, ICF, moniasiantuntijuus, yhteiskehittäminen

Author	Sari Stenroos
Title	Identification of Rehabilitation Needs to Improve Functional Capacity
Number of Pages	48 pages + 8 appendices
Date	14 January 2022
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Instructors	Salla Sipari, Principal Lecturer Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer
<p>The purpose of this research-based development project was to develop identification of individual rehabilitation needs and the aim was to improve functional capacity of the patient. The operational environment for the development work was the psychosis clinics of Peijas of the Helsinki University Hospital (HUS).</p> <p>The development task of this research-based development project work was: 1) Describe what a) the existing good practices are and b) what needs to be developed to identify the individual rehabilitation needs of a psychosis patient in order to promote functional capacity from the perspective of patients and professionals 2) To identify the areas for describing functional capacity according to the ICF classification in order to identify the individual rehabilitation needs of a psychosis patient in order to promote functional capacity from the perspective of patients and professionals.</p> <p>This research-based development project was carried out by using action research methods. The data was collected using qualitative data collection methods. The data was provided a co-agency development group consisting of a total of 12 professionals from different occupational groups and three HUS psychiatric experts by experience specialists. The study included an orientation event and two co-development exercises, which were carried out remotely by Teams. In the first co-development, the material was collected through workshop work. In the second co-development, the data was collected using the Learning Cafe method. The data of the first development task was analyzed by using the qualitative content analysis method. The data from the second development task was analyzed by quantification and the analysis was guided by the theoretical framework of the ICF classification.</p> <p>The results of the research-based development work highlighted customer-centricity, multi-professional and multi-agency cooperation with the patient, experts, caregivers and network actors relevant to treatment and rehabilitation, and the organization of work using the expertise of different professionals and experts by experience specialists. The results also highlighted identifying patient's individual challenges, developing goals and the choosing an appropriate rehabilitation method, as well as practices related to the rehabilitation plan. As a result, a total of ninety-nine (99) ICF categories are needed to assess the functional capacity of a psychosis patient.</p> <p>As a result of the research-based development work, a description was drawn up of identifying the individual rehabilitation needs of a psychosis patient in order to promote functional capacity. The result of this research-based development project can be used to develop the practices of psychosis clinics and other similar outpatient clinics and to organize co-agency cooperation between different actors.</p>	
Keywords	rehabilitation needs, functional capacity, ICF, co-development, collaboration

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistaminen	2
2.1	Yksilölliset kuntoutustarpeet tunnistetaan yhteistyöllä	2
2.2	Potilaan tarpeisiin vastaavat palvelut	5
3	Toimintakyvyn edistäminen	7
3.1	Toimintakyvyn arvioiminen ja toimintakyvyn luokitus ICF	7
3.2	ICF-toimintakyvyn ydinlistat	8
4	HUS Peijaksen psykoosipoliklinikat tutkimuksellisen kehittämistyön toimintaympäristönä	9
5	Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite, tarkoitus, kehittämistehtävät ja tuotos	10
6	Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut	11
6.1	Tutkimuksellinen lähestymistapa ja tiedon intressi	11
6.2	Tiedon tuottajien valinta ja kuvaus	12
6.3	Aineiston keruu	14
6.3.1	Ensimmäinen kehittämistehtävä	14
6.3.2	Toinen kehittämistehtävä	15
6.4	Aineiston analysointi	16
6.5	Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen	17
7	Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset	19
7.1	Hyvät toimintatavat yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa	19
7.2	Kehitettävät asiat yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa	21
7.3	ICF-toimintakyvyn kuvauskohteet yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa	26
8	Kuvaus psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisesta toimintakyvyn edistämiseksi	27
9	Pohdinta	30
9.1	Tulosten tarkastelu	30
9.2	Menetelmälliset ratkaisut	38
9.3	Tutkimuksellisen kehittämistyön eettisyys ja luotettavuuden arviointi	40
9.4	Kehittämistyön hyödynnettävyys ja jatkokehittäminen	42

- Liite 1. Päätös tutkimusluvasta.
- Liite 2. Näyte tutkimustiedotteesta ammattilaiselle.
- Liite 4. Näyte suostumuslomakkeesta ammattilaiselle.
- Liite 5. Näyte suostumuslomakkeesta kokemusasiantuntijalle.
- Liite 6. Näyte aineiston analyysistä.
- Liite 7. ICF-toimintakyvyn kuvauskohteet.
- Liite 8. Kuntoutustarpeiden tunnistamisen muistilista.

# 1 Johdanto

Suomen hallitus on uudistamassa kuntoutusjärjestelmää ja asettanut tavoitteeksi saumattomat hoitojärjestelmät ja ihmisten toimintakyvyn parantamisen ja tukemisen. Erityisen huomion kohteeksi on nostettu pitkäaikaistyöttömien ja heikossa työmarkkina asemassa olevien henkilöiden yksilöllisen kuntoutustarpeiden tunnistaminen. (Kuntoutuksen uudistaminen 2020: 11.) Kuntoutuksen uudistamisohjelman mukaan kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla tieto ja taito havaita työ- ja toimintakyvyn heikentyminen sekä kyetä ohjaamaan ihminen oikeanlaisten palvelujen piiriin. Lisäksi korostetaan toimintakykyä ylläpitävän työtteen, moniammatillisen yhteistyön sekä konsultointikyvyn merkitystä. Niin ikään kuvataan myös, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee tuntea WHO:n kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus ICF sekä osata käyttää kansallisesti sovittuja työ- ja toimintakyvyn arvioinnin perusarviointimenetelmiä. (Kuntoutuksen uudistaminen 2020: 88.)

Kuntoutuksen tutkimuksessa painotetaan monitieteisen lähestymistavan, kuntoutujan näkökulman ja taloudellisen näkökulman esiin tuomista (STM 2004: 33). Tutkimuksen tarvetta on havaittu avomuotoisten kuntoutuspalvelujen kehittämisestä ja arvioinnista (STM 2004: 44). Yhdeksi painoalueeksi on nostettu WHO:n ICF-toimintakykyluokituksen soveltuminen eri väestöryhmien toimintaedellytysten arviointiin (STM 2004: 48).

Skitsofrenia ja pitkäkestoiset psykoosisairaudet ovat tyypillisesti pitkäkestoisia mielenterveyden häiriöitä, jotka alkavat nuoruusiällä ja vaikeuttavat usein pärjäämistä arjessa, opiskelu- ja työelämässä. Sairaudesta toipuminen ja kuntoutuminen voi viedä vuosia ja vaatia toisinaan toistuvia sairaalahoitjaksoja. Sairaus on niin vakava, että vain pieni osa paranee täysin tai saavuttaa saman toimintakyvyntason kuin ennen sairautta. (Isohanni & Honkonen & Vartiainen & Lönnqvist 2007: 74–78.) Skitsofrenia on myös kustannuksiltaan yksi kalleimmista sairauksista ja sen yhteiskunnalle aiheuttamien suorien kustannusten on arvioitu Suomessa olevan 1–2 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista (Karvonen ym. 2008: 9). Kustannuksista arviolta 80 % aiheutuu sairaalahoidosta ja muusta ympärivuorokautisesta hoidosta (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020). Suomessa skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoidon ja kuntoutuksen haasteena on potilaiden yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen (Hiekkala-Tiusanen & Halunen & Mehtälä & Kiesepä 2019: 2011–2018).

Erikoissairaanhoidon psykiatrinen poliklinikka on vastuussa skitsofreniapotilaan monipuolisen hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä ja sen laadun seurannasta (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020). Skitsofrenian käypä hoito -suositukseen mukaan potilaan tulee saada yksilöllisiä tarpeitaan vastaavaa hoitoa ja kuntoutusta joustavasti ja integroidusti (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.) Potilaalla tulee olla mahdollisuus tunnistaa elämänsä ja arjen kannalta merkityksellisiä tavoitteita ja voimavaroja sekä saada tietoa kuntoutuksen suunnittelusta. Potilasta tulee motivoida ja hänen valmiuksiaan tukea sekä toimia yhteistyössä arjen toimijoiden ja verkostojen kanssa. Hyvän käytännön mukaisen kuntoutuksen tunnuspiirteisiin kuuluu myös se, että kuntoutus perustuu erityiseen asiantuntemukseen ja erityisosaamiseen, jossa nivoutuu yhteen kuntoutuksen ammattilaisten kokemustieto ja tieteellinen vaikuttavuustieto. (Kela 2021.) Integroidussa verkostoimisessa yhteistyössä voi toimia julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Keskeistä on huomioida kokonaisvaltaisesti potilaan elämäntilanne ja eri toimijoiden tulisi tuntea toisensa niin hyvin, että osaavat tarvittaessa ohjata asiakkaan paremmin sopivan palvelun piiriin, mikäli toimijalla itsellään ei ole sitä tarjota. (Wahlbeck ym. 2018: 36.)

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus on kehittää yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamista toimintakyvyn edistämiseksi psykoosipoliklinikalla. Tarve tutkimukselliselle kehittämistyölle nousi esiin psykoosipoliklinikan moniammatillisen henkilöstön tarpeesta kehittää toimintatapoja niin, että potilaat saisivat entistä paremmin yksilöllisiin tarpeisiinsa vastaavaa hoitoa ja kuntoutusta, jonka myötä heidän toimintakykynsä edistyy.

## **2 Yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistaminen**

### **2.1 Yksilölliset kuntoutustarpeet tunnistetaan yhteistyöllä**

Kuntoutumistarve kuvaa yksilön omakohtaista käsitystä tilanteestaan ja ongelmistaan. Kuntoutustarve ei voi kuitenkaan perustua vain yksilön omaan käsitykseen, vaan lisäksi tarvitaan myös ulkopuolisen asiantuntijan tai asiantuntijoiden tekemä yhteiskunnan lakeihin, normeihin ja arvoihin perustuva yksilöllinen arvio tilanteesta. (Järvikoski & Härkäpää 2011: 159–160.) Yksilöllisten kuntoutustarpeiden ja toimintakyvyn arvioiminen muodostavat lähtökohdan kuntoutuksen suunnittelulle (Suomela-Markkanen & Peltonen 2016: 248). Kuntoutuksessa kuntoutustarve on usein pitkäaikainen ja potilaan toimintakyvyn sekä fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja kognitiivisten kuntoutumistarpei-

den tunnistaminen edellyttää usein monen eri ammattilaisen laaja-alaisia arvioita ja yhteistyötä (Suomela-Markkanen ja Peltonen 2016: 248.) Asiantuntijoiden keskeinen tehtävä on arvioida, onko ongelma sen asteinen ja luonteinen, että se velvoittaa palvelujärjestelmää käynnistämään toimenpiteet ja voidaanko yksilön tilanteeseen vaikuttaa kuntoutuksen keinoin. Tärkeää on kiinnittää huomiota myös kuntoutumisen edellytyksiin kuten siihen, että potilas tunnistaa kuntoutumisen tarpeensa ja hänellä on oma halu muutokseen. (Autti-Rämö & Mikkelsson & Lappalainen & Leino 2016: 59.)

Kuntoutuksessa tarvitaan usein ammattilaisten välistä moniammatillista yhteistyötä, kun halutaan saada kokonaisvaltainen käsitys potilaan ongelmista, haasteista ja vahvuuksista (Mönkkönen ym. 2019: 82). Moniammatillisen tiimin vuorovaikutuksella ja yhteistyöllä on erityinen merkitys potilaan kuntoutuksen näkökulmasta: kun ammattilaiset uskaltavat tuoda rohkeammin esiin omia havaintojaan ja näkemyksiään, myös potilaan asioita ja ongelmia nostetaan esiin ja tilanteesta saadaan mahdollisimman monipuolinen kuva (Kekoni & Mönkkönen & Hujala & Laulainen & Hirvonen 2019: 18–22). Isoherrasen mukaan moniammatillisessa yhteistyössä päätöksenteko, vastuu ja tehtävien suorittaminen on jaettu jokaiselle ryhmän jäsenelle. Tällöin jokaisen ryhmän jäsenen eli myös potilaan vastuulla on tuoda esiin oman asiantuntijuutensa. (Isoherranen 2008: 45.) Tiimityön merkitys tulee esiin yhteisissä keskusteluissa, jonka tietojen yhteen koaminen ja yhdessä keskusteleminen tuottaa. Tiimin jäsenten vuorovaikutus, sopivan yhteistyömallin löytäminen ja tiedon prosessointi yhdessä ovat yhteistyön ydin. (Isoherranen 2008: 36.) Isoherranen (2008) painottaa myös, että moniammatillisissa kokouksissa kaikkien osallistujien pitäisi tulla kuuluksi sekä pyrkiä rakentamaan kaikesta saadusta tiedosta ja eri näkökulmista yhteinen näkemys (Isoherranen 2008: 40–41). Moniammatillisissa kokouksissa tiedon ja vuorovaikutuksen tulisi rakentua vastavuoroisesti ammattilaisten, potilaan ja hänen läheisensä kesken eli olla tasavertaisia kumppaneita yhteisessä ongelmanratkaisuprosessissa (Kekoni ym. 2019: 17–18.)

Moniammatillisen tiimin tasavertaisuudella ja dialogisuudella on keskeinen merkitys psykoosipotilaiden hoidossa. Tiimin työskentely on myös huomattavasti tehokkaampaa silloin kun kaikilla on yhtenäinen näkemys potilaan hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta ja keinoista, joten vuorovaikutuksellisuudelle sekä tunteiden jakamiselle yhdessä muun työryhmän kanssa tulee varata riittävästi tilaa ja aikaa. Tärkeää on myös, että tiimi voi johtaa itse kliinistä asiantuntijatoimintaansa ja tehdä sen pohjalta hoitoa koskevat päätökset mahdollisimman autonomisesti. (Aaltonen & Koffert & Ahonen & Lehtinen 2000: 53–54.)



Pikkarainen (2014) puolestaan kuvaa moniammatillisuuden olevan ennen kaikkea asioidista sopimista ja oman sekä toisten asiantuntijuuden tuntemista ja tunnustamista. Yhteisöllisellä moniammatillisuudella tarkoitetaan hänen mukaansa kokonaisuosaamista, johon vaikuttavat sekä ammattilaisten yksilöllinen sekä yhteinen osaaminen. Moniammatillinen osaaminen syntyy ja kehittyy työryhmän jäsenten sitoutuessa yhteiseen kumppanuuteen ja vuorovaikutukseen. Työryhmän toiminta kehittyy asteittain kaikkien siihen osallistuvien jäsenten toiminnan seurauksena. (Pikkarainen 2014: 66.)

Norjalaisten Birkelandin ja kumppaneiden mukaan moniammatillisesta yhteistyöstä kuntoutuksessa on vain vähän tutkimustietoa, mutta aiemmissa tutkimuksissa on tullut esiin kuntoutuksessa toimivien tiimien kokevan moniammatillisen yhteistyön usein positiivisena, jännittävänä ja haastavana. Aiemmista tutkimuksista on löytynyt viitteitä myös siitä, että tehokkaille kuntoutustiimeille luonteenomaisia piirteitä ovat luottamus, tietämys, jaettu vastuu, keskinäinen kunnioitus, sitoutuminen, optimismi ja hyvinvointi. (Birkeland & Tuntland & Forland & Jakobsen & Langeland 2017.)

Birkelandin ym. (2017) tutkimuksessa työn organisoinnilla huomattiin olevan keskeinen merkitys ennen kaikkea moniammatillisen tiimin oppimisen kannalta: mitä enemmän tiimeillä oli tiivistä yhteistyötä ja aikaa kommunikoida, eri alojen ammattilaisia sekä jaettua suunnittelua ja päätöksentekoa, sitä enemmän oli myös oppimista. Tiiviissä moniammatillisessa yhteistyössä ammattilaisten on oltava valmiita antamaan, vastaanottamaan ja etsimään tietoa tiiminsä kollegoiden kanssa. Lisäksi tuli esiin, että niissä työryhmissä, joissa oli monia eri alojen ammattilaisia, ei ollut vain paremmat oppimistulokset vaan heillä oli myös laajempi lähestymistapa kuntoutukseen sisältäen myös potilaiden tarpeet ja psykososiaaliset näkökohdat. (Birkeland ym. 2017.) Työskentelyn edetessä moniammatillisen tiimin yhteistyö yleensä paranee ja kehittyy ja eri ammattilaisten roolit tulevat paremmin näkyviksi myös muille tiimin jäsenille. Yhteisen työskentelyn myötä työntekijät ymmärtävät paremmin toistensa työtä ja heidän on helpompi suhteuttaa omat työt ja tehtävät toistensa töihin. (Kekoni ym. 2019: 24–26.)

Birkelandin ym. (2017) tutkimuksessa havaittiin moniammatillisen tiimin yhteistyön tehostuneen merkittävästi sen jälkeen, kun kuntoutujien annettiin itse määrittellä tavoitteensa ja tiimille annettiin tarkka kuvaus jokaisen kuntoutujan tavoitteista ja aktiviteeteista, jotka olivat hänelle merkityksellisiä. Sen seurauksena ammattilaiset pystyivät toimimaan kuntoutuksessa ikään kuin yhteiseltä alustalta (unifying platform), joka auttoi tiimiä yhteisten haasteiden ja tavoitteiden saavuttamisessa. Kuntoutujien omien tavoitteiden määrittelyllä oli ratkaiseva rooli, koska se kiinnitti huomiota heidän tarpeisiinsa, toiveisiin ja motivaatioon kuntoutumista kohtaan. Kuntoutujien tavoitteiden pohjalta

työskennelleet työryhmät kokivat moniammatillisen tiimin positiivisena yhteisönä, jossa he pystyivät käyttämään ja jakamaan omaa osaamistaan sekä tukemaan toisiaan kuntoutusprosesseissa. (Birkeland ym. 2017.)

Moniammatilliseen yhteistyöhön voi kuitenkin liittyä myös haasteita. Voi käydä niin, että potilaan oma näkemys jää kuulematta tai että kaikkien ammattilaisten erityisosaamista ei osata hyödyntää. Ammattilaisten voi myös olla vaikeaa tarkastella potilaan tilannetta kokonaisuutena, jos jokainen arvioi sitä vain oman erikoisosaamisensa kautta. (Rekola 2008: 16.) Kekonin ym. (2019) mukaan moniammatillisesta työstä tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että ammattilaiset eivät aina tunne riittävästi toistensa työtä eikä heille ole kehittynyt yhteistä ammatillista kieltä. Moniammatillista työskentelyä voi haastaa myös ammattilaisten erilaiset koulutus- ja tietoperustat, arvot ja kulttuurit sekä työntekijöiden erilaiset asemat ja valtakäsitykset. (Kekoni ym. 2019: 29, 22.)

Moniasiantuntijuudella tarkoitetaan työskentelyä, jossa kaikille toimintaan osallistuville annetaan asiantuntijarooli, myös asiakkaille ja heidän läheisilleen. Siten myös valta jaetaan kaikkien työskentelyyn osallistuvien kesken, eikä kukaan asiantuntijoista voi pitää tiedon yksinvaltaa, mennä asiantuntijaroolinsa taakse tai käyttää asiantuntijavaltaa muihin toimintaan osallistuviin. (Arponen & Kihlman & Välimäki 2004: 28.) Kuorilehdon (2014) mukaan moniasiantuntijuus kuvaa kaikkein pisimmälle vietyä yhteistyökumppanuutta ja tasavertaista asiantuntijuutta potilaan, läheisten ja ammattilaisten välillä. Moniasiantuntijuus on kaikkien toimintaan osallistuvien asiantuntemusta ja tasavertaista yhteistyötä, jossa työskentelyn tuloksena syntyy yhteinen käsitys potilaan tilanteesta ja tarpeista. (Kuorilehto 2014: 29.) Moniasiantuntijainen työskentely edellyttää avointa dialogia, luottamuksellista ilmapiiriä, sitoutumista, toisten toimijoiden työn tuntemista sekä luottamista muiden osaamiseen ja asiantuntijuuteen. Moniasiantuntijuudessa keskeistä on oman asiantuntijuuden jakaminen ja toisilta oppiminen eikä sen tarkoituksena ole löytää yhtä ratkaisua vaan luoda uusia näkökulmia. (Arponen ym. 2004: 44.)

## 2.2 Potilaan tarpeisiin vastaavat palvelut

Skitsofrenia on vakava, psykoosiksi luokiteltu pitkäkestoinen mielenterveyden häiriö, joka alkaa yleensä nuorella iällä ja vaikeuttaa usein pärjäämistä opiskelu- ja työelämässä. Se voi ilmetä yhtenä tai useampana sairausjaksona, joista voi parantua kokonaan tai osittain. (Isohanni & Honkonen & Varainen & Lönnqvist 2007: 78.) Skitsofrenian lisäksi on myös joukko muita häiriöitä, joissa yhdistävänä tekijänä on psykoottisuus. Psykoottisella henkilöllä havainto-, päättely- ja ajatustoiminnot eivät toimi normaalisti, jolloin hän arvioi ja tulkitsee ulkoista todellisuutta selvästi muista ihmisistä

poikkeavalla tavalla. Psykoosista oireyhtymänä puhutaan vasta silloin kun se täyttää tietyt ajalliset ja diagnostiset kriteerit. (Lönqvist ja Honkonen 2007: 141.) Pitkäaikaisesta tai toistuvasta psykoosisairaudesta kärsivillä potilailla on usein kognitiivisten toimintojen häiriötä kuten tarkkaavuuden, keskittymisen ja toiminnanohjauksen haasteita, joihin liittyy uuden tiedon oppimisen, vastaanoton ja käsittelyn sekä päätöksenteon vaikeuksia (Isohanni & Honkonen & Vartiainen & Lönqvist 2007: 80–81).

Vaikeaa psyykkistä häiriötä sairastavilla henkilöillä tiedetään olevan muuta väestöä enemmän avun ja tuen tarvetta. Niin ikään tiedetään valitettavasti myös se, että he saavat puutteellisesti sosiaalihuollon palveluita, asumisen ja työllistymisen palveluita ja somaattista sairaanhoitoa. Psykkiset sairaudet vaikeuttavat myös yksilön kykyä hyödyntää palveluita ja huolehtia omista eduistaan ja toisaalta monet heistä joutuvat ponnistelemaan saadakseen täysimääräisen aseman itseään koskevassa päätöksenteossa. (Vorma & Rotko & Larivaara & Kosloff 2020: 27–29.) Mielenterveyspalveluissa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota mielenterveysoikeuksien toteutumiseen. Mielenterveysoikeuksiin kuuluvat esimerkiksi yhdenvertainen oikeus asumiseen, opintoihin, työhön, toimeentuloon ja sosiaaliseen osallisuuteen sekä oikeus määrittellä itse ne asiat, jotka auttavat selviytymään arjessa ja saada siihen tarvittavaa tukea. (Vorma ym. 2020: 25.)

Günterin ja kumppaneiden (2013) mukaan, vaikka peruspalveluita ja verkostotyötä painotetaan yhä enemmän, on asiakkaan yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa lisääntynyt ja noussut yhä tärkeämpään rooliin. Potilaan kannalta on olennaista millaista mielenterveyspalvelua, apua ja tukea paikallisessa palvelujärjestelmässä on mahdollisuus saada ja vastaavatko tarjolla olevat palvelut hänen tilannettaan ja tarpeitaan. (Günter ym. 2013: 55.) Hiljattain julkaistun kansallisen mielenterveysstrategian mukaan palveluiden tulisi olla jatkossa aiempaa yhteistoiminnallisempia, jolla tarkoitetaan sellaista asiakaslähtöisyyttä, jossa eri osajien palveluiden järjestetään asiakkaan tarpeiden mukaisesti eikä organisaatioiden tarjonnan mukaan (Vorma ym. 2020: 29–30). Yhteensovitettujen ja koordinoitujen palveluiden tiedetään olevan myös monipuolisia ja tehokkaita. Palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa tulee huomioida käyttäjien näkemykset ja asiakkaalle itselleen merkitykselliset asiat. Lisäksi erityisesti yhteiskunnalliselta asemaltaan haavoittuville ihmisille tulisi kehittää helposti saavutettavia, asiakkaiden elinympäristöihin tuotavia monipuolisia palveluita. Etenkin asumisen ja arkielämän tukitoimissa korostuu tarve jatkuvuuteen ja kuntouttavuuteen. (Vorma ym. 2020: 33–34.)

### 3 Toimintakyvyn edistäminen

#### 3.1 Toimintakyvyn arvioiminen ja toimintakyvyn luokitus ICF

Toimintakyky kuvaa ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona työssä ja vapaa ajalla. Toimintakyvyn arviointia pidetään yleensä perustana kuntoutuksen suunnittelulle. (Järvikoski & Härkäpää 2011: 92.) Kuntoutuksen arvioinnissa tulee huomioida laaja-alaisesti toimintakykyyn vaikuttavat tekijät kuten terveydentila, kehon rakenteet ja toiminnot, suoriutuminen, osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristötekijät (STM 2017: 23). Maailman terveysjärjestön WHO:n laatima toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health), josta käytetään lyhennettä ICF-luokitus, kuvaa terveyteen liittyvää toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Sitä nimitetään myös kuntoutuksen biopsykososiaaliseksi malliksi. (Salminen & Järvikoski & Härkäpää 2016: 26.) ICF-luokitus ohjaa terveydentilan lisäksi huomioimaan yksilön persoonallisuuden, omat tavoitteet, voimavarat, elämäntilanteen, ympäristötekijät sekä läheisten tilanteen ja tuen vaikutukset kuntoutumiseen (Suomela-Markkanen & Peltonen 2016: 250).

ICF on toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kuvaustapa, joka on riippumaton terveydentilasta tai ammattialasta ja sen avulla voidaan kuvata miten sairaus vaikuttaa ja näkyy ihmisen arjessa ja elämässä. ICF-luokitus varmistaa riittävän monipuolisen ja kattavan arvioinnin tilanteesta, huomioi potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja ympäristötekijät sekä keskeiset merkitykselliset aihealueet yksittäisen potilaan toimintakyvyn arvioinnissa. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016: 46.)

ICF-luokitus koostuu kahdesta osasta. Ensimmäisessä osassa on toimintakyky ja toimintarajoitteet, jotka jaotellaan edelleen ruumiin/kehon toimintoihin, ruumiin rakenteisiin sekä suoriutuksiin ja osallistumiseen. Ne auttavat selvittämään millä osa-alueilla henkilö suoriutuu ongelmitta ja millä osa-alueilla hänellä on ongelmia tai toimintarajoitteita. Suoritusrajoite kuvaa vaikeutta, joka ihmisellä on tehtävän tai toiminnan toteuttamisessa. Osallistumisen rajoite puolestaan kuvaa henkilön ongelmaa tai vaikeutta osallistua erilaisiin elämän yhteisöllisiin tilanteisiin. Toiseen osaan kuuluvat kontekstuaaliset tekijät, jotka jaotellaan edelleen ympäristötekijöihin ja yksilötekijöihin. Ympäristötekijät kuvaavat fyysistä, sosiaalista ja asenneympäristöä, jossa ihminen asuu ja elää. Ne voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti yksilön suoriutumiseen yhteiskunnassa, kykyyn toteuttaa erilaisia toimia ja tehtäviä tai yksilön ruumiin ja kehon toimintoihin tai

ruumiin rakenteeseen. Yksilötekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, terveydentilatekijät, elämäntavat, tottumukset, sosiaalinen tausta, koulutus, ammatti, entiset ja nykyiset kokemukset, luonteenomaiset käyttäytymispiirteet ja yksilölliset vahvuudet. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016: 39–41.)

ICF-luokituksen käyttäminen toimintakyvyn vahvuuksien ja rajoitteiden sekä niihin vaikuttavien tekijöiden arvioinnissa edistää varhaisten kuntoutustarpeiden tunnistamista ja kuntoutuksen kokonaisvaltaista suunnittelua (Suomela-Markkanen & Peltonen 2016: 248). Suomessa kehitetty ICF-luokitukseen perustuva SPIRAL-peli on eri asiakasryhmiä osallistava, vuorovaikutusta tukeva, toimintakyvyn itsearviointiin kannustava menetelmä, joka tuo struktuuria kuntoutusprosessiin, korostaa asiakkaan mahdollisuutta saada oma äänensä kuuluviin ja helpottaa tavoitteen asettamista. Tutkimuksen mukaan kielellisistä vaikeuksista kärsivien aikuisten oli SPIRAL-pelin avulla mahdollista käydä läpi ja keskustella laajasti toimintakyvyn osa-alueista. Lisäksi kuntoutujat pystyivät kertomaan ajatuksiaan omasta toimintakyvystään, joka edisti heidän omaa aktiivisuuttaan tavoitteiden asettelussa. (Peltonen & Niittymäki & Aro-Pulliainen & Saarinen & Poutiainen 2019: 23, 29.)

### 3.2 ICF-toimintakyvyn ydinlistat

ICF-ydinlistat sisältävät ne kuvauskohteet, joita vähintään tarvitaan kuvaamaan toimintakykyä tietyn sairauden seurauksena ja niitä voi käyttää muistilistoina kuvauskohdeista, jotka vähintään tulisi arvioida (THL 2021). Ydinlistoista on laadittu lyhyt ja laaja versio. Laajoja ydinlistoja suositellaan käyttämään pitkäkestoisessa hoidossa, kun tarvitaan tarkka moniammatillinen kuvaus potilaan toimintakyvystä. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016: 49.)

WHO on kehittänyt toimintakyvyn arviointiin kuntoutukseen yleisiä ydinlistoja sekä sairauskohtaisia ICF-ydinlistoja, jotka sisältävät minimimäärän ICF-kuvauskohteita, jotka ovat merkityksellisiä kunkin sairauden yhteydessä (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016: 47.) Kuntoutuksen yleistä ydinlistaa on hyvä käyttää arviointitilanteissa minimitarkistuslistana sekä yhdessä muiden ydinlistojen kanssa. Yleisen ydinlistan seitsemän kuvauskohdetta ovat yleisesti sopivia koko väestöön ja kaikkiin terveydentiloihin. Sairauskohtaiset ICF-ydinlistat on kehitetty perusteellisen, monimenetelmäisen tieteellisen prosessin avulla. (THL 2021.)

ICF-luokituksen skitsofrenian ydinlistat tarjoavat yhteisen kielen ja kansainvälisesti tunnetun standardin psykoosipotilaiden toimintakyvyn kuvaamiseen. ICF-luokituksen skitsofrenian laaja ydinlista sisältää kaikkiaan 97 toimintakyvyn kuvauskohdetta ja lyhyt ydinlista 25 toimintakyvyn kuvauskohdetta. Perusvaatimuksena ICF-ydinlistojen käyttämiselle kliinisessä työssä pidetään niiden validointia eri näkökulmista. (Nuno ym.2019.) ICF-luokituksen skitsofrenian ydinlistat voivat tukea kuntoutuskäytäntöjä kuten mielen-terveyspalvelujen ja muiden toimenpiteiden suunnittelua ja kuntoutustavoitteiden määrittämistä sekä potilaiden hoidon kirjaamista. Skitsofrenian ICF-ydinlistojen käyttäminen voi edistää myös moniammatillisen työn koordinoitua ja helpottaa viestintää moniammatillisen työryhmän jäsenten välillä. Skitsofrenian ICF-ydinlistoista voi olla hyötyä myös kuntoutustutkimuksessa, joka on arvokasta, sillä se voi tarjota ratkaisevaa näyttöä kuntoutuskäytäntöjen optimoisesta. (Gomez ym. 2018.)

Yhteenvedona voidaan todeta, että psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistaminen edellyttää potilaan oman näkemyksen ja tilanteen laaja-alaista huomiointia sekä kaikkien toimintaan osallistuvien asiantuntemusta ja tasavertaista yhteistyötä, jossa työskentelyn tuloksena syntyy yhteinen käsitys potilaan tilanteesta ja tarpeista. (Kuorilehto 2014: 29.) Tehokkaan moniammatillisen yhteistyön kannalta keskeistä on ammattilaisten välinen vuorovaikutus, jaettu suunnittelu ja päätöksenteko sekä työn organisoiminen (Birkeland ym. 2017.) Moniammatillinen työskentely tulee vaikuttavaksi vasta silloin kun oma työ liittyy toisten työhön ja kun työskentelyssä osataan hyödyntää myös muiden asiantuntemusta (Kekoni ym. 2019: 42–43). ICF-luokituksen toimintakyvyn kuvauskohteiden avulla voidaan muodostaa laaja-alainen kuva potilaan toimintakyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. ICF-luokitus toimii yhteisenä viitekehystenä eri ammattiryhmien välillä, ohjeistaa moniammatillista työnjakoa toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioinnissa sekä luo yhtenäisen perustan kokonaisvaltaiseen arviointiin, suunnitteluun ja kuntoutukseen. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016: 44–45.)

#### **4 HUS Peijaksen psykoosipoliklinikat tutkimuksellisen kehittämistyön toimintaympäristönä**

HUS Peijaksen alueen psykoosipoliklinikoilla tutkitaan, hoidetaan ja kuntoutetaan pitkäaikaisesti- tai toistuvasti psykoosisairauteen sairastuneita potilaita lukuunottamatta mielialasairauksiin liittyviä psykooseja. Psykoosipoliklinikan moniammatilliseen tiimiin kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, jotka toimivat ns. vastuuhoidajina, psykologi, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kaksi toimintaterapeuttia. Moniammatillisen tiimin

toimintaa kuvaa, että he ovat joukko ammattilaisia, jotka itseohjautuvasti, yhteisvastuullisesti ja tiiviissä yhteistyössä huolehtivat potilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta eri toimijoiden osaamista hyödyntäen. Moniammatillisella tiimillä on viikoittain kokous, jossa voidaan keskustella ja sopia yhdessä potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä asioista. Poliklinikalla tehdään paljon yhteistyötä myös kuntoutujien läheisten ja muiden kuntoutukseen osallistuvien tahojen esim. sosiaalitoimen, muiden hoitotahojen sekä kolmannen sektorin palveluiden tarjoajien kanssa.

HUS:n visiona on toimia terveydenhuollon suunnannäyttäjänä ja sen lupaus asiakkaille on ”Joka päivä, jokaiselle potilaalle, yhä parempaa hoitoa”. HUS:n toimintaa ohjaavia arvoja ovat: kohtaaminen, yhdenvertaisuus ja edelläkävijyys, jotka toimivat myös tämän tutkimuksellisen kehittämistyön perustana. (HUS Arvot ja strategia 2020.) Yliopistosairaalaan HUS:n toimintaan kuuluu olennaisesti prosessien, asiakaskokemuksen sekä hoitomenetelmien tutkiminen ja kehittäminen (HUS Tietoa meistä 2020.)

Potilasmäärän merkittävä kasvu sekä monenlaisista ongelmista kärsivät ja paljon palveluja tarvitsevat potilaat ovat aiheuttaneet lisäpaineita psykoosipotilaiden avohoidolle. Potilaiden hoitoa ja kuntoutusta koordinoivat sairaanhoitajat ovat kuvanneet, ettei heillä ole riittävästi aikaa, tietoa, kykyä tai välineitä tunnistaa potilaiden yksilöllisiä kuntoutumiseen liittyviä tarpeita ja valmiuksia. Yksikössä on ollut käytössä tiedonkeruulomake, joka on auttanut joidenkin keskeisten tietojen keräämisessä kuntoutussuunnitelmaa varten. Yksikössä ei kuitenkaan ole sovittu yhdenmukaisia toimintatapoja potilaiden yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamiseksi, joten tarve niiden kehittämiseksi on tärkeä ja ajankohtainen.

## **5 Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite, tarkoitus, kehittämistehtävät ja tuotos**

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamista psykoosipotilaiden toimintakyvyn edistämiseksi.

Tutkimuksellisen kehittämistyön kehittämistehtävät:

### 1. Kuvata mitä

a) olemassa olevia hyviä toimintatapoja on psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta?

b) kehitettävää on psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta?

2. Selvittää mitä toimintakyvyn kuvauskohteita ICF-luokituksen mukaan tarvitaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta?

Tuotoksena laadittiin kuvaus psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisesta toimintakyvyn edistämiseksi.

## **6 Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut**

### **6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa ja tiedon intressi**

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön lähestymistapana oli toimintatutkimus ja tutkimusaineisto kerättiin laadullisen aineistonkeruun menetelmin. Toimintatutkimukselle ominaiseen tapaan tarkoitus oli tuottaa käytännöllistä tietoa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisesta, josta on hyötyä yhteisten käytäntöjen kehittämisessä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä toteutui toimintatutkimukselle tyypillinen syklimäisyyden ensimmäinen eli suunnitteluvaihe. (Heikkinen 2015: 204.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tiedon intressi oli praktinen, jonka mukaisesti keskeistä oli eri toimijoiden tasa-arvoinen keskustelu, jossa oli tilaa joustavuudelle ja erilaisille tulkinnoille kun selvitettiin mitä olemassa olevia hyviä käytäntöjä ja mitä kehitettävää on psykoosipotilaiden yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta sekä mitä ICF-toimintakyvyn kuvauskohteita tarvitaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta. (Toikko-Rantanen: 44–46.)

Tutkimuksellisen kehittämistyöntekijä toimi yhteiskehittelytapaamisissa tutkijan roolissa eikä osallistunut itse tiedontuottamiseen. Tutkimukseen osallistuville kerrottiin etukäteen tutkijan toimivan yhteiskehittelyn koordinoijana, fasilitoijana ja johtajana. Tutkijan tehtäviin sisältyi yhteisistä käytännöistä sopiminen, osallistujien kannustaminen, tukeminen ja ohjaaminen sekä luottamuksen ja yhdenvertaisuuden edistäminen toimijoiden välillä.



## 6.2 Tiedon tuottajien valinta ja kuvaus

Tiedon tuottajiksi valittiin harkinnanvaraisesti HUS Peijaksen psykoosipalveluiden 12 ammattilaista eri ammattiryhmistä (lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja, sairaanhoitajia ja fysioterapeutti) ja kolme HUS psykiatrian koulutettua kokemusasiantuntijaa eli yhteensä 15 henkilöä. Kaikki mukana olleet kolme kokemusasiantuntijaa osallistuivat orientaatioon ja yhteiskehittelyihin. Mukaan osallistuneista ammattilaisista osa oli sovitusti mukana kaikilla ja osa vain joillakin kerroilla. Orientaatiotilaisuudessa oli mukana 10 ammattilaista sekä kaksi esihenkilöä. Ensimmäisellä yhteiskehittelykerralla mukana oli 10 ja toisella yhteiskehittelykerralla 12 ammattilaista.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyödynnettiin HUS moniammatillisen henkilöstön ja kokemusasiantuntijoiden tietoa ja asiantuntijuutta. Hietalan ja Rissanen (2015) mukaan niitä yhdistämällä voidaan luoda uudenlaista tietoa ja löytää näkökulmia, jotka auttavat kehittämään yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamista toimintakyvyn edistämiseksi. (Hietala ja Rissanen 2015: 12.) Osallistujien valinnassa keskeistä oli, että heillä on omakohtaista kokemusta kehittämisen kohteena olevasta aiheesta sekä he halusivat olla vapaaehtoisesti mukana kehittämässä yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamista toimintakyvyn edistämiseksi. Tiedon tuottajien valintaa ohjasi myös osallistavan toimintatutkimuksen näkemys, jonka mukaan toimijoiden osallisuus nähdään itseisarvona ja tärkeänä oikeutena, joka auttaa parempien tulosten saavuttamista tutkimustyössä. Tuotetun tiedon hyödynnettävyyttä ja käytettävyyttä kasvatti sen kerääminen aidosta toimintaympäristöstä. (Toikko & Rantanen 2009: 42; 90–91.)

Kokemusasiantuntijalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on omakohtaista tietoa sairastumisesta, miltä tuntuu olla hoidossa ja kuntoutuksessa sekä käyttää julkisia palveluita. Kokemusasiantuntijalla on myös tietoa siitä mikä häntä on auttanut ja millaiset tekijät ovat vaikuttaneet hänen kuntoutumiseensa. Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen tutkimukselliseen kehittämistyöhön oli keskeistä, sillä heidän tiedosta on huomattu olevan hyötyä palveluiden kehittämisessä ja asiakaslähtöisyyden vahvistamisessa. Ammattilaiset voivat hyötyä yhteistyöstä kokemusasiantuntijoiden kanssa, koska se mahdollistaa uudenlaisen ammattiroolin omaksumisen, auttaa hahmottamaan omaa työtä uudella tavalla sekä vahvistaa työn eettistä perustaa ja mielekkyyttä. (Hietala ja Rissanen 2015: 11–14.)

Tutkimukselliselle kehittämistyölle haettiin HUS:n myöntämä tutkimuslupa (Liite 1). Psykoosipoliklinikan ammattilaisille tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta HUS Peijaksen alueen psykoosipoliklinikan kehittämisiltapäivässä keväällä

2021. Tilaisuudessa kerrottiin osallistumisen edellyttävän omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta ja että tiedontuottajiksi pyritään saamaan moniasiantuntijainen ryhmä, joka koostuu eri ammattialojen edustajista ja HUS psykiatrian koulutetuista kokemusasiantuntijoista. Lisäksi osallistumisen kerrottiin perustuvan vapaaehtoisuuteen ja tutkittavan voivan milloin tahansa keskeyttää osallistumisensa eikä hänen tarvitse perustella päätöstään. Tutkija keskusteli soveltuvien tiedontuottajien valinnasta kahden eri toimipisteen Myyrmäen ja Tikkurilan moniammatillisen tiimin kokouksessa yhdessä työntekijöiden, apulaisylilääkärin ja osastonhoitajan kanssa. Sen jälkeen vapaaehtoisia ammattilaisia pyydettiin ilmoittamaan osastonhoitajalle kiinnostuksensa osallistua mukaan. Tutkimukseen soveltuville ammattilaisille lähetettiin sähköpostitse tutkimushenkilötiedote, suostumuslomake sekä kerrottiin tutkijan antavan tarvittaessa lisätietoja myös suullisesti. Osallistujien kanssa käytiin läpi tutkimukseen osallistumiseen kuuluva aika, kerrottiin tietojenkeruusta ja sen käyttötavasta sekä tutkimushenkilötiedotteesta (Liite 2) ja tutkittavan antamasta kirjallisesta suostumuksesta (Liite 3). Ammatilaisia pyydettiin ilmoittamaan osallistumisestaan ja toimittamaan kirjallinen suostumus sähköpostitse suoraan tutkijalle.

Kokemusasiantuntijoiden valitsemiseksi otettiin yhteyttä HUS Psykiatrian kokemusasiantuntijatoiminnasta vastaavaan koordinaattoriin. Koordinaattorille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta, vapaaehtoisuudesta sekä tietojenkeruusta ja käyttötavasta. Koordinaattorille lähetettiin sähköpostitse kokemusasiantuntijoille laadittu tutkimushenkilötiedote (Liite 4) ja suostumuslomake (Liite 5). Osallistumisen kerrottiin lisäksi edellyttävän kokemusasiantuntijalta kykyä ja mahdollisuutta käyttää tietoteknistä laitteistoa ja internetyhteyttä, sillä yhteiskehittelyyn osallistuminen toteutui Teams -etäyhteyden välityksellä. Koordinaattoria pyydettiin välittämään HUS psykiatrian kokemusasiantuntijoille tieto tutkimuksesta, tutkimushenkilötiedote ja suostumuslomake sekä välittämään tutkijan yhteystiedot. Tutkija toimi kokemusasiantuntijoiden ilmoittautumisten vastaanottajana. Mukaan valittiin kolme ensimmäiseksi mukaan ilmoittautunutta, edellä kuvatut kriteerit täyttäneitä HUS psykiatrian kokemusasiantuntijaa. Tutkija oli yhteydessä mukaan ilmoittautuneisiin kokemusasiantuntijoihin ja sopi jokaisen kanssa Teams -etäyhteydellä toteutettavan ajan, jolloin kävi suullisesti läpi tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteen sekä kertoi orientaatiotilaisuuteen ja yhteiskehittelytilaisuuksiin kuluva ajasta, käytettävistä menetelmistä, tiedonkeruusta ja sen käyttötavasta. Lisäksi tutkija painotti osallistumisen perustuvan vapaaehtoisuuteen ja kokemusasiantuntijan voivan milloin tahansa keskeyttää osallistumisensa ilman, että hänen tarvitsee perustella päätöstään.

Tutkija keräsi kirjalliset suostumukset osallistumisesta kaikilta kehittämiseen mukaan ilmoittautuneilta osallistujilta ennen tutkimukseen liittyvän yhteiskehittelyjen aloittamista. Osallistujille lähetettiin sähköpostitse kutsu ja Teams -osallistumislinkki orientaatiotilaisuuteen ja yhteiskehittelytilaisuuksiin.

## 6.3 Aineiston keruu

### 6.3.1 Ensimmäinen kehittämistehtävä

Ennakkomateriaalina osallistujille toimitettiin sähköpostitse Teams -linkki sekä Teams -keskustelualustalle psykoosipoliklinikalla käytössä oleva tiedonkeruulomake. Ennakkomateriaaliin tutustuminen oli osallistujille vapaaehtoista.

Ensimmäisen kehittämistehtävän aineisto kerättiin työpajatyöskentelyssä, joka mahdollisesti tasa-arvoisen keskustelun osallistujien välillä ja jossa oli tilaa myös joustavuudelle ja erilaisille tulkinnoille (Toikko-Rantanen 2009: 44–46). Tutkijan tehtävänä oli seurata osallistujien työskentelyä ja tarvittaessa edistää moninäkökulmaista ja avointa keskustelua sekä huolehtia, että kaikki voivat osallistua työskentelyyn täysipainoisesti (Peränen 2013: 4–7). Osallistujien kokoontuessa Teams -etäyhteydellä, tehtiin aluksi ryhmäytymistä edistävä osallistumisharjoitus, jonka jälkeen käytiin läpi tapaamisen aikataulu ja sisältö. Sen jälkeen osallistujille kerrottiin lyhyt teoriaa sisältävä alustus aiheesta, jonka jälkeen tutkija jakoi heidät kahteen pienryhmään Teams -kokouksen breakout roomeihin. Kumpaankin ryhmään valittiin kirjurit, jotka oli sovittu etukäteen orientaatiotilaisuudessa. Sen jälkeen osallistujat pohtivat yhdessä vastauksia kehittämistehtävän kysymyksiin eli mitä a) olemassa olevia hyviä toimintatapoja ja b) mitä kehitettävää on psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaan ja ammattilaisten näkökulmasta.

Pienryhmät työskentelivät annetun kysymyksen parissa 40 minuuttia ja kirjurit kirjasivat ylös ryhmäläisten tuottamia ajatuksia, ideoita ja huomioita. Sen jälkeen pidettiin pieni tauko, jonka jälkeen pienryhmien kirjurit vaihtoivat paikkaa eli toiseen pienryhmään. Kirjurit kertoivat lyhyesti toiselle pienryhmälle edellisen pienryhmän keskusteluissa esiin tulleista asioista, jonka jälkeen osallistujat alkoivat pohtia ja lisätä aiheeseen omia ideoitaan ja ehdotuksiaan. Siten kummankin pienryhmän osallistujat keskustelivat vuorollaan sekä hyvistä käytännöistä että kehitettävistä asioista ja täydentäen niitä toistensa näkemyksillä. Pienryhmätyöskentelyn jälkeen kokoonnuttiin yhteen, kirjurit esitte-

livät pienryhmien tulokset ja niistä keskusteltiin lopuksi yhdessä 15 minuutin ajan. Loppukeskustelun nauhoittamiseen oli pyydetty osallistujien lupa ja kirjalliset aineistot otettiin talteen aineiston litterointia varten.

### 6.3.2 Toinen kehittämistehtävä

Toisen kehittämistehtävän tarkoituksena oli selvittää mitä toimintakyvyn kuvauskohteita ICF-luokituksen mukaan tarvitaan psykoosipotilaiden yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta. Ennakkomateriaalina osallistujille toimitettiin ICF-luokituksen yleisen ydinlistan ja skitsofrenian laajan ydinlistan kuvauskohteet pdf-tiedostona sekä osalle pyynnöstä myös kirjallisesti tulostettuna. Lisäksi Teams-alustalle tallennettiin ICF-luokituksen skitsofrenian laajan ydinlistan kuvauskohteet pdf-tiedostona sekä tutkijan kokoama kolmen sivun lista ICF-luokituksen toimintakyvyn kuvauskohteista. Osallistujia kehoitettiin halutessaan tutustumaan materiaaliin etukäteen sekä tulostamaan ICF-luokituksen ydinlistojen kuvauskohteet etukäteen työskentelyn sujuvoittamiseksi. Ennakkomateriaaliin tutustuminen oli vapaaehtoista.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä osallistujat tarkastelivat kaikkiaan sata (100) ICF-toimintakyvyn kuvauskohdetta, joista yhdeksänkymmentäseitsemän (97) sisältyi skitsofrenian laajan ICF-ydinlistan kuvauskohteisiin ja kolme (3) kuntoutuksen yleisen ICF-ydinlistan kuvauskohteisiin. Skitsofrenian laajaan ICF-ydinlistaan sisältyy seitsemäntoista (17) ruumiin ja kehon toiminnon kuvauskohdetta, neljäkymmentäkahdeksan (48) suoriutumisen ja osallistumisen kuvauskohdetta ja kolmekymmentäkaksi (32) ympäristökijän kuvauskohdetta. Kuntoutuksen yleisen ICF-ydinlistan kuvauskohteista mukana oli yksi (1) kuvauskohde ruumiin ja kehon toimintoista ja kaksi (2) kuvauskohdetta suoriutumisen ja osallistumisen osa-alueelta.

Toiseen kehittämistehtävään aineisto kerättiin Learning cafe -menetelmällä, jonka avulla saatiin lyhyessä ajassa kerättyä tietoa osallistujien näkemyksistä. Teams -yhteiskehittelytilaisuus aloitettiin yhteisellä ryhmäytymistä edistävällä osallistumisharjoituksella, jonka jälkeen käytiin läpi tapaamiskerran aikataulu ja sisältö. Alustuksena aiheeseen käytiin läpi tutkijan laatima Power Point -esitys ICF-luokituksen viitekehyksestä, sillä ICF-luokitus ei ollut suurimmalle osalle tutkimukseen osallistuneista ennestään tuttu. Learning cafe menetelmän mukaisesti osallistujat jaettiin kolmeen erilliseen pienryhmään ja pienryhmissä käytiin keskustellen läpi tutkimukseen valitut yhteensä 100 ICF-luokituksen toimintakyvyn kuvauskohdetta, jotka oli jaettu kolmeen eri osioon. Pienryhmissä keskityttiin tarkastelemaan vastausta kysymykseen mitä toimintakyvyn

kuvauskohteita ICF-luokituksen mukaan tarvitaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta. Jokaiselle pienryhmälle oli valittu etukäteen kirjuri, joita ohjeistettiin merkitsemään rasti jokaisen pienryhmän tarpeelliseksi arvioiman ICF-toimintakyvyn kuvauskohteen perään. Lisäksi kirjureita ohjeistettiin huolehtimaan osallistujien tasapuolisesta osallistumisesta. Learning cafe sisälsi kolme työskentelyosuutta, jotka kestivät 40 minuuttia kerrallaan ja jokaisen työskentelyosuuden välissä pidettiin lyhyt tauko.

Tauon jälkeen pienryhmät siirtyvät tarkastelemaan seuraavia aihealueita, mutta ryhmässä olleet kirjurit jäävät paikoilleen. Kirjurit eivät sovitun ohjeistuksen mukaisesti keroneet edellisen pienryhmän yhteiskeskustelun tuloksia jatkaessaan työskentelyä toisen pienryhmän kanssa. Näin ollen pienryhmät kiersivät ja tarkastelivat vuorollaan jokaista valittua aihealuetta tietämättä toisten pienryhmien keskusteluista ja tuloksista. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2014: 162.) Pienryhmätyöskentelyn jälkeen kokoonnuttiin lopuksi yhteen, kirjurit esittelivät pienryhmien tulokset eli kuinka monta rastia eri kuvauskohteet saavuttivat ja niistä käytiin yhdessä keskustelua. Kirjalliset tuotokset otettiin talteen. Loppukeskustelun nauhoittamiseen oli pyydetty osallistujilta kirjallinen lupa.

## 6.4 Aineiston analysointi

Yhteiskehittelyissä kerätyt aineistot olivat nauhoitetussa ja kirjallisessa muodossa. Ensimmäisen yhteiskehittelyn nauhoitettu aineisto kirjoitettiin kokonaisuudessaan tekstimuotoon eli litteroitiin, joka helpotti analysointia eli tutkimusaineiston järjestelmällistä läpikäyntiä, aineiston ryhmittelyä ja luokittelua (Vilkkä 2015: 137.) Nauhoitettua aineistoa kertyi litteroituna yhteensä 7 sivua ja 2354 sanaa (Arial fontti, fonttikoko 11, riviväli 1,5). Toisen kehittämistehtävän kirjallinen aineisto koostui kirjureille laaditusta yhteensä kolmen sivun ICF-kuvauskohteiden listasta, johon he olivat kirjanneet rastin jokaisen pienryhmän tarpeelliseksi arvioiman kuvauskohteen perään.

Kehittämistehtävistä muodostetut analyysikysymykset olivat: a) Mitä olemassa olevia hyviä toimintatapoja on psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta toimintakyvyn edistämiseksi ja b) Mitä kehitettävää on psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta toimintakyvyn edistämiseksi ohjasivat aineiston analysointia eli aineistosta etsittiin tietoa kehittämistehtäviin vastaamiseksi. Litteroidusta aineistosta poistettiin kehittämistehtäviin liittymättömät asiat sekä kaikki suo-

rat, vahvat epäsuorat ja epäsuorat tunnisteet. Aineistossa ei eritelty kenenkään yksittäisen henkilön sanomia asioita siten, että henkilöllisyys olisi tunnistettavissa. (Eskola ja Suoranta 1998: 150–152.)

Ensimmäisen kehittämistehtävän aineisto luokiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysi eteni vaiheittain tutustuen ensin huolellisesti litteroituun aineistoon ja poimien sieltä analyysikysymykseen vastaavia kokonaisuuksia. Analyysiyksikkönä kehittämistehtävissä oli ajatuksellinen kokonaisuus. Alkuperäiset ilmaukset alleviivattiin kahdella eri värisellä korostusvärillä analyysikysymysten mukaisesti ja listattiin sen jälkeen taulukkoon. Seuraavaksi tehtiin aineiston redusointi, jossa aineistosta poimittiin olennaiset kohdat ja kirjoitettiin ne pelkistetyksi tiivistettyyn muotoon. Sen jälkeen pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaiset ja ne ryhmiteltiin eli aineisto klusteroitiin. Samankaltaisista pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia ja joistakin alaluokista myös yläluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108–113.) Näyte aineiston analyysistä on liitteessä 6.

Toisen kehittämistehtävän aineisto muodostui kirjureiden ICF-toimintakyvyn kuvauskohteiden listaan kirjaamista rasteista. Aineisto analysoitiin kvantifioimalla eli rastien lukumäärä laskemalla aineistosta selvitettiin vastaus analyysikysymykseen mitä toimintakyvyn kuvauskohteita ICF-luokituksen mukaan tarvitaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta. Kriteerinä oli enemmistön yksimielisyys eli tarvittaviksi ICF-toimintakyvyn kuvauskohteiksi arvioitiin ne kuvauskohteet, joihin oli merkitty kaksi tai kolme rastia.

Kirjoitetun tekstin käsittelyssä käytettiin tavanomaista tekstinkäsittelyohjelmaa. Aineistot tallennettiin raportin kirjoittamisen ajaksi salasanasuojatulle tietokoneelle sekä muistitikulle, jota säilytettiin lukitussa kaapissa.

## 6.5 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimuksellisen kehittämistyön aiheesta käytiin keskustelua yksikön kehittämisiltapäivässä syksyllä 2020. Sekä yksikön esimiehet että moniammatillinen henkilöstö pitivät yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisen kehittämistä aiheena ajankohtaisena, tärkeänä ja merkityksellisenä. Suunnitelmaseminaarissa sekä opettajien ohjauksessa tutkimuksellisen kehittämistyön kehittämistehtävät täsmentyivät.

Tutkimukselliseen kehittämistyöhön sisältyi kahden tunnin orientaatiotilaisuus sekä kaksi kolme tuntia kestävää yhteiskehittelytilaisuutta, jotka toteutettiin Microsoft Teams-etäyhteydellä. Ennen yhteiskehittelytilaisuuksia osallistujille Teams-etäyhteydellä järjestetyn kahden tunnin orientaatiotilaisuuden tarkoituksena oli perehdyttää tutkimukseen osallistujia yhteiskehittelyyn, edistää yhteisen ymmärryksen muodostamista ja vahvistaa osallistujien sitoutumista yhteiskehittelyprosessiin. Osallistujille kerrottiin tutkijan toimivan yhteiskehittelyn koordinoijana, johtajana ja vastuuhenkilönä. Tapaamisella käytiin läpi yhteisen kehittämistoiminnan tarkoitus ja tavoite sekä yhteistoimintaa ohjaavat keskeiset toimintatavat ja periaatteet. Lisäksi käytiin läpi yhteiskehittelytilaisuuksien aikataulu, sisältö ja ennakkomateriaalia, keskusteltiin osallistujien tehtävistä ja rooleista, tutustuttiin yhteiskehittelymenetelmiin sekä selvitettiin osallistujien tarpeita ja toiveita, jotka olivat keskeisiä osallistumisen mahdollistumiseksi.

Taulukko 1. Kehittämistyön eteneminen.

Ajankohta	Mitä ja missä
Lokakuu-marraskuu 2020	Tutkimuksellisen kehittämistyön tarveanalyysi ja aiheanalyysi.
Lokakuu 2020	Tutkimuksellisen kehittämistyön aiheesta tiedottaminen ja siitä keskusteleminen yksikön kehittämissiltapäivässä.
Tammikuu-helmikuu 2021	Tutkimussuunnitelman laatiminen.
Helmikuu-huhtikuu 2021	Tutkimussuunnitelman täydentäminen ja tutkimusluvan hakeminen HUS:sta.
Toukokuu 2021	Tutkimusluvan saaminen. Opinnäytetyösopimuksen allekirjoittaminen. Tutkimuksesta tiedottaminen yksikön henkilöstölle ja kokemusasiantuntijoille. Yhteiskehittelyjen aikataulusta sopiminen.
Kesäkuu-elokuu 2021	Kokemusasiantuntijoiden alkuhaastattelut. Kirjallisten suostumusten kerääminen tutkimukseen osallistumisesta ammattilaisilta ja kokemusasiantuntijoilta.
Elokuu 2021	Orientaatiotilaisuus ja 1. yhteiskehittelytilaisuus. Aineiston litterointi ja aineiston analysointi.
Syyskuu 2021	2. yhteiskehittelytilaisuus.
Lokakuu 2021	Aineiston litterointi ja analysointi. Tutkimustulosten julkaiseminen ja tarkasteleminen yksikön kehittämissiltapäivässä.
Marraskuu 2021	Raportin kirjoittaminen. Tutkimuksellisen kehittämistyön esittäminen Metropolia ammattikorkeakoulun opinnäytetyösymposiumissa.
Joulukuu 2021	Raportin kirjoittaminen. Tutkimuksellisen kehittämistyön julkaiseminen Theseus tietokannassa.

Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja tutkimukseen osallistuminen päättyi yhteiskehittelytilaisuuksien jälkeen. Ammattilaisten osalta yhteiskehittämiseen osallistuminen tapahtui työajalla orientaatiotilaisuudessa ja kahdessa yhteiskehittelytilaisuudessa. Osallistumisesta ei aiheutunut ansionmenetyksiä. Tutkimukseen osallistuneille HUS koulutetuille kokemusasiantuntijoille maksettiin osallisuustoiminnasta palkkio HUS osallisuustoiminnan palkkioperusteiden mukaisesti.

## 7 Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset

### 7.1 Hyvät toimintatavat yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa ilmeni kahdeksan olemassa olevaa hyvää asiaa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa. Taulukossa 2 on kuvattu yhteenveto hyvistä toimintavoista.

Taulukko 2. Olemassa olevat hyvät toimintatavat yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi.

<p><b>1. Kuntoutusta ja moniammatillista yhteistyötä koordinoiva vastuuhoidaja.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vastuuhoidaja, joka ottaa asioita esille moniammatillisesti, koordinoi kuntoutusta ja moniammatillista yhteistyötä</li> <li>- Hyvänä käytäntönä on koettu pitkäaikainen omahoitaja ja tämä tuli potilaan näkökulmasta</li> <li>-Hoitajat on koettu ammattitaitoisina, kannustavina ja heidän kanssaan on turvallista keskustella</li> </ul>	<p><b>5. Arviointi- ja oirekartoituslomakkeiden käyttäminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Arviointi ja oirekartoituskaavakkeet ovat hyviä. Checklistasta voi katsoa mitä kuntoutuksessa on otettava huomioon ja tunnistaa potilaan kuntoutustarpeita</li> <li>- Lomakkeet tekevät hoidosta tasalaatuisempaa</li> </ul>
<p><b>2. Asiakaskeskeisyys.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kunnioittava suhtautuminen potilaaseen</li> <li>- On koettu hyvänä, että työntekijälle saa tarvittaessa nopeasti ajanvarauksen</li> <li>- Potilaalle oli tullut tunne, että ongelmat otetaan vakavasti ja niihin on yhdessä mietitty ratkaisua</li> </ul>	<p><b>6. Potilaan voimavarojen huomioiminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Huomioidaan potilaiden voimavarat</li> </ul>
<p><b>3. Moniammatillisen työryhmän yhteistyö ja osaamisen hyödyntäminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Matalalla kynnyksellä voi konsultoida eri ammattiryhmiä ja vastaukset tulevat nopeasti eikä ole vuorovaikutusta haittaavaa hierarkiaa</li> <li>- Lääkärit on koettu asiantunteviksi ja helposti lähestyttäviksi</li> <li>- Erityistyöntekijöiden panos kuntoutuksessa on koettu tärkeäksi</li> <li>- Psykologien ja toimintaterapeuttien tutkimukset on koettu hyvinä ja ne antavat tietoa potilaan psyykkisistä ja kognitiivisista tekijöistä ja toimintakyvystä.</li> <li>- Sosiaalityöntekijät on koettu tärkeinä, koska heiltä saa laajasti tukea sosiaaliseen, taloudelliseen ja kuntoutukselliseen tilanteeseen.</li> <li>- Potilaan taloudellisen tilanteen huomioiminen ja turvaaminen</li> </ul>	<p><b>7. Digitalisaation hyödyntäminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaan ja hoitajan yhteydenpito voi toimia myös tekstiviestillä</li> <li>-Digiloikka on tuonut mukanaan hyviä käytäntöjä kuten etävastaanotot, etäryhmät, etäkokoukset ja etäkoulutukset.</li> <li>-MAISA:n käyttöönotto on hyvä käytäntö, siellä voi uusaa lääkereseptejä, ajanvarauksia ja lukea kirjauksia</li> <li>-Mielen terveystalon käyttäminen on hyvä käytäntö</li> </ul>



<p>- Työkorviestittely työntekijöiden kesken on koettu joustavaksi, jos ei voi tavata työntekijää</p>	
<p><b>4. Kuntoutuksen suunnitteleminen yhdessä asiakkaan, läheisten ja verkoston kanssa.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perhetapaamiset on koettu hyväksi</li> <li>- Kuntoutuspalaveri toimii parhaimmillaan hyvin. Sen onnistumiseen vaikuttavat monet eri tekijät kuten potilaan vointi, työntekijöiden tieto kuntoutuksen vaihtoehtoista ja kuntoutuspalaveriin valmistautuminen</li> <li>- On koettu hyväksi käytännöksi, että kuntoutusta viedään maltillisesti eteenpäin</li> <li>- Ryhmiä on suunniteltu potilaskohtaisesti ja niitä suositellaan potilaille ja tarpeen mukaisesti</li> </ul>	<p><b>8. Monipuoliset kuntoutuspalvelut.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostopalveluterapioiden käytön mahdollisuus</li> <li>- Kokemusasiantuntijoiden käyttö on hyvä käytäntö. Rohkaisee asiakasta puhumaan, kannustaa toipumisessa ja antaa vertaistukea</li> <li>- DKT-tyyppinen työskentely on ollut tärkeää</li> <li>- Kaikki ryhmät ovat hyvin suunniteltuja ja kannattavia vuodesta toiseen</li> <li>- IPS-projekti on hyvä käytäntö, josta toivotaan pysyvää toimintaa</li> <li>- Tehostetun avohoidon palvelut (TEKO) on koettu hyväksi ja se antaa tarvittaessa tiiviimpää tukea kuntoutukseen</li> <li>- Seurantapoliklinikka on hyvä ja tärkeä kuntoutukselle</li> <li>- Matalan kynnyksen ryhmät, maanantai-infot ja vertaisvastaanotot on koettu tärkeiksi</li> </ul>

Tulosten mukaan hyväksi toimintatavaksi koettiin **kuntoutusta ja moniammatillista yhteistyötä koordinoivan vastuuhoidajan nimeäminen**. Vastuuhoidaja ottaa asioita esille moniammatillisesti. Lisäksi hyvinä käytäntöinä tuotiin esiin vastuuhoidajan pitkäaikaisuus, hoitajien ammattitaitoisuus ja kannustavuus ja se, että heidän kanssaan on turvallista keskustella.

Tuloksissa hyvänä toimintatapana nousi vahvasti esiin myös **moniammatillisen työryhmän yhteistyö ja osaamisen hyödyntäminen**. Moniammatillisen työryhmän sujuva vuorovaikutus ja konsultointi sekä tiedonkulku eri ammattilaisten välillä koettiin hyväksi ja tärkeäksi. Lääkärit koettiin ammattitaitoisiksi ja helposti lähestyttäviksi. Erityistyöntekijöiden hyödyntäminen kuten psykologin ja toimintaterapeutin tutkimukset sekä sosiaalityöntekijän palvelut kuntoutuksessa koettiin tärkeäksi ja hyödylliseksi. Tärkeänä asiana tuotiin esiin myös esimerkiksi potilaan taloudellisen tilanteen huomioiminen ja turvaaminen, joka luo usein turvallisen perustan kuntoutumiselle.

Moniasiantuntijaisen tutkimusryhmän mukaan myös **kuntoutuksen suunnitteleminen yhdessä asiakkaan, läheisten ja verkoston kanssa** koettiin tärkeäksi ja hyväksi toimintatavaksi. Perhetapaamiset koettiin hyvinä. Kuntoutuksen porrastaminen ja asiakaslähtöisyys ryhmämuotoisten kuntoutuspalveluiden suunnittelussa ja suosittelussa koettiin niin ikään hyväksi toimintatavaksi. Kuntoutuspalaverin onnistumiseen kuvattiin

vaikuttavan erilaiset tekijät kuten potilaan vointi, työntekijöiden tieto kuntoutuksen vaihtoehtoista ja kuntoutuspalaveriin valmistautuminen.

**Arviointi- ja oirekartoitusslomakkeiden käyttäminen** nousi esiin hyvänä asiana. Niiden käyttämisen kuvattiin lisäävän hoidon tasalaatuisuutta, auttavan huomioimaan kuntoutuksen kannalta keskeisiä asioita ja tunnistamaan potilaan kuntoutustarpeita. Myös **potilaan voimavarojen huomioiminen** koettiin hyvänä toimintatapana.

Tuloksissa nousi hyvänä käytäntönä esiin myös **digitalisaation hyödyntäminen**. Hoitajan ja potilaan yhteydenpito huomioitiin toimivan tapaamisten lisäksi myös muilla tavoin kuten tekstiviesteillä. Mielenterveystalon ja Maisa:n (sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen asiointin kanava) käyttäminen todettiin olevan hyviä toimintatapoja. Lisäksi tuli esiin, että koronan myötä tullut digiloikka on tuonut mukanaan monia hyviä käytäntöjä kuten etävastaanotot, -ryhmät, -kokoukset ja -koulutukset.

Moniasiantuntijaisen ryhmän mukaan myös erikoissairaanhoidon **monipuoliset kuntoutuspalvelut** kuvattiin hyväksi toimintatavaksi. Palvelusetelin mukaantulo eli ostopalveluterapioiden mukaantulo palveluvalikkoon todettiin olevan iso edistysaskel psykoosisairaiden kuntoutuksessa. Myös DKT-tyyppinen (Dialektinen käyttäytymisterapia) työskentely koettiin tärkeäksi. IPS-projekti (Sijoita ja valmenna -työhönvalmennus) on hyvä käytäntö, josta toivotaan pysyvää toimintaa. Lisäksi tuotiin esiin erilaiset ryhmät kuten psykoedukatiiviset ryhmät, oireidenhallinta, Feeniks-ryhmä, toiminnalliset ryhmät, moniperheryhmät, jotka ovat hyvin suunniteltuja ja kannattavia vuodesta toiseen. Tehostetun avohoidon palvelut eli TEKO on koettu hyväksi ja se antaa tarvittaessa tiiviimpää tukea kuntoutukseen. Seurantapoliklinikka on myös niin ikään koettu hyväksi ja tärkeäksi. Lisäksi erilaiset matalan kynnyksen palvelut kuten ryhmät, maanantai-infot, vertaisvastaanotot sekä kokemusasiantuntijoiden käyttäminen koettiin hyvinä ja tärkeinä. Kokemusasiantuntija voi esimerkiksi rohkaista asiakasta puhumaan, kannustaa toipumisessa ja antaa vertaistukea.

## 7.2 Kehitettävät asiat yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa tuli esiin yksitoista kehitettävää asiaa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa. Taulukossa 3 on kuvattu yhteenveto kehitettävistä asioista.

Taulukko 3. Kehitettävät asiat yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi.

<p><b>1. Moniasiantuntijaisen työskentelyn lisääminen ja työnjako.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olisi hyvä olla useampi ihminen tai työpari mukana jo heti alkuvaiheessa suunnittelussa ja miettimisessä</li> <li>- Työpari mukaan myös vanhempiin tapauksiin, ei pelkää lähetevaiheessa</li> <li>- Erityistyöntekijät tueksi suunnitteluun</li> <li>- Toisaalta työn parempi organisointi ja jakaminen, ettei kaikki asiat jäisi vain hoitajalle</li> <li>- Kognitiivisten haasteiden huomioiminen psykoosissa, hoidossa ja kuntoutussuunnitelmassa</li> <li>- Kokemusasiantuntijoiden laajempi mukaanottaminen</li> <li>- Kaikkien ryhmien parempi mainostaminen ja tiedonkulku. Että on tiedossa ja muistetaan mitä ryhmiä on ja milloin niitä on.</li> </ul>	<p><b>7. Kuntoutussuunnitelmaan liittyvien toimintatapojen muuttaminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ennen kuntoutussuunnitelmaa lisää aikaa tapaamiseen ja kuntoutussuunnitelman suunnitteluun, ettei tulisi kiireen tuntua</li> <li>- Yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatiminen, potilaan ajankohtaiset haasteet paremmin huomioiden</li> <li>- Kuntoutussuunnitelmapalaverin sopiminen ajoissa, jottei potilaalle seuraa taloudellisia haasteita</li> <li>- Kuntoutustuki ei ole jatkuva etuus ja edellyttää kuntoutussuunnitelman laatimista ajoissa</li> <li>- Toive digitaalisesta työkalusta kuntoutussuunnitelman laatimiseen, joka auttaisi kokemaan tiedon kuntoutukseen osallistuneista työntekijöistä ja johon työntekijät voisivat kirjata omia näkemyksiään</li> </ul>
<p><b>2. Yhteistyö hoidon ja kuntoutuksen kannalta olennaisten asiantuntijoiden, läheisten ja verkoston kanssa.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoidon kannalta oleelliset työntekijät, erityistyöntekijät, omaiset, verkostot, 3.sektori mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen</li> <li>- On tärkeää, että muistutetaan mahdollisuudesta ottaa omaisia enemmän mukaan kaikkiin tapaamisiin.</li> <li>- Omaisten ja läheisten mukaan ottaminen enemmän hoitoon ja kuntoutukseen</li> <li>- Huomioidaan, että potilaalle läheisin henkilö voi olla muukin kuin sukulainen</li> </ul>	<p><b>8. Haastavien potilasryhmien kuntoutustarpeiden tunnistaminen ja tavoitteiden arvioiminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarkempi struktuuri ja kuntoutustavoitteiden arvioiminen päihteitä käyttävien potilaiden kuntoutuksessa</li> <li>- Haastavana ryhmänä sellaiset maahanmuuttajat, joiden tilanteesta ja voinnista ei ole tarkkaa tietoa. Tarvitaan lisätietoa ja struktuuria.</li> </ul>
<p><b>3. Rakenteisuuden/struktuurin lisääminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Että asiat olisivat enemmän rakenteisia eikä yksittäisen ihmisen muistettavissa, esimerkiksi checklistit ja kuntoutussuunnitelmassakin voisi olla checklist</li> <li>- Kuntoutussuunnitelma-lomakkeen päivittäminen, että sekin olisi checklist tyyppinen</li> <li>- Asioiden käyminen checklist tyyppisesti läpi, mutta ei jäädä jumiin asioihin, jotka eivät ole ajankohtaisia</li> <li>-Struktuurin lisääminen käytäntöihin, sillä kiire, vajuus tai haastavat tilanteet ovat uhka hyvien käytäntöjen toteutumiselle</li> <li>- Haaveena järjestelmä, joka muistuttaisi potilasta automaattisesti kuntoutussuunnitelman eräänymisestä</li> </ul>	<p><b>9. Yhteisesti sovitut käytännöt ja toimintatavat ja niihin sitoutuminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jotta toimia saataisiin käytäntöön, niin eiköhän se vaatisi jonkinlaista koulutusta tai että kaikki tietäisivät, jos jotain asiaa muutetaan ja toimisivat samalla tavalla tai edes sinnepäin</li> </ul>
<p><b>4. Somaattisen terveyden parempi huomioiminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiinnitetään enemmän huomiota myös somaattiseen terveyteen ja potilaat pääsisivät paremmin hoitoon myös siihen liittyen. Esimerkiksi ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti</li> </ul>	<p><b>10. Tiedonkulku ja keskeisten asioiden kirjaaminen Apottiin.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tavoitteiden kirjaaminen Apottiin</li> <li>- Tiedon kulku ja keskeisten asioiden kirjaaminen tiivistetysti</li> <li>- Vaikka joitakin keskusteluja käydään, niin ne tulisi kirjata johonkin. Sitä ei välttämättä muista kahden viikon päästä, vaikka olisi edellisessä tiimissä puhuttu, jos sitä ei ole kirjattu ylös johonkin.</li> </ul>

<p><b>5. Yksilöllisten haasteiden tunnistaminen, tavoitteiden laatiminen, soveltuvan kuntoutusmenetelmän valitseminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaiden yksilöllisten haasteiden ja tavoitteiden tunnistaminen</li> <li>- Toimintakyvyn tutkimuksessa huomio ajan-kohtaisiin haasteisiin, mitkä ovat potilaalle itselleen tärkeitä</li> <li>- Tavoitteiden parempi pilkkominen ja kirjaaminen</li> <li>- Rakenteellisuus ja porrasteisuus tavoitteiden laatimisessa ja soveltuvan kuntoutusmenetelmän valitsemisessa</li> <li>- Soveltuvien kuntoutusmuotojen arvioiminen yksilöllisesti oikea-aikaisuus huomioiden</li> <li>- Kuntoutujan henkilökohtaisten tavoitteiden mielessä pitäminen</li> </ul>	<p><b>11. Riittävien resurssien varmistaminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olisi toivottavaa, että silloin kun lääkärille on tarvetta, sellainen olisi myös saatavilla</li> <li>- Vaikka kuntoutuspalaveri muistettaisiin riittävän ajoissa, niin lääkäriaikoja ei välttämättä ole saatavilla</li> <li>- Lääkäriresurssiin liittyen myös aktiivisempi lääkehoidon tarkistaminen</li> <li>- Toivottiin enemmän hoitajaresurssia</li> </ul>
<p><b>6. Hyvien toimintatapojen hyödyntäminen muualta.</b></p> <p>-Hyvien toimintatapojen hyödyntäminen muualta. Esimerkiksi jos Espoossa kehitetään jotain, niin sitä voisi hyödyntää myös muualla eli tässä tapauksessa Vantaalla.</p>	<p><b>12. Potilaiden valinnanvapauden lisääminen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mahdollisuus vaihtaa sujuvasti hoitajaa</li> <li>- Leponex seurannan hoitaminen tarvittaessa muualla kuin kotipaikkakunnalla</li> </ul>

Kehitettävissä asioissa tuloksissa nousi vahvasti esiin **moniasiantuntijaisen työskentelyn lisääminen ja työnjako**. Työn parempi organisoiminen, työnjako eri ammattilaisten kesken ja erityistyöntekijöiden mukaan ottaminen suunnitteluun koettiin tärkeäksi, jotta potilaan asiat eivät jäisi vain hoitajien vastuulle. Jo heti alkuvaiheessa olisi hyödyllistä olla useampi työntekijä tai työpari mukana hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. Niin ikään tärkeäksi nähtiin työparityöskentelyn lisääminen myös hoidon ja kuntoutuksen aikana. Keskeisenä asiana tuli esiin kognitiivisten haasteiden huomioiminen psykoosissa, kuntoutuksessa ja kuntoutussuunnitelmassa, joissa erityisesti psykologin rooli sekä toimintaterapeutin rooli ovat keskeisiä. Tärkeäksi kehitettäväksi asiaksi koettiin myös kokemusasiantuntijoiden laajempi mukaan ottaminen hoitoon ja kuntoutukseen. Tulosten mukaan kehitettävää on myös ryhmäkuntoutuksista tiedottamisessa kuten erilaisten ryhmien paremmassa mainostamisessa ja tiedonkulussa, jotta tiedetään ja muistetaan mitä ryhmiä on ja milloin.

Tulosten mukaan merkittävänä kehitettävänä asiana nousi esiin myös **yhteistyön lisääminen hoidon ja kuntoutuksen kannalta olennaisten asiantuntijoiden, läheisten ja verkoston kanssa**. Kuntoutussuunnitelma tulisi laatia moniasiantuntijaisesti yhdessä ja siihen osallistua mukaan hoidon ja kuntoutuksen kannalta oleelliset työntekijät esimerkiksi erityistyöntekijät, omaiset, verkostot ja kolmannen sektorin toimijoita. Omaisten ja läheisten parempi mukaan ottaminen potilaan hoitoon ja kuntoutukseen

koettiin tärkeäksi ja huomioitiin myös se, että potilaalle läheisin henkilö voi olla muukin kuin sukulainen.

Myös **rakenteisuuden/struktuurin lisääminen** nousi tulosten mukaan keskeiseksi kehitettäväksi asiaksi. Struktuurin lisääminen käytäntöihin koettiin tärkeäksi, jotta asiat eivät jäisi vain yksittäisen ihmisen muistettavaksi. Lisäksi tuotiin esiin, että esimerkiksi kiire, resurssien puute ja haastavat tilanteet ovat haaste ja uhka hyvien toimintatapojen toteutumiselle. Kuntoutussuunnitelmalomaketta toivottiin päivitettävän checklist-tyyppiseksi. Lisäksi ehdotettiin myös muiden asioiden läpikäymistä checklist-tyyppisesti, mutta ei jätätäisi jumiin asioihin, jotka eivät ole ajankohtaisia. Unelmana tuotiin esiin toive, että järjestelmä muistuttaisi asiakkaalle kuntoutussuunnitelman eräänymisestä automaattisella muistutteleella.

Keskeisenä kehitettävänä asiana tuli esiin myös potilaiden **somaattisen terveyden parempi huomioiminen** ja parempi hoitoon pääsy siihen liittyen. Esimerkkinä tuotiin esiin ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin palvelut. Ravitsemusterapeutilta toivottiin esimerkiksi mahdollisuutta yksilöllisiin tapaamisiin ja henkilökohtaisen suunnitelman laatimista.

Tulosten mukaan myös **kuntoutussuunnitelmaan liittyvien toimintatapojen muuttaminen** nähtiin tärkeäksi kehitettäväksi asiaksi. Tuloksissa ilmeni, että tapaamisiin ja kuntoutussuunnitelman suunnitteluun tulisi varata enemmän aikaa ja kuntoutussuunnitelmapalaverista muistaa sopia hyvissä ajoin, jotta siitä ei seuraisi potilaalle taloudellisia haasteita kuten etuuksien katkeamista. Tärkeänä nostettiin esiin myös kuntoutussuunnitelman laatiminen yksilöllisesti ja potilaan ajankohtaisten haasteiden parempi huomioiminen. Lisäksi tuotiin esiin, ettei kuntoutustuki ole jatkuva etuus ja että se edellyttää kuntoutussuunnitelman laatimista ajoissa. Lisäksi kuntoutussuunnitelman laatimiseen toivottiin digitaalista työkalua, joka auttaisi kokoamaan tiedon kuntoutukseen osallistuneista työntekijöistä ja johon työntekijät voisivat kirjata omia näkemyksiään.

Kehitettäviä asioita tulosten mukaan olivat myös **yksilöllisten haasteiden tunnistaminen, tavoitteiden laatiminen, soveltuvan kuntoutusmenetelmän valitseminen ja kirjaaminen**. Toimintakyvyn tutkimuksiin liittyen nousi esiin toive, että paneuduttaisiin enemmän ajankohtaisiin haasteisiin ja niihin mitkä ovat potilaalle/kuntoutujalle itselleen tärkeitä. Tärkeäksi kuvattiin myös tunnistaa paremmin potilaiden yksilölliset haasteet ja tavoitteet. Esimerkiksi jos kuntoutujan elämä pyörii vahvasti päihteiden ympärillä, niin mietitään miten motivoida kuntoutumiseen ja mitä muita tavoitteita voisi olla, kun jonkun toisen kohdalla voidaan puolestaan miettiä aika pitkälle meneviä tavoitteita kuten

työelämää. Rakenteellisuus ja porrasteisuus tavoitteiden laatimisessa sekä soveltuvan kuntoutusmenetelmän valitseminen nähtiin niin ikään tärkeiksi kehitettäviksi asioiksi. Kehittämistä tunnistettiin olevan myös soveltuvien kuntoutusmuotojen arvioimisessa yksilöllisesti, oikea-aikaisuuden huomioimisessa sekä tavoitteiden pilkkomisessa ja niiden kirjaamisessa.

**Tiedonkulku ja keskeisten asioiden kirjaaminen Apottiin** (sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmä) nousivat tärkeäksi kehittämisen kohteeksi. Tavoitteet on tärkeää ja hyödyllistä kirjata Apottiin, mistä ne näkyvät hyvin ja helpottaisi työntekijöitä kuntoutujan henkilökohtaisten tavoitteiden mielessä pitämistä. Tärkeänä pidettiin myös moniammatillisen tiimin näkemysten kirjaamista potilaan tietoihin. Työntekijän oman näkemyksen kirjaamista potilaan tilanteesta pidettiin tärkeänä, etenkin jos työntekijä ei esimerkiksi aikataulujen puolesta pääse paikalle suunnitelmia laadittaessa. Lisäksi huomioitiin, että keskeiset asiat olisi hyvä kirjata tiivistetysti ja napakasti, sillä pitkät tekstit voivat jäädä helposti lukematta.

Erääksi kehittämisen kohteeksi tunnistettiin **haastavien potilasryhmien kuntoutustarpeiden tunnistaminen ja tavoitteiden arvioiminen**. Päihteitä käyttävien potilaiden kuntoutukseen kaivattiin tarkempaa struktuuria ja kuntoutustavoitteiden tarkempaa arviointia. Joidenkin potilaiden tiedetään tulevan tapaamiselle vasta siinä vaiheessa, kun pitää päivittää kuntoutussuunnitelmaa eli hakea kuntoutustukea. Lisäksi kaivattiin tarkempaa tietoa siitä, milloin on aihetta ulos kirjata potilas. Haastavana ryhmänä koettiin myös sellaiset maahanmuuttajat, joiden tilanteesta ja voinnista ei ole tarkkaa tietoa. Esimerkkinä tuotiin esiin radikalisoitumisen vaara ja koettiin, että tarvitaan lisätietoa ja lisää struktuuria, koska poliklinikan asiakaskunta on muuttunut aikojen saatossa.

Tuloksissa nousi esiin myös tarve **riittävien resurssien varmistamiselle**. Tuotiin esiin, että silloin kun lääkärille on tarvetta, olisi suotavaa, että sellainen olisi myös saatavilla. Kävi myös ilmi, että vaikka kuntoutuspalaveri muistettaisiin riittävän ajoissa, niin lääkäriaikoja ei välttämättä ole saatavilla. Lisäksi potilaiden lääkehoitoa tulisi tarkistaa aktiivisemmin. Myös hoitajaresurssia toivottiin lisättävän.

Yhtenä kehitettävänä asiana tuotiin esiin myös **yhteisistä käytännöistä ja toimintavoista sopiminen, tiedottaminen ja yhteisiin käytäntöihin sitoutuminen**. Esimerkkinä mainittiin tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä esiin nousseiden kehitettävien asioiden saattaminen käytäntöön ja että se voisi vaatia jonkinlaista koulutusta tai ainakin että kaikki tietäisivät, jos jotain asiaa muutetaan ja toimisivat samalla tavalla. Lisäksi tuli esiin **hyvien toimintatapojen hyödyntäminen muualta**. Esimerkiksi jos Espoossa

kehitetään jotain, niin sitä voisi hyödyntää myös muualla eli tässä tapauksessa Van-  
taalla. Yhtenä kehitettävänä asiana moniasiantuntijainen ryhmä toi esiin myös **potilai-  
den valinnanvapauden lisäämisen**. Esimerkkinä mainittiin mahdollisuus vaihtaa suju-  
vasti hoitajaa ja Leponex-seurannan hoitaminen tarvittaessa muualla kuin kotipaikka-  
kunnalla.

### 7.3 ICF-toimintakyvyn kuvauskohteet yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella ICF-luokituksen toimintaky-  
vyn kuvauskohteita tarvitaan kaikkiaan yhdeksänkymmentäyhdeksän (99), joista suori-  
tukset ja osallistuminen osa-alueelle sisältyi kolmekymmentäkahdeksan (49) kuvaus-  
kohdetta, ympäristötekijöihin kaksikymmentäseitsemän (31) kuvauskohdetta ja ruumiin  
ja kehon toimintoista kolmetoista (19) kuvauskohdetta.

Taulukko 4. Yhteenveto ICF-toimintakyvyn kuvauskohteiden tulosten jakautumisesta ja vertailu  
skitsofrenian laajan ICF-ydinlistan kuvauskohteisiin.

ICF-kuvauskoh- teet	Ruumiin ja ke- hon toiminnot	Suoritukset ja osallistuminen	Ympäristötekijät	Yhteensä
ICF-kuvauskoh- teet, joista saa- vutettiin täysin yksimielisyys (xxx)	13	38	27	78
ICF-kuvauskoh- teet, joista saa- vutettiin riittävä yksimielisyys (xx)	6	11	4	21
ICF-kuvauskoh- teet, joista ei saavutettu yksi- mielisyyttä (x)		1		
ICF-kuvauskoh- teet skitsofre- nian laajassa ydinlistassa	17	48	32	97

Tulosten mukaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toi-  
mintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta tarvitaan kaikkiaan  
yhdeksänkymmentäyhdeksän (99) ICF-toimintakyvyn kuvauskohdetta. Vain yhtä toi-  
mintakyvyn kuvauskohdetta (d455 liikkuminen paikasta toiseen) ei pidetty tarpeellisena  
psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa.

## 8 Kuvaus psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisesta toimintakyvyn edistämiseksi

Tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella tuotoksena laadittiin kuvaus psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi.

Yhteenveto tutkimuksellisen kehittämistyön ensimmäisen kehittämistehtävän tuloksista on kuvattu Taulukossa 5. Tutkimuksellisen kehittämistyön toisen kehittämistehtävän tulosten mukaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi tarvitaan yhdeksänkymmentäyhdeksän (99) ICF-luokituksen toimintakyvyn kuvauskohdetta (liite 7).

Taulukko 5. Yhteenveto olemassa olevista hyvistä käytännöistä ja kehitettävistä asioista yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta.

Olemassa olevia hyviä käytäntöjä psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta.	Kehitettäviä asioita psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta.
Asiakaskeskeisyys.	Moniasiantuntijaisen työskentelyn lisääminen ja työnjako.
Kuntoutusta ja moniammatillista yhteistyötä koordinoiva vastuuhoitaja.	Yhteistyö hoidon ja kuntoutuksen kannalta olennaisten asiantuntijoiden, läheisten ja verkoston kanssa.
Moniammatillisen työryhmän yhteistyö ja osaamisen hyödyntäminen.	Rakenteisuuden/struktuurin lisääminen.
Kuntoutuksen suunnitteleminen yhdessä asiakkaan, läheisten ja verkoston kanssa.	Somaattisen terveyden parempi huomioiminen.
Arviointi- ja oirekartoituslomakkeiden käyttäminen.	Yksilöllisten haasteiden tunnistaminen, tavoitteiden laatiminen, soveltuvan kuntoutusmenetelmän valitseminen.
Potilaan voimavarojen huomioiminen.	Haastavien potilasryhmien kuntoutustarpeiden tunnistaminen ja tavoitteiden arvioiminen.
Digitalisaation hyödyntäminen.	Kuntoutussuunnitelmaan liittyvien toimintatapojen muuttaminen.
Monipuoliset kuntoutuspalvelut.	Tiedonkulku ja keskeisten asioiden kirjaaminen Apottiin.
	Riittävien resurssien varmistaminen.
	Hyvien toimintatapojen hyödyntäminen muualta.
	Yhteisesti sovitut käytännöt ja toimintatavat ja niihin sitoutuminen.
	Potilaiden valinnanvapauden lisääminen.

**Asiakaskeskeisyys** on hyvä toimintatapa, joka näkyy kunnioittavana suhtautumisena potilaaseen ja että suhtaudutaan vakaavasti potilaan ongelmiin ja mietitään niihin yh-



dessä ratkaisua. Hyvä käytäntö on myös **potilaalle nimetty vastuuhuoltaja, joka koordinoi kuntoutusta ja moniammatillista yhteistyötä**. Vastuuhuoltaja voi ottaa asioita esille moniammatillisesti. Myös hoitajan pitkäaikaisuus, ammattitaito, kannustus ja turvallinen ilmapiiri keskustella ovat olennaisia asioita.

Tulosten mukaan keskeistä on myös **moniammatillinen ja moniasiantuntijainen sujuva vuorovaikutus, konsultointi ja tiedonkulku sekä työn organisoiminen tehokkaasti eri ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden osaamista hyödyntäen**. Heti hoidon ja kuntoutuksen alkuvaiheessa ja sen aikana tulisi olla useampi työntekijä tai työpari mukana hoidossa ja kuntoutuksessa ja niiden suunnittelussa. Erityisesti kognitiivisten haasteiden huomioiminen on tärkeää. Potilaan taloudellisen tilanteen huomioiminen ja turvaaminen on myös olennaista. Tulosten mukaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa **tarvitaan kaikkiaan 99 ICF-luokituksen toimintakyvyn kuvauskohdetta**, joiden avulla voidaan muodostaa laaja-alainen näkemys potilaan arjesta ja toimintakyvystä. Toimintakyvyn tutkimuksessa tulee kiinnittää huomio ajankohtaisiin haasteisiin ja niihin asioihin mitkä ovat potilaalle itselleen tärkeitä. Tärkeää on myös muistuttaa läheisten ja omaisten mukaan ottamisesta tapaamisiin ja ottaa läheisiä ja omaisia paremmin mukaan hoitoon ja kuntoutukseen. Lisäksi kokemusasiantuntijoiden laajempi mukaan ottaminen hoitoon ja kuntoutukseen on tärkeää.

**Digitalisaation hyödyntäminen** on tulosten mukaan hyvä toimintatapa. Yhteydenpito potilaan kanssa voi toteutua tapaamisten lisäksi myös muulla tavoin esimerkiksi tekstiviestitse. Hyviä käytäntöjä ovat myös etävastaanotot, -ryhmät ja -kokoukset sekä Mielen terveystalon ja Maisa:n käyttäminen. **Arviointi- ja oirekartoituslomakkeiden käyttäminen** on myös hyvä käytäntö, sillä ne lisäävät hoidon tasalaatuisuutta, auttavat huomioimaan kuntoutuksen kannalta keskeisiä asioita ja tunnistamaan potilaan kuntoutustarpeita.

Potilaiden **somaattisen terveyden parempi huomioiminen** on keskeistä. Potilasta tulee auttaa pääsemään paremmin hoitoon somaattiseen terveyteen liittyen. Tärkeää on myös potilaiden **yksilöllisten haasteiden tunnistaminen, tavoitteiden laatiminen ja soveltuvan kuntoutusmenetelmän valitseminen**. Keskeistä on tunnistaa potilaiden yksilölliset voimavarat, haasteet ja tavoitteet. Tavoitteet tulisi laatia porrasteisesti. Yksilöllisten tavoitteiden pohjalta arvioidaan potilaalle soveltuva kuntoutusmuoto ja huomioidaan myös interventioiden oikea-aikaisuus siten, että löydetään oikea menetelmä oikealle henkilölle oikeaan aikaan. Haastavien potilasryhmien kuntoutustarpeiden tunnistamiseksi tarvitaan lisätietoa ja struktuuria.

Kuntoutuksen suunnitteleminen yhdessä asiakkaan, läheisten ja verkoston kanssa on hyvä toimintatapa, joka tuli tuloksissa esiin myös kehitettävänä asiana. **Kuntoutussuunnitelman laatiminen moniasiantuntijaisesti ja riittävän ajan varaaminen kuntoutuksen suunnitteluun** on keskeistä. Kuntoutussuunnitelman laatimiseen on tärkeää osallistua mukaan potilaan lisäksi hoidon ja kuntoutuksen kannalta olennaiset toimijat esimerkiksi läheiset/omaiset, erityistyöntekijät sekä verkostoon kuuluvia toimijoita. Kuntoutuksen suunnitteluun on tärkeää varata riittävästi aikaa ja kuntoutussuunnitelmapalaverista sopia hyvissä ajoin. Kuntoutussuunnitelma ja tavoitteet tulee laatia yksilöllisesti ja huomioiden potilaan ajankohtaiset haasteet.

**Monipuoliset kuntoutuspalvelut** tuli esiin hyvänä käytäntönä. Ostopalveluterapiat ovat tärkeä edistysaskel psykoosisairaiden kuntoutuksessa. Erilaiset ryhmämuotoiset kuntoutuspalvelut on todettu hyviksi. Tehostetun avohoidon palvelut eli TEKO on koettu antavan tarvittaessa tiiviimpää tukea kuntoutukseen. Seurantapoliklinikan palvelut ovat myös niin ikään koettu hyväksi. Lisäksi erilaiset matalan kynnyksen palvelut kuten ryhmät, maanantai-infot, vertaisvastaanotot sekä kokemusasiantuntijoiden käyttäminen ovat hyödyllisiä.

**Tiedonkulku ja keskeisten asioiden kirjaaminen Apottiin** on tärkeää. Keskeiset asiat tulisi kirjata tiivistetysti. Kirjaaminen on tärkeää etenkin silloin, jos työntekijä ei esimerkiksi aikataulujen puolesta pääse paikalle suunnitelmia laadittaessa. Tärkeää on myös potilaan henkilökohtaisten tavoitteiden kirjaaminen Apottiin, mistä ne näkyvät hyvin ja helpottavat työntekijöitä potilaan tavoitteiden mielessä pitämistä. Myös moniammatillisen tiimin yhteisen näkemyksen kirjaaminen potilaan tilanteesta on tärkeää.

**Yhteisistä käytännöistä ja toimintatavoista sopiminen, tiedottaminen ja niihin sitoutuminen** on olennaista, jotta kaikki tietävät, jos jotain asiaa muutetaan ja osaavat toimia samalla tavalla. Lisäksi tulee huomioida, että käytäntöjen ja toimintatapojen muuttaminen voi vaatia lisäkoulutusta. **Riittävien resurssien varmistaminen** on tulosten mukaan kehitettävä asia. Lääkärin tulisi olla saatavilla silloin, kun siihen on tarvetta. Lääkäriaikoja on tärkeää olla saatavilla riittävästi ja esimerkiksi kuntoutuspalaverien toteutuminen ajallaan sekä lääkehoidon tarkistaminen aktiivisesti riippuvat usein lääkeriresurssista. Myös hoitajaresurssia toivottiin lisäävän. Kehitettävänä asiana nousi esiin myös **potilaiden valinnanvapauden lisääminen** kuten potilaan mahdollisuus vaihtaa sujuvasti hoitajaa sekä Leponex-seurannan hoituminen tarvittaessa muualla kuin kotipaikkakunnalla.

## 9 Pohdinta

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksiin viitaten **asiakaskeskeisyys** on olemassa oleva hyvä toimintatapa ja yhdenmukainen hyvän kuntoutuskäytännön kanssa, jonka mukaan asiakasta tulee arvostaa oman elämänsä asiantuntijana (Kela 2021). Myös Kekonin ja kumppaneiden (2019) mukaan asiakkaan kunnioittaminen ja kuulluksi tuleminen häntä koskevissa asioissa tulisi olla kaikessa asiakastyössä keskeinen lähtökohta ja ohjata ratkaisuja (Kekoni ym. 2019: 15). Hyvä kohtaaminen on kunnioittavaa, yksilöllistä, arvostavaa ja ystävällistä ja kuuluu myös HUS:n arvoihin. Se näkyy myös työyhteisön vuorovaikutuksessa sekä osana palvelujen kokonaisuutena. (HUS Strategia ja vastuullisuus 2021).

**Moniammatillisen ja moniasiantuntijaisen yhteistyön lisääminen potilaan, hoidon ja kuntoutuksen kannalta olennaisten asiantuntijoiden, läheisten ja verkoston kanssa sekä työn parempi organisoiminen eri ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden osaamista hyödyntäen** nousivat keskeisinä asioina esiin yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi. Moniammatillinen sujuva vuorovaikutus ja konsultointi sekä tiedonkulku nousi esiin hyvänä toimintatapana. Moniammatillisessa tiimissä eri ammattiryhmien konsultointi on mahdollista matalalla kynnyksellä, vastaukset tulevat nopeasti eikä ole vuorovaikutusta haittaavaa hierarkiaa. Työkorviestittely työntekijöiden kesken koettiin hyväksi etenkin silloin, jos ei voi tavata työntekijää. Tiedon jakamista, konsultointia ja vuorovaikutusta eri toimijoiden kesken tapahtuu arkityössä usein myös virallisten vastaanottoaikojen ja kokousten ulkopuolella esimerkiksi puhelimitse, sähköpostitse, etäyhteydellä, työhuoneissa ja kahvitaukojen lomassa. Potilaan kanssa voi työskennellä samaan aikaan useita henkilöitä ja eri toimijoiden asiantuntemusta ja tietoja yhdistämällä edistetään yhteisen näkemyksen muodostamista potilaiden muuttuvista tilanteista ja tarpeista. Vuorovaikutuksen ja tiedonkulun näkökulmasta myös poliklinikan fyysisellä ympäristöllä on tärkeä merkitys. Kun työtä tehdään yhteisöllisesti työryhmänä ja työskennellään samoissa toimitiloissa, sujuu myös asioiden puheeksi ottaminen kesken työpäivän helposti ja luontevasti.

Tulos moniammatillisen ja moniasiantuntijaisen yhteistyön lisäämisestä voi herättää pohtimaan, kuvastaako tarvetta lähinnä vain ammattilaisten näkökulmasta. Toisaalta

psykiatriassa on jo pidempään ollut tapana, että perheenjäseniä ja kuntoutujan arjen kannalta merkityksellisiä toimijoita kutsutaan mukaan yhteistyöhön ja asiantuntijoiksi tuomaan oma näkemyksensä ja panoksensa potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Näin ollen sen voi ajatella kuvastavan myös potilaiden luottamusta psykoosipoliklinikan ammattilaisiin ja siihen, että he toimivat heidän yhteistyökumppaneinaan esimerkiksi verkostossa, jossa eri palveluja ja eri osaajien osaamista hyödyntäen potilaalle voidaan mahdollistaa sujuvampi arki ja mielekkäiden toimintakokonaisuuksien rakentaminen. Niin ikään sen voi nähdä kuvastavan myös uudenlaista ymmärrystä psykoosipotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa, jossa aiempi sairauden oireisiin keskittynyt malli, jossa potilas nähtiin hoidon kohteena, on muuttunut siten, että potilas ja hänen läheisensä nähdään oman elämänsä asiantuntijoina ja potilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistaminen ja toimintakyvyn edistäminen on moniasiantuntijaisen yhteistoiminnan keskiössä.

Tutkimusten mukaan perheen ja läheisten osallistuminen psykoedukaatioon vähentää omaisten kokemaa kuormitusta ja voi vähentää potilaan psykiatrista oireilua, potilaasta huolehtimiseen liittyviä kielteisiä kokemuksia ja epäasianmukaisia tunneilmaisuja (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020). Monialaisuus kuvaa hyvää kuntoutuskäytäntöä ja on jo aiemmissa tutkimuksissa todettu vaikuttavaksi kuntoutusta edistäväksi toimintatavaksi (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011: 7.) Pitkäaikaisesta psykoosisairaudesta kärsivien potilaiden terveydentila ja tilanteet ovat toisinaan vaikeasti ennustettavissa, jonka vuoksi hoito ja kuntoutus nivoutuvat usein tiiviisti yhteen. Kuntoutustarpeiden tunnistamisen tulisi toteutua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa osana potilaan kokonaisuhoitoa niin, että hoito ja kuntoutus voivat toteutua samaan aikaan tai limitäin. (Aaltonen ym. 2000: 65–66.) Suunnitelmia laadittaessa tulee huomioida, että ne tukevat potilaan tavoitteita ja kuntoutumista, asemaa ja itsemääräämisoikeutta. Lisäksi on tärkeää huomioida, että potilas saa ajankohtaista vointiaan ja toimintakykyään vastaavia palveluita eikä häneltä odoteta liian paljon tai liian vähän itsenäistä selviytymistä. (Günter ym. 2013: 72.)

Potilaat ohjautuvat psykoosipoliklinikalle lääkärin läheteellä, jotka käsitellään moniammatillisen tiimin viikoittaisessa kokouksessa. Tämän tutkimuksen tuloksiin viitaten **vas-  
tuuhoitajan nimeäminen**, joka koordinoi kuntoutusta ja moniammatillista yhteistyötä on olemassa oleva hyvä käytäntö. Työparityöskentelyn esiin tuleminen tuloksissa oli kiinnostava seikka, joka saa vahvistusta Pikkaraisen Ailan (2014) näkemyksistä. Pikkarainen kuvaa kuinka Kelan ikääntyneiden kuntoutuksen IKKU-hankkeessa toteutettiin

ja kehitettiin uudenlaista moniammatillista työparitoimintaa, jossa työparin muodostivat esimerkiksi sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Pikkaraisen mukaan työparityöskentelyssä työntekijät pääsivät toteuttamaan kokonaisvaltaista kuntoutusta ja tuomaan laaja-alaisen osaamisensa käyttöön. Lisäksi sen havaittiin lisäävän yhdessä oppimista, toisen työn tunnistamista ja tunnustamista sekä työssä viihtymistä ja jaksamista. Myös asiakkaat saivat laadukkaampaa palvelua, kun heidän toiveensa ja näkemyksensä tulivat kuulluksi eri ammattilaisten osaamista yhdistäen. (Pikkarainen 2014: 68–69.)

Näin ollen vastuuhoitajan lisäksi jo lähetteen käsittelyvaiheessa tiimissä tulisi arvioida ja sopia potilaan yksilöllisiin tarpeisiin soveltuen **työpari tai muita työntekijöitä**, jotka osallistuvat yhdessä potilaan kuntoutustarpeiden arviointiin toimintakyvyn edistämiseksi. Vastuuhoitaja toimii palveluohjaajan roolissa ja on potilaan kanssa säännöllisesti yhteyttä pitävä ammattihenkilö, jonka tehtäviin kuuluu arvioida potilaan hoito- ja kuntoutustarpeita, suunnitella ja koordinoida palveluiden käyttöä sekä pitää tarpeen mukaan yhteyttä potilaan perheeseen ja muihin hoitotahoihin. Palveluohjauksellisella työtavalla voidaan tutkimusten mukaan vähentää potilaan oireita, lisätä sosiaalista toimintakykyä, hoitomyöntyvyyttä ja hoitojärjestelmässä pysymistä sekä vähentää perheenjäsenien kuormittuneisuutta. (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.)

Yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa tarvitaan siis joustavaa yhteistyötä ja aktiivista tiedon jakamista sekä potilaan, läheisten, moniammatillisen tiimin sekä verkostoon kuuluvien muiden ammattilaisten kanssa, jotta hoito ja kuntoutus voi toteutua johdonmukaisena kokonaisuutena ja potilas voi saavuttaa tavoitteensa. Potilaan kannalta olennaista on, että hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvat toimijat sopivat yhdessä, miten ja keiden kanssa suunnitelmia laaditaan, kuka tai ketkä siitä vastaavat sekä miten kuntoutumisen etenemistä seurataan. Niin ikään tärkeää on myös, että toimijoilla on yhteinen näkemys kuntoutumisesta, eri kuntoutustoimien ja interventioiden tarpeellisuudesta ja vastuunjaosta. (Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011: 35–36.) Edellä kuvattuja toimintatapoja yhdistää myös moniasiantuntijuudessa keskeisenä oleva kaikkien asianosaisten osaamisen ja taitojen yhdistäminen potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti (Kuorilehto 2014: 29).

Vastuuhoitaja ja/tai työpari seuraa ja arvioi säännöllisesti yhdessä potilaan kanssa hänen psyykkistä, fyysistä että **somaattista terveydentilaa**, kartoittaa päihteiden käyttöä sekä lääkitystä ja sen hyötyjä ja mahdollisia haittoja. Skitsofreniaa sairastavilla potilailla esiintyy paljon somaattisia sairauksia kuten sydän ja verisuonitauteja, diabetesta ja suun sairauksia. Somaattisille sairauksille altistavat esimerkiksi vähäinen liikunta, psykoosisairauden oireet kuten aloitekyvyttömyys, köyhyys, syrjäytyminen ja psykiatrinen

lääkitys. Skitsofrenia Käypä hoito -suosituksen mukaan erikoissairaanhoidossa tulee varmistaa, että potilas on käynyt somaattisten sairauksien tarkastuksissa ja seurannassa, oireet on tutkittu ja potilas on saanut niihin asianmukaista hoitoa (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020). Mikäli potilas toivoo muutoksia tai hänellä herää huolta tai kysymyksiä lääkehoitoon liittyen, voi vastuuhoidtaja konsultoida lääkäriä ja tarvittaessa potilaalle voidaan varata lääkärin aika lääkityksen tarkistamiseksi. Psykoosilääkitys on olennainen osa hoitoa ja sen muutoksista päättää lääkäri, joskin lääkitystä koskevat päätökset pyritään kuitenkin tekemään yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.)

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten mukaan psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi **tarvitaan kaikkiaan 99 ICF-luokituksen toimintakyvyn kuvauskohdetta**. ICF-luokituksen toimintakyvyn kuvauskohteet tulisi toimia ”minimikriteereinä” ja muistilistana asioista, jotka psykoosipotilaan toimintakyvystä vähintään tulisi arvioida (Liite 6). On kuitenkin syytä huomioida, ettei ICF-luokitus ja toimintakyvyn kuvauskohteet olleet suurimmalle osalle ammattilaisista ennestään tuttuja asioita, joten ICF-luokituksen toimintakyvyn kuvauskohteiden käyttäminen arkityössä tulee todennäköisesti vaatimaan lisäkoulutusta.

ICF-luokituksen skitsofrenian laajaan ydinlistaan sisältyvien 97 toimintakyvyn kuvauskohteiden pätevyyttä on tutkittu hiljattain myös kansainvälisissä tutkimuksissa psykiatrien, sairaanhoitajien, psykologien, fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien keskuudessa. Psykiatrien keskuudessa konsensus saavutettiin kaikkiaan kahdeksastakymmenestä seitsemästä (87) ICF-luokituksen skitsofrenian laajan ydinlistan kuvauskohteista (Nuno & Barrios & Rojo & Gomez-Benito & Guilera 2018.) Toimintaterapeuttien keskuudessa konsensus saavutettiin kahdeksastakymmenestäyhdeksästä (89) ICF-luokituksen ydinlistan kuvauskohteesta (Nuno ym. 2021) ja sairaanhoitajien keskuudessa kahdeksastakymmenestäseitsemästä (87) ICF-ydinlistan kuvauskohteesta (Nuno ym. 2019a). Fysioterapeuttien keskuudessa puolestaan kahdeksastakymmenestäkahdesta (82) skitsofrenian ydinlistan kuvauskohteesta (Nuno ym. 2020) ja psykologien keskuudessa seitsemästäkymmenestäkolmesta (73) kuvauskohteesta, jotka esiintyvät ICF-luokituksen skitsofrenian laajassa ydinlistassa (Nuno ym.2019b).

Merkittävänä asiana tuloksissa nousi esiin myös yksilöllisten haasteiden tunnistaminen, tavoitteiden laatiminen ja soveltuvan kuntoutusmenetelmän valitseminen. Vastuuhoidajan ja/tai työparin tavatessa potilasta, he voivat tarvittaessa konsultoida moniammatillista tiimiä sekä suositella tarpeen mukaan potilaalle myös muiden ammattilaisten tai asiantuntijoiden lisätutkimuksia tai tapaamisia. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön

tuloksissa yhtenä olennaisena asiana nousi esiin potilaan taloudellisen tilanteen turvaaminen. Käypä hoito suosituksen mukaan suositeltavaa on, että sen tekee sosiaalityöntekijä (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.) Lisäksi tuloksissa nousi esiin, että toimintakyvyn tutkimuksissa tulee kiinnittää huomiota ajankohtaisiin vahvuuksiin ja haasteisiin, mitkä ovat potilaalle itselleen tärkeitä. Niin ikään myös toimintakykyä arvioitaessa suositellaan käytettävien standardoituja mittareita (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.) On syytä huomioida, että potilaan toimintakyky voi näyttäytyä vastaanotolla potilaan kuvaamana hyvin erilaisena kuin mitä se todellisuudessa on. Esimerkiksi kotikäynnillä potilaan arkielämästä, toiminnallisesta suoritumisesta, haasteista ja vahvuuksista sekä hänelle merkityksellisistä asioista voi saada huomattavasti kokonaisvaltaisemman ja todenmukaisemman kuvan.

Kognitiivisten haasteiden huomioiminen psykoosissa, kuntoutuksessa ja kuntoutussuunnitelmassa nousi tärkeänä asiana esiin tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa. Mikäli potilaalla havaitaan olevan haasteita esimerkiksi ongelmia keskittymisessä, muistissa, oppimisessa voi vastuuhoitaja/työpari konsultoida asiasta psykologia ja ohjata tarvittaessa psykologin lisätutkimuksiin. Psykologiset ja neuropsykologiset puutosoireet voivat ennakoida heikompa sosiaalista ennustetta ja koska niihin voidaan vaikuttaa kuntoutuksellisin keinoin, on niiden arvioiminen tärkeää. Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen mukaan jokaiselle skitsofreniapotilaalle tulee tehdä psykologin tai neuropsykologin tutkimus. (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.) Alangon ja kumppaneiden (2017) tekemän tutkimuksen tulokset osoittivat, että kuntoutujan kognitiiviset haasteet vaativat ammattilaisilta erityistä huomiota osallistumisen edistämiseksi. Kognitiiviset haasteet ja oiretiedostamattomuus näkyivät esimerkiksi tilanteissa, joissa kuntoutujilla ja ammattilaisilla oli erilainen näkemys kuntoutujan tilanteesta ja realistisista tavoitteista. Jotkut kuntoutujat tarvitsivat huomattavan paljon ammattilaisten ohjausta, johdattelua ja tukea valintojen ja päätösten tekemiseen. Tulokset osoittivat toisaalta myös sen, että osallistuminen on mahdollista haasteista huolimatta, jos ammattilaiset ovat valmiita niin asenteiltaan kuin taidoiltaan tukemaan tarkoituksenmukaisella tavalla kuntoutujaa, jotta hänen näkemyksensä tulee kuulluksi ja huomioiduksi valintoja ja päätöksiä tehtäessä. (Alanko & Karhula & Piirainen & Kröger & Nikander 2017: 53.)

Digitalisaation hyödyntäminen todettiin tämän tutkimuksen tuloksissa hyväksi toimintatavaksi. Digitalisaation avulla voidaan mahdollistaa yhteydenpito potilaan kanssa eri tavoin ja helpottaa tapaamisten ja erilaisten kokousten järjestämistä eri toimijoiden kesken. Etäkuntoutuksesta psykoosipotilaiden kohdalla on toistaiseksi vielä vähän tietoa ja näyttöä, mutta yhdistettynä muuhun hoitoon, sillä on todettu myönteisiä vaikutuksia oi-

reiden lievittämisessä, sosiaalisten kontaktien lisääntymisessä, lääkehoitoon sitoutumisessa ja sairaalahoidon vähentymisessä (Hiekkala-Tiusanen, ym. 2019: 2011–2017.) Asiakaslähtöinen digitaalinen muutos on myös yksi HUS:n strategisista päämääristä vuosille 2020–2024 (HUS Arvot ja Strategia 2021.)

**Arviointimittareiden ja lomakkeiden käyttö** koettiin tulosten mukaan hyväksi toimintatavaksi. Sitä tukee myös Skitsofrenian käypä hoito -suositus, jonka mukaan potilaan kliinisen tilan arvioinnissa suositellaan käytettävien standardoituja mittareita. Ne mahdollistavat muutosten seurannan, lisäävät luotettavuutta ja kattavuutta ja varmistavat sen, että samat asiat kysytään jokaisella haastattelukerralla ja potilaan vointia voidaan seurata pitkäjänteisesti (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.)

Kuntoutussuunnitelmapalaverista sovitaan, kun potilaan ajankohtaisesta tilanteesta, voinnista ja toimintakyvystä on saatu riittävästi tietoa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamiseksi. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa tarkistetaan säännöllisesti, kuitenkin vähintään kerran vuodessa (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.) Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset osoittivat, että **kuntoutussuunnitelman laatiminen yhteistyössä potilaan sekä hoidon ja kuntoutuksen kannalta olennaisten asi- antuntijoiden, läheisten ja verkoston kanssa** on keskeistä yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi. Tulosta tukee myös Skitsofrenian Käypä hoito -suositus, jonka mukaan hoito-/kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa ja vuorovaikutuksessa hänen perheensä kanssa.

Hoitopoliklinikoiden tulee toimia tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Myös asumisen tuki ja kuntouttava asuminen kuuluvat yleensä potilaan hoitokokonaisuuteen. (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.) Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksiin viitaten kuntoutuksen suunnitteluun on tärkeää varata riittävästi aikaa ja kuntoutussuunnitelmapalaverista sopia hyvissä ajoin. Kuntoutussuunnitelma ja tavoitteet tulee laatia yksilöllisesti, huomioiden potilaan ajankohtaiset haasteet, merkitykselliset asiat ja muutostoiveet.

Psykoosipoliklinikan ootilasmäärän kasvu sekä monenlaisista ongelmista kärsivät potilaat ovat kuormittaneet etenkin vastuuhoitajia. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksiin viitaten **työn parempi organisoiminen, työnjako eri ammattilaisten kesken ja erityistyöntekijöiden mukaan ottaminen hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun** koettiin tärkeäksi jo alkuvaiheessa, jottei potilaan asiat jäisi vain hoitajien vastuulle. Tärkeänä nähtiin myös erityistyöntekijöiden osaamisen hyödyntäminen myös hoidon ja kuntoutuksen aikana. Lisäksi nousi esiin tarve struktuurin lisäämisestä



käytäntöihin, sillä kiire, vajaus tai haastavat tilanteet ovat uhka hyvien käytäntöjen toteutumiselle.

Nykytiedon mukaan hyvä kuntoutussuunnitelma perustuu ICF-luokitukseen ja laaja-alaiseen moniammatilliseen yhteistyöhön ja se voi toimia myös tiedonvälittäjänä potilaan, palveluntuottajien ja eri organisaatioiden välillä (Suomela-Markkanen ja Peltonen 2016: 247–248.) Moniasiantuntijuuteen perustuvassa kuntoutussuunnitelmapalaverissa voidaan jakaa tietoa ja luoda kokonaisvaltaista yhteistä ymmärrystä potilaan tarpeista ja tilanteesta sekä arvioida yhdessä potilaan kanssa hänelle soveltuvia kuntoutusmuotoja oikea-aikaisuus huomioiden.

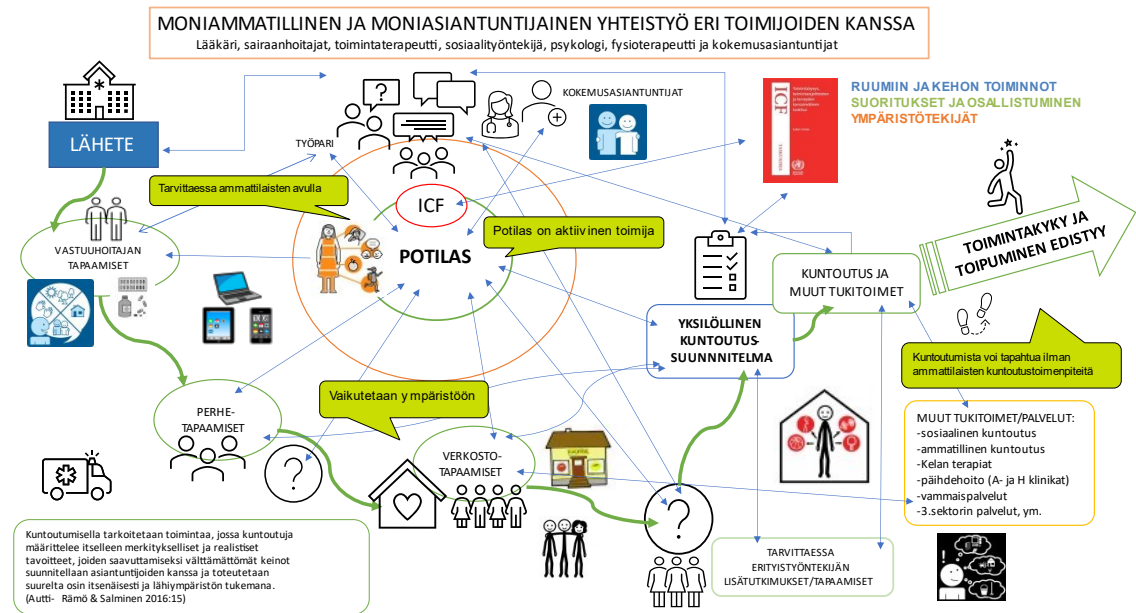
Psykoosipotilaan kuntoutuksen suunnittelussa ja soveltuvien menetelmien valinnassa erityisen tärkeää on potilaan yksilöllisten tarpeiden ja sairauden vaiheen huomioiminen (Hiekkala-Tiusanen, ym. 2019: 2011–2018.) Kuntoutujan osallisuus kuntoutumisprosessiin on keskeistä, jotta kuntoutus nivoutuu osaksi kuntoutujan arkea ja hän motivoituu ja sitoutuu muutokseen (Autti-Rämö & Mikkelsson & Lappalainen & Leino 2016: 67.) Mielenterveyden sairauksien kohdalla voi kuitenkin tulla vastaan tilanteita, jossa potilas ei ole valmis työskentelemään kuntoutumisensa eteen tai hänellä ei ole riittävästi tietoa, voimavaroja tai uskoa muutoksen mahdollisuuteen (Autti-Rämö ym. 2016: 63.) Lisäksi on syytä huomioida, että psykoosipotilailla ei sairautensa vuoksi ole aina kykyä arvioida omaa tilannettaan ja voinnin heikentyessä hän voi tarvita esimerkiksi tehostettua avohoitoa tai sairaalahoitoa. Güntherin ja kumppaneiden (2012) tutkimuksessa tuli myös esiin, että potilaan on vaikeaa olla osallinen kuntoutumisessa ja päätöksenteossa, jos hän ei saa arvostettua asemaa, tiedä tilannettaan, tunne palvelujärjestelmää, kohtaamisten tarkoitusta, tavoitteita, reunaehdoja tai perusteluja sille, miksi hänen täytyy esimerkiksi hyväksyä toiveidensa vastainen ratkaisu tilanteeseen. Osallisuuden kokemukseen vaikuttavat myös vuorovaikutukselliset ilmiöt, kuten käsitevalinnat, puhetaivat ja kohtaamisen tunneilmasto. (Günther ym. 2012: 122.)

Potilaalle voidaan suositella psykoosipoliklinikan yksilöllisiä tai ryhmämuotoisia kuntoutuspalveluita ja/tai sen rinnalla myös esimerkiksi sosiaalista tai ammatillista kuntoutusta, Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen tai kolmannen sektorin palveluita. Interventiot tulee suunnitella ja toteuttaa niin, että ne muodostavat toisiaan tukevan kokonaisuuden (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.) Psykoosipoliklinikan **monipuoliseen kuntoutuspalveluiden tarjontaan** sisältyy laajasti erilaisia näyttöön perustuvia yksilö- ja ryhmämuotoisia psykososiaalisia interventioita, joista osa on suunnattu myös potilaan läheisille. Kokemusasiantuntijan tapaamisia voi hyödyntää psykoedukaatiossa

tai jos potilas kokee esimerkiksi tarvitsevansa vertaistukea toipumiseen (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.)

Tutkimusten mukaan psykoosipotilaan toipumista tukee parhaiten psykososiaalisen kuntoutuksen ja psykiatrisen hoidon yksilöllisesti suunniteltu kokonaisuus, jonka avulla voidaan ehkäistä, korjata tai vähentää sairauteen liittyvää oireilua ja haittoja, kohentaa toimintakykyä ja oireiden hallintaa sekä vahvistaa omaisten jaksamista (Hiekkala-Tiusanen, ym. 2019: 2011–2018.) Psykoosipoliklinikalla kotiin vietävien palveluiden tarve on näyttänyt viime aikoina korostuvan etenkin sellaisten potilaiden kohdalla, joilla riittävien kuntoutus- ja muiden tukitoimien avulla voidaan mahdollistaa potilaan itsenäinen asuminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Potilaat ovat eriarvoisessa asemassa sen vuoksi, että kunnat linjaavat palveluita ja niiden saamista eri tavalla. Kokemusten mukaan sosiaalisen kuntoutuksen kotiin vietävä palvelu on ollut ensiarvoisen tärkeää kuntoutuvalle potilaalle ja voi ehkäistä kalliita sairaalajaksoja. Parhaimmillaan ammatillinen tukihenkilö tukee erinomaisesti hoitoa ja kuntoutusta, vahvistaa potilaan toimintakykyä ja kykyä selviytyä arjessa.

**Tiedonkulku ja keskeisten asioiden kirjaaminen Apottiin** nousi tuloksissa myös esiin keskeisenä asiana ja on tärkeää etenkin ammattilaisten välisen tiedonkulun näkökulmasta. **Yhteisistä käytännöistä ja toimintatavoista sopiminen, tiedottaminen ja yhteisiin käytäntöihin sitoutuminen** nousi niin ikään tuloksissa tärkeäksi asiaksi, jotta kaikki tietävät, jos jotain asiaa muutetaan ja osaavat toimia samalla tavalla. Lisäksi huomioitiin, että käytäntöjen ja toimintatapojen muuttaminen voi vaatia lisäkoulutusta. **Riittävien resurssien varmistaminen** on keskeinen edellytys sille, että potilaan kuntoutustarpeita voidaan kartoittaa laaja-alaisesti ja oikea-aikaisesti. Lääkärin rooli hoidossa ja kuntoutuksessa keskeinen ja lääkärin tulisikin olla saatavilla silloin, kun siihen on tarvetta. Lääkäriaikoja on tärkeää olla saatavilla riittävästi ja esimerkiksi kuntoutuspalavereiden toteutuminen ajallaan sekä lääkehoidon tarkistaminen aktiivisesti riippuvat usein lääkäriresurssista. Myös hoitajaresurssia toivottiin lisättävän. Edellä esitettyä tukee myös Skitsofrenian käypä hoito suositus, jossa kuvataan hyvän avohoitohoitopainotteisen hoidon edellytyksenä olevan riittävät henkilöstö- ja osaamisresurssit (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus, 2020.) Tärkeänä asiana tuli esiin myös **potilaiden valinnanvapauden lisääminen**, esimerkiksi mahdollisuus vaihtaa sujuvasti hoitajaa sekä Leponex-seurannan hoituminen tarvittaessa muualla kuin kotipaikkakunnalla.



Kuvio 1. Kuvio 1. Kuvaus keskeisistä tekijöistä ja moniasiantuntijaisen yhteistyön kokonaisuudesta psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa.

Oheiseen kuvioon (Kuvio 1) on tiivistetty kuvaus keskeisistä tekijöistä ja moniasiantuntijaisen yhteistyön kokonaisuudesta psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa. Psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistaminen toimintakyvyn edistämiseksi edellyttää asiakaskeskeisyyttä sekä sujuvaa moniammatillista ja moniasiantuntijaista yhteistyötä potilaan, läheisten, verkostojen ja eri asiantuntijoiden kesken sekä työn organisoimista eri ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden osaamista hyödyntäen. ICF-toimintakyvyn kuvauskohteet mahdollistavat toimintakykyä laaja-alaisesti huomioivan rakenteen sekä tarjoaa konkreettisen ja hyvää kuntoutuskäytäntöä tukevan viitekehyksen. Moniasiantuntijainen yhteistyö varmistaa asiantuntevan ja laaja-alaisen kuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden laatimisen sekä soveltuvien ja oikea-aikaisten kuntoutusmuotojen valitsemisen sekä niiden yhteensovittamisen niin, että ne muodostavat toisiaan tukevan kokonaisuuden, jonka seurauksena potilaan toimintakyky edistyy.

## 9.2 Menetelmälliset ratkaisut

Tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksellisen lähestymistavan periaattein ja tarkoituksena oli tuottaa tietoa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisesta, josta on hyötyä yhteisten käytäntöjen kehittämisessä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä toteutui toimintatutkimukselle tyypillinen syklimäisyys ja sen ensimmäinen

vaihe eli suunnitteluvaihe. (Heikkinen 2008: 27.) Syklimäisyys tuli esiin myös aineistonkeruussa, jossa kehittäminen eteni kehittämistehtävittäin ja aineistonkeruumenetelmät oli valittu kehittämistehtävien mukaisesti niin, että ne tuottavat mahdollisimman hyvin kehittämistehtäviin vastaavaa aineistoa.

Toimintatutkimus soveltui hyvin tutkimuksellisen kehittämistyön lähestymistavaksi, koska se perustuu yhteisölliseen oivaltamiseen ja oppimiseen, jossa muutos tehdään yhdessä toimintaan osallistuvien kesken. Yhteiskehittelyissä toimijat osallistuivat tekemiseen tasa-arvoisesti riippumatta siitä, asemasta riippumatta ja perustuivatko heidän näkemyksensä tutkittuun tietoon vai käytännön kokemuksiin. Toimijoiden kokemustieto ja yhdessä tuotettu uusi tieto olivat keskeisiä yhteisen päämäärän eli uuden tiedon tuottamiseksi. Kokemustiedossa nivoutuu yhteen teoreettinen ymmärrys ja tieteellisten tutkimusten tulosten soveltaminen käytäntöön, jonka myötä rakentuu ymmärrys tiedon hyödyllisyydestä ja käyttökelpoisuudesta. Tarkoituksena oli aktiivinen kehittäminen niin, että yhteistyössä kehitetyt päätökset ja oivallukset ovat aiempaa parempia ja niitä voidaan hyödyntää välittömästi käytännössä. (Harra & Mäkinen & Sipari 2012: 4–9.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön tiedontuottajina toimivat ennalta suunnitellun mukaisesti harkinnanvaraisesti koottu moniasiantuntijainen ryhmä. Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuneet tiedontuottajat toimivat hyvässä yhteistyössä ja kävivät aiheista avointa ja rikasta keskustelua. Oli hienoa huomata, kuinka osallistujat uskalsivat kertoa oman näkemyksensä ääneen, vaikka kaikki eivät olleetkaan asiasta samaa mieltä ja miten kaikki työskentelivät yhteisen päämäärän hyväksi. Tutkijan roolina yhteiskehittelyssä oli tilaisuuksien huolellinen suunnittelu etukäteen, Power Point -esitysten laatiminen, orientaatio- ja yhteiskehittelytilaisuuksien fasilitoiminen ja ohjaaminen, tarvittavien kirjallisten materiaalien toimittaminen sekä käytännön järjestelyistä vastaaminen.

Orientaatiotilaisuus sekä yhteiskehittelytilaisuudet ja aineiston keruu toteutuivat suunnitelmien mukaan syksyn 2021 aikana. Orientaatiotilaisuuden ja yhteiskehittelyn ajankohdat ilmoitettiin tutkimukseen osallistuville sähköpostitse. Ennen yhteiskehittelyä pidetty kahden tunnin orientaatiotilaisuus mahdollisti osallistujien perehdyttämisen yhteiskehittelyyn, herätti osallistujien keskuudessa suurta innostusta ja vahvisti osaltaan toimijoiden sitoutumista yhteiskehittelyprosessiin. Orientaatiotapaamisella käytiin suunnitelmien mukaan läpi yhteiskehittelyä ohjaavat keskeiset toimintatavat ja periaatteet, sovittiin yhteisistä käytännöistä, keskusteltiin aikataulusta, tauoista ja ennakkomateriaalista ja siihen tutustumisesta. Lisäksi keskusteltiin osallistujien tehtävistä ja rooleista sekä sovittiin etukäteen kirjurit tuleville yhteiskehittelytapaamisille. Onnistumisen kannalta

keskeistä oli, että yhteistapaamiset oli sovittu hyvissä ajoin ja tilaisuuksissa oli varattu riittävästi aikaa luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin luomiseen, jossa hyödynnettiin osallistumisharjoituksia ja osallistujien aktiivista osallistamista.

Teams -etäyhteyden käyttäminen mahdollisti turvallisen osallistumisen vallitsevasta koronatilanteesta huolimatta ja oli myös kustannustehokasta, sillä se mahdollisti osallistumisen maantieteellisesti eri paikoista eikä siirtymiin paikasta toiseen kulunut aikaa. Orientaation ja yhteiskehittelykertojen päätteeksi osallistujilta pyydettiin palautetta suullisesti sekä nimettömänä digitaaliselle Jamboard -alustalle. Palautteissa nousivat esiin turvallinen ja innostavaksi koettu ilmapiiri, osallistujien innostus yhteiskehittämiseen, uusien näkökulmien esiin tuleminen ja uuden oppiminen sekä toive siitä, että tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia hyödynnettäisiin käytäntöjen kehittämisessä ja lopputulos näkyisi ruohonjuuritasolla. Tutkimukseen osallistuminen päättyi yhteiskehittelytilaisuuksien jälkeen.

Tutkimukselliseen kehittämistyön tuloksia tarkasteltiin ja niistä käytiin yhdessä reflektiivistä keskustelua Peijaksen psykoosipoliklinikoiden kehittämisiltapäivässä lokakuussa 2021. Kehittämisiltapäivään osallistuivat psykoosipoliklinikoiden esimiehet, ammattilaiset sekä yksi tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistunut kokemusasiantuntija. Iltapäivän lopussa osallistujia pyydettiin esitettyihin tuloksiin perustuen äänestämään digitaalisella Jamboard -alustalla 1–2 tärkeintä kehittämisen kohdetta. Yksi aihealue sai selvästi eniten kannatusta ja lisäksi myös neljä muuta aihealuetta arvioitiin keskeisiksi. Niiden tarkastelua ja yhteisistä käytännöistä sopimista sovittiin jatkettavan yksikön seuraavassa kehittämisiltapäivässä, jonka ajankohta sovittiin joulukuulle 2021.

### 9.3 Tutkimuksellisen kehittämistyön eettisyys ja luotettavuuden arviointi

Tutkimukselliselle kehittämistyölle saatiin HUS:n myöntämä tutkimuslupa ennen aineiston keruun aloittamista. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä vastasi henkilötietojen käsittelystä ja on siis EU:n tietosuoja-asetuksen tarkoittama rekisterinpitäjä opinnäytetyön henkilötietojen osalta. Tutkimusrekisteristä vastasi tässä tutkimuksessa opinnäytetyöntekijä, toimintaterapeutti Sari Stenroos. Rekisterinpitäjänä toimi HUS.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä oli tietoinen roolistaan tutkijana ja tutkimuksen kohdentumisesta yksikköön, jossa hän työskentelee. Tutkijan roolina yhteiskehittelyssä oli tilaisuuksien huolellinen suunnittelu etukäteen, Power Point -esitysten laatiminen,

orientaatio- ja yhteiskehittelytilaisuuksien fasilitoiminen ja ohjaaminen, osallistujien kannustaminen, tukeminen ja ohjaaminen sekä luottamuksen ja yhdenvertaisuuden edistäminen toimijoiden välillä, tarvittavien kirjallisten materiaalien toimittaminen sekä käytännön järjestelyistä vastaaminen.

Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheet on kuvattu opinnäytetyössä tarkasti ja pyritti myös siten tuomaan esiin kehittämistyön läpinäkyvyyttä ja luotettavuutta. Kehittämistyön tulokset on avattu avoimesti ja johdonmukaisesti. Käytettyjen tutkimusmenetelmien avulla saatiin vastaukset kehittämistehtäviin. Tulosten tulkinnassa on verrattu tutkimuksellisessa kehittämistyössä saatuja tuloksia aiempien tutkimusten tuloksiin, kuntoutusalan aikaisempaan tietoon ja ajankohtaisiin julkaisuihin. Tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella voitiin laatia kuvaus ydintekijöistä psykoosipotilaan tarpeita vastaavista toimintatavoista yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi.

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä toimintatapaa eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä että tutkimustulosten arvioinnissa (Kuula 2006: 34.) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kaikilta siihen osallistuvilta pyydettiin erikseen kirjallinen suostumus. Tutkimukseen osallistujilla oli vaitiolovelvollisuus. Mukaan ilmoittautuneiden kokemusasiantuntijoiden henkilötiedoista tarvittiin vain osallistujan nimi ja sähköpostiosoite, jotta voitiin sopia tutkimukseen perehdyttämisestä sekä yhteiskehittelytapaaamisten ajankohdista. Ammattihenkilöiden henkilötiedoista tarvittiin nimi, ammatti ja sähköpostiosoite, jotka pyydettiin täyttämään suostumuslomakkeelle. Tutkimuksessa kaikkia osallistujia puhuteltiin etunimillä eikä heiltä kysytty mitään kehittämistehtäviin liittymätöntä. Tutkija oli salassapitovelvollinen. Henkilöistä kerättävää tietoa ei voi tunnistaa tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista. (Toikko & Rantanen 2009: 129.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuutta tukevia tekijöitä oli se, että ensimmäisen kehittämistehtävän kirjallinen aineisto koostui kirjureiden Microsoft Word tekstikäsittelyohjelmaan kirjaamista muistiinpanoista, jotka olivat selkeästi kirjoitettuja. Toisen kehittämistehtävän aineisto muodostui Learning cafe tilaisuuteen laadituista ICF-toimintakyvyn kuvauskohteiden listasta, joihin kirjurit kirjasivat kynällä muistiinpanoja. Yhteiskehittelyjen loppukeskustelut nauhoitettiin Teams- etäyhteydellä, jonka äänenlaatu oli hyvä. Ensimmäisen kehittämistehtävän aineisto litteroitiin pian aineistonkeruun jälkeen ja aineiston käsittelyyn ei osallistunut muita henkilöitä. Toisen yhteiskehittelyn nauhoitettua

aineistoa ei litteroitu, sillä loppukeskustelussa ei tullut esiin ICF-toimintakyvyn kuvauskohteisiin eli kehittämistehtävään liittyviä asioita vaan se sisälsi osallistujien reflektiivistä keskustelua aiheeseen liittyen.

Tutkimuksessa kerätty aineisto tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Litteroitu aineisto ja kirjalliset materiaalit tallennettiin tutkijan omalle salasanalla suojatulle tietokoneelle sekä muistitikulle, jota säilytettiin erillään lukitussa kaapissa ja tuhottiin heti tutkimuksen valmistuttua. Digitaalinen aineisto tuhottiin heti tutkimuksen valmistuttua poistamalla Teams-alusta roskakoriin ja tyhjentämällä roskakori. Kirjallinen tutkimusaineisto hävitettiin tietosuojajätteeseen. (Kuula 2006: 114–115.)

#### 9.4 Kehittämistyön hyödynnettävyys ja jatkokehittäminen

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia ja tuotosta voi hyödyntää jatkossa HUS psykoosipoliklinikoiden ja muiden vastaavien poliklinikoiden yhteisten toimintatapojen kehittämisessä, moniammatillisen ja moniasiantuntijaisen yhteistyön organisoimisessa, jolloin voidaan sopia yhteisistä käytännöistä ja eri työntekijöiden tehtävistä ja vastuista. Tulosten perusteella voitiin muokata myös aiemmin laadittu kuntoutustarpeiden tunnistamista helpottava lomake ”checklist-tyyppiseksi” (Liite 8). Yhdenmukaisten toimintatapojen kehittämisen ja niiden käytäntöön juurtumisen myötä potilaiden yksilölliset tarpeet tulevat jatkossa paremmin tunnistetuksi ja heidän toimintakykynsä edistyy. Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena laadittu kuvaus psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisesta toimintakyvyn edistämiseksi voi levitä muiden HUS psykoosipoliklinikoiden sekä muiden organisaatioiden ja toimijoiden käyttöön eli tähdätä siten myös uuden tiedon siirtoon. (Toikko ja Rantanen 2009: 14–16.)

Edellä esitettyihin sekä tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksiin viitaten on toivottavaa, että moniasiantuntijaisesti koottua ja arvioitua tietoa potilaan yksilöllisistä kuntoutustarpeista hyödynnettäisiin potilaiden kuntouksen suunnittelussa ja palvelutarpeiden arvioinnissa myös muilla tahoilla. Jotta potilaiden toimintakyky edistyy ja he saavat tarvitsemansa palvelut saumattomasti ja oikea-aikaisesti, tarvitaan suunnitelmallista ja sujuvaa moniammatillista ja moniasiantuntijaista yhteistyötä, jossa kaikki puhaltavat pitkäjänteisesti yhteen hiileen.

Tulevaisuudessa voitaisiinkin tutkia miten pitkäaikaisesta psykoosisairaudesta kärsivät potilaat kokevat saaneensa tarpeisiinsa vastaavaa kuntoutusta avohoidossa sekä miten he ovat siitä hyötyneet. Niin ikään kiinnostava tutkimusaihe olisi myös selvittää mitä onnistunut moniasiantuntijainen verkostoyhteistyö eri toimijoiden kesken edellyttää ja miten sitä voitaisiin konkreettisesti kehittää.

Lopuksi haluan kiittää kaikkia tutkimuksellisen kehittämistyöhön osallistuneita henkilöitä. Ilman teidän osallisuuttanne ja tukea tämän merkityksellisen kehittämistyön tekeminen ei olisi ollut mahdollista.



## Lähteet

Aaltonen, Jukka & Koffert, Tarja & Ahonen, Juha & Lehtinen, Ville 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito -projekti tuottamista hoitoperiaatteista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. raportteja 257. Helsinki.

Alanko, Tuulikki & Karhula, Maarit & Piirainen, Arja & Kröger, Teppo & Nikander, Riku 2017. Kuntoutuksen osallistaminen tavoitteen asettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Loppuraportti. Työpapereita 113/2017. Helsinki: Kela. <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/175226/Tyopapereita113.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 1.1 2021.

Arponen, Aino & Kihlman, Eila & Välimäki, Sari 2004. Matkalla moniammatillisuudesta moniasiantuntijuuteen. Teoksessa Anttila, Markus ja Rousu, Sinikka (toim.) Haravalla kootut. Suomen kuntaliitto ja Lastensuojelun keskusliitto. Kerava.

Autti-Rämö, Ilona ja Salminen, Anna-Liisa. 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.). Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 14–16.

Autti-Rämö, Ilona & Mikkelsson, Marja & Lappalainen, Tiina & Leino, Eeva 2016. Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 56–73.

Birkeland, Arvid & Tuntland, Hanne & Forland, Oddvar & Jakobsen, Frode Fadnes & Langeland, Eva 2017. "Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study." *Journal of multidisciplinary healthcare* vol. 10 195–203. 5. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426462/>>. Viitattu 1.1 2021.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7.painos. Tampere: Vastapaino.

Gomez-Benito, Juana & Guilera, Georgina & Barrios, Maite & Rojo, Emilio & Pino, Oscar & Gorostiaga, Arantxa & Ballurka, Nekane & Hidalgo, Maria Dolores & Padilla, Jose Luis & Benitez, Isabel & Selb, Melissa 2018. Beyond diagnosis: The Core Sets for persons with schizophrenia based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 40 (23). 2756–2766. <<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1356384> >. Viitattu 23.10 2021.

Günter, Kirsi & Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa & Kaartamo, Riina & Kulmala, Anna 2013. Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla. Etnometodologinen tapaustutkimus. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.

Harra, Toini & Mäkinen, Elisa & Sipari, Salla 2012. Yhteiskehittelyllä hyvinvointia Metropolia Ammattikorkeakoulu. <[http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla\\_hyvinvointia/pdf/yhteiskehittely\\_esite-digipaper2.pdf](http://www.e-julkaisu.fi/metropolia/yhteiskehittelylla_hyvinvointia/pdf/yhteiskehittely_esite-digipaper2.pdf)>. Viitattu 25.11 2020.

Heikkinen, Hannu L.T. 2015. Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4.uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hiekkala-Tiusanen Laura & Halunen Minna & Mehtälä Tuukka & Kiesepä Tuula 2019. Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa -sivuosasta tähtinäyttelijäksi? Duodecim 2019;135.

Hietala, Outi & Rissanen, Päivi 2015. Kokemusasiantuntija-hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palvelujen kehittämiseksi: Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kuntoutussäätiö ja Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki. Unigrafia Oy.

HUS 2021. Arvot ja strategia. <<https://www.hus.fi/tietoa-meista/strategia-ja-vastuullisuus/arvot-ja-strategia>>. Viitattu 5.12 2021.

HUS 2021. Tietoa meistä. Kehittäminen. <<https://www.hus.fi/tietoa-meista/kehittaminen>>. Viitattu 28.11 2021.

Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Paltamaa, Jaana & Karhula, Maarit & Suomela-Markkanen, Tiina & Autti-Rämö, Ilona (toim.) 2011. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Isohanni, Matti & Honkonen, Teija & Vartiainen, Heikki & Lönnqvist, Jouko 2007. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri, Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen Raija 2008. Enemmän yhdessä- moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutustarve ja motivaatio. Teoksessa kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY Pro.

Karvonen, Marjo & Peltola, Mikko & Isohanni, Matti & Pirkola, Sami & Suvisaari, Jaana & Lehtinen, Klaus & Hella, Pertti & Häkkinen, Unto 2008. PERFECT - Skitsofrenia: Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakes 2008.

Kekoni, Taru & Mönkkönen, Kaarina & Hujala, Anneli & Laulainen, Sanna & Hirvonen, Jukka 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina-Kekoni Taru ja Pehkonen Aini (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus. 15–46.

Kela 2021. Hyvä kuntoutuskäytäntö. <<https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-kuntoutuspa-hyva-kuntoutuskaytanto>>. Viitattu 16.10 2021.

Kuorilehto, Ritva 2014. Moniasiantuntijuus sosiaali- ja terveydenhuollon perhetyössä monitahoarviointi Q-metodologialla. Oulun Yliopisto. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203966.pdf>>. Viitattu 12.1 2021.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämishjelma 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Helsinki. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74455>>. Viitattu 19.1.2021.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Sosiaali- ja terveysministeriö. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y)>. Viitattu 31.1 2021.

Kuntoutuksen uudistaminen 2020. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:39. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM\\_2020\\_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM_2020_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 15.1 2021

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kuopio. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 31.

Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Pehkonen, Aini 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina-Kekoni Taru ja Pehkonen Aini (toim). Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy. 15–46.

Mönkkönen, Kaarina & Leinonen, Leena & Arajärvi, Miina & Hovatta, Anna-Elina & Tusa, Nina & Salokangas, Katri 2019. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina - Kekoni Taru ja Pehkonen Aini (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna. Gaudeamus. 47–88.

Nuno, Laura & Barrios, Maite & Rojo, Emilio & Gomez-Benito, Juana & Guilera, Georgina 2018. Validation of the ICF Core Sets for schitsophrenia from the perspective of psychiatrists: An international Delphi study. Journal of Psychiatric Research. Volume 103. August 2018. Pages 134-141. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395617313638?via%3Dihub>>. Viitattu 8.10 2021.

Nuno, Laura & Barrios, Maite & Moller, Mary & Calderon, Caterina & Rojo, Emilio & Gomez-Benito, Juana & Guilera, Georgina 2019a. An international survey of Psychiatric-Mental-Health Nurses on the content validity of the International Classification of Functioning, Disability and Helath Core Sets for Schitsophrenia. International Journal of Mental Health Nursing. Volume 28, Issue 4. 867–878. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.12586>>. Viitattu 15.10 2021.

Nuno, Laura & Guilera, Georgina & Coenen, Michaela & Rojo, Emilio & Gomez-Benito, Juana & Barrios Maite 2019b. Functioning in schizophrenia from the perspective of psychologists: A worldwide study. PLoS One 2019; 16 (6). <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0217936>>. Viitattu 15.10 2021.

Nuno, Laura & Barrios, Maite & Vancampfort, Davy & Rojo, Emilio & Gomez-Benito, Juana & Guilera, Geogina 2020. Functioning in schizophrenia: a Delphi study covering the perspective of physiotherapists. <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2020.1748729?scroll=top&needAccess=true>>. Viitattu 22.10 2021.

Nuno, Laura & Guilera, Geogina & Bell, Morris & Rojo, Emilio & Gomez-Benito, Juana & Calderon, Caterina & Barrios, Maite 2021. Occupational Therapists' Perspective on the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets (ICF-CS) for Schizophrenia. The American Journal of Occupational Therapy 2021, Vol 75 (2). <<https://research.aota.org/ajot/article-abstract/75/2/7502205060/12573/Occupational-Therapists-Perspective-on-the?redirectedFrom=fulltext>>. Viitattu 22.10 2021.

Ojasalo, Katri & Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy.

Paltamaa, Jaana & Musikka-Siirtola Marjatta 2016. ICF-luokitus. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona, Salminen, Anna-Liisa, Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim). Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 37–55.

Peltonen, Kati & Niittymäki, Kirsi & Aro-Pulliainen Piia & Saarinen, Mari & Poutiainen, Erja 2019. SPIRAL-pelistä vauhtia kuntoutuksen tavoitteen asetteluun. <[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/300011/Kuntoutustakehittamassa6\\_saavutettava.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/300011/Kuntoutustakehittamassa6_saavutettava.pdf?sequence=4&isAllowed=y)> Kela. Helsinki. Viitattu 11.12 2021.

Peränen, Niina 2013. Innopajaopas kehittäjälle. <<https://innokyla.fi/sites/default/files/2020-02/Innopajaopas%20kehitt%C3%A4j%C3%A4lle%205%203%202013.pdf>>. Viitattu 3.1 2021.

Pikkarainen, Aila 2014. Vinoutunut moniammatillisuus. Kuntoutus 1. s.64–69. <<https://docplayer.fi/15080922-Vinoutunut-moniammatillisuus.html>>. Viitattu 4.10 2021.

Rekola, Leena 2008. Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen Raija. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY.

Salminen, Anna-Liisa & Järviöskö, Aila & Härkäpää, Kristiina 2016. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona, Salminen, Anna-Liisa, Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.). Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salminen, Ilona & Järviöskö, Aila & Härkäpää, Kristiina 2016. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim): Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. <[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)>. viitattu 7.11 2021.

STM 2004. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 19. Helsinki: Yliopistopaino. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74455/Kuntoutuksen\\_tutkimuksen\\_kehittamisohjelma\\_fi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74455/Kuntoutuksen_tutkimuksen_kehittamisohjelma_fi.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 16.1 2021.

STM 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y)>. Viitattu 10.1 2021.

Suomela-Markkanen, Tiina & Peltonen, Riikka 2016. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona, Salminen, Anna-Liisa, Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne. Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 247–262.

THL 2021. Toimintakyky. ICF ydinlistat ja tarkistuslista. <<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista>>. Viitattu 17.10 2021.

Toikko, Timo & Rantalainen Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes print. <[https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko\\_Rantanen\\_Tutkimuksellinen\\_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 29.11 2020.

Tuomi Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. 4.uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri ja Kosloff Anu 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

Wahlbeck, Kristian - Hietala, Outi - Kuosmanen, Lauri - McDaid, David - Salovuori, Samuel - Tourunen, Jouni 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. <file:///C:/Users/Sari/Documents/Asiakasosallisuus/89-2017-YhdessaMielin\_valmis.pdf > Viitattu 25.11 2021.

## Liite 1. Päätös tutkimusluvasta.

## HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

HYKS SAIRAANHOITOALUE: HUS PSYKIATRIA

## Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Stenroos Sari
Yliopisto / amk:	Metropolia ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön nimi:	Moniasiantuntijuuteen perustuvan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisen kehittäminen toimintakyvyn edistämiseksi psykoosipoliklinikalla
HUS tutkimuksen vastuhenkilö:	Jukka Anto
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Salla Sipari, Pekka Paalasmaa

## Tutkimuksen suorituspaikka

HYKS SAIRAANHOITOALUE: HUS PSYKIATRIA / Puolto, Hottinen Anja Armi Kaarina. 25/04/2021

HYKS SAIRAANHOITOALUE: HUS PSYKIATRIA /

Aineisto	<input type="checkbox"/> Potilaat/Omaiset, Lukumäärä:
	<input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta, Lukumäärä: 12
	<input type="checkbox"/> Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:
	<input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä, Lukumäärä: 3
	<b>HUS Psykiatrian kokemusc</b>
Tutkimusmenetelmät	Muu, Yhteiskehittelyt, ryhmäkeskustelu

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä:	19.05.2021
Tutkimusluvan päättymispäivä:	31.05.2022
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Isometsä Erkki
Hyväksyjän tulosyksikkö:	HYKS SAIRAANHOITOALUE: HUS PSYKIATRIA
Hyväksyjän toimi:	Yli lääkäri, professori

Tutkimusluvan myöntämiseen liittyvät asiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen rekisteriohjelmaan (Tietu).

**Liite 2. Näyte tutkimustiedotteesta ammattilaiselle.**

TIEDOTE TUTKITAVALLE  
LIITE 1  
Tiedote ammattilaiselle  
11.4.2021

**TIEDOTE TUTKIMUKSESTA AMMATILAISELLE**

**Tutkimuksen nimi: Moniasiantuntijuuteen perustuvan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisen kehittäminen toimintakyvyn edistämiseksi psykoosipoliklinikalla**

**Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa kehitetään yhteiskehittelyn menetelmin moniasiantuntijuuteen perustuvaa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamista toimintakyvyn edistämiseksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvalla psykoosipoliklinikalla. Olen arvioinut, että soveltuisit mukaan tutkimukseen, koska työskentelet psykoosipoliklinikalla ja sinulla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja sinun mahdollista osuuttasi siinä.

Lue rauhassa tämä tiedote. Jos sinulla on kysyttävää, voit olla yhteydessä tutkijaan (yhteystiedot löytyvät asiakirjan lopusta).

Jos päätät osallistua tutkimukseen, sinua pyydetään allekirjoittamaan erillinen suostumus.

**Osallistumisen vapaaehtoisuus, keskeyttäminen ja suostumuksen peruuttaminen**

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, peruuttaa suostumuksesi tai keskeyttää osallistumisesi tähän tutkimukseen syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana. Halutessasi peruuttaa tutkimukseen osallistumisesi ota yhteyttä tutkijaan.

*Tutkittavasta kerättyjen tietojen käyttö suostumuksen peruutuksen yhteydessä*

Jos päätät peruuttaa suostumuksesi, sinusta kerättyjä tietoja ei käytetä osana tutkimusaineistoa, mikäli niiden poistaminen aineistosta on mahdollista.

**Liite 3. Näyte tutkimustiedotteesta kokemusasiantuntijalle.**

TIEDOTE TUTKITTAVALLE  
LIITE 3  
Tiedote kokemusasiantuntijalle  
11.4.2021

**TIEDOTE TUTKIMUKSESTA KOKEMUSASiantuntijALLE**

**Tutkimuksen nimi: Moniasiantuntijuuteen perustuvan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisen kehittäminen toimintakyvyn edistämiseksi psykoosipoliklinikalla**

**Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa kehitetään yhteiskehittelyn menetelmin moniasiantuntijuuteen perustuvaa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamista toimintakyvyn edistämiseksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvalla psykoosipoliklinikalla. Olen arvioinut, että soveltuisit mukaan tutkimukseen, koska toimit kokemusasiantuntijana HUS Psykiatriassa ja sinulla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja sinun mahdollista osuuttasi siinä.

Lue rauhassa tämä tiedote. Jos sinulla on kysyttävää, voit olla yhteydessä tutkijaan (yhteyshenkilöt löytyvät asiakirjan lopusta).

Jos päätät osallistua tutkimukseen, sinua pyydetään allekirjoittamaan erillinen suostumus.

**Osallistumisen vapaaehtoisuus, keskeyttäminen ja suostumuksen peruuttaminen**

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, peruuttaa suostumuksesi tai keskeyttää osallistumisesi tähän tutkimukseen syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana ilman, että se vaikuttaa oikeuteesi saada tarvitsemaasi hoitoa. Halutessasi peruuttaa tutkimukseen osallistumisesi ota yhteyttä tutkijaan.

***Tutkittavasta kerättyjen tietojen käyttö suostumuksen peruutuksen yhteydessä***

Jos päätät peruuttaa suostumuksesi, sinusta kerättyjä tietoja ei käytetä osana tutkimusaineistoa, mikäli niiden poistaminen aineistosta on mahdollista.



**Liite 4. Näyte suostumuslomakkeesta ammattilaiselle.**

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

LIITE 2

Suostumus ammattilaiselle

11.4.2021

**TUTKITTAVAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN JA YHTEISKEHITTELYYN OSALLISTUMISEEN**

Minua \_\_\_\_\_ (nimi) on pyydetty osallistumaan tutkimukseen **Moniasiantuntijuuteen perustuvan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisen kehittäminen toimintakyvyn edistämiseksi psykoosipoliklinikalla**, jonka tarkoituksena on kehittää psykoosipoliklinikan moniammatillisen työryhmän moniasiantuntijuuteen perustuvaa toimintatapaa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa.

Olen perehtynyt edellä mainitun tutkimuksen tiedotteeseen ja annan suostumukseni sen mukaiseen tutkimukseen. Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsitteystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvitykset antoi HUS Myyrmäen psykoosipoliklinikan toimintaterapeutti, tutkija Sari Stenroos, Psykiatria/Psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista. Olen saanut riittävät tiedot tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta, tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä sekä oikeuksistani. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen, että voin milloin tahansa tutkimuksen aikana keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni tai peruuttaa suostumukseni tähän tutkimukseen syytä ilmoittamatta. Jos päätät peruuttaa suostumuksesi, sinusta kerättyjä tietoja ei käytetä osana tutkimusaineistoa, mikäli niiden poistaminen aineistosta on mahdollista.

Olen saanut tiedon oikeuksistani koskien omien tietojeni käyttöä ja tiedon siitä, kuinka voin näitä oikeuksia käyttää. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Tiedän, että tutkimukseen osallistujilla on vaihtoehtoisuus.

Tiedän, että tutkimukseen osallistumisesta ei makseta korvausta.

## Liite 5. Näyte suostumuslomakkeesta kokemusasiantuntijalle.



SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN  
LIITE 3  
Suostumus kokemusasiantuntijalle  
11.4.2021

### TUTKITTAVAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN JA YHTEISKEHITTELYYN OSALLISTUMISEEN

Minua \_\_\_\_\_ (nimi) on pyydetty osallistumaan tutkimukseen **Moniasiantuntijuuteen perustuvan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisen kehittämisen toimintakyvyn edistämiseksi psykoosipoliklinikalla**, jonka tarkoituksena on kehittää psykoosipoliklinikan moniammatillisen työryhmän moniasiantuntijuuteen perustuvaa toimintatapaa yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa.

Olen perehtynyt edellä mainitun tutkimuksen tiedotteeseen ja annan suostumukseni sen mukaiseen tutkimukseen. Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvitykset antoi HUS Myyrmäen psykoosipoliklinikan toimintaterapeutti, tutkija Sari Stenroos, Psykiatria/Psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista. Olen saanut riittävät tiedot tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta, tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä sekä oikeuksistani. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen, että voin milloin tahansa tutkimuksen aikana keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni tai peruuttaa suostumukseni tähän tutkimukseen syytä ilmoittamatta ilman, että se vaikuttaa mitenkään hoitooni. Jos päätät peruuttaa suostumuksesi, sinusta kerättyjä tietoja ei käytetä osana tutkimusaineistoa, mikäli niiden poistaminen aineistosta on mahdollista.

Olen saanut tiedon oikeuksistani koskien omien tietojeni käyttöä ja tiedon siitä, kuinka voin näitä oikeuksia käyttää. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Tiedän, että tutkimukseen osallistujilla on vaitiolovelvollisuus.

Tutkimukseen osallistuville HUS koulutetulle kokemusasiantuntijalle maksetaan osallisuustoiminnasta palkkio HUS:n osallisuustoiminnan palkkioperusteiden mukaisesti.

## Liite 6. Näyte aineiston analyysistä.

Analyytikysymys: Mitä kehitettävä on psykoosipotilaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden tunnistamisessa toimintakyvyn edistämiseksi potilaiden ja ammattilaisten näkökulmasta? Analyysiyksikkö: Ajatuksellinen kokonaisuus.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Että alussa olisi hyvä olla useampi ihminen, työpari mukana että olisi useammat silmät eli jo heti siinä alkuvaiheessa suunnittelussa ja miettimisessä	Olisi hyvä olla useampi ihminen tai työpari mukana jo heti alkuvaiheessa suunnittelussa ja miettimisessä.	Useampi ihminen mukaan tai työparityöskentely alkuvaiheessa	<b>Moniasiantuntijaisen työskentelyn lisääminen ja työnjako</b>
Työparia mukaan myös uusin silmin myös vanhempiin tapauksiin, ei pelkäästään siinä lähetevaiheessa	Työpari mukaan myös vanhempiin tapauksiin, ei pelkäästään lähetevaiheessa.	Työparityöskentelyn lisääminen hoidon ja kuntoutuksen aikana	
Ja et jo siihen suunnitteluun olis erityistyöntekijät esimerkiksi tueksi.	Jo suunnitteluun esimerkiksi erityistyöntekijät tueksi.	Erytyistyöntekijät tueksi suunnitteluun	
sit taas toisaalta...siihen liittyen se työn parempi organisointi ja jakaminen ettei se jäis kaikki asiat sille hoitajalle vaan myös muille.	Toisaalta työn parempi organisointi ja jakaminen, ettei kaikki asiat jäisi vain hoitajalle.	Työn parempi organisointi ja työnjako eri ammattilaisten kesken	
Tää kognitiivisten haasteiden huomioiminen psykoosissa ja kuntoutuksessa, et se ois myös huomioitu siinä kuntoutussuunnitelmassa ja tässä etenkin psykologin ehkä myös toimintaterapeutin rooli olis tärkeä.	Kognitiivisten haasteiden huomioiminen psykoosissa ja kuntoutuksessa tai että ne olisi huomioitu myös kuntoutussuunnitelmassa. Tässä etenkin psykologin ja ehkä toimintaterapeutin rooli on tärkeä.	Kognitiivisten haasteiden huomioiminen psykoosissa, kuntoutuksessa ja kuntoutussuunnitelmassa. Psykologin rooli ja toimintaterapeutin rooli.	
Kokemusasiantuntijoiden isompi mukaanotto	Kokemusasiantuntijoiden laajempi mukaanotto	Kokemusasiantuntijoiden laajempi mukaanotto	<b>Yhteistyön lisääminen hoidon ja kuntoutuksen kannalta olennaisten asiantuntijoiden, läheisten ja verkoston kanssa</b>
Kaikkien ryhmien parempi mainostaminen ja tiedonkulku eli vaikka paljon erilaisia ryhmiä on, niin että niitä muistettais ja olis tiedossa, että milloin niitä on.	Kaikkien ryhmien parempi mainostaminen ja tiedonkulku. Että on tiedossa ja muistetaan mitä ryhmiä on ja milloin niitä on.	Ryhmäkuntoutuksista tiedottaminen	
Hoidon kannalta oleelliset työntekijät mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, erityistyöntekijät, omaiset, verkostot, 3.sektori.	Hoidon kannalta oleelliset työntekijät, erityistyöntekijät, omaiset, verkostot, 3.sektori mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen	Kuntoutussuunnitelman laatiminen moniasiantuntijaisesti yhdessä asiakkaan, läheisten ja verkostojen kanssa	
Ois tärkeä että muistutetaan mahdollisuudesta ottaa omaisia enemmän mukaan tapaamisiin ja ihan perustapaamisiin ja omaisten ja läheisten mukaan ottaminen hoitoon ja kuntoutukseen enemmän.	On tärkeää, että muistutetaan mahdollisuudesta ottaa omaisia enemmän mukaan kaikkiin tapaamisiin. Omaisten ja läheisten mukaan ottaminen enemmän hoitoon ja kuntoutukseen	Muistutetaan mahdollisuudesta ottaa omaisia enemmän mukaan tapaamisiin.  Omaisten ja läheisten mukaan ottaminen enemmän potilaan hoitoon ja kuntoutukseen.	
Huomioitiin sitä, et ettei välttämättä aina se läheisin henkilö ole vaikka se perheenjäsen, vaan se voi ihan hyvin olla esimerkiksi ystävä ja sitäkin vois tuoda esille, ettei se tarvitse olla sukulainen.	Huomioitiin sitä, ettei perheenjäsen ole aina välttämättä potilaalle läheisin henkilö vaan se voi hyvin olla esimerkiksi ystävä. Sitäkin voisi tuoda esille ettei läheisen henkilön tarvitse olla sukulainen.	Huomioidaan, että potilaalle läheisin henkilö voi olla muukin kuin sukulainen	

## Liite 7. ICF-toimintakyvyn kuvauskohteet.

RUUMIIN JA KEHON TOIMINNOT (b)	SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN (d)	YMPÄRISTÖTEKIJÄT (e)
<p><b>Kehon ja mielentoiminnot</b>  b114 orientoitumistoiminnot  b117 älykkyystoiminnot  b122 kokonaisvaltaiset psykososiaaliset toiminnot  b130 henkinen energia ja viettitoiminnot  b134 unitoiminnot  b140 tarkkaavuustoiminnot  b144 muistitoiminnot  b147 psykomotoriset toiminnot  b152 tunne-elämän toiminnot  b156 havaintotoiminnot  b160 ajattelutoiminnot  b164 korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot  b180 itsen ja ajan kokemisen toiminnot  b280 kipuaistimus</p> <p><b>Ääni ja puhetoiminnot</b>  b330 puheen sujuvuus ja rytmitoiminnot</p> <p><b>Muut ruumiin/kehon toiminnot</b>  b530 painonhallintatoiminnot  b640 seksuaalitoiminnot  b765 tahattomat liiketoiminnot</p>	<p><b>Oppiminen ja tiedon soveltaminen</b>  d155 taitojen hankkiminen  d160 tarkkaavuuden kohdentaminen  d163 ajatteleva toiminta  d166 lukeminen  d175 ongelman ratkaiseminen  d177 päätöksen tekeminen</p> <p><b>Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet</b>  d210 yksittäisen tehtävän tekeminen  d220 useiden tehtävien tekeminen  d230 päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen  d240 stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen</p> <p><b>Kommunikointi</b>  d310 puhuttujen viestien ymmärtäminen  d315 ei-kielellisten viestien ymmärtäminen  d330 puhuminen  d335 ei-kielellisten viestien tuottaminen  d350 keskustelu</p> <p><b>Liikkuminen</b>  d450 käveleminen  d470 kulkuneuvojen käyttäminen  d475 ajaminen</p> <p><b>Itsestä huolehtiminen</b>  d510 peseytyminen  d520 kehon osien hoitaminen  d540 pukeutuminen  d570 omasta terveydestä huolehtiminen</p> <p><b>Kotielämä</b>  d610 asunnon hankkiminen</p>	<p><b>Tuotteet ja teknologiat</b>  e110 syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen  e125 kommunikointituotteet ja teknologiat  e130 opetustuotteet ja teknologiat  e165 varallisuus</p> <p><b>Sosiaalinen tuki ja verkostot</b>  e310 lähiperhe  e315 laajennettu perhe  e320 ystävät  e325 tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet  e330 esimiesasemassa olevat henkilöt  e340 kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat  e355 terveydenhuollon ammattihenkilöt  e360 muut ammattihenkilöt</p> <p><b>Asenteet</b>  e410 lähiperheen jäsenten asenteet  e415 laajennetun perheen jäsenten asenteet  e420 ystävien asenteet  e425 tuttavien, ikätoverien, työtoverien, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet  e430 esimiesasemassa olevien henkilöiden asenteet  e440 kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet  e450 terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet  e455 muiden ammattihenkilöiden asenteet  e460 yhteisön asenteet  e465 sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat</p> <p><b>Yhteiskunnan palvelut, hallinto ja politiikat</b></p>

	<p>d620 tavaroiden ja palveluiden hankkiminen  d630 aterioiden valmistaminen  d640 kotitaloustöiden tekeminen  d650 kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen  d660 muiden henkilöiden avustaminen</p> <p><b>Henkilöiden väliset vuorovaikutussuhteet</b>  d710 henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus  d720 henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus  d730 yhteydenpito vieraisiin henkilöihin  d740 muodolliset ihmissuhteet  d750 vapaamuotoiset sosiaaliset suhteet  d760 perhesuhteet  d770 intiimit suhteet</p> <p><b>Opiskelu ja työ</b>  d820 kouluopetus  d825 ammatillinen koulutus  d830 korkea-asteen koulutus  d840 oppisopimuskoulutus (työhönvalmennus)  d845 työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen  d850 vastikkeellinen työ  d855 vastikkeeton työ  d860 taloudelliset perustoimet  d865 vaativat taloudelliset toimet  d870 taloudellinen omavaraisuus</p> <p><b>Harrastukset ja kiinnostuksen kohteet</b>  d910 yhteisöllinen elämä  d920 virkistäytyminen ja vapaa-aika  d930 uskonto ja hengellisyys  d950 poliittinen elämä ja kansalaisuus</p>	<p>e525 asuminen- palvelut, hallinto ja politiikka  e545 väestönsuojelu- palvelut, hallinto ja politiikka  e550 oikeustoimi – palvelut, hallinto ja politiikka  e555 yhdistykset ja järjestöt -palvelut, hallinto ja politiikka  e560 tiedotusvälineet -palvelut, hallinto ja politiikka  e570 sosiaaliturva -etuudet, hallinto ja politiikka  e575 yleinen sosiaalinen tuki -palvelut, hallinto ja politiikka  e580 terveys- palvelut, hallinto ja politiikka  e585 koulutus- palvelut, hallinto ja politiikka  e590 työ ja työllistämien- palvelut, hallinto ja politiikka</p>
--	--	--

**Liite 8. Kuntoutustarpeiden tunnistamisen muistilista.****KUNTOUTUSTARPEIDEN TUNNISTAMISEN MUISTILISTA**

Nimi/henkilötiedot	
Diagnoosit	

**OPIKELU JA TYÖ**

- **Opiskelu ja työ**

d820 kouluopetus

d825 ammatillinen koulutus

d830 korkea-asteen koulutus

d840 oppisopimuskoulutus/työhönvalmennus

d845 työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päätyminen

d850 vastikkeellinen työ

d855 vastikkeeton työ

e130 opetustuotteet ja teknologiat

Tulot ja etuudet

 palkkatyö  sairauspäiväraha, voimassa \_\_\_\_\_ asti kuntoutustuki, voimassa \_\_\_\_\_ asti  eläke muu, mikä ja mihin asti?

\_\_\_\_\_

Taloudellinen tilanne

 potilaalla on edunvalvoja

e165 varallisuus

d860 taloudelliset perustoimet

d865 vaativat taloudelliset toimet

d870 taloudellinen omavaraisuus

**PSYKKINEN TERVEYS JA MIELEN TOIMINNOT**

<b>Arviointilomakkeet BPRS (pvm.) _____ 15D (pvm.) _____</b>
<p>Tunnistaako potilas psykoosin ennakko-oireet? Tietääkö mitä ne voisivat olla? Onko hänellä esiintynyt psykoosi- tai ennakko-oireita viime aikoina?</p>
<p>Onko potilas havainnut muutoksia voinnissa? d240 stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mielentoiminnot</b></li> <li>b114 orientoitumistoiminnot</li> <li>b117 älykkyystoiminnot</li> <li>b122 kokonaisvaltaiset psykososiaaliset toiminnot</li> <li>b130 henkinen energia ja viettitoiminnot</li> <li>b134 unitoiminnot</li> <li>b140 tarkkaavuustoiminnot</li> <li>b144 muistitoiminnot</li> <li>b147 psykomotoriset toiminnot</li> <li>b152 tunne-elämän toiminnot</li> <li>b156 havaintotoiminnot</li> <li>b160 ajattelutoiminnot</li> <li>b164 korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot</li> <li>b180 itsen ja ajan kokemisen toiminnot</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Psykologin tutkimus pvm. ____ <input type="checkbox"/> Neuropsykologin tutkimus pvm. _____</p>
<p><b>Muutostoiveet koskien mielenterveyttä</b></p>

**FYYSINEN TERVEYS**

Paino	Pituus	Painoindeksi	Vyötärönym- pärys	Verenpaine	Pulssi
Edelliset laboratoriokokeet ( <i>verensokeri, kolesterolit ym</i> ) on otettu:					
Oliko niissä jotain erityistä?					
Ruokailutottumukset, ruokavalio ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen? d570 omasta terveydestä huolehtiminen b530 painonhallintatoiminnot					
Päihteiden käyttö (tupakka, alkoholi, huumeet)					
Suun terveys (hammaslääkärikäynnit, kivut/säryt) d520 kehon osien hoitaminen b280 kipuaistimus Onko somaattisia sairauksia tai huolta aiheuttavia fyysisiä oireita? d520 kehon osien hoitaminen b280 kipuaistimus b640 seksuaalitoiminnot b765 tahattomat liiketoiminnot  Miten ja missä potilasta hoidetaan somaattisiin sairauksiin liittyen?					
<b>Muutostoiveet koskien fyysistä terveyttä</b>					

**LÄÄKEHOITO**

Tällä hetkellä potilaan käytössä olevat lääkkeet e110 syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen
Lääkityksen hyödyt? Onko lääkityksestä ollut jotain haittaa?
Saako potilas apua lääkkeiden ottamiseen tai jakamiseen? Jos, niin keneltä?



e340 kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat  
 e355 terveydenhuollon ammattihenkilöt  
 e360 muut ammattihenkilöt

## NYKYTILA JA TOIMINTAKYKY

vahvuudet ja haasteet, jotka ovat potilaalle merkityksellisiä

- **Itsestä huolehtiminen ja kotielämä**

Kotikäynti tehty pvm. \_\_\_\_

d230 päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen

d510 peseytyminen

d540 pukeutuminen

d620 tavaroiden ja palveluiden hankkiminen

d630 aterioiden valmistaminen

d640 kotitaloustöiden tekeminen

d650 kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen

d660 muiden henkilöiden avustaminen

- **Liikkuminen**

d450 käveleminen

d470 kulkuneuvojen käyttäminen

d475 ajaminen

- **Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet**

d210 yksittäisen tehtävän tekeminen

d220 useiden tehtävien tekeminen

- **Oppiminen ja tiedon soveltaminen**

d155 taitojen hankkiminen

d160 tarkkaavuuden kohdentaminen

d163 ajatteleminen

d166 lukeminen

d175 ongelman ratkaiseminen

d177 päätöksen tekeminen

- **Harrastukset ja kiinnostuksen kohteet**

d910 yhteisöllinen elämä

d920 virkistäytyminen ja vapaa-aika

d930 uskonto ja hengellisyys

d950 poliittinen elämä ja kansalaisuus

- **Vuorovaikutus ja ihmissuhteet**

d710 henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus

d720 henkilöiden välinen monimutkainen vuorovaikutus,

d730 yhteydenpito vieraisiin henkilöihin

d740 muodolliset ihmissuhteet

d750 vapaamuotoiset sosiaaliset suhteet

d760 perhesuhteet

d770 intiimit suhteet

---

- **Kommunikointi**

b330 puheen sujuvuus ja rytmitoiminnot

d310 puhuttujen viestien ymmärtäminen

d315 ei kielellisten viestien ymmärtäminen

d330 puhuminen

d335 ei kielellisten viestien tuottaminen

d350 keskustelu

e125 kommunikointituotteet ja teknologiat

---

### **Muutostoiveet koskien toimintakykyä**

## **SOSIAALINEN TILANNE**

- **Sosiaalinen tuki ja verkostot**

e310 lähiperhe

e315 laajennettu perhe

e320 ystävät

e325 tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet

e330 esimiesasemassa olevat henkilöt

e355 terveydenhuollon ammattihenkilöt

- **Asenteet**

e410 lähiperheen jäsenten asenteet

e415 laajennetun perheen jäsenten asenteet

e420 ystävien asenteet

e425 tuttavien, ikätovereiden, naapurien ja yhteisön jäsenten asenteet

e430 esimiesasemassa olevien henkilöiden asenteet

e440 kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet

e450 terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet

e455 muiden ammattihenkilöiden asenteet

e460 yhteisön asenteet

e465 sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat

Asuuko potilas yksin vai jonkun kanssa? Minkälainen asunto on?

d610 asunnon hankkiminen

Saako potilas asumista tukevia palveluja?

e340 kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat

e355 terveydenhuollon ammattihenkilöt

e360 muut ammattihenkilöt

- **Yhteiskunnan palvelut, hallinto ja politiikat**

e525 asuminen- palvelut, hallinto ja politiikka

e545 väestönsuojelu- palvelut, hallinto ja politiikka

e550 oikeustoimi- palvelut, hallinto ja politiikka

e555 yhdistykset ja järjestöt-palvelut, hallinto ja politiikka

e560 tiedotusvälineet- palvelut, hallinto ja politiikka

e570 sosiaaliturva- etuudet, hallinto ja politiikka

e575 yleinen sosiaalinen tuki -palvelut, hallinto ja politiikka

e580 terveys- palvelut, hallinto ja politiikka

e585 koulutus- palvelut, hallinto ja politiikka

e590 työ ja työllistäminen -palvelut, hallinto ja politiikka

### **OMAISTEN JA LÄHEISTEN NÄKEMYS**

e310 lähiperhe

e315 laajennettu perhe

e320 ystävät

e325 tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet

---

**Muutostoiveet koskien sosiaalista tilannetta**

### **VOIMAVARAT JA VAHVUUDET**

Asiat, jotka auttavat jaksamaan

Tulevaisuuden toiveet, unelmat, haaveet

### **YHDESSÄ SOVITUT KUNTOUTUMISEN TAVOITTEET**