

**KUNTOUTUKSEN KOULUTUSOHJELMAN SUORITTANUT LÄHIHOITAJA:
KOHTAAVATKO KOULUTUKSEN ANTAMAT VALMIUDET JA TYÖELÄMÄN
MAHDOLLISUUDET**

Tapio Salo
Fysioterapian Pro Gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittanut lähihoitaja: Kohtaavatko koulutuksen antamat valmiudet ja työelämän mahdollisuudet.

Salo Tapio

Fysioterapian pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

93 sivua, 4 liitettä

Tämän työn tausta-ajatuksena oli ikääntymisen seurauksena toimintakykyään menettävän ja siten kuntouttavien toimenpiteiden tarpeessa olevan väestönosan voimakas lisääntyminen. Tähän liittyen haluttiin selvittää kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneiden lähihoitajien käsityksiä koulutusohjelmasta saamistaan kuntoutuksellisista valmiuksista, mahdollisuuksistaan toteuttaa näitä valmiuksiaan työelämässä sekä omien valmiuksiensa, käytettävissä olevan ajan ja työilmapiirin vaikutuksia valmiuksiensa toteuttamismahdollisuuksiin.

Menetelmänä käytettiin postitse lähetettyä kyselylomaketta, joka lähetettiin kaikille kolmesta eri ammattipistosta vuosina 2003-2007 kuntoutuksen koulutusohjelmasta valmistuneille lähihoitajille (n=178). Kyselyyn vastasi 53 lähihoitajaa (33 %). Kysely perustui vuoden 2001 opetussuunnitelman perusteissa määriteltyihin kuntoutuksen koulutusohjelman kuntouttavan työn kannalta oleellisimpiin oppisisältöihin ja sisälsi sekä strukturoidun osan että täydentäviä avoimia kysymyksiä. Kyselyn teemat oli valittu neljästä eri opintokokonaisuudesta: toiminta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä, sekä sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn tukeminen ja ne sisälsivät 19 lähihoitajan toiminnan osa-alueita. Analyysi suoritettiin SPSS -ohjelmalla.

Yli puolet vastaajista koki saaneensa vähintään hyvät tiedot näillä kaikilla osa-alueilla. Ainoastaan päihdeongelmaisten tunnistamisen ja hoitoonohjauksen sekä pintalämpö-, kylmä, vesi- ja sähköhoitojen käyttämisen kohdalla yli kolmannes lähihoitajista arvioi saaneensa heikot valmiudet. Sen sijaan kahdeksalla osa-alueella lähes tai yli kolmannes koki omaavansa heikot mahdollisuudet käyttää valmiuksiaan työelämässä. Neljää osa-alueita lukuun ottamatta 80-100 % vastaajista piti omia valmiuksiaan kuntoutuksellisten valmiuksien käyttöä edistävänä tekijänä ja kolmea osa-alueita lukuun ottamatta yli puolet piti työilmapiiriä kuntoutuksellisten valmiuksien käyttöä edistävänä tekijänä. Aikaresurssit yli puolet vastaajista näki apuvälinearviointia ja ohjausta lukuun ottamatta näiden valmiuksien käyttöä rajoittavana tekijänä.

Tuloksista voi vetää johtopäätöksen, että lähihoitajat kokevat omaavansa hyvät ja laajat kuntoutukselliset valmiudet, mutta eivät pysty käyttämään niitä tehokkaasti työelämässä. Näin lähihoitajien ammattikunnassa on huomattava määrä kuntoutuksellisia resursseja, jotka pitäisi saada tehokkaaseen käyttöön erityisesti ikääntyneen väestönosan toimintakykyä tukemaan.

Asiasanat. kuntoutuksen koulutusohjelma, lähihoitaja, toimintakyky, toimintakyvyn tukeminen, koulutuksen antamat valmiudet

ABSTRACT

A Practical Nurse graduated the Study Programme in Rehabilitation: Will the abilities given by the education and opportunities of work life cross

Tapio Salo

Master's Thesis in Physiotherapy

University of Jyväskylä, Sport and health sciences, Department of health sciences 2010

93 pages, 4 appendices

The idea of this thesis is based on the increase of ageing population losing their functionality and therefore needing rehabilitation. In addition to this, the aim was to discover the opinions practical nurses graduated from the Study Programme in Rehabilitation have on their abilities to rehabilitate, the possibilities to realize these abilities within work life and the affect of their own abilities, disposal of time and work atmosphere on realization of their abilities.

The method used is a questionnaire mailed to all practical nurses graduating from Study Programme in Rehabilitation from all three vocational institutes 2003 – 2007 (n = 178). The questionnaire was answered by 53 (33 %) practical nurses. The questionnaire was based on national core curriculum in 2001. The questionnaire consisted of structural and additional open questions. The themes were chosen from four different study modules concerning rehabilitation and containing 19 different areas of practical nurse's work. The analysis was made using SPSS programme.

Over 50% of the practical nurses taken the questionnaire considered the knowledge they had received in vocational education at least good in all the areas asked. Over one-third of the practical nurses thought they had obtained weak abilities for their job only in two areas i.e. in recognizing and referring to therapy for patients with substance abuse problems and in using surface heat-, cold-, water- and electric treatments. Instead in eight areas, almost or over one-third found their chances for using their abilities in work life quite weak. Except for four areas, 80-100% of the practical nurses found their abilities as an advanced factor of using rehabilitated facilities and except for three areas, over 50% found work atmosphere as an important factor for rehabilitated faculties. Except evaluating and controlling the need of implements for helping in moving and daily functioning, over 50% of practical nurses saw time resources as a limited factor of using these abilities.

From the results, it is possible to conclude that practical nurses think they have good and wide rehabilitational abilities, but they can't use them effectively in work life. As a result in their profession, there are a remarkable amount of rehabilitational resources, which should be put in effective use, especially for supporting the functionality of the ageing population.

The keywords: the educational schedule of rehabilitation, practical nurse, functionality, supporting the functionality, abilities given by the education

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN PERUSTUTKINTO, LÄHIHOITAJA	3
3 KIUNTOUTUKSEN KOULUTUSOHJELMAN KUNTOUTUKSELLINEN SISÄLTÖ	5
3.1 TOIMINTA KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ	6
3.2 PSYYKKISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN JA EDISTÄMINEN	7
3.3 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN JA EDISTÄMINEN	9
3.4 FYYSISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN JA EDISTÄMINEN	11
4 OPETUSMENETELMÄT JA OPPIMISKÄSITYKSET	14
4.1 TAUSTAA PEDAGOGISILLE RATKAISUILLE	14
4.2 PEDAGOGISIA LINJAUKSIA	15
4.2.1 <i>Konstruktivistinen tiedon rakentaminen</i>	15
4.2.2 <i>Käytäntölähtöisyys</i>	15
4.2.4 <i>Ekspansiivinen oppiminen</i>	18
4.2.5 <i>Oppiminen osallistumisen prosessina</i>	19
5 TOIMINTAKYKY JA SEN TUKEMINEN	21
6 KUNTOUTTAVA TYÖOTE	24
6.1 KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN MALLI JA SEN TOTEUTTAMINEN LAITOSOLOSUHTEISSA	24
6.2 KOTONA ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN VOIMAVAROJEN TUKEMINEN	27
7 TUTKIMUKSEN TEEMOIHIN LIITTYVIEN PALVELUJÄRJESTELMIEN KUVAILUA	32
7.1 TOIMINTA KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ	32
7.2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN PALVELUJÄRJESTELMÄ	35
7.3 SOSIAALIPALVELUJEN PALVELUJÄRJESTELMÄ	42
7.4 LIIKUNTA FYYSISEN TOIMINTAKYVYN JA TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ	50
8 MENETELMÄT	56
8.1 TUTKIMUSKYSYMYKSET	56
8.2 TUTKIMUSKOhteet	56
8.3 KYSELYLOMAKE	58
8.3.1 <i>Kyselylomakkeen rakenne</i>	58
8.3.2 <i>Kyselylomakkeen esitestaus</i>	60
8.4 TUTKIMUKSEN KULKU	61
8.4.1 <i>Aineistonkeruun vaiheet</i>	61

8.4.2 Tilastolliset menetelmät	62
9 TULOKSET	63
9.1 TUTKIMUSJOUKON KUVAUS.....	63
9.2 STRUKTUROITUIJEN KYSYMYSTEN TULOKSET	65
9.2.1 Valmiudet ja mahdollisuudet toimia yhteistyössä muiden kuntoutusalan toimijoiden kanssa	65
9.2.2 Sosiaalisen toiminnan tukeminen ja edistäminen.....	67
9.2.3 Psykkisen toiminnan tukeminen ja edistäminen	67
9.2.4 Fyysisen toiminnan tukeminen ja edistäminen.....	68
9.3 AVOINTEN KYSYMYSTEN VASTAUKSET	71
9.3.1 Kuntoutuksen koulutusohjemaan kohdistuneet toiveet.....	71
9.3.2 Työelämään kohdistuneet toiveet	72
10 POHDINTA	73
10.1 MENETELMÄT.....	74
10.2 KOULUTUKSEN ANTAMAT VALMIUDET.....	75
10.3 VALMIUKSIEN TOTEUTTAMISMAHDOLLISUUDET	79
10.4 VALMIUKSIEN KÄYTTÄMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT.....	81
10.5 TUTKIMUKSEN HERÄTTÄMIÄ KYSYMYKSIÄ JA JATKOTUTKIMUSKOhteita	83
11 JOHTOPÄÄTÖKSET	86
LÄHTEET.....	88
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomalaisessa yhteiskunnassa on meneillään raju rakennemuutos. Sodanjälkeiset suuret ikäluokat ovat siirtymässä työelämästä eläkkeelle ja tuotantovastuuseen ovat tulossa huomattavasti pienemmät ikäluokat. Sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin näkökulmasta katsottuna tämä tietää toisaalta työmäärän lisääntymistä, toisaalta käytettävissä olevien voimavarojen pienenemistä työtä tekevän ikäluokan pienenytessä ja odotettavissa olevien talousresurssien vähetessä. Välillä 2005-2015 yli 85-vuotiaiden määrä lisääntyy 36.000:lla ja yli 65-vuotiaiden määrä 270.000:lla. Vuonna 2020 joka neljäs suomalainen on 65-vuotias tai vanhempi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Tilastokeskus 2007).

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) luo suuntaviivoja toimenpiteistä, joilla yhteiskunta pyrkii vastaamaan tähän haasteeseen. Palvelurakennemuutos, työiän jatkaminen, syrjäytyneisyyden estäminen sosiaalipoliittisin toimenpitein, sosiaalisektorin palvelujärjestelmän ja sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusjärjestelmän kehittäminen kuuluvat läheisesti näihin toimenpiteisiin.

Lähihoitaja sijoittuu sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä pääasiassa toimintaympäristöihin, joissa hänen asiakaskuntansa koostuu juuri toimintakykynsä heikkenemisen kanssa kamppailevista henkilöistä. Opetussuunnitelman perusteet 2001 nimeää tyypillisiksi lähihoitajien toimintaympäristöiksi kotihoidon eri työmuotoineen, lasten päivähoidon ja huolenpidon, nuorten hoito- ja kasvatustyön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon usein laitoksissa toteutettavat peruspalvelut (esim. terveyskeskusten vuodeosastot, sairaalat, vanhusten ja vammaisten hoitolaitokset, tuetun asumisen ympäristöt).

Tämän työn mielenkiinto kohdistuu vuonna 2001 opetussuunnitelmaan tulleen kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneiden lähihoitajien koulutukseltaan saamiin valmiuksiin ja näiden valmiuksien käyttömahdollisuuksiin työelämässä. Näkökulmana on pohtia tämän toimintakyvyn tukemiseen ja edistämiseen koulutetun ammattihenkilöstön perspektiivistä kuntouttavan työn toimintavalmiuksia ja -mahdollisuuksia nykyisessä sosiaali- ja terveystaloudellisessa kontekstissa. Aiempia tutkimuksia kuntoutuksen koulutusohjelmasta ja sen vaikuttavuudesta ei ole ja siksi kirjallisuuskatsauksessa otetaan esille yleensä lähihoitaja- tai hoitajakoulutukseen liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita.

Työn alussa ennen tutkimusmenetelmien ja tulosten esittelyä selvitetään lähihoitajakoulutuksen rakennetta ja kuntoutuksen koulutusohjelman mukaan tuloa opetussuunnitelmaan sosiaali- ja terveysalan koulutusuudistuksen yhteydessä. Kuntoutuksen koulutusohjelmasta tuodaan esille sen lähinnä kuntoutuksen alaan liittyviä tavoitteita ja sisältöjä sekä selvitetään koulutusohjelmaan läheisesti liittyviä toimintakyvyn ja kuntouttavan työotteen käsitteitä. Kirjallisuuden pohjalta tutustutaan niihin kuntoutuksen palvelujärjestelmän toimintaympäristöihin, joissa tutkimuksen teemojen mukaiset kuntoutuksen palvelujärjestelmään sekä psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn tukemiseen ja edistämiseen liittyvät lähihoitajien toiminnot tapahtuvat.

2 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN PERUSTUTKINTO, LÄHIHOITAJA

Sosiaali- ja terveysalojen koulutusjärjestelmät kokivat 1990-luvun alussa perusteellisen muutoksen. Niin valtionhallinnon, kuntien keskusjärjestöjen kuin työelämää edustavien tahojen suunnilta oli tehty aloitteita silloin varsin eriytyneen ja jäykän koulutusjärjestelmän muuttamiseksi paremmin ajan haasteisiin vastaavaksi. Ammattikasvatushallituksen johdolla virkamiestyöryhmä (SOLA- työryhmä, sosiaali-, lääkintö- ja ammattikasvatushallituksen yhteinen virkamiestyöryhmä) valmisteli esityksen toimialan kouluasteen opetuksen yhdistämiseksi ja kehittämiseksi. Vuoden 1990 alussa työryhmä julkaisi muistion, jossa esitteli uuden järjestelmän suuntaviivat (Sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen... 1991).

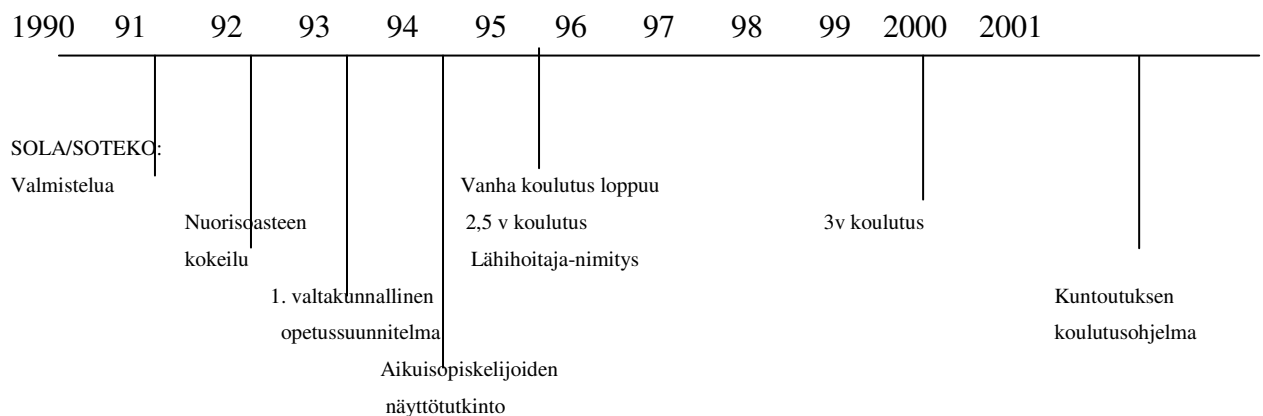
Tavoitteeksi asetettiin laaja-alainen, joustava ja helposti täydennettävissä oleva, muuttuviin olosuhteisiin ja ajan haasteisiin mukautuva koulutus. Samalla tavoiteltiin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintojen yhdistämistä asiakkaiden kannalta tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi (Sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen koulutusrakennetta... 1991, Sosiaali- ja terveysalan... 1992). Uudistuksessa kolme sosiaalialan ja seitsemän terveysalan koulutusammattia yhdistettiin yhden nimikkeen alle, kuten kuvio 1 havainnollistaa.

Vanha	Uusi
1. Perushoitaja 2. Kodinhoitaja 3. Päivähoitaja 4. Kehitysvammaisten hoitaja 5. Lastenhoitaja 6. Kuntohoitaja 7. Mielensterveyshoitaja 8. Jalkojenhoitaja 9. Lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja 10. Hammashoitaja	Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja

Kuvio 1. Eriytyneestä koulutusjärjestelmästä joustavaan laaja-alaisuuteen

Opetushallitus laati kokeiluvaiheen valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen opetussuunnitelman perusteet 10.6.1992 käytettäväksi aluksi 1992-1993 alkavissa nuorisosaasteen koulutuskokeilussa ja sosiaalialan joustavan koulutusrakenteen kokeilussa. 27.5.1993 opetushallitus hyväksyi ensimmäiset valtakunnalliset opetussuunnitelman perusteet koskemaan nuorten ammatillista koulutusta, ammatillista aikuiskoulutusta ja

oppisopimuskoulutusta ja tämänmukainen koulutus aloitettiin saman vuoden syksyllä. Vuodesta 1995 se on ollut sosiaali- ja terveystieteiden ainoa peruskoulutusjärjestelmä. Tällöin opetussuunnitelman perusteet vielä uudistettiin ja viralliseksi tutkintanimikkeeksi tuli sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, lähihoitaja ja tutkinto rekisteröitiin Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen (Vuorensyrjä 2006, 92). Merkittävä valinta oli, ettei kuntoutuksen alalle katsottu aiheelliseksi asettaa syventävää moduulia, vaan koulutusta kehittäneiden työryhmien mielestä parempi ratkaisu oli sijoittaa kuntoutuksen koulutus kaikille yhteisiin opintoihin. Katsottiin, että lääkintävoimistelijakoulutus kattaa fysioterapiaan erikoistuneen henkilöstön tarpeen (Sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen...1991). Aikajana kuviossa 2 selkeyttää koulutusrakenteen muutosajataulua 1990- luvun koulutusjärjestelmän rakentamisen aikana.



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystieteiden muutosvaiheet (SOTEKO, sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen koulutusrakennetta selvittänyt työryhmä. SOLA, sosiaali-, lääkintö- ja ammattikasvatustieteiden yhteinen virkamiestyöryhmä)

Uuden perustutkinnon alkuun lähtöä seurattiin ja arvioitiin tiiviisti lukuisin tutkimusprojektein. Tällä, paitsi arvioitiin lähihoitajakoulutuksen alkutaipaleita, tuotettiin myös tietoa koulutuksen edelleen kehittämiseksi. Perusratkaisua sosiaali- ja terveydenhuoltoalan perustutkintojen yhdistämisestä pidettiin oikeana ja työelämän tarpeita laajasti palvelevana (Vuorenmaa & Räisänen 1997, 8,231). Kuntoutuksen kannalta on huomionarvoista, että Vuorenmaan ja Räisäsen tutkimuksessa (1997, 239, 253) kuntoutuksen osaaminen todettiin jäsentymättömäksi ja opiskelijat kokivat vaikeaksi arvioida kuntoutukseen liittyvää osaamistaan ja ammatinhallinnan edellyttämä osaaminen oli heikointa nimenomaan kuntoutuksen alueella. Tästä huolimatta kuntoutuksen koulutusohjelma tuli opetussuunnitelman perusteisiin vasta vuoden 2001 perusteiden uudistamisen yhteydessä.

Sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmien perusteet uudistettiin arvioinnin ja arvostelun pohjalta vuosina 1999 ja 2001. Tässä yhteydessä lähihoitajakoulutus piteni 3 vuotiseksi ja laajeni 120 opintoviikon laajuiseksi. Tutkinnon suuntautumisvaihtoehdot pidennettiin vuoden mittaisiksi erillisiksi koulutusohjelmiksi (40 ov) ja työssäoppimisen määrään ja laatuun kiinnitettiin erityishuomiota. Tutkinnon laaja-alaisuudesta ei haluttu luopua, vaan sitä pidettiin edelleen tutkinnon vahvuutena (Vuorenmaa 2006). Myöhempi merkittävä muutos tapahtui 2006, jolloin ammattiosaamisen näytöt tulivat myös opetussuunnitelmaperusteiseen koulutukseen (Kansallinen ammattiosaamisen näyttöaineisto... 2005). Kuviossa 3 on kuvattu sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksen rakenne ja kuntoutuksen koulutusohjelman sijainti siinä vuoden 2001 opetussuunnitelman perusteiden mukaan (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto... 2001).

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN PERUSTUTKINTO, LÄHIHOITAJA	120 OV
YHTEISET OPINNOT	20 OV
AMMATILLISET OPINNOT	90 OV
I TUTKINNON YHTEISET AMMATILLISET OPINNOT	50 OV
1. Kasvun tukeminen ja ohjaus	16 ov
2. Hoito ja huolenpito	22 ov
3. Kuntoutumisen tukeminen	12 ov
II KOULUTUSOHJELMITTAIN ERIYTYVÄT AMMATILLISET OPINNOT	<u>40 OV</u>
1. Ensihoidon	
2. <u>Kuntoutuksen</u>	
3. Lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen	
4. Mielensterveys ja päihdetyön	
5. Sairaanhoidon ja huolenpidon	
6. Suu- ja hammashoidon	
7. Vammaistyön	
8. Vanhustyön	
9. Asiakaspalvelun ja tietohallinnon koulutusohjelmat	
VAPAASTI VALITTAVAT OPINNOT	10 OV

Kuvio 3. Sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksen rakentuminen

3 KIUNTOUTUKSEN KOULUTUSOHJELMAN KUNTOUTUKSELLINEN SISÄLTÖ

Opintosuunnitelman perusteet 2001 jakaa kuntoutuksen koulutusohjelman seuraaviin opintokokonaisuuksiin: *toiminta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä* (4 ov), *psykykkisen toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen* (6 ov), *sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen* (12 ov), *fyysisen toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen* (18 ov), ja *muut valinnaiset opinnot* (10 ov).

3.1 Toiminta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä

Seuraavassa on kuvattu tämän opintokokonaisuuden kuntoutukselliset tavoitteet ja sisällöt Opetussuunnitelman perusteet 2001 -säädöksen (Sosiaali- ja terveystalalan perustutkinto... 2001) mukaan.

Toiminta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä -kokonaisuus on keskeisten sisältöjensä mukaan jaettu seuraavasti: kuntouttava työote, toiminta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä, työsuojelu ja kestävä kehitys sekä sisäinen yrittäjyys.

Kuntouttava työote -osio edellyttää, että opiskelija osaa työskennellä kuntoutustyössä osana yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Hänen on osattava toimia sosiaali- ja terveydenhuollossa hyväksytyjen eettisten periaatteiden (elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo) mukaan soveltaen kuntoutuksen arvoperustaa (asiakaslähtöisyys, kokonaisvaltaisuus, elämänhallinta). Opiskelijan on osattava kohdata asiakas asiakaslähtöisesti ja palveluhenkisesti luontevassa vuorovaikutuksessa ja hallittava vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot sekä vammautuneen tai vajaakuntoisen että muiden toimijoiden kanssa. Hänen on osattava ottaa huomioon asiakkaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia, tukea asiakkaan jäljellä olevia voimavaroja ja toimia osana asiakkaan lähi- ja hoitoyhteisöä tukien hänen osallistumistaan yhteiskuntaan. Moniammatillisuus, ryhmätyökykyisyys ja monikulttuurisuus ovat myös keskeisiä arvoja.

Toiminta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä edellyttää, että opiskelija noudattaa työssään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntoutuksen palvelujärjestelmää koskevia ja kuntoutustyötä ohjaavia lakeja ja asetuksia ja tuntee niiden keskeisen sisällön

(kuntoutuslainsäädäntö, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidonlaki, työterveyslaki, vammaispalvelulaki, mielenterveyslaki, kehitysvammalaki, päihdehuoltolaki, lastensuojelulaki, potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki, sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki, työvoimapolvelulaki, laki ammatillisesta kuntoutuksesta, asetus ammatillisen koulutuksen muuttamisesta/ vammaisten opiskelijoiden valmentava ja kuntouttava opetus ja ohjaus, työturvallisuuslaki, henkilötietolaki ja liikuntalaki). Opiskelijan on tunnettava ja osattava hyödyntää ajankohtaisia valtakunnallisia terveystoimintajärjestelmiä sekä vastaavia asiakkaan asuinalueella toteutettavia ohjelmia. Hänen on tunnettava vammaisten omien järjestöjen kansallinen ja kansainvälinen toiminta ja kannustettava asiakastaan osallistumaan niihin ja osattava itse tehdä yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Opiskelijan on tiedettävä kuntoutusta järjestävät tahot ja osattava toimia kuntoutustyön palvelujärjestelmässä (lääkinnällinen, sosiaalinen, ammatillinen ja kasvatuksellinen kuntoutus) moniammatillisessa yhteistyössä. Hänen on osattava osallistua hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien tekemiseen, arvioimiseen, selvittämiseen ja toteuttamiseen. Hänen on osattava kirjata ja tiedottaa asiakkaan psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn muutoksista prosessin aikana. Opiskelijan on oltava perehtynyt projektityöskentelyn eri osa-alueisiin, osattava jäsentää lähihoitajan työn oikeudet ja velvollisuudet sekä hyödyntää asiakaspalautetta työn laadun parantamiseen. Kuntoutustyön ajankohtaisten haasteiden tunteminen ja alan seuraaminen sekä suomen- että ruotsinkielisistä lehdistä ja sähköisistä tietolähteistä sekä oman ammattitaidon kehittäminen kuuluvat vaadittaviin taitoihin.

3.2 Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen

Opetussuunnitelman perusteet 2001 (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto...2001) jakaa psyykkisen toimintakyvyn tukemisen ja edistämisen seuraaviin keskeisiin sisältöihin: vuorovaikutus, itsetuntemus ja ryhmätyötaidot, psyykinen toimintakyky ja sen vahvistaminen, mielenterveys- ja päihdeongelmaisen kohtaaminen, psyykkisen selviytymisen vahvistaminen, yksilöllisyyden ja henkisen kasvun tukeminen sekä työssä jaksaminen.

Vuorovaikutus, itsetuntemus ja ryhmätyötaidot sisältävät vaatimuksen aidosta, empaattisesta ja aktiivisesta kuuntelutaidosta sekä tukea antavan keskustelun taidosta. Opiskelijan on osattava jäsentää, eritellä ja käsitellä vuorovaikutuksessa syntyviä tunteitaan sekä tunnistaa ja arvioida psyykkisiä voimavarojaan ja mahdollisuuksiaan. Hänen on hallittava

ryhmadynamiikkaa ja osattava toimia rakentavasti sekä moniammatillisen ryhmän jäsenenä että ohjaajana.

Psyykinen toimintakyky ja sen vahvistaminen edellyttää opiskelijalta kykyä tukea asiakkaan myönteistä minäkuvaa ja itseluottamusta elämänkaaren eri vaiheissa. Hänen on osattava arvioida asiakkaiden psyykkisen toimintakyvyn mahdollisuuksia ja rajoituksia, mielialaa, motivaatiota ja oppimiskykyä sekä huomioitava ne suunnitellessaan ja toteuttaessaan asiakkaan hoito-, palvelu tai kuntoutus- suunnitelmaa. Opiskelijan on osattava käyttää asiantuntija-apua asiakkaan psyykkisen kriisin kohtaamisessa sekä osattava tukea asiakasta ja hänen perhettään kriisin eri vaiheissa yhteistyössä muun hoitoryhmän kanssa. Tavoitteisiin kuuluu myös unen, uupumuksen ja vireyden merkityksen tunteminen sekä ohjaaminen oikeaan päivärytmiin.

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen kohtaaminen osion mukaan opiskelijan on osattava kohdata asiakkaan psyykkisiä häiriöitä ja mielenterveyden häiriöitä (psykoottiset häiriöt, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, itsemurhavaara, persoonallisuushäiriöt, aggressiivisuus, ruumiillisina oireina ilmenevät mielen terveyshäiriöt, unihäiriöt, syömishäiriöt ja vanhuuteen liittyvät mielen terveyshäiriöt) sekä tunnettava mielenterveyttä edistäviä tekijöitä. Hänen tulee osata tunnistaa ja kohdata myös asiakkaan päihdekäyttö. Opiskelijan on tunnettava em. liittyvät julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palvelujärjestelmät ja osattava tunnistaa tilanteet, joissa asiakkaan on turvaututtava niihin sekä osattava suorittaa hoitoon ohjaus. Tavoiteltaviin taitoihin kuuluvat myös tavallisimpien mielenterveys- ja päihdetyössä käytettävien lääkkeiden sekä niiden vaikutusten ja haitta- ja sivuvaikutusten tunteminen sekä havainnoista raportoiminen muulle työryhmälle.

Psyykkisen selviytymisen vahvistaminen vaatii opiskelijalta taitoa ohjata asiakas tunnistamaan voimavaransa (psyykkiset, sosiaaliset ja fyysiset) ja taitoa rohkaista asiakasta voimavarojen aktiiviseen käyttöön pätevyiden ja onnistumisen kokemuksien syntymiseksi. Asiakkaan itseilmaisua, muistia ja mielikuvia on osattava aktivoida esim. liikunnan, kuvataiteen, musiikin keskustelun tai muistelun välityksellä.

Yksilöllisyyden ja henkisen kasvun tukeminen keskeisenä sisältönä edellyttää, että opiskelija osaa auttaa asiakasta kiinnittymään kuntoutumista tukevaan kodin ulkopuoliseen tukiverkoston ja osaa auttaa asiakasta asiakaslähtöisesti toimintakyvyn rajoituksista

syntyvien kriisien yhteydessä. Opiskelijan on osattava tukea asiakasta löytämään elämäänsä tulevaisuudenuskoa.

Työssä jaksaminen sisältää oman työn ja omien voimavarojen ja työstä johtuvien paineiden arvioimisen sekä taidon huolehtia omasta virkistäytymisestä ja omasta fyysisestä, psyykkisestä ja henkisestä terveydestä.

3.3 Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen

Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen on jaettu opetussuunnitelman perusteissa (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto... 2001) seuraaviin keskeisiin sisältöihin: sosiaalinen ympäristö, asiakkaan arjen vuorovaikutus ja kommunikaatio, perusteknologian hallinta sekä ammatillinen kuntoutus ja verkostotyö, työllistymiseen tähtäävä toiminta ja työssä ohjaaminen. Seuraavissa kappaleissa on opetussuunnitelman perusteiden antamat tavoitteet näille sisällöille.

Sosiaalinen ympäristö keskeisenä sisältönä odottaa opiskelijan kohtaavan asiakkaan siten, että tämän rooli koti-, asuin- ja toimintaympäristössä, lähiyhteisössä ja yhteiskunnan jäsenenä tulee huomioiduksi. Sosiaalisen kuntoutumisen välineenä on osattava käyttää asiakaslähtöistä, asiakkaan yksilölliset tarpeet, valinnat ja voimavarat sekä hänen avuntarpeensa ja autonomiansa huomioon ottavaa. hallinnonalat ylittävää verkostotyötä. Opiskelijan on osattava osallistua syrjäytymiseen liittyvien riskitekijöiden tunnistamiseen ja avuntarpeen määrittelyyn sekä pystyttävä ohjaamaan asiakastaan syrjäytymistä ehkäisevien palvelujen piiriin.

Asiakkaan arjen tukemiseen kuuluu asiakaslähtöisesti - asiakkaan oikeutta yhteiskunnan jäsenenä toimimiseen kunnioittaen, yhdessä asiakkaan ja tämän läheisten kanssa - arvioida hänen arkensa toimivuutta ja mahdollista avuntarvetta sekä avuntarpeen määrää ja laatua. Opiskelijan on osattava tukea asiakasta ottamaan vastuuta terveytensä hoitamisesta ja osattava asiakaslähtöisesti tukea häntä päivittäisissä toiminnoissa sekä ohjata häntä aktiiviseen elämään ja työelämään tai työhön valmentavaan toimintaan.

Vapaa-aika ja viihtyminen osio edellyttää opiskelijan osaavan avustaa asiakasta henkilökohtaisissa esteettisissä valinnoissa (pukeutuminen, kauneudenhoito, hygienia, kodin sisustaminen), avustaa asiakasta ystävyyssuhteiden ylläpidossa ja uusien luomisessa sekä ohjata ja kannustaa häntä iloa ja elämyksiä tuottaviin harrastuksiin ja vapaa-aikaan.

Asumispalvelut ja välimuotoinen asuminen osion tavoitteena on, että opiskelija tiedostaa asumisen merkityksen osana asiakkaan päivittäistä selviytymistä ja elämänlaatua. Opiskelijan on tunnettava eri asumismuodot: oma asunto, välimuotoinen asuminen (palveluasuminen, ryhmäasuminen, pienkodit, tukiasuminen, asuntola-asuminen) ja laitosasuminen sekä osattava ohjata asiakasta näihin liittyvissä tuki-, palvelu- ja hoitomahdollisuuksissa. Asiakkaan sosiaalista toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja elämänhallintaa on osattava tukea osana kokonaiskuntoutumista kunkin asumismuodon yhteydessä.

Vuorovaikutus ja kommunikaatio on keskeinen sisältö kokonaisuudessa, jossa opiskelijan on opittava käyttämään tietoa ihmisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation kehityksestä sekä niiden vaikutuksesta ihmisen oppimiselle, yhteisöön kuulumiselle, vaikuttamiselle ja viihtymiselle. Opiskelijan on tunnettava erilaisia vammoja, sairauksia, toimintaesteitä ja erityisiä olosuhteita, jotka saattavat vaikuttaa kommunikaation ja kielen kehittymiseen. Hänen on osattava perusviittomat sekä osattava käyttää yleisimpiä muita puhetta korvaavia ja tukevia kommunikointi keinoja ja -menetelmiä sekä niihin liittyviä välineitä kuten kommunikointilaitteita ja tietokoneohjelmia. Opiskelijan on myös osattava ohjata asiakasta näiden käytössä asiantuntijan avustuksella. Opiskelijan on tunnettava yleisimmät kuulemisen, näkemisen, ymmärtämisen ja liikkumisen tai niiden yhdistelmien aiheuttamien kommunikaatioesteiden vähentämisen tai poistamisen välineet ja osattava käyttää joitain niistä. Hänen on niin ikään osattava kommunikoida selkokielellä, tekstipuhelimella ja isokirjoituksella sekä osattava ohjata asiakasta kuulokojeiden käytössä.

Perusteknologian hallinta osio edellyttää opiskelijan osaavan käyttää kodin perustekniikkaan kuuluvia laitteita ja niiden käyttöä helpottavia lisälaitteita ja asiakaslähtöisesti ohjata asiakasta ja hänen läheisiään niiden käytössä. Tieto- ja viestintäteknologiaa hyödyntämällä on osattava edistää asiakkaan perusturvallisuutta ja tasavertaista osallistumista. Opiskelijan on osattava käyttää atk-laitteistoja, tekstinkäsittelyä, internetiä ja sähköpostia ja osattava neuvoa ja ohjata asiakkaita tietokoneeseen liitettävien apuvälineohjelmien ja harjoitusohjelmien käytössä. Hänen on tunnettava ympäristönhallintalaitteet (hälytys, turva ja merkinanto) ja osattava

ohjata asiakkaita niiden käytössä. Myös ajanmukaiset televiestinnän mahdollisuudet on tunnettava ja joitain niistä osattava käyttää ja ohjata niiden käyttöä asiakkaille. Opiskelijan on kyettävä hankkimaan uutta tietoa teknologiasta ja tekemään yhteistyötä laitteiden ja apuvälineiden hankinnassa ja käytössä.

Ammatillinen kuntoutus ja verkostotyö, työllisyyteen tähtäävä toiminta ja työssä ohjaaminen kokonaisuuden tavoitteena on, että opiskelija osaa selvittää ammatillisen kuntoutuksen koko prosessin: asiakkaan tutkimus, kuntoutus, valmennus, koulutus ja työ. Asiakasta on osattava ohjata tässä prosessissa sen eri vaiheissa. Opiskelijan on tiedostettava työn merkitys asiakkaan toimeentuloon, elämänlaatuun ja kuntoutumisen perustaan ja tunnettava työllistymisen vaihtoehdot ja hyödynnettävä tietoa yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa asiakkaan ohjauksessa. Asiakkaan voimavaroja ja realistisia mahdollisuuksia on osattava tukea ja edistää hänen itsenäisyyttään ja sosiaalista toimintakykyään. Opiskelijan on osattava selvittää asiakkaan työturvallisuuteen ja työsuojeluun liittyviä kysymyksiä ja osattava tukea asiakkaan liittymistä työyhteisön jäseneksi.

3.4 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen

Fyysisen toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen jaetaan seuraaviin keskeisiin sisältöihin: fyysisen toimintakyvyn arviointi, asiakkaan avustaminen ja ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisessa, rentouttavat tuki- ja liikuntaelimistön hoidot, lääkehoito, asiakkaan liikkumista ja itsenäistä selviytymistä tukevat apuvälineet, asiakkaan liikkumisen ohjaaminen ja tukeminen lähiympäristössä sekä tavoitteellinen ja terveyttä edistävä liikunta sekä avustaminen erityisliikunnassa.

Fyysisen toimintakyvyn arviointi keskeisenä sisältönä edellyttää, että opiskelija osaa käyttää anatomian ja fysiologian tietopohjaa fyysisestä toimintakyvystä asiakkaan hoidossa sekä liikkumisen ja liikunnan ohjauksessa. Hänen on osattava arvioida asiakkaan aerobista kestävyyttä, sydämen, verenkierron, hengityksen sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintaa ja kuormittumista siten, että pystyy ohjaamaan asiakasta liikkumisen ja liikunnan säätelyssä. Opiskelijan on osattava mitata kuormituksen aiheuttamia muutoksia elintoiminnoissa (syke, verenpaine, hengitystiheys, PEF, verensokerin vaihtelu). Hänen on osattava laskea energian saantia ja kulutusta ja ohjata asiakasta terveellisen ruuan valmistukseen. Raportointi ja

tiedottaminen muille ryhmän jäsenille asiakkaan toimintakykyyn liittyvistä tekijöistä, fyysisten toimintojen muutoksista ja niiden vaikutuksista toimintakykyyn kuuluu myös tavoitteisiin. Opiskelijan on osattava käyttää haastattelua, havainnointia ja yksinkertaisia toimintakyvyn mittareita asiakkaan fyysisen toimintakyvyn määrittämiseen. Hänen on osattava lukea ja soveltaa ohjeiden mukaan muiden terveydenhuollon, kuntoutusalan ja liikunnan asiantuntijoiden tekemiä fyysisen toimintakyvyn mittauksia.

Asiakkaan avustaminen ja ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisessa edellyttää, että opiskelija osaa ohjata asiakkaalle kuormitusta helpottavia asentoja, aktivoivia ja rentouttavia harjoituksia vuodelepoaiheessa sekä liikkumisen ja liikunnan yhteydessä. Asiakasta on osattava ohjata ja tukea päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisissa ja hänelle on osattava ohjata makuuasento, kääntyminen, istumaan nousu, istuminen, seisomaan nousu, pystyasento sekä kävely. Opiskelijan on työssään osattava käyttää hyväkseen biomekaniikan periaatteita ja hänen on osattava ergonomiset ja turvalliset avustusotteet sekä elimistöä säästävät työliikkeet.

Rentouttavat tuki- ja liikuntaelimistön hoidot osion tavoitteiden mukaan opiskelijan on osattava käyttää anatomian ja fysiologian tietopohjaa hieronnassa ja tunnistettava pinnalliset lihakset sekä niiden lähtö- ja kiinnityskohdat. Hänen on palpoimalla tunnistettava lihasten rentoutta ja jännittyneisyyttä. Myös kipuun vaikuttavat tekijät, kipumuodot ja kipua lievittävät mekanismit on tunnettava sekä osattava selvittää hieronnan aiheet ja vasta-aiheet. Opiskelijan on osattava klassisen hieronnan otteet ja hänen on osattava suunnitella hieronta asiakaslähtöisesti ja tuottaa kuntoutujalle hyvää oloa, rentouttaa lihaksia ja lievittää kipua. Hänen on osattava käyttää turvallisesti pintalämpö-, kylmä ja vesihoitoja sekä TNS -hoitoa ja osattava ohjata kotona käytettävä TNS -hoito. Opiskelijan on osattava arvioida annettujen hoitojen vaikutusta ja osattava konsultoida tarvittaessa muita terveydenhuoltoalan tai kuntoutusalan asiantuntijoita.

Lääkehoito osuus asettaa tavoitteeksi, että opiskelija hallitsee ja osaa soveltaa lääkehoitoa ja hoitotarvikkeita koskevia säädöksiä työssään sekä hallitsee eri lääkkeenantotavat ja osaa käsitellä ja annostella lääkkeitä oikein ja turvallisesti. Yleisimpien lääkkeiden vaikutukset ja yhteisvaikutukset yleisempine haitta- ja sivuvaikutuksineen on hallittava sekä osattava raportoida niistä muille työryhmän jäsenille. Opiskelijan on osattava neuvoa asiakasta ja hänen läheisiään lääkehoidon toteutuksessa.

Asiakkaan liikkuminen ja itsenäistä selviytymistä tukevat apuvälineet osion mukaan opiskelijan on osattava arvioida asiakkaan liikkumisapuvälineiden tarve ja ohjata niiden hankinnassa ja turvallisessa käytössä. Myös kuntoutujan itsehoitotaidot sekä päivittäisten henkilökohtaisten apuvälineiden tarpeen arviointi, hankinta ja käytön ohjaus kuuluu hallittaviin taitoihin (korotukset, tukikaiteet, tarttumis-, ruokailu-, pukeutumis- ja hygienia-apuvälineet, raajaproteesit sekä yleisimmät liikkumisen apuvälineet). Opiskelijan on osattava käyttää tukenaan alan asiantuntijoita apuvälinearvioinneissa sekä apuvälineiden hankinta- ja huoltoverkostoja.

Asiakkaan liikkumisen ohjaaminen ja tukeminen lähiympäristössä edellyttää opiskelijan osaavan selvittää asiakkaan lähiympäristössä selviytymistä estävät ja liikkumista rajoittavat tekijät. Hänen tulee osata arvioida ympäristön esteettömyyttä myös liikunta-, näkö-, kuulo- tai oppimisrajoitteisen asiakkaan kannalta. Opiskelijan on itsenäisesti ja asiantuntijoiden kanssa etsittävä ratkaisuja esteellisyyden poistamiseksi tai vähentämiseksi. Myös kuntoutujan asiakaslähtöinen avustaminen, ohjaus ja neuvonta ympäristössä selviytymiseksi kuuluvat osattaviin taitoihin.

Tavoitteellinen ja terveyttä edistävä liikunta sekä avustaminen erityisliikunnassa asettaa opiskelijalle tavoitteeksi tukea ja kannustaa asiakasta aktiiviseen elämään, harrastus- ja vapaa-ajan toimintaan sekä työhön. Hänen tulee osata nimetä asiakkaan terveystason osa-alueet ja niihin vaikuttavat tekijät sekä perustella liikunnan merkitys ihmisen terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn. Opiskelijan on osattava tehdä kävelytesti, lihaskuntotesti sekä nivelliikkuvuustesti turvallisesti. Hänen on osattava ohjata eri-ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville terveyttä edistävää liikuntaa ja osattava valita riittävä mutta turvallinen asiakkaan kuntoa, taitoa, terveyttä ja motivaatiota vastaava liikunnan taso. Opiskelijan on tunnettava liikunnan merkitys mielenterveyteen, lihavuuteen, aikuistyyppin diabetekseen, osteoporoosiin, nivelrikkoon, hengityssairauksiin sekä sydän- ja verisuonitauteihin ja osattava ohjata kullekin asiakkaalle parhaiten sopivaa liikuntaa. Opiskelijan on osattava suunnitella ja ohjata sekä ryhmissä tapahtuvaa terveyttä edistävää että yksilöliikuntaa, kotivoimistelua ja allasvoimistelua. Hänellä on oltava hyvä uima- ja hengenvpelastustaito. Opiskelijan on osattava hyödyntää työssään erityisliikuntaa järjestäviä tahoja sekä terveyden-, sosiaalihuollon ja liikuntatoimen yhteismahdollisuuksia erityisliikunnan toteuttamiseksi. Hänen on myös osattava ohjata asiakas hänelle soveltuvaan liikuntaan sekä toimia henkilökohtaisena avustajana erityisliikunnassa.

4 OPETUSMENETELMÄT JA OPPIMISKÄSITYKSET

4.1 Taustaa pedagogisille ratkaisuille

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto on tutkinto, joka tähtää käytännön ammattitaidon saavuttamiseen. Jo tutkinnon perusteet lähtee (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto... 2001) perusajatukselta, että tutkinnon osat pohjautuvat käytännön työelämässä esiintyviin alakohtaisiin osaamisvaatimuksiin ja toimintakokonaisuuksiin koulutuksen työelämävastaavuuden parantamiseksi. Tämä asettaa vaatimuksia niin pedagogisille taustaideoille kuin opetusjärjestelyillekin. Luokkahuoneessa tapahtuvan perinteiseen luentopohjaisen oppimisprosessin tuloksia on vaikea siirtää aivan erilaisessa ympäristössä tapahtuvaan käytännön työn tekemiseen.

Mietittäessä alalle sopivia pedagogisia lähestymistapoja täytyy myös pohtia lähihoitajan työnkuvaa. Kyse ei ole vain eri hoitomenetelmien hallinnasta tai laajasta tietopohjasta ihmiselimestön rakenteesta ja toiminnasta. Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneiden lähihoitajien työssäoppimispaikkojen luettelo kuvaa myös kenttää, jolle heidän ajatellaan sijoittuvan tutkinnon suoritettuaan osaamistaan toteuttamaan. Luettelo (kuntoutujan kotiympäristö, päiväsairaalat, kotihoidon ja välimuotoisen asumisen työpaikat, toiminta- ja työkeskukset, työpajat, palvelukeskukset, kylpylät, terveyskeskuksen vuodeosastot tai kuntoutumisyksiköt, kuntoutumiseen liittyvät kolmannen sektorin työpaikat, henkilökohtaisen avustajan tai ryhmäavustajan työpaikat) kertoo toisaalta siitä ammattitaidon leveydestä, joka pitää hallita, toisaalta erittäin venyvän sosiaalisen sopeutumiskyvyn tarpeesta sekä asiakkaiden suhteen että asiakkaista eri tavoin huolehtivien moniammatillisten työyhteisöjen suhteen (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto... 2001).

Tähän kuuluu esimerkiksi luonteva ja asiakasta kunnioittava sijoittuminen asiakkaan kotiympäristöön ja liittyminen usein tämän lähipiiriin samaan yhteisöön lähiomaisten ja ystävien kanssa. Samalla lähihoitaja edustaa viranomaistahoa, jonka tulee sopeutua moniammatillisiin työryhmiin edustamaan toisaalta asiakasta, toisaalta usein myös työnantajaansa esim. kunnan sosiaalitointa. Kotihoidossa toimiminen merkitsee joutumista yksinään ongelmatilanteisiin, joissa tarvitaan nopeaa ongelmanratkaisukykyä ja vastuunottamista. Usein kysymyksessä on asiakkaan terveyden lisäksi myös hänen henkensä (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto... 2001).

Työpaikan ollessa terveyskeskus tai sairaala lähihoitajan pitää pystyä sijoittumaan usein ongelmalliseenkin henkilöstöhierarkiaan ja osaltaan hoitamaan ja edistämään työyhteisön ilmapiiriä. Näissä työpaikoissa ammattitaitoa haastaa myös osallistuminen vaativiinkin hoitotoimenpiteisiin sekä niihin liittyvä kyky kehittää itseään ja oppia uutta. Aiempi selvitys tutkinnon tavoitteista ja ammattitaitovaatimuksista täydentää tätä konkretisoitua osaa huomioon otettavista seikoista.

4.2 Pedagogisia linjauksia

4.2.1 Konstruktivistinen tiedon rakentaminen

Vuoden 2001 opetussuunnitelman perusteet kuvaavat tavoitellun oppimisprosessin vahvasti konstruktivistiselta pohjalta nousevaksi. Opiskelija kuvataan aktiiviseksi oman tieto- ja taitorakenteensa rakentajaksi ja jäsentäjäksi. Hänen tiedonhankinta-, käsittely- ja jäsentämistaitojensa merkitystä ja kehittämistä painotetaan, samoin tiedon rakentumista liittäen uutta tietoa aiempaan tietoon. Myös itseohjautuvuus ja oppiminen yhdessä tekemällä sekä kunkin opiskelijan yksilöllisten oppimistyylien huomioiminen nostetaan esiin tärkeinä oppimisen elementteinä. Työn käytännöllinen luonne huomioidaan painottamalla aidossa työympäristössä tapahtuvan opiskelun tärkeyttä.

4.2.2 Käytäntölähtöisyys

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon perusteiden 2001 perusidea on, että opiskeltavat taidot lähtevät työelämän ammattitaitovaatimuksista ja että ammattitaito kiinnittyy työelämän todellisiin toimintakokonaisuuksiin. Tämä antaa suunnan myös käytettävälle pedagogisille linjauksille. Oleellista on käyttää menetelmiä, joissa painottuu opittujen tietojen ja taitojen sovellettavuus suoraan käytännön vaatimiin tilanteisiin. Tällöin painottuu opitun siirrettävyys ja muunneltavuus eli lähihoitajan kyky soveltaa oppimaansa erilaisiin käytännön tilanteisiin. Toisaalta lähihoitajakoulutus sisältää huomattavan määrän työssäoppimista, jolloin on myös mietittävä keinoja hyödyntää käytännön harjoittelu oppimisen kannalta mahdollisimman hyvin.

Kirjassaan ”The theory & practice of teaching” Peter Jarvis (Jarvis 2006) nostaa esiin kaksi metodia – *practice-based learning* ja *problem-based learning* - joista molemmat ovat hyödyntämisen arvoisia. Molempien perusajatuksena on, että oppiminen sidotaan käytäntöön tai jopa luodaan käytännöstä.

Käytäntölähtöisen oppimisen ideana on tehostaa työssäoppimisjaksojen aikana tapahtuvaa oppimista. Oppimisen pitäisi olla muutakin, kuin että opitaan työtä tekemällä. Tärkeäksi välineeksi Jarvis (Jarvis 2006) nostaa oppimispäiväkirjan kirjoittamisen. Siinä opiskelijat kirjoittavat auki oppimistaan, jolloin käytännön oppimistapahtumasta ja kehittymisestä tulee näkyvä ja reflektoitava prosessi. Opiskelija oppii paitsi tietyn käytännön työn suorittamisen niin myös refleктоimaan toimintaansa sekä toiminnan aikana että sen jälkeen. Päiväkirjan tulee sisältää työn suorittamiseen liittyvän toiminnan lisäksi tietoa myös tilanteeseen liittyvästä muusta opiskelusta, opiskelutottumuksista ja asenteista. Samoin opiskelijoiden tulisi kirjoittaa omasta henkilökohtaisesta edistymisestään niin tieto- kuin taitoalueella, lisääntyneestä kyvystään keskustella asiantuntevasti alasta ja mahdollisesti muuttuneista käsityksistään prosessin aikana. Tämä johtaa itseohjautuvuuden lisääntymiseen ja oman voimaantumisen tiedostamiseen ja siten vahvistaa opiskelijan motivaatiota. Metodiin kuuluu myös työskentely ja keskustelu vertaisryhmissä.

Oleellista tässä prosessissa on myös tiedon muodostus. Refleктоivan kirjoittamisen seurauksena syntyvä uusi tieto – käsitys opittavasta prosessista – ei enää olekaan teoritunnilta käytäntöön siirtyvää transfer-tyyppistä tietoa, vaan syntyy uusi käytännön tieto. Se nousee käytännön prosessista, on ikään kuin tekijän itsensä luomaa ja myös sen sovellettavuus eri tilanteisiin paranee sekä tämän käytännönlähtöisyyden että opiskelija ongelmanratkaisukyvyyn kehittymisen myötä (Jarvis 2006). Tämä prosessi on merkityksellinen myös siksi, että se tekee näkyväksi ns. oppipoikaoppimisen oleellisen ongelmakohdan. Mallin mukaan oppiminen opettaa nimittäin toistamaan myös mallin tekemät virheet ja vahvistaa muutosvastarintaa, jonka murtamisessa sosiaali- ja terveysalalla on muutenkin vaikeuksia. Kirjoittamisen yhteydessä nämäkin näkökohdat saadaan näkyviksi ja pohdittaviksi ja siten myös mukaan tarvittavaan muutosprosessiin.

Peltomäki ja Silvennoinen (Peltomäki ja Silvennoinen 2003) pohtivat tutkimuksensa yhteydessä työssäoppimisen pedagogisia malleja. He tuovat esille, että työssäoppimisen joiltain osin toisistaan eroavia teorioita on lukuisia ja että näidenkin koulukuntien sisällä on

vielä usein toisistaan eroavia koulukuntia sen mukaan, mitä asioita pidetään työssäoppimisen kannalta keskeisinä. Oleellisia yhdistäviä tekijöitä näillä pedagogisilla malleilla on se, että huomio siirretään luokkahuoneesta työpaikkaan, opettajasta oppijaan ja opettamisesta oppimiseen, Knowing-that vaihtuu knowin-how ajatteluun. Reflektion ja kokemuksellisen oppimisen käsitteet kaikessa monenkirjaisuudessaan ovat olennainen osa näitä metodeja ja ideologioita. Moninaisuudesta nousee esille tärkeänä oppijan kyky reflektoida ja ohjata toimintaansa ja oppimistansa, oppia oppimaan. Tämä asettaa kouluttajat ja opettajat uuteen rooliin, substanssitietojen ja -taitojen lisäksi heidän pitää pystyä toimimaan oppimisen asiantuntijoina ja ohjaajina eri ympäristöissä. Pitkälti opettajan vastuulle jää myös rajapintatyöskentelystä vastaaminen ja rajanylitystoiminta erilaisten koulutukseen osallistuvien tai liittyvien toimijoiden välillä sekä vastaaminen siitä että oppimista todella tapahtuu ja niin laajalla osaamisalueella, että se takaa vaaditun ammattitaidon kehittymisen (Peltomäki ja Silvennoinen 2003, 29-32).

Edellä mainitut tutkijat huomioivat myös työssäoppimisen ja sitä edeltäneen työharjoittelun periaatteellisia eroja. He korostavat, ettei työssäoppimisessa ole niinkään kyse harjoittelusta kuin tavoitteellisesta oppimisesta. Työelämä suhtautuu edelleen laajasti työssäoppijaan kuin työharjoittelijaan pitäen tätä lähinnä edullisena työvoimana. Työssäoppimisen kehittämisen edellytyksenä onkin oppilaitosten ja työelämän vuoropuhelun parantaminen. Osa tästä voisi olla opettajien työhönperehtymistä työpaikoilla ja vastavuoroisesti työpaikkaohjaajien koulutuksen tehostamista. Molemmiin puolin esteenä on asianomaisten tahojen vaihteleva haluttomuus, jopa vain 40 % työpaikkaohjaajista ja noin puolet opettajista ilmoitti osallistuneensa erityiseen ohjaajakoulutukseen (Lasonen 2001, 105, Peltomäki ja Silvennoisen 2003, 65). Myös työelämälle maksettava kuluja vastaava taloudellinen korvaus voisi helpottaa pedagogisemman otteen syntymistä työssäoppimisen ohjaamiseen (Peltomäki ja Silvennoinen 2003, 35). Yksi vastaus tähän ongelmaan on myös jäljempänä käsiteltävä ekspansiivinen oppiminen mukanaan tuomine hyötynäkökohtineen.

Ongelmalähtöisessä oppimisessa uuden oppiminen sidotaan alaan tai tilanteeseen liittyvän ongelman ratkaisuun. Oppiminen alkaa ongelman esittelyä, joka tapahtuu samoin kuin tapahtuisi todellisessa käytännön tilanteessa. Ongelman ratkaiseminen haastaa opiskelijan tai opiskelijaryhmän tiedonetsinnän ja itsenäisen/yhdessä tapahtuvan opiskelun kautta löytämään tarvittava tieto ja opettelemaan riittävät taidot sekä liittämään ne kyseisen ongelman ratkaisuun. Näin hankitut tiedot ja taidot integroituvat käsiteltävään ongelmaan ja samalla

opiskelijoiden ongelmanratkaisukyky, epävarmuuden sieto ja luottamus selviämiseen kehittyvät (Jarvis 2006).

Jarvis (Jarvis 2006) muistuttaa, että molemmat metodit muuttavat huomattavasti opettajaan kohdistuvia vaatimuksia. Opettaja ei voi olla vain luennoitsija, vaan hänen roolinsa muuttuu valmentajaksi, tukijaksi ja ohjaajaksi. Käytäntölähtöiseen metodiin liittyvissä oppimispäiväkirjoissa opiskelijat tarvitsevat ohjausta oikeanlaiseen kirjoittamiseen ja epävarmuuden sietämiseen, joka varsinkin alussa voi olla ongelmallista. Samoin sopivien vertaisryhmien luominen ja niiden työskentelyn ohjaaminen on haastavaa.

Ongelmalähtöisessä oppimisessa opettajan roolissa on samantyyppinen muutos. Opettaja ei niinkään enää tarjoile tietoa, vaan toimii opiskelijaryhmän tuutorina esitellen oppimisen pohjana olevat ongelmat, tukien opiskelijoiden omaa tiedonetsintää ja kannustaen jaksamaan prosessin eteenpäin viemisessä. Samoin opettajan opetuksen ohjausryhmän vastuulla on, että lopulta muodostuu ammattitaidon saavuttamiseksi riittävän laaja tieto- ja taitopohja. Tämä edellyttää huolellista pohdintaa ja valmistelevaa työtä ”ongelmien” valinnassa (Jarvis 2006).

Käytäntölähtöinen metodi on järkevä ratkaisu kaikkiin työssäoppimisen jaksoihin. Sen rinnalla ongelmalähtöinen oppiminen voisi toimia innostavana metodina lähes koko opintosuunnitelmaa ohjaavana ajatuksena. Esimerkkinä voi olla tiettyä sairautta sairastavan henkilön ympärille rakennettu ”ongelmaketju”, jonka ongelmiin ratkaisuja etsittäessä avautuu kyseisen sairauden hoitoon, toimintakykymuutoksiin ja kuntouttavaan työotteeseen ja muuhun kuntouttavaan toimintaan liittyvät ratkaisut pääosin opiskelijoiden oman toiminnan seurauksena. Tällöin opiskelu on haastavaa ja mielenkiintoista ja luodaan käytännöstä lähtevää tietoa joka on opiskelijoille ymmärrettävää ja myös hyvän siirtovaikutuksen omaavaa.

4.2.4 Ekspansiivinen oppiminen

Knud Illeris'n toimittamassa kokoomateoksessa Yrjö Engeström selvittää (Engeström 2009) ekspansiivista oppimista. Lähihoitajakoulutuksessa kuntoutuksen koulutusohjelman yhteydessä se voisi merkitä esimerkiksi projektia, jossa opiskelijan/opiskelijaryhmän tehtäväksi yhdessä työpaikan edustajan ja opettajan kanssa asetettaisiin uuden

kuntoutuskäytännön luominen johonkin organisaatioon. Tällä tavoin voitaisiin luoda vaikka uudenlainen ikäihmisten kuntouttava päivätoimintayksikkö kuntaan, jossa sellaista ei vielä ole. Perusajatuksena on, että luodaan tietoa, osaamista ja toimintaa jota ei vielä ole. Opiskelijat eivät siis mene oppimaan työpaikan edustajilta jotain uutta taitoa, vaan kehittämään heidän kanssaan jotain uutta, josta millään osapuolella ei ole kokonaisvaltaista tietoa. Jokainen tuo projektiin omaa osaamistaan ja lopputuloksena kaikki oppivat. Teoriassa on kysymys monimutkaisesta, monia rajanylityksiä edellyttävästä toiminnasta, jossa onnistuttaessa syntyy usein aivan uusi toiminta-alue. Tämä on kaikkia hyödyntävä tapa toteuttaa työssäoppimista eikä sulje pois edellä esitettyä käytäntölähtöistä oppimista. Ongelmana ovat usein lyhyet työssäoppimisjaksot ja ryhmässä olevien henkilöiden vaihtuminen, jolloin toiminnan kehittäminen saattaa taantua ja pysähtyä. Onnistuessaan myös tämä on haasteellinen mutta innostava ja kehittävä tapa oppia niin opettajalle, opiskelijoille kuin työelämällekkin.

4.2.5 Oppiminen osallistumisen prosessina

Lähihoitajan työstä sen eri sektoreilla heijastuu voimakkaasti osallistuminen erilaisten yhteisöjen toimintaan. Paitsi ammatilliset yhteisöt niin myös eri sairausryhmiä edustavat yhteisöt ja järjestöt sekä elämänpiirit, joissa heidän asiakkaansa elävät muodostavat yhteisöjä, joiden ”sisään” lähihoitajan pitää päästä pystyäkseen täysitehoisesti osallistumaan ja vaikuttamaan asiakkaidensa elämään tutkinnon perusteiden peräänkuuluttamalla tavalla. Heidän on päästävä ainakin osittain ”sisään” asiakkaidensa elämään ja yhteisöön. Tämä tarkoittaa, että oman substanssiosaamisensa lisäksi heidän pitää oppia erilaisten käytännön yhteisöjen toimintatapoja ja pelisääntöjä. Nämä pelisäännöt ovat usein hyvin yhteisö / tapauskohtaisia, joten oppiminen voi tapahtua oikeastaan vain osallistumalla näiden käytännön yhteisöjen toimintaan, olivatpa ne sitten ammattiin liittyviä työyhteisöjä tai asiakkaiden muodostamia muita sosiaalisia toimintaympäristöjä.

Kari Hakkarainen käsittelee tätä oppimista osallistumisen prosessina artikkelissaan Aikuiskasvatus -lehdessä (Hakkarainen 2001). Hänen artikkelinsa pohjautuu Etienne Wengerin teokseen ”Communities of practice: learning, meaning and identity”. Hakkarainen viittaa oppimisen liittyvän tiiviisti mutta epävirallisesti sosiaaliseen osallistumiseen, jolloin oppiminen muuttuukin ikään kuin välineeksi, jolla päästään yhteisön jäsenyyteen. Myös

pragmatismiin liittyy samantyyppinen perusajatus: oppiminen ei ole toiminnan päätavoite, vaan se syntyy kun tavoittelemme jotain, minkä haluamme saavuttaa. Ainoastaan kouluelämässä oppimisesta on tehty päätavoite, jolloin koulussa opittu perustuu aivan eri pohjalle kuin muu oppimisemme (Peltomäki ja Silvennoinen 2003, 34,35).

Wengeriin viitaten Hakkarainen (Hakkarainen 2001) painottaa osallistumisen ja osallisuuden pyrkimisen tärkeyttä. Tunnusmerkkejä tähän ovat esimerkiksi sitoutuminen yhteisöön ja sen tavoitteisiin, välineisiin ja käytäntöihin. Oppimista synnyttävät myös yhdessä tekeminen, pääsy ja osallisuus yhteisön yhteisiin tarinoihin ja yhteisten käsitteiden ymmärtäminen. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna oppimisprosessi antaa Hakkaraisen mukaan oppijalle omistajuuden omaan oppimiseensa samalla kun se antaa osallisuuden yhteisöön. Oppiessaan oppija samalla integroituu toimintaympäristönsä osaksi ja tähän häntä auttaa tuen saaminen yhteisön muilta jäseniltä. Voisi puhua turvallisesta ja tuetusta oppimisesta, jossa oppijan itsemääräämisoikeus kuitenkin säilyy.

Tältä pohjalta ajateltuna työssäoppimisen yhtenä perusajatuksena tulisi olla oppijan halu kuulua työelämäympäristöönsä sekä asiakkaidensa yhteisöihin. Ongelmana on usein kuitenkin se, että harjoittelujaksot ovat liian lyhyitä tällaisiin prosesseihin. Samoin näkymätön seinä, joka usein erottaa työssäoppijan työpaikan vakituisesta henkilöstöstä luo esteitä tämäntyyppisen oppimisen täydelle hyödyntämiselle. Työssäoppijaa ei välttämättä halutakaan työyhteisön jäseneksi jakamaan käytännön yhteisön haasteita, välineitä ja tarinoita, vaan hänet voidaan myös haluta pitää ulkopuolisena, jolle vain opetetaan työhön liittyvää ammattitaitoa. Tämä antaa haasteita niin oppijalle, opettajalle kuin työssäoppimisen ohjaajallekin (Hakkarainen 2001).

5 TOIMINTAKYKY JA SEN TUKEMINEN

Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneen lähihoitajan tulee opetussuunnitelman perusteiden (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto... 2001) mukaan osata toimia kuntoutuksen palvelujärjestelmässä sekä tukea ja edistää kuntoutujan sosiaalista, psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä. Toimintakyvyn tukeminen ja kuntoutus liittyvät läheisesti toisiinsa. Kuntoutus määritellään vuoden 2002 Kuntoutusselonteossa (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko... 2002) prosessiksi, jonka tavoitteena on kuntoutuminen. Se voidaan saman lähteen mukaan määritellä myös ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on kuntoutusselonteon mukaan suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Selonteon mukaan kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta, mutta kaikissa tilanteissa raja ei ole selvä.

Toimintakyky on laaja ja monikerroksinen käsite, jolle kirjallisuudesta ei löydy yhtä yleisesti hyväksyttyä ja kattavaa määritelmää. Sosiaali- ja terveysministeriö (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi... 2006) on tiedotteessaan kuvannut ns. laajaa toimintakyvyn tulkintaa toteamalla sen liittyvän laajasti ihmisen hyvinvointiin ollen yhteydessä hänen terveystensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa, sekä tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisissä perustoiminnoissa ja arjen askareissa. Sitä voidaan määrittää joko voimavaroalähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. Toimintakyvyllä voidaan siis tarkoittaa ihmisen selviytymistä itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisistä toiminnoistaan omassa elämän ympäristössään. Lähihoitajien toimintaympäristö sijoittuu ihmisen elämänkaaren alueille, joissa itsenäinen selviytyminen jokapäiväisessä arjessa on heikentynyt tai heikkenemässä. Tässä esitelty toisaalta terveyden ja sairauden aiheuttamat vahvuudet ja heikkoudet, toisaalta ihmisten oman tavoitteenasettelun ja vaatimustason huomioiva laaja määrittely sopii tämän työn toimintakyky -käsitteen määrittelyksi.

Niin sosiaali- ja terveysministeriö kuin esim. Rissanen (1999) laajaan kirjallisuuteen viitaten ((Becker & Cohen 1984, Pohjolainen 1987, Suutama *et al.* 1988, Lohr *et al.* 1988, Kaplan *et al.* 1988, Heikkinen, E 1990, Heidrich 1994, Mulrow *et al.* 1994, Karjalainen & Kivelä 1995, Isoaho 1995, Lough & Schank 1996, Preston & Bucher 1996, Stump *et al.* 1997, Rahkonen & Takala 1997, Kim *et al.* 1998) antavat toimintakyvylle *fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen*

ulottuvuuden. Hokkanen ym. (2006) nostavat uutena ulottuvuutena kirjallisuuskatsauksensa (20 artikkelia) perusteella henkisen/ hengellisen voimavaran tärkeäksi toimintakyvyn ulottuvuudeksi.

Rissanen (1999) mukaan *fyysisellä toimintakyvyllä* voidaan tarkoittaa suppeimmillaan yksittäisen elimen tai elinjärjestelmän suorituskykyä tai toisaalta laajemmin ymmärrettynä kykyä fyysisen suorituskyvyn puolesta suoriutua päivittäisistä toiminnoista (ADL-toiminnot) ja kykyä suoriutua asioiden hoitamisesta (IADL-toiminnot)(Rissanen 1999 viitaten Heikkinen 1984, Katz & Stroud 1989, Nojonen1990, Karjalainen & Kivelä 1995, 1997, Isoaho 1995, Lilja & Borell 1997). Sosiaali- ja terveysministeriön (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi ... 2006) määrittelemänä fyysinen toimintakyky käsittää ihmisen kyvyn suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä ja liikkumisesta(ADL) sekä asioiden hoitamisesta, kuten kotiaskareista ja asioinnista kodin ulkopuolella(IADL). Lisäksi terveydentila ja erilaisten toiminnan vajavuuksien esiintyminen voidaan määritellä kuuluviksi fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen. Tässä työssä esiintyvä fyysinen toimintakyky ymmärretään laajemman määrittelyn mukaisesti.

Psyykinen toimintakyky on fyysistä toimintakykyä monitahoisempi käsite. Tarkastelunäkökulmasta riippuen se voidaan nähdä hyvinkin eri tavoin rakentuneena. Rissanen (1999) jaottelee psyykkistä toimintakykyä hierarkkisena rakenteena, jossa psykofyysisen tason yläpuolelle sijoittuvat kognitiiviset prosessit, sosioemotionaaliset tekijät ja psyykinen hyvinvointi. Nämä mahdollistavat seuraavan tason erilaiset selviytymiskeinot ja luovuuden. Kognitiivisesta näkökulmasta tarkasteltuna tutkitaan oppimista, muistia, älykkyyttä, luovuutta ja persoonallisuutta, joihin liittyy myös mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy myös vahvasti minuuus ja sen kehittyminen sekä sen varaan rakentuva vahva itseluottamus, joka on pohja terveelle vuorovaikutukselle ja elämän hallinnalle.

Pohja psyykkiselle toimintakyvyllä rakentuu koko elämän varrella ja sille ovat tärkeitä jo varhaislapsuudessa koettu hyväksyntä, turvallisuuden tunne ja onnistumisen elämykset. Muodostunut persoonallisuus ei yleensä muutu ajan ja iän vaikutuksesta niin kuin fyysisen toimintakyvyn osa-alueet, vaan ihminen voi ikääntyneenäkin tuntea itsensä sisäisesti samanlaiseksi kuin nuorempana. Toisaalta aiemmat merkitykselliset kokemukset ja myös

ratkaisemattomat ristiriidat voivat ikääntyessä nousta uudelleen esille ja aiheuttaa rajoitteita psyykkiselle hyvinvoinnille ja toimintakyvylle. Tavoitteiden saavuttaminen elämän aikana ja toisaalta tarkoituksellisuuden ja merkityksellisyyden löytyminen elämään sekä tunnustuksen saaminen vielä vanhanakin vahvistaa ikääntyneen toimintakykyä. Psyykkisen toimintakyvyn kannalta merkittävää on myös ainakin jonkinasteinen usko ja luottamus tulevaisuuteen sekä itsensä edelleen hyödylliseksi tunteminen (Rissanen 1999).

Sosiaali- ja terveysministeriö (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi ... 2006) määrittelee *sosiaalista toimintakykyä* seuraavasti: ”Sosiaalinen toimintakyky käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, mutta myös vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys määrittävät sosiaalista toimintakykyä.

Lisäksi harrastukset, yksin tai toisten kanssa, kotona tai kodin ulkopuolella tapahtuvat, kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn alueelle.” Tämän tutkimuksen näkökulmasta tämä määrittely on hyvin osuva kuvaten hyvin lähihoitajan työnkuvaan kuuluvaa sosiaalisen toimintakyvyn käsitettä.

Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittanut lähihoitaja on kuntoutusalan ammattilainen, johon kulminoituu laajojen väestönsien heikentyneen toimintakyvyn monipuolinen edistäminen ja tukeminen. He ovat monesti avainasemassa pitkien hoitosuhteiden ja viikoittaisten - usein päivittäistenkin - kohtaamisten mahdollistaessa tiiviin ja pitkäjänteisen yhteistyön kuntoutujien kanssa. Siksi juuri tämän ammattikunnan on tärkeää toteuttaa toimintakyvyn tukemista kuntouttavaa työtä käyttäen nämä kaikki toimintakyvyn ulottuvuudet huomioon ottaen ja siten varmistaa asiakaskunnan toimintakyvyn jatkuminen mahdollisimman pitkään

6 KUNTOUTTAVA TYÖOTE

Opetussuunnitelman perusteet (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto... 2001) määrittelee, että kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneen lähihoitajan tulee osata kuntouttavan työotteen mukaan auttaa, tukea ja ohjata asiakasta kuntoutuksen eri toimialueille kuntoutuksen palvelujärjestelmässä. Kuntouttavan työotteen käyttämisen tärkeyttä painotetaan myös sekä yhteisten ammatillisten opintojen kuntoutuksen tukemisen opintokokonaisuuden sekä lähes kaikkien muidenkin koulutusohjelmien tavoitteissa. Kuitenkaan perusteista ei löydy selkeää käsitteen määrittelyä kuntouttavalle työotteelle.

6.1 Kuntouttavan hoitotyön malli ja sen toteuttaminen laitosolosuhteissa

Kirjallisuudestakaan ei ole löydettävissä tutkimuksia, joissa lähtökohtana olisi ollut lähihoitajan rooli kuntouttavassa hoitotyössä, mutta Routasalo ja Lauri (2001) ovat laajaan kirjallisuuteen perustuvassa artikkelissaan kehittäneet erityisesti iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin. Heidän mukaansa hoitohenkilökunnan roolia kuntoutuksessa ei yleensä ole mielletty varsinaisesti kuntoutusprosessia eteenpäin vievänä, vaan enemmän kuntoutuksen mahdollistajana ja jonkinasteisena tukijana.

Katsauksessaan he (Routasalo & Lauri 2001) kuvaavat kuntoutuksen ja kuntouttavan hoitotyön paradigman muutosta kuntouttajakeskeisestä kuntoutujakeskeiseen, jolloin aiemmin prosessin objektina olleesta asiakkaasta on tullut omaan elämäänsä vaikuttava subjekti. Kuntoutus on ollut käytännössä myös fyysistä toimintaa ja -suorituskykyä painottavaa ja sairauksista ja toiminnan vajavuuksista lähtevää. Myös Järvikoski ja Lauri kuvaavat muutosta vajavuuskeskeisestä ajattelutavasta kohti kuntoutujan voimaantumista ja vahvaa vaikuttamista omaan kuntoutumiseensa pyrkivän prosessiin (Järvikoski & Lauri 2008).

Routasalo ja Lauri (2001) toteavat, että iäkkään henkilön kuntoutuksesta on kirjoitettu paljon ja eri näkökulmista. Kuitenkaan näissä tutkimuksissa iäkkäiden henkilön kuntoutuksen sisältöä ja eri ammattiryhmien osuutta siihen ei ole kuvattu. Myöskään hoitajien kuntoutukseen liittyvää hoitotyötä ei ole osattu kuvata.

Kirjallisuuskatsauksen pohjautuvassa (Routasalo ja Lauri 2001) kuntoutumista edistävässä

hoitotyön mallin lähtökohdat ovat hoitajien toiminta kuntoutustiimissä sekä toiminnan selkeä tavoitteellisuus. Yksi peruselementti on kuntoutujan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, jonka kautta hoitaja tukee hoitotyön keinoin kuntoutujaa saavuttamaan kuntoutumistavoitteen. Toiminnan fokuksena on kuntoutujan ja hänen omaisensa sekä hoitajan terveystieteiden aiemman sairaus- tai vajaatoimisuusarvion sijaan. Toiminta pohjautuu henkilön subjektiivisesti kokemaan terveysongelmaan, hoitotyön terveyslähtöisyyteen, tavoitteellisuuteen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Prosessin onnistumisen edellytyksenä on kuntoutujan sitoutuminen ja motivoituminen tavoitteen saavuttamiseen, hoitajan sitoutuminen kuntoutuksen tukemiseen edistämiseen hoidollisessa päätöksenteossa sekä kuntoutumista edistävä työote. Kuntoutujan toimintaa kuvataan terveysongelman pahenemisen ennalta ehkäisyllä, poistamisella, lievittämisellä tai sen kanssa elämisellä. Hoitajan toiminta on kuntoutumista edistävää hoitotyötä, jolle on ominaista moniammatillinen yhteistyö. Sillä ylläpidetään tai palautetaan toimintakykyä, maksimoidaan elämään tyytyväisyyttä, kohotetaan psyykkistä hyvinvointia ja ylläpidetään iäkkään ihmisen sosiaalista statusta.

Tutkijat toteavat (Routasalo & Lauri 2001), että käytännössä tämä edellyttää hoitajan perehtymistä kuntoutujan henkilöhistoriaan eli tiivistä vuorovaikutuksellista suhdetta kuntoutujaan ja hänen omaisiinsa kuntoutujan vahvuuksien löytämiseksi. Ne ovat työkaluja kuntouttavan hoitotyön toteutuksessa ja mahdollistavat onnistumisen ja sitä kautta voimaantumisen kokemukset. Nämä ovat merkityksellisiä ihmisen itseluottamuksen kannalta kuten myös se, miten ikääntynyt kuntoutuja kokee ympäristön arvostavan itseään. Erityisesti äkillisissä terveydentilan muutosten aiheuttamissa avuttomuuden tiloissa on tärkeää, että hoitaja tuo tilanteeseen asiantuntemuksensa ja pystyy tukemaan asiakastaan monissa ongelmallisissa tilanteissa. Tämän kokema arvostus ja onnistumiset ovat oleellisia tekijöitä masennuksen ehkäisyssä ja elämän merkityksellisyyden sekä motivaation säilymisessä. Terveydentilan ja toimintakyvyn muutos aiheuttaa epävarmuutta ja minä -kuvan muutoksia. Hoitajan tehtävä on tällöin tukea henkilöä muuttuneen tilanteensa hyväksymisessä sekä sisäisen hallinnan ja siten elämänhallinnan saavuttamisessa. Nämä taas ovat oleellisia kuntoutujan sitoutumisessa hoitoon ja kuntoutukseen.

Routasalon ja Laurin (2001) kuntouttavan hoitotyön malli painottaa myös hoitajan vastuuta kuntoutumista edistävän ympäristön luomisessa. Kuntoutujalla pitää olla tilaa liikkua kykynsä mukaan turvallisesti ja ympäristön tulisi olla esteettinen sekä tarjota mahdollisuuksia

toimia arkipäivän askareissa mahdollisimman itsenäisesti. Tilan tulisi olla valoisa, tarjota yksityisyyttä ja mahdollistaa pääsy ikkunan ääreen. Ympäristön tulisi mahdollistaa myös sosiaalisten suhteiden luominen ja hoitaminen niin omaisten kuin muiden kuntoutujien kanssa.

Kirjoittajat tiivistävät (Routasalo & Lauri 2001), että ”Kuntouttava työote näkyy tavassa, millä hoitaja toteuttaa iäkkään kuntoutujan perushoitoa, ehkäisee komplikaatioiden syntymistä, antaa tietoa, ohjaa ja motivoi henkilöä toimimaan itse sekä tukee fyysisten toimintojen harjoittamisessa. Työote edellyttää hoitajan omien asenteiden tunnistamista, hyvää ammatillista tietopohjaa ja taitoa toimia iäkkään kuntoutujan kanssa... Kuntouttava työote on paljon enemmän kuin asenne, ettei ’ketään jätetä sänkyyn’”.

Routasalo (2002) selvitti haastattelututkimuksessaan (N=200, vastausprosentti 76), miten sairaanhoitajat edistävät iäkkään potilaan kuntoutumista. Sairanhoitajat kokivat toimivansa kuntoutustiimissä lähinnä potilaan ja hänen omaistensa edustajana ja välittivät tietoa kuntoutuksesta sekä potilaille että omaisille. Hoitajien osallistuminen tiimin päätöksentekoon oli melko passiivista. Sen sijaan monissa Suomen ulkopuolella toteutetuissa tutkimuksissa hoitajien rooli oli huomattavasti aktiivisempi (esim. Costello 1994, Burton 2000). Routasalo päätteli, että tämä johtuu suomalaisten hoitajien osaamisensa aliarvostamisesta sekä arkuudesta ilmaista näkemyksiään. Esimerkiksi Tanskassa hoitajien ja fysioterapeuttien yhteistyö koettiin tiiviimmäksi kuin Suomessa (Routasalo ym. 2004). Myös Long ym. (2002) ovat kuvanneet hoitajien asemaa ja toimintaa kuntoutustiimin jäsenenä. He päätyivät tulokseen, että hoitajilla olisi enemmänkin annettavaa moniammatillisen tiimin käytettäväksi perustuen heidän ammattitaitoonsa sekä lähes ympärivuorokautiseen tiiviiseen yhdessäoloon potilaiden kanssa monissa erilaisissa toiminnallisissa tilanteissa. Sekä Routasalon (2002) että Longin ym. (2002) tutkimusten mukaan hoitajat eivät aina olleet tietoisia potilaan kuntoutuksellisista tavoitteista eivätkä menetelmistä, joita esim. fysioterapeutit käyttivät tavoitteiden saavuttamiseksi. Longin ym. tutkimuksessa nousi esiin tiimityöskentelyyn liittyen, etteivät hoitajat aina riittävän tarkasti ohjeistaneet avustavaa hoitohenkilökuntaa kuntoutuksen tavoitteista eivätkä valvoneet, että tavoitteiden saavuttamiseksi käytettäviä hoidollisia periaatteista noudatettiin

Routasalon (2002) tutkimuksessa hoitajat pitivät tärkeänä kuntoutukseen ja sen tavoitteisiin liittyvää kirjaamista, mutta todellisuudessa kirjaamisessa oli huomattavia puutteita ja viiveitä,

jotka heikensivät hoitajien mahdollisuutta toimia ajankohtaisen tilanteen mukaisesti ja tavoitteellisesti. Samassa tutkimuksessa todettiin edelleen, että perushoitoa toteutettaessa potilaille ei automaattisesti tehty ihon tarkkailuohjelmaa, laadittu rakon harjoitteluohjelmaa eikä omaisille opetettu painehaavaumien ehkäisyä. Liikkumista pyrittiin tekemään turvallisemmaksi poistamalla tarpeettomia esineitä ympäristöstä.

Kuntouttavaan hoitotyöhön oleellisesti liittyvästä motivaatiosta ja sen tukemisesta hoitajilla oli tässä tutkimuksessa (Routasalo 2002) selkeät näkemykset. Ristiriitaisuutta syntyi kuitenkin siinä, että sairaanhoitajat toimivat usein päinvastoin kuin tiesivät kuntoutujan motivoitumisen edellyttävän. Tämä tuli esille esim. perushoitoon liittyvien toimenpiteiden yhteydessä siten että potilaiden oma aktiivisuus ei saanut toteutua, vaan hoitaja toimi potilaan puolesta. Tutkija arvioi tämän kertovan teorian tiedon huonosta siirtymisestä käytäntöön tai kiireisen, vanhoja rutiineja ylläpitävän organisaation vaikutuksesta.

Loppupäätelmässään Routasalo (2002) nostaa esiin sairaanhoitajien mahdollisuudet aiempaa näkyvämmän ja aktiivisemmän toimijan roolin omaksumiseen potilaan kuntoutumisprosessissa. Toisaalta muutos nostaisi tarkasteltavaksi ja näkyväksi myös aiemman näkemyksen mukaisen toiminnan ne osa-alueet, jotka aiheuttavat julkista kritiikkiä. Myös aiempi työn- ja vastuunjako jouduttaisiin arvioimaan uudelleen. Toisaalta tähän prosessiin uskaltautuminen mahdollistaisi kaikkien kuntoutusprosessiin osallistuvien tahojen roolien selkiinnyttämisen. Yhdessä asetetut päätökset ja tavoitteet mahdollistaisivat kaikkien tiimiin kuuluvien samansuuntaisen toiminnan, joka oletettavasti lisäisi myös kuntouttavan toiminnan tuottavuutta. Yksi tämän tutkimuksen epävarmuustekijä on se, vastasivatko hoitajat niin kuin toimivat osastolla vai sen mukaan kuin tietävät hoitajan kuuluvan toimia.

6.2 Kotona asuvien ikääntyneiden voimavarojen tukeminen

Edellä olevan kirjallisuuden toimintaympäristönä on ollut pääasiassa laitososuhteet. Hokkanen ym. (2006) ovat kirjallisuuskatsauksessaan tutkineet kotonaan asuvien iäkkäiden voimavaroja, miten heidän voimavarojaan on tuettu sekä millaisia menetelmiä voimavarojen tukemiseen on käytetty. He totesivat kotonaan asuvien vanhuksien voimavaroista tuotetun vähän tutkittua tietoa joka sekin on sisällöllisesti hajanaista. Missään katsauksen

tutkimuksessa käsite ”voimavara” ei esiintynyt pääkäsitteenä ja tämän katsauksen voimavarakategoriat muodostettiin sisällönanalyyysissä tutkimusaineistojen sisällöistä.

Suurin voimavarakategoria muodostui psyykkisestä, henkisestä ja fyysisestä hyvinvoinnista, jonka merkittävimmät alakategoriat olivat elämänhallinta, myönteinen asenne elämään, elämäntavat sekä arvokkuuden kokemus. Toinen pääkategoria oli sosiaaliset suhteet, joissa tärkeimpinä ystävät, sosiaalinen aktiivisuus sekä perhesuhteet. Kolmanneksi yleisimmin tulivat esiin palvelut ja yhteistyösuhde voimavarana liittyen yhteistyön luonteeseen ja saatuihin palveluihin. Lähes yhtä usein mainittiin mielekäs tekeminen ja selkeästi harvemmin ympäristön ja talouden merkitys voimavarana. Voimavarakategorioiden painottumiseen saattoi vaikuttaa se, miten niistä kutakin oli painotettu alkuperäisissä tutkimusaineistoissa.

Voimavarojen tukemiseen liittyviä menetelmiä tutkijat (Hokkanen ym. 2006) löysivät aineistostaan kymmenen:

- *Voimavarakeskeinen neuvonta* kuvaa hoitajan taitoja toimia potilaiden voimavaroja tukevana kumppanina. Se sisältää kutsun osallistumaan, tuntemuskysymykset, arkirupattelun, tunnustelevan puheen ja kuuntelevan palautteen. Työskentelytapa helpottaa potilaan osallistumista, auttaa tuomaan hänen oman asiantuntemuksensa esiin, edistää hänen itsearviotaan ja -tuntemustaan sekä tukee hänen autonomiaansa
- Kumppanuusperiaatteella tapahtuvan *yhteisön tukemisen* havaittiin edistävän luottamuksellisten suhteiden syntymistä ja aktiivisuutta omien asioiden hoidossa.
- *Sosiaalisten ja hengellisten voimavarojen huomioon ottava työskentelytapa* tukee terveyttä edistävää käyttäytymistä.
- *Apuvälineet ja asunnonmuutostyöt* edistävät kotona asumista ja elämän hallinnan tunnetta.
- *Koherenssin tunteen ja sairauden merkityksen huomioon ottavalla työskentelytavalla* vähennetään fyysisten rajoitteiden vaikutusta elämänlaatuun.
- *Ympäri vuorokautinen kotihoito* lisää tukea ja luottamusta huolenpitoon ja vähentää laitoshoidon tarvetta.
- *Kotikuntoutustiimin* toiminta koettiin tukea antavaksi, ymmärtäväksi ja yhteistyötä tukevaksi.
- Muita voimavaroja tukevia menetelmiä olivat *epävirallisen ja virallisen hoidon ja huolenpidon yhdistäminen, kuljetustuki ja taloudellinen tuki*.

Tutkijat (Hokkanen ym. 2006) huomauttavat, että valtaosassa alkuperäisiä tutkimuksia aineisto koostuu ikäihmisten haastatteluista, jolloin esim. kotihoidon ja omaisten näkökulman huomioiminen ovat tulevien tutkimusten haasteita. Puutteina he kokivat myös sekä vähäisen tiedon voimavaroja tukevien menetelmien vaikuttavuudesta että alueen tieteellisen näytön puuttumisen. Kehittämisehdotuksenaan tutkijat esittävät uudenlaista voimavaroja tukevaa näkökulmaa kotihoitoon. Se edellyttää kumppanuuteen perustuvaa, dialogia hyödyntävää yhteistyötä, uusien voimavaroja tukevien työmenetelmien oppimista, tehokasta tiimi ja verkostotoimintaa sekä kolmannen sektorin huomioimista yhteistyökumppanina.

Kuuselan ym. (2010) tutkimuksessa kerättiin haastattelemalla kotihoidon henkilöstön mielipiteitä moniammatillisesta osaamisesta ja sen toteutumisesta kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa (N=yhden kunnan kotihoidon 25 ammattihenkilöä).

Tulosten mukaan moniammatillinen osaaminen muodostui *yhteistyöosaamisesta* ja *tietotaidosta fyysisen toimintakyvyn tukemisessa*.

Yhteistyöosaamisen yläkategoriat olivat *vuorovaikutus* ja *asiakslähtöisyys*. Alakategorioina vuorovaikutuksen alalla toimivat:

- *yhteiseen tavoitteeseen pyrkiminen* sisältäen asiakkaan yhteiset tavoitteet ja yhtenäisen toimintakulttuurin,
- *sitoutuminen yhteistyöhön* sisältäen yhteiset toimintaperiaatteet, vastuun ottamisen, tasa-arvoisen työnjaon ja turvallisen ilmapiirin sekä
- *tiedon jakaminen* sisältäen sähköiset potilastietojärjestelmät ja viestivihkon, puhelini- ja sähköpostikontaktit sekä yhteiset palaverit.

Asiakslähtöisyyden alueella alakategoriat olivat:

- *asiakkaan kuuleminen* sisältäen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen,
- *asiakkaan ja omaisten osallistumisen* sisältäen läsnäolon hoito- ja palvelusuunnitelmia tehtäessä sekä
- *yksilöllisyyden huomioimisen* sisältäen yksilöllisen toiminnan.

Tieto-taito fyysisen toimintakyvyn tukemisessa -alueen yläkategorioiksi muodostuivat *tietotaito ydintiimissä* ja *tieto-taito verkostossa*. Alakategorioina tieto-taito ydintiimissä - osassa olivat

- *osaamisen lähtökohdat ydintiimissä* sisältäen koulutuksen kokemuksen ja hiljaisen tiedon,
- *fyysisen toimintakyvyn tukemisen hallinta* sisältäen kokonaisvaltaisen arvioinnin, voimavaralähtöisen ja kuntoutumista edistävän toiminnan sekä säännöllisen seurannan sekä
- *osaamisen jakamisen* sisältäen palaverit ja konsultaatiot.

Tieto-taito verkostossa -alueen alakategorioina olivat

- *osaamisen jakaminen* edellisen kanssa yhteisenä elementtinä
- *verkoston hyödyntäminen* sisältäen apuvälineasiantuntijuuden, ohjaamisen, ennaltaehkäisyä ja toimintakyvyn edistämisen (Kuusela ym. 2010).

Pohdinnassaan tutkijat (Kuusela ym. 2010) totesivat kotihoidolle asetetuksi yleisen tason tavoitteena ikäihmisen kotona asumisen ja omatoimisuuden tukemisen. Tavoitteiden asettaminen tapahtui henkilökunnan toimintana, eikä asiakkaan näkemysten kuuleminen omasta toimintakyvystään ja tavoitteistaan eivätkä niiden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan toteutuneet. Tämän ja aiempien samoihin johtopäätöksiin päätyneiden tutkimusten perusteella tutkijat kysyvätkin, hyödynnetäänkö asiakkaan omaa näkemystä jäljellä olevista voimavaroistaan riittävästi? Hoito- ja palvelusuunnitelmien kuvaukset tuovat esiin, ettei kotihoidossa ole yhtenäistä näkemystä asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseksi asetettavista tavoitteista eikä erilaisia näkemyksiä osata yhdistää yhteisiksi tavoitteiksi. Fyysisen toimintakyvyn tukemisen tieto-taito perustui ammatilliseen peruskoulutukseen ja pitkän työkokemuksen tuomaan hiljaiseen tietoon. Asiakkaan tilan ja sen muutosten arvioinnissa käytettiin RAVAA (toimintakykymittari, jota voidaan käyttää ikääntyvän asiakkaan toimintakyvyn ja päivittäisen avun tarpeen arvioinnin välineenä) ainoana mittarina, mikä tutkijoiden mielestä johtaa puutteelliseen fyysisen toimintakyvyn ja sen osa-alueiden arviointiin ja heikentää mahdollisuuksia riittävän nopeaan reagointiin tilan muutosten yhteydessä. Toimintamalli kaipaisi integroitumista niin, että erikoiskoulutettu henkilökunta (esim. fysioterapeutit, toimintaterapeutit) suunnittelisivat räätälöityjä harjoitusohjelmia, joiden toteutus tapahtuisi muun kotihoidon henkilöstön (esim. lähihoitajat, kodinhoitajat) ohjaamana ja tukemana. Tukena voisi olla työnantajan tukema eri ammattiryhmille suunnattu ja räätälöity koulutus ammattitaidon kehittämiseksi.

Kuntoutumista edistävän toiminnan periaatteet ovat tämän tutkimuksen (Kuusela ym. 2010) mukaan kotihoidon perusteena. Henkilökunta omaa monipuolisesti keinoja fyysisen toimintakyvyn tukemiseen, mutta ajanpuute ja asenteet heikentävät niiden käyttöä. Tämä näkyy esim. hoito- ja palvelusuunnitelmien puutoksissa ja päivittämättömyytenä haitaten tavoitteellista toimintaa. Myös kuntoutusalan ammattilaisten konsultointimahdollisuuksien parantaminen sekä harjoittelun mahdollistavat välineet monipuolistaisivat kotihoidon henkilökunnan mahdollisuuksia tukea asiakkaidensa fyysistä toimintakykyä.

Tutkijat (Kuusela ym. 2010) havaitsivat sosiaalsektorin arjen tuntemiseen liittyvää ja terveydenhoidon sektorin hoidollista asiantuntemusta hyödynnettävän puolin ja toisin, mutta esim. fysioterapeuttien toiminta tapahtuu suurimmaksi osaksi omissa yksiköissään erillään muusta hoidosta ja huolenpidosta. Kuntoutuksen siirtyminen osaksi asiakkaiden päivittäisiä toimintoja edellyttäisi kotihoidon ja fysioterapiayksiköiden tehokkaampaa yhteistyötä ja tiedon jakamista. Terapeuttien ja lääkärien rooli oli toimia erillisinä alojensa asiantuntijoina kotihoitotiimin ulkopuolella.

Tutkijoiden (Kuusela ym. 2010) lopputiivistelmässä todetaankin, että entistä iäkkäämpien ja huonokuntoisimpien asiakkaiden hoitaminen kotioloissa edellyttää eri ammattialojen välisen yhteistyön huomattavaa tiivistämistä. Samoin asiakkaiden, omaisten ja moniammatillisten hoitotiimien yhteistyön parantaminen ja yhteinen sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin sekä aika- ja henkilöresurssien saattaminen tarpeita vastaaviksi ovat edellytyksiä tehokkaalle ja tavoitteelliselle kuntouttavalle hoito-otteelle. Yhtenäisen kirjaamiskäytännön puutteet ja eri ammattialojen osaamisen tiedostamattomuus vaikeuttavat osaltaan tehokasta toteutusta.

Kuten sekä toimintakyvyn tukemisen että kuntouttavan työotteen kuvailussa on tullut ilmi, lähihoitajan ammattipätevyys ei lepää ainoastaan hoitoon ja huolenpitoon liittyvien taitojen varassa. Hyvin oleellinen osa osaamista on sekä hoitoon että kuntoutumiseen liittyvän palvelujärjestelmän tunteminen ja hyödyntäminen monialaisen yhteistyöverkoston mahdollisuuksia hyödyntäen sekä oman osaamisensa saattaminen verkoston käyttöön.

7 TUTKIMUKSEN TEEMOIHIN LIITTYVIEN PALVELUJÄRJESTELMIEN KUVAILUA

7.1 Toiminta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä

Kuntoutusjärjestelmän pääelementit ovat kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö, kuntoutuspalveluja tuottavat organisaatiot sekä näissä organisaatioissa toimivat ammattilaiset. Järjestelmän perusta on pääosin vuodelta 1991 peräisin olevaan kuntoutuslainsäädäntö. Lainsäädäntöä on myöhemmin osin uudistettu, mutta kuntoutustehtävät ja eri organisaatioiden väliset vastuunjaot ovat säilyneet pääpiirteissään samoina. Merkittävimmät muutokset ovat olleet vuoden 2004 uudistus, jossa työntekijälle tuli oikeus ammatilliseen kuntoutukseen ja 2003 kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyötä koskevan lain uudistus, jolla kuntoutusta järjestäville organisaatioille tuli velvoite yhteistyössä ohjata asiakkaansa tälle kuuluvan ja sopivan kuntoutuksen piiriin (Paatero ym. 2008).

Paatero ym. (2008) kuvaavat kuntoutusta monialaiseksi, moniammatilliseksi ja pitkäjänteiseksi kuntoutujan tarpeesta lähteväksi prosessiksi. Kuntoutusprosessille ominaisiksi piirteiksi he kuvaavat ensinnäkin *kuntoutukseen valikoitumisen*, joka yleensä perustuu lääketieteelliseen arvioon kuntoutuksen tarpeesta ja edellyttää yleensä lääkärinlausuntoa.. *Kuntoutussuunnitelma* on usein kuntoutuksen aloittamisen lähtökohtana perustuen yksilölliseen ja tavoitteelliseen suunnitelmaan, joka voi olla esim. lääkinnällisen kuntoutuksen suunnitelma, palvelusuunnitelma, opiskelu- tai kuntoutussuunnitelma, työnhakusuunnitelma, aktivointisuunnitelma. Varsinainen *kuntoutus* on prosessi, joka eri vaiheiden kautta etenee kohti tavoiteltua muutosta ja jota voidaan kuvata myös kuntoutujan kasvu- ja oppimisprosessina. *Kuntoutuksen aikaisella toimeentuloturvalla* korvataan kuntoutujan kuntoutuksen ajan ansiomenetyksiä ja mahdollistetaan näin kuntoutukseen osallistuminen.

Rissanen (2008) kuvaa kuntoutussuunnitelmaa sekä kuntoutuksen toimintakentäksi että välineeksi. Hänen mukaansa kuntoutussuunnitelman laatiminen on lainvoimainen velvollisuus, josta säädetään kuntoutuksen eri osa-alueita koskevissa laeissa. Yhteisenä piirteenä säädöksille on laatijoiden monialaisuus sekä kuntoutujan ja hänen omaistensa ja läheistensä mukaan ottaminen kuntoutuksen suunnitteluun. Vain osassa laista on vaatimus kirjallisen kuntoutussuunnitelman laatimisesta ja osassa suunnitelma määrätään tekemään tarvittaessa. Tämä on johtanut siihen, että suunnitelma jää usein tekemättä. Artikkelin mukaan

kuntoutussuunnitelmassa tulee selvittää sen laatija, asiakastiedot, kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustavoitteet, toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi, kuntoutujan sosiaaliturva ja -palvelut, kuntoutumisen seuranta ja yhteydenpito prosessin aikana. Tiivistetysti kuntoutussuunnitelma sisältää sekä kuntoutujan että kuntoutusjärjestelmän tavoitteet ja keinot kuntoutuksen yleisistä linjoista, ajatukset ja ennusteet kuntoutumisen etenemisestä sekä osapuolten oikeudet ja velvollisuudet kuntoutuksen toteutuksessa.

Kuntoutusta järjestävät lukuisat organisaatiot. *Kunnallisen terveydenhuollon* kuntoutustehtävät määritellään kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa sekä mielenterveyslaissa ja sen järjestämän kuntoutuksen kohteena on koko väestö. Lääkinnällinen kuntoutus on osa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa ja kuuluu vuonna 2005 voimaan tulleen hoitoon pääsyä turvaavan lain piiriin, joka asettaa hoitoon pääsyn enimmäisajat. Merkittävä kunnallisen sektorin kuntoutustoiminto on apuvälinepalvelut, joiden suhteen vastuu jakaantuu terveyskeskusten, sosiaalitoimen ja koulutoimen sekä sairaaloiden kesken. Myös Kansaneläkelaitos vastaa osaltaan kalliista ja vaativista apuvälineistä, jotka ovat tarpeen työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien parantamiseksi ja säilyttämiseksi. Muita tämän sektorin kuntoutustoiminnan sisältöjä ovat työ- ja toimintakyvyn arviointi, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, kuntoutusohjaus sekä terapia- ja kuntoutusjaksot (Paatero ym. 2008).

Sosiaalihuollon kuntoutustehtävänä on edistää ja ylläpitää henkilön, perheen ja yhteisön sosiaalista turvallisuutta sekä toimintakykyä ja kohderyhmänä on koko väestö. Sosiaalihuollon erityistehtävistä säädetään lastensuojelulaissa, päihdehuoltolaissa, laissa kehitysvammaisten erityishuollosta sekä laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista ja nämä lait ohjaavat myös sosiaalitoimen kuntoutustoimintaa. Keskeisinä kuntoutussisältöinä ovat asumista, liikkumista ja tiedonsaantia edistävät palvelut ja taloudellinen tuki, henkilökohtaisen avustajan järjestäminen, sosiaalinen- ja perhekuntoutus sekä työllistymistä tukeva toiminta (Paatero ym. 2008).

Kansaneläkelaitoksen kuntoutustehtävästä säädetään Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetussa laissa. Kelan kuntoutustoiminta sisältää ammatillisen kuntoutuksen henkilöille, joilla on työkyvyttömyyden uhka tai joiden työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet. Toinen kohderyhmä on alle 65-vuotiaat vaikeavammaiset, joille Kela tarjoaa

lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteitä, koulutusta ja työhönvalmennusta. Lisäksi Kela järjestää harkinnanvaraista ammatillista ja lääkinällistä kuntoutusta kolmevuotissuunnitelmansa mukaisesti eduskunnan vuosittain myöntämän määrärahan puitteissa (Paatero ym. 2008).

Työeläkelaitosten antama kuntoutus painottuu lähinnä työelämään vakiintuneeseen aikuisväestöön, jota on kohdannut tai jota uhkaa työkyvyn menettäminen. Tavoitteena on ammatillisen kuntoutuksen keinoin estää työkyvyttömyys tai parantaa jo heikentyntä työkykyä. Kuntoutustoimintaa ohjaavat työeläkelait. *Työhallinto* vastaa myös ammatillisesta kuntoutuksesta kuten laki julkisesta työvoimapalvelusta säättää. Kuntoutuksen kohteena ovat työkyvyttömät ja työkyvyttömyyden uhan alla olevat vajaakuntoiset henkilöt. Kuntoutuksen piiriin kuulu myös vajaakuntoisten henkilöiden ammatillisen kuntoutuksen suunnittelun kehittäminen ja työssä pysymisen varmistaminen (Paatero ym. 2008).

Kuntoutusetuudesta säädetään myös tapaturmavakuutus-, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutus-, sotilasvamman-, vahingonkorvaus-, liikennevakuutus- ja potilasvahinkovakuutuslaissa. Tämän *tapaturma- ja liikennevakuutuslaeissa* määritellyn kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuksellisin keinoin korvata tapaturman aiheuttamia menetyksiä. Keinoina ovat esim. kuntoutustutkimus, työ- ja koulutuskokeilut, työhön valmennus, ammatillinen kuntoutus, vaikeavammaisten tukeminen, apuvälineet, asunnon muutostyöt ja elinkeinotuki. *Valtionkonttorin* kuntoutettavien piiriin kuuluvat sotainvalidit ja sotaveteraanit sekä heidän puolisonsa (Paatero ym. 2008).

Kuntoutusta tuottavat organisaatiot muodostavat monimuotoisen kokonaisuuden. Monimuotoisuutta lisää vielä tapa, jolla kuntoutuspalvelut tuotetaan. Kuntoutuspalveluista vastuussa olevat tahot voivat tuottaa nämä palvelut itse tai ostaa ne muilta palvelujen tuottajilta. Julkisen sektorin palveluntuottajia ovat mm. terveys- ja sosiaalikeskukset, sairaalat, sosiaalihuollon laitokset, oppilaitokset ja työvoimatoimistot. Yksityisiä palveluntuottajia ovat mm. kuntoutuslaitokset, hoitolaitokset, kansanterveys- ja vammaisjärjestöt sekä itsenäiset ammatinharjoittajat. Karkeasti puolet palveluista tuotetaan julkisella ja puolet yksityisellä (Paatero ym. 2008).

7.2 Mielenterveys- ja päihdetyön palvelujärjestelmä

Mielenterveyden aluetta on pitkään määritelty ongelma- ja sairauslähtöisesti eli painottuen mielenterveyden häiriöihin ja niiden hoitamiseen. Esim. tätä sektoria koskeva laki oli mielisairaslaki kunnes vasta vuonna 1991 se muutettiin mielenterveyslaiksi. Käytännössä tämä paradigman muutos eli suuntautuminen mielenterveyttä ylläpitäviin ja edistäviin sekä kuntoutujien voimavaroja tukeviin ja niistä ammentaviin toimintamalleihin on vasta tapahtumassa (Lehtonen & Lönnqvist 2007, Riikoinen 2008). Mielenterveys on tärkeä osa terveyttä ja Maailman Terveysjärjestö (WHO) määrittelee terveyden täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Mielenterveyden WHO määrittelee hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin ja stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle (Lehtonen & Lönnqvist 2007).

Mielenterveyteen liittyvien toimintojen tarkastelun tekee ajankohtaiseksi mielenterveysongelmien painotuksen vahvistuminen työkyvyttömyyden syynä. Terveys 2000 -tutkimus osoitti, että esim. sydän- ja verisuonisairauksien ja ikääntyneiden toimintakyvyn suhteen suomalaisten terveydentila oli kohentunut mielenterveyden häiriöiden osuuden ollessa säilynyt ennallaan. Mielenterveyshäiriöiden osuus työkyvyttömyydestä aiheutuneissa kustannuksissa ja työkyvyttömyyseläkkeissä oli samanaikaisesti selvästi noussut. Vuoden 2005 tilastojen mukaan 43 % työkyvyttömyyseläkkeistä oli myönnetty mielenterveysongelmien perusteella (1996 34 %). Psykiatrisista syistä alkaneiden sairauspäiväraha-kausien määrä lisääntyi vuodesta 1990 vuoteen 2005 110 % (27 800 -> 58 535) muista syistä alkaneiden vähentyessä 29 % (422 690 -> 302 417). Mielialahäiriöt ovat suurin yksittäinen mielenterveyshäiriöiden ryhmä. Sen osuus on kasvanut ja oli vuonna 2003 64 % (Pylkkänen & Moilanen 2008).

Psykiatrisen kuntoutuksen palvelujärjestelmän ja rahoittajan muodostavat kunnat ja Kansaneläkelaitos. Lakisääteisesti (kansanterveys-, mielenterveys- ja erikoissairaanhoitolaki) psykiatrisen hoito ja kuntoutus kuuluvat kunnallisen terveydenhuollon vastuulle, mutta käytännössä Kela on pitkälti vastannut ahdistus- ja masennushäiriöisten psykoterapiasta tavoitteenaan opiskelu- ja työkyvyn palauttaminen tai parantaminen. Psykoosipotilaiden hoidosta/kuntoutuksesta vastaa julkinen terveydenhuolto (kunnat) ja persoonallisuushäiriöiden ja addiktio-ongelmaisten hoidosta/kuntoutuksesta sosiaalitoimi

(kunnat). Kelan ja kuntien työnjako on epäselvä ja niiden roolit mielenterveystyön rahoittajina kaipaavat selkiyttämistä (Pylkkänen & Moilanen 2008).

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009-2015 (Partanen ym. 2010) esitetään Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettaman työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Ne sisältävät neljään painopistealueeseen jakaantuen 18 ehdotusta työalan kehittämiseksi. Painopistealueet ovat *asiakkaan aseman vahvistuminen, mielenterveyden ja päihitteettömyyden edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen panostaminen, avo- ja peruspalveluina toimivien joustavien kokonaisuuksien painottaminen sekä mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinojen kehittäminen*. Toimenpide-ehdotuksina esitetään palveluihin pääsemisen kynnyksen madaltamista ja palveluiden ”yhden oven periaatetta”, mielenterveyden ongelmien saattamista tasa-arvoiseksi muiden sairauksien kanssa, vertaistoimijoiden käyttöä, hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan kehittämistä, alkoholiverotuksen korottamista, hyvinvointia tukevien yhteisöjen ja kansalaisten omaan elämäänsä vaikuttamisen mahdollisuuksien vahvistamista sekä sukupolvien yli siirtyvien ongelmien ehkäisemisen tehostamista. Kunnilta edellytetään mielenterveys- ja päihdestrategian tekemistä ja työalan vahvistamista, julkisen sektorin toiminnan koordinoimista kolmannen- ja yksityissektorin kanssa, perus- ja avohuoltopalvelujen lisäämistä ja lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyön siirtämistä arkiympäristöihin. Työterveydenhuollon henkilöstöä tulee täydennyskouluttaa ja Kelan korvauskäytäntöjä kehittää. Samoin painotetaan varhaista puuttumista ja ikääntyneille sopivien hoitomuotojen kehittämistä. Terveystyön mielenterveyteen liittyvät koulutuksen koulutussisällöt päivitetään ja määritellään, samoin päivitetään ja kerätään yhteiseen tietokantaan kaikki mielenterveys- ja päihdetyön suositukset. Erityisesti valtiohallintoa koskee vaatimus valtakunnallisesta alan koordinoinnista, lainsäädännön kehittämisestä ja tiivistämisestä yhdeksi kokonaisuudeksi sekä valtion rahoituksen lisäämisestä perustason palvelurakennelman kehittämiseksi. Suunnitelman toimeenpanon sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveystyön ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi.

Yleisimmät mielenterveyshäiriöt Suomessa ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, syömishäiriöt ja psykoosit. *Mielialahäiriöihin* kuuluvaa masennusta oli potentiaalisesti 18 % nuoresta aikuisväestöstä (18-35 vuotiaista) ja 6,5 % suomalaisista aikuisista oli sairastanut masennusjakson viimeisen vuoden aikana (Terveystyön 2000 –tutkimus). Yli 85-vuotiaista 5,6 % kärsi vakavasta masennuksesta. Työttömyys kolminkertaisti

sairastumisriskin. Huomattavasti harvinaisempi mielialahäiriö on kaksisuuntainen mielialahäiriö, jonka esiintyvyys on alle puoli prosenttia (Suvisaari 2010).

Tavallisimpia *ahdistuneisuushäiriöitä* mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan (Suvisaari 2010) olivat paniikkihäiriöt, sosiaalisten tilanteiden pelko ja yleistynyt tuskaisuus ja ne esiintyvät usein samanaikaisesti masennuksen kanssa. Näitä ongelmia oli esiintynyt 4 %:lla viimeksi kuluneen vuoden aikana. *Syömishäiriöt* painottuivat murrosikäisiin, ja tavallisimmat häiriöt olivat laihuushäiriö (anorexia nervosa) ja ahmiminen (bulimia nervosa). Esiintyminen painottui vahvasti naispuolisiin henkilöihin esiintyvyyden ollessa vähän yli kaksi prosenttia.

Sen sijaan Suvisaaren mukaan (2010) *päihdehäiriöt* olivat yleisimpiä miehillä alkoholiriippuvuuden ollessa yleisin häiriö ja sen esiintyvyys väestössä oli n. 4 %. Suomalaisten alkoholin kulutus oli vuonna 2009 10,2 litraa 100-prosenttista alkoholia henkeä kohti, mikä on 15 % enemmän kuin vuonna 2000. Noin 10 % aikuisväestöstä on raittiita ja raittius jakaantuu tasaisesti molempien sukupuolien kesken. Nuorten raittius on lisääntynyt ja humalajuominen vähentynyt viimeisen vuosikymmenen aikana kun taas eläkeläisten (65-84-vuotiaat) alkoholin käyttö on lisääntynyt vuodesta 1993 vuoteen 2007 68 %:sta 77 %:iin, naisilla 37 %:sta 54 %:iin (Karlsson & Virtanen 2010).

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan (Karlsson & Virtanen 2010) kannabista joskus kokeilleiden määrä suomalaisessa 15-69 -vuotiaassa väestössä oli 13% ja määrä on pysynyt samoissa lukemissa koko 2000 -luvun. Viimeisen vuoden aikana käyttäneitä oli n. 3 % (=100 000 kokeillutta henkilöä). 15-16 -vuotiaiden kannabiskokeilut olivat vähentyneet vuosituhannen vaihteesta parilla prosentilla 8 %:iin. Huumausaineiden ongelmakäyttäjää arvioidaan Suomessa olevan 0.5-0,7 % väestöstä (15 000-20 000 henkilöä) ja miesten osuus heistä oli lähes 80 %.

Vakavimpia mielenterveyshäiriöitä ovat *psykoosit* ja niiden esiintyvyys mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Suvisaari 2010) mukaan on väestössä 3,5 %. Psykooseista yleisin on skitsofrenia, jonka esiintyvyys on 1 %.

Psykiatriassa hoito ja kuntoutus ovat osittain päällekkäisiä. Hoidon tehoaminen eli oireiden lievittyminen ei kuitenkaan aina johda vastaavaan muutokseen työ- ja toimintakyvyssä, joiden

säilyttäminen tai palauttaminen on kuntoutuksen tavoitteita. Tämän vuoksi kuntoutukselliset toimenpiteet tulee pitää esillä erikseenkin. Mielen terveyden häiriöt aiheuttavat paljon työkyvyttömyyttä ja ovat usein nuorten ja nuorten aikuisten ongelmia. Tällöin työkyvyttömyydestä voi muodostua hyvin pitkäaikaista ja kallista. Siksi onnistuneella kuntoutuksella onkin suuri kansantaloudellinen merkitys työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen viivästymisen tai peruuntumisen seurauksena. Kuntoutus johtaa myös kuntoutujan elämän laadun parantumiseen (Pylkkänen & Moilanen 2008).

Kansallisen mielen terveys- ja päihdesuunnitelman 2009-2015 suunnitelmasta toimeenpanoon -raportissa (2010) kuntoutus -sanana esiintyminen on harvinaista. Sen sijaan samassa raportissa Nordlingin (2010) artikkelissa tulee vahvasti esille edistävä ja ehkäisevä mielen terveyystyö. Yksilötasolla se hänen mukaansa tarkoittaa esim. yksilön voimavarojen vahvistamista, arjessa ja kriisitilanteissa selviytymisen taitojen kehittämistä ja terveen psykososiaalisen kehityksen tukemista. Yhteisötasolla kohteena ovat sosiaalisten verkostojen syntymisen, säilymisen ja vahvistumisen prosessit. Yhteiskunnallisella tasolla mielen terveyden edistäminen näkyy ihmisoikeuksien, lainsäädännön, terveystieteiden- ja hyvinvointiohjelmien sekä hyvinvointistrategioiden kehittämisenä ja toteuttamisena. Edistäminen voi olla universaalista eli kohdistua koko väestöön, valikoitua eli kohdistua väestöryhmään, jolla on keskimääräistä suurempi riski sairastua tai kohdennettua eli kohdistua korkean riskin yksilöihin.

Ehkäisevän psykiatrian lähtökohtana on primaaripreventio, jolla pyritään mielen terveyden häiriöiden synnyn ehkäisemiseen ja siten sairauden ilmaantuvuuden alentamiseen. Keinot perustuvat niin biologiseen, psykologiseen kuin sosiaaliseenkin tietoon mielen terveydestä sekä sen häiriöistä ja sitä käytetään väestö- ja riskiryhmätasolla. Toinen prevention aste on sekundaaripreventio, johon kuuluu sairauksien varhainen toteaminen ja siten sairastavuuden vähentäminen. Tertiääriprevention tavoitteena on hoidon ja kuntoutuksen keinoilla auttaa potilaita toimintakyvyn palauttamisessa ja siten vähentää mielen terveyden häiriöiden aiheuttamaa toimintakyvyn häiriötä (Lehtonen & Lönnqvist 2007).

Pylkkänen ja Moilanen (2008) toteavat artikkelissaan psykoterapian vaikuttavuuden todetun meta-analyysissä hyväksi, keskimäärin 80 %:lla psykoterapiaa saaneista tila oli merkittävästi parempi kuin ilman psykoterapiaa olleilla vertailuryhmän jäsenillä ja psykoterapian tuloksellisuus säilyy vielä viiden vuoden jälkeenkin. Lähes kaikki tutkimukset koskevat kuitenkin lyhytterapioita ja satunnaistettuja, kontrolloituja tutkimuksia psykoterapiassa on

erittäin vaikea toteuttaa. Pitkien terapioiden tehosta on saatu näyttöä naturalistisissa tutkimusasetelmissa, joissa tutkimuskohteena on klinikassa normaalisti hoidettava potilasvirta. Vahvan näytönasteen mukaista käypähoidon astetta ei tällä tutkimusasetelmalla voida saavuttaa.

Nordlingin (2010) mukaan edistävän ja ehkäisevän mielenterveystyön vaikuttavista toimintamalleista on kertynyt paljon tietoa. Näyttöön perustuvia interventioita ovat esimerkiksi:

- mielenterveyden ensiapukurssit,
- työttömille suunnatut vertaistukiryhmät,
- ikäihmisten yksinäisyyttä ehkäisevät ryhmät ja vapaaehtoistyö,
- kiusaamisen vähentämiseen tähtäävät yhteisöohjelmat.
- Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen toimintamalli nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisemiseksi,
- Toimiva lapsi & perhe –työmenetelmät päihdeperheiden tukemiseksi,
- psykoedukatiivinen työote mielenterveyspotilaiden jaksamisen tukemiseksi, oireenhallintaryhmät skitsofreniapotilaille.

Warsellin (2010) artikkelista käy ilmi että ehkäisevällä päihde- ja mielenterveystyöllä on lukuisia yhteneväisyyksiä. Molemmat tavoittelevat terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä yleisellä tasolla pyrkien siten poistamaan syitä sekä mielenterveyden häiriöihin että alkoholin väärinkäyttöön. Mielenterveyshäiriöt ja päihteiden käyttö ovat myös toistensa riskitekijöitä. Erityinen yhteisalue ovat henkilöt, jotka oireilevat sekä mielenterveyden että päihteiden käytön suhteen. Heitä varten on kehitetty ehkäisevän mielenterveystyön toimintamenetelmiä - esim. Toimiva lapsi ja perhe -menetelmät sekä Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -malli - joita sovelletaan sekä päihde- että mielenterveystyöhön. Päihdepolitiikan omaa erityisaluutta ovat päihteiden tarjonnan vähentämiseen ja saatavuuden rajoittamiseen liittyvät toimenpiteet kun taas kysynnän vähentämiseen tähtäävät keinot ovat paljolti yhteisiä ehkäisevän mielenterveystyön kanssa sisältäen suojaavien tekijöiden ja voimavarojen vahvistamista, selviytymisen taitojen parantamista ja riskitekijöiden tunnistamista.

Stakesin toimittamassa muistiossa (Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit, 2006) ehkäisevä päihdetyö määritellään tarkoittamaan monialaista yhteistyömallia, jolla edistetään ja

vahvistetaan päihteettömyyttä, ehkäistään ja vähennetään päihdehaittoja sekä lisätään päihdeilmion ymmärrystä ja hallintaa, otetaan haltuun päihdehaittojen ehkäisy sekä tunnistetaan päihdeongelmat varhaisessa vaiheessa. Ehkäisevän päihdetyön keinoin pyritään vähentämään päihteiden kysyntää, saatavuutta sekä haittoja. Työllä vaikutetaan päihteitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeutuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja niiden riskitekijöihin sekä päihteiden käyttöön ja käyttötapoihin. Päihteitä, joiden käyttöön ja haittoihin ehkäisevällä päihdetyöllä vaikutetaan, ovat alkoholi, huumausaineet, tupakka sekä lääkkeet, liuottimet ja muut aineet kun niitä käytetään päihtymistarkoituksessa. Ehkäisevän työn menetelminä käytetään mm. alkoholin hinta- ja veropolitiikkaa, vastuullisen anniskelun koulutusta, erilaisia alkoholin käytön sanktioita (esim. rattijuopumuksesta), kasvatusta, valistusta, yleiseen kulttuuri- ja keskusteluilmapiiriin vaikuttamista, hyvinvointipolitiikan tehostamista sekä edellä olevista koostuvat monialaiseen yhteistyöhön perustuvat suostuttelun ja valistuksen keinot. Ehkäisevän työn hengessä toimivat myös lukuisat erilaiset projektit. Tehokkaaksi menetelmäksi on muodostunut mini-interventiot, joista annettiin oma Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio -hoitosuositus vuonna 2006 ja se on esim. terveyskeskuksissa laajalti käytössä.

Päihdehuoltolaki (§1, §3 41/1986) asettaa päihdehuollon tavoitteeksi ongelmakäytön ja siihen liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisemisen ja vähentämisen sekä ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistämisen. Kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. Yli puolet päihdehuollon erityispalveluista on säätiöiden, järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien tuottamia ostopalveluita. Merkittävimpiä palveluiden järjestäjiä ovat A-klinikat. A-klinikoilla asioi vuonna 2008 yli 47 000 asiakasta, nuorisoasemilla 5700, katkaisuhuotoyksiköissä 10 200 ja kuntoutusyksiköissä 6900 asiakasta (Partanen 2010).

Päihdeongelmaiset kuormittavat huomattavissa määrin myös muita kuin päihdehuollon yksiköitä. Tyypillisiä päihdeongelmaisen kohtaamispaikkoja ovat mm. terveyskeskukset, sosiaalitoimi, työterveydenhuolto ja kotipalvelu. Sairaaloissa hoidettiin vuonna 2008 noin 16 000 eri potilasta alkoholisairauksien ja 5300 potilasta huumesairauksien johdosta. Lastensuojelun avo-huollon piirissä oli vuonna 2008 63 000 lasta ja kodin ulkopuolelle oli

sijoitettu 16 600 lasta. On todettu, että varsinkin alle 12 vuotiaiden huostaanotossa vanhempien päihteiden käyttö on hyvin yleinen syy huostaanotolle (Päihdetilastollinen...,2008)

Varsinainen päihdekuntoutus painottaa varhaista toteamista ja varhaiskuntoutusta. Esteenä on usein päihdeongelmiin liittyvä yleinen salailu ja häpeä. Vakavan päihdeongelman kohtaaminen on potilaalle mutta myös vastuun hoidon aloittamisesta kantavalle lääkärille vaikeaa ja siksi se usein ”unohdetaan” ja huomio kiinnitetään toisarvoisiinkin somaattisiin ongelmiin. Tämä johtaa usein tilanteen pahenemiseen ja riippuvuuden lujittumiseen ja myös mielenterveydellisiin ongelmiin. Perusterveydenhuollon lisäksi työterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ja osaltaan myös poliisi ja oikeuslaitos ovat avainasemissa varhaisen toteamisen ja varhaiskuntoutuksen kannalta (Holopainen 2008).

Holopainen (2008) korostaa kuntoutuksen suunnittelu- ja alkuvaiheessa kuntoutujan motivoinnin merkitystä. Motivaation herätystä luodaan kuntoutumissuunnitelma, joka usein alkaa kierteen katkaisu- ja vieroitusvaiheella ja jatkuu intensiivisellä 1-3kk kestäväällä laitostai avohoitojaksolla. Tämän jälkeen seuraa päihteettömän elämän opettelu, jonka tukimuotona voi olla esim. yksilöterapia A-klinikassa tai osallistuminen AA-ryhmiin. Asunnottomille ja vaikeasti syrjäytyneille pitäisi pystyä tarjoamaan mahdollisuus päihteettömään hoitokotiin tai valvottuun tukiasuntoon. Psykososiaalinen kuntoutus ja retkahduksia ehkäisevä lääkehoito ovat päihderiippuvuuden kuntoutuksen perusta. Lääkkeillä voidaan terapian tuloksia parantaa noin 15-25 %, joten pääpaino on psykososiaalisista lähtökohdista lähtevillä eri terapiamuodoilla. Alkoholiriippuvuus on krooninen, elinikäinen ja helposti uusiva sairaus ja siksi jälkiseurannan järjestäminen on tärkeää. Seurantayksikkönä voi toimia esim. A-klinikka, työterveysshoito, terveyskeskus, mielenterveystoimisto tai muu soveltuva avo-hoidon yksikkö. Kuntoutujan syrjäytyneisyyden ja vammautuneisuuden asteesta riippuen jälkikuntoutus voi sisältää eri elementtejä.

Mielenterveyteen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät ongelmat ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa. Riikosen (Riikonen 2008) mukaan mielenterveysongelmat liittyvät monin tavoin sosiaaliseen syrjäytymiseen ja syrjäytymisen uhkaan. Silloin ongelma ei ole ainoastaan henkilön sisäinen, vaan ovat hänen ja hänen ympäristönsä välisen suhteen uhka- ja häiriötekijöitä, jolloin ongelman lähteitä on useimmin molemmissa osapuolissa. Sosiaalisen osallistumisen ongelmat voivat silloin näyttäytyä esim. torjumisena, kiusaamisena,

vieraantumisenä, sosiaalisina pelkoina, passiivisuutena, vuorovaikutuksen vähenemisenä ja eristäytymisenä. Mielen-terveysongelmien kuntoutus ja ehkäisy onkin yhä enemmän muuttumassa osallisuuden, hyvinvoinnin, innostuksen ja motivaation lähteiden etsimiseksi ja tukemiseksi.

7.3 Sosiaalipalvelujen palvelujärjestelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ohjaa suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa toteuttamalla hallitusohjelmaa, valmistelemalla lainsäädäntöä ja keskeisiä uudistuksia ja ohjaamalla uudistusten toteuttamista (§3 710/1982 sosiaalihuoltolaki). Sen tavoitteena on luoda kaikille samanlaiset mahdollisuudet turvalliseen ja terveelliseen elämään. STM:n tehtävänä on edistää hyvää terveyttä, toimintakykyä ja terveellistä työ ja elinympäristöä, turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja kohtuullinen toimeentulo elämän eri vaiheissa sekä edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa (STM 2009). Nykyinen sosiaalialan lainsäädäntö on uudistusprosessin alla, koska se koetaan epäyhtenäiseksi, pirstaleiseksi ja osin puutteelliseksi. Lisäksi laki on peräisin 1980 -luvulta, osa kauempaakin. Sosiaalialan lainsäädännön uudistamistyöryhmän raportissa luonnehditaan uudistamistarvetta ja prosessia: ”Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisen tavoitteena on vahvistaa sosiaalihuollon roolia positiivisena muutosvoimana yhteiskunnassa ja varmistaa sosiaalisen näkökulman huomioon ottaminen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja toiminnassa. Tavoitteena on edistää yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta myötävaikuttamalla elinolojen positiiviseen kehittymiseen ja tukemalla yksilöiden arjessa selviytymistä. Samalla on myös turvattava jokaisen yksilön ihmisarvoisen elämän toteutuminen ja heikompien suoja. Tarvittaessa heikoimpien asemaa on vahvistettava positiivisella erityiskohtelulla.” (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen...2010)

Käytännön sosiaalihuollosta vastaavat pääasiassa kunnat, joiden on sosiaalihuoltolain (§13 710 /1982) velvoittamana huolehdittava:

- sosiaalipalvelujen järjestämisestä asukkailleen,
- toimeentulotuen antamisesta kunnassa oleskelevälle henkilölle, sosiaaliavustusten suorittamisesta asukkailleen,
- ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäyttämisestä

- sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä;
- sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä; sekä
- sosiaalisen luoton myöntämisestä asukkailleen,
- kunta on alueellaan velvollinen toimimaan muutoinkin sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi
- Kunnan on myös huolehdittava lasten ja nuorten huollon, lasten päivähoidon, kehitysvammaisten erityishuollon, vammaisuuden perusteella järjestettävien palvelujen ja tukitoimien sekä päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvien palveluiden, lastenvalvojalle säädettyjen tehtävien ja muiden isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen, ottolapsineuvontaan, perheasioiden sovitteluun, lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvien toimenpiteiden sekä omaishoidon tuen ja muiden sosiaalipalveluiden järjestämisestä sekä kuntouttavasta työtoiminnasta annetussa laissa säädettyistä tehtävistä.

Samana lain §17 mukaan kunnan on huolehdittava esimerkiksi seuraavien sosiaalipalveluiden järjestämisestä:

- *Sosiaalityö*: Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta.
- *Kasvatus- ja perheneuvonta*: Kasvatus- ja perheneuvonnalla tarkoitetaan asiantuntija-avun antamista kasvatus- ja perheasioissa sekä lapsen myönteistä kehitystä edistävää sosiaalista, psykologista ja lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa.
- *Kotipalvelut*: Kotipalveluilla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen 20 §:ssä tarkoitetuista tehtävistä ja toiminnoista.

- *Asumispalvelut laitoshuolto:* Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. *Laitoshuollolla* tarkoitetaan hoidon, ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitoshuoltoa annetaan henkilölle, joka tarvitsee apua, hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota ei voida tai ei ole tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluita hyväksi käyttäen. Kunta voi perustaa, hankkia tai muuten varata paikallista tarvetta vastaavan määrän palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja.
- *Perhehoito:* Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon, kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa.
- *Vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta:* Vammaisten henkilöiden työllistymistä tukevalla toiminnalla tarkoitetaan erityisien työhön sijoittumista edistävien kuntoutus- ja muiden tukitoimien järjestämistä. Vammaisten henkilöiden työtoiminnalla tarkoitetaan toimintakyvyn ylläpitämistä ja sitä edistävää toimintaa.
- *Toimenpiteet elatusavun vahvistamiseksi*
- *Kunnan on myös huolehdittava: Lasten ja nuorten huollon, lasten päivähoidon, kehitysvammaisten erityishuollon, vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvista palveluista, ottolapsineuvontaan, perheasioiden sovitteluun, lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvista toimenpiteistä ja kuntouttava työtoiminta*
- Jos sosiaalihuollon asiakas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty sosiaalihuollon tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää sosiaalipalveluna, sosiaalihuollon tehtävänä on huolehtia siitä, että *asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet ohjataan muun palvelujen järjestäjän palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa.*

Lisäksi on lukuisia erityislakeja, jotka määrittelevät kuntien velvollisuuksia sosiaalipalvelujen alalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan (Sosiaalipalveluiden esite 2010) asumispalvelut ovat siis sosiaalihuoltolain mukaisia sosiaalipalveluja, joiden järjestämisestä vastaa kunta. Niistä säädetään lisäksi useissa erityislaeissa. Asumispalvelut on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat eri syistä tukea ja palveluja asumisensa järjestämiseen. Tavoitteena on turvata kansalaisten asumismahdollisuudet niin, etteivät puutteelliset asumisolot aiheuta laitospalveluiden tarvetta. Kunta tukee omassa kodissa selviytymistä myöntämällä *korvausta asunnon muutostöihin* (luiskat, tuet, pesutilojen saneeraukset jne.). Korvausta saavat ikäihmiset ja vammaiset, joille muutostyöt mahdollistavat asumisen jatkamisen kotona.

Tuki- ja palveluasumista on tarjolla niille, jotka tarvitsevat enemmän tukea asumiseen kuin tavanomaiseen asuntoon voidaan järjestää. Tuki- ja palveluasumista saavat ikäihmiset, vammaiset, kehitysvammaiset, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat. *Tehostettua palveluasumista* järjestetään paljon apua, hoivaa ja valvontaa tarvitseville. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on oma huone tai asunto ja lisäksi yhteisiä tiloja. Henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Tuki- ja palveluasumista ja tehostettua palveluasumista tuottavat kunnat, järjestöt ja yksityiset yrittäjät. Palveluasumiseen haetaan kunnan vanhus-, vammais-, mielenterveys- tai päihdepalvelujen kautta (Sosiaalipalveluiden esite 2010).

Kunta voi sosiaalihuoltolain mukaisesti järjestää hoitoa, huolenpitoa tai kuntoutusta tarvitsevan henkilön sosiaalipalvelut *laitoshoitona*, silloin kun henkilön palveluja ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan. Suurimmat laitoshoidon asiakasryhmät ovat vanhukset, vammaiset, huostaan otetut lapset ja päihdeongelmaiset. *Lyhytaikaista laitoshoidoa* käytetään tukemaan asiakkaan kotona selviytymistä sekä häntä hoitavan omaisen jaksamista tavoitteena jatkuvan laitoshoidon ehkäisy. Hoitojaksot voivat toistua säännöllisinä intervaleina tai tarpeen mukaan satunnaisesti. *Pitkäaikainen laitoshoido* on tarkoitettu henkilöille, joille ei voida muulla tavoin järjestää hänen tarvitsemiaan ympärivuorokautisia palveluita ja siihen sisältyy hoidon lisäksi ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. Ikäihmisten laitoshoidosta kunnassa päättää yleensä työryhmä, johon tavallisesti kuuluvat ainakin kotisairaanhoidaja ja/tai kotipalvelutyöntekijä, pitkäaikaishoidosta vastaava lääkäri ja vanhustyön sosiaalityöntekijä. Mukana voivat olla myös esimerkiksi psykologi ja fysioterapeutti. Vammaisten palveluista päättää kunnan vammaispalveluista vastaava viranomaislainen. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan vanhainkodeissa ja terveyskeskusten

vuodeosastoilla ja erilaisissa hoito-, hoiva-, veljes- ja sairaskodeissa. Myös järjestöt ja yksityiset yritykset tuottavat laitospalveluja (sosiaalihuoltolaki 710/1982, Sosiaalipalveluiden esite 2010)

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusjärjestelmästä annetun lain (733/1992) mukaan valtioneuvosto vahvistaa neljän vuoden välein sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman. Vuosille 2008-2011 vahvistettu ohjelma nimettiin Kaste -ohjelmaksi. Siinä määritellään seuraavien vuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Pohja luotiin laajapohjaisilla sosiaalialan hallinnossa ja toimeenpanossa mukana olevien sekä muiden alalla toimivien tahojen kuulemisella ja se perustuu Vanhasen II hallituksen ohjelmaan. Kaste- ohjelma kuvastaa samanlaista paradigman muutosta kuin jo mielenterveystyön kohdalla todettiin. Enää ei riitä puuttuminen erilaisten epäkohtien seurauksena oleviin jatkuvasti kasvaviin ongelmatilanteisiin, vaan ainoa tapa saada resurssit riittämään on panostaa ongelmien ennaltaehkäisyyn. Kaste-ohjelma luo vahvasti niitä puitteita, joissa sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset työskentelevät tulevina vuosina (Sosiaali- ja terveys...2008).

Kaste-ohjelman päätavoitteena on väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen tulevaisuudessa. Ohjelman toimesta käynnistetään toimenpiteitä, jotka uudistavat entistä tehokkaammin hyvinvointia ja terveyttä. Toimenpiteet ovat suunniteltu kaikille toimijoille yhteisiksi, mutta painottuvat eri tavalla eri toimintasektorien kesken. Kaste-ohjelman sisältö voidaan tiivistää palvelujen vaikuttavuuden parantamiseen, ongelmien ennalta ehkäisemiseen, peruspalvelujen ja asiakasprosessien parantamiseen uusien innovaatioiden ja uuden teknologian käyttöönottoon, sekä johtamisen ja henkilörakenteen kehittämiseen. Ohjelman laaja-alaisiksi tavoitteiksi on määritelty:

- *Osallisuuden ja syrjäytyneisyyden väheneminen*

Tämän alueen yhtenä osatavoitteena on estää lasten ja nuorten syrjäytymistä eri tavoin lasten huostaanottoriskien pienentämiseksi. Tärkeä on myös tukea peruskoulun päättäneitä nuoria opiskelujen piiriin ja niin välttymään toimeentulotuelle jäämistä ja luisumista syrjäytyneisyyteen. Samoin aikuisten pitkäaikaistyöttömyys ja pitkäaikaisasunnottomuus ohjaavat väestöä syrjäytyneisyyteen, päihdeongelmiin, terveysongelmiin ja rikollisuuteen. Tämän välttäminen edellyttää kohdennettuja ja yksilöllisiä ratkaisuja.

- *Hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen sekä hyvinvointi- ja terveyserojen pieneneminen*

Tupakoinnin, alkoholin ja ylipainon riskitekijöitä ja siten niiden esiintyvyyttä pienentämällä voidaan tehokkaasti vaikuttaa terveyteen ja kaventaa terveyseroja. Hyvinvointia kaavaillaan parannettavan vähentämällä lapsiperheiden köyhyyttä, parantamalla vanhusten toimintakykyä sekä lisäämällä ympäristön esteettömyyttä ja turvallisuutta.

- *Palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paraneminen*

Tämä edellyttää paikallista arviointia, jonka tukena on valtakunnallinen vertailutieto. Systemaattiset asiakastytyväisyysmittaukset antavat tietoa palveluiden laadusta, saatavuudesta ja palveluiden piiriin pääsemisestä. Saatavuus ja laatu edellyttävät riittävää ja ammattitaitoista henkilöstöä, johon vaikutetaan esim. rekrytoinnilla ja koulutuksella. Sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuuden parantuminen on ohjelman keskeisin tavoite (*Sosiaali- ja terveys...2008*).

Kaste-ohjelma (*Sosiaali- ja terveys...2008*) esittelee 39 toimenpidettä välitavoitteineen, joilla nämä laaja-alaiset tavoitteet saavutetaan. *Ennaltaehkäisyyn* pyritään luomalla hyvinvoinnin ja terveyden rakenteet. Sitä varten tarjotaan kunnille ja yhteistoiminta-alueille asiantuntija-apua Stakesin johdolla rakenteiden, johtamiskäytäntöjen ja toimintamallien kehittämisessä ja vakiinnuttamisessa. Uudet rakenteet ja johtamisvastuut ja niiden kehittäminen edellyttävät lainsäädäntöuudistusta, vertailutieto- ja seurantajärjestelmiä. Kansanterveyslaitoksen toimesta annetaan kunnille asiantuntija-apua ja ohjausta ehkäisevän työn menetelmien kehittämiseen (esim. mini-interventiot, terveydellisten- ja tapaturmariskien torjunta). Ministeriöiden yhteistyöllä luodaan arviointikäytännöt sosiaali- ja terveysvaikutusten arviointiin.

Varhaisella puuttumisella on merkittävä vaikutus palvelujen tarpeen ja kustannusten hillintään. Se nostetaan osaksi koko kunnallista päätöksentekoa ja jaetaan tätä koskevia hyviä malleja muiden kuntien käyttöön. Panostetaan uudella tavalla kuntien ja järjestöjen yhteistyöhön uusien varhaisen puuttumisen mallien luomiseksi.

Lapsiperheiden elinolojen ja nuorten kehitysympäristöjen rajut muutokset näkyvät lasten ja nuorten psykiatrisen sairaanhoidon ja lasten huostaanottojen selvänä lisäyksenä. *Lasten ja nuorten kehityksen tukeminen ja palvelujen parantaminen* sisältää em. ryhmien palvelujen kokonaisuudistuksen niin, että kehitystä tukevat, ongelmia ratkaisevat ja häiriöitä korjaavat ja

estävät palvelut nivotaan yhteen peruspalveluiksi yli nykyisten sektorirajojen, erityispalveluja kehitetään tukemaan peruspalveluja, tuodaan palvelut suoraan lasten arkiympäristöihin ja puretaan laitoskeskeisyyttä sekä kehitetään lastensuojelua ja sen kansallista ohjausta.

Vaikeasti työllistyvien kuntoutumisen tehostaminen on merkittävä syrjäytymisen ehkäisytaapa. Kaste-ohjelmakaudella on tavoitteena luoda nykyistä paljon tehokkaammat välityömarkkinat, joiden kehittämiseksi panostetaan sosiaalisten yritysten, kuntouttavan työtoiminnan, aikuisten työpajojen, matalan kynnyksen työpaikkojen ja työttömien terveys- ja kuntoutuspalvelujen kehittämiseen.

Henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen on yksi Kaste-suunnitelman kulmakivi. *Henkilöstön saatavuuden, riittävyyden ja sitoutumisen turvaamiseksi* on kehitettävä kannustinjärjestelmiä, joustavia työaikajärjestelyjä, sovitettava yhteen koulutustarjontaa ja työvoiman kysyntää sekä kehitettävä koulutuksen ja työelämän vastaavuutta. *Henkilöstön osaamista vahvistetaan* kehittämällä perustutkintoihin johtavia koulutuksia ja lisäkoulutuksia työelämälähtöisiksi. Tärkeä linkki tässä on yhteistyökäytäntöjen luominen sosiaali- ja terveysministeriön, korkea-asteen koulutuksen, oppilaitosten ja toimintayksiköiden välille niin, että uusi tieto ja käytännöt siirtyvät perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen käyttöön ja toisaalta käytännön ongelmatilanteita voidaan saada ratkaistavaksi tutkimuslaitoksiin.

Johtamiskäytäntöjen uudistaminen on välttämätöntä rakenteellisten ja toiminnallisten muutosten toteuttamiseksi ja työhyvinvoinnin varmistamiseksi. Kaikille alan toimintayksiköiden johtajille tulee järjestää moniammatillinen muutos- ja kehitysjohtajakoulutus.

Asiakkaan aseman vahvistaminen ihmisten omaan elämäänsä vaikuttamisen tuntemuksen lujittamiseksi on tärkeää. Yhteistyö kuntien ja järjestöjen välillä, päätöksenteon läpinäkyvyys ja monien toimijoiden mukaanotto päätöksentekoon ja palvelujen tuotantoon luo yhteisvastuun ja yhteisöllisyyden tuntua sekä avaa kansalaisille vaikuttamisen kanavia. Palvelujen monipuolisuutta ja vaihtoehtoja lisätään nykyistä tiiviimmällä yhteistyöllä yksityisen sektorin kanssa. Asiakastyytyväisyyttä seurataan ja painotetaan nykyistä systemaattisemmin laadun mittarina. Luodaan internet-pohjainen, kaikille avoin sivusto välittämään tietoa palveluiden saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. Lähipalveluita täydentämään kehitetään sähköisen asioinnin mahdollisuuksia, joiden luonnissa on

huomioitava niiden yhteensopivuus paitsi yhteistoiminta-alueittain niin myös valtakunnallisesti.

Palvelurakenteiden uudistaminen on välttämätön osa Kaste-ohjelmaa. Paras -uudistuksella (Kunta- ja palvelurakenneuudistus) vahvistetaan palveluiden väestöpohjaa ja pyritään luomaan palveluiden tuottamisen kannalta järkeviä kokonaisuuksia. Sosiaali- ja terveystoimen hyvä yhteistyö on turvattava yhtenäisten palvelukokonaisuuksien saavuttamiseksi. Palvelukokonaisuuksien tule olla ehjiä ilman sirpaloivia toimintasektorien välisiä raja-aitoja. Palveluiden järjestysvastuut on ilmaistava selkeästi, samoin valta- ja vastuusuhteet. Tähän päästään vain palvelujärjestelmän kaikkien tasojen ja tahojen organisoidulla vuoropuhelulla jota toteutetaan niin paikallisella, alueellisella kuin valtakunnallisellakin tasolla järjestettävissä seminaareissa ja kokouksissa. Yhteydenpito ja tiedonvälitys edellyttävät myös tehokasta verkostotoimintaa.

Palvelutuotantoa ja palveluprosesseja sovitetaan yhteen tavoitteena rakentaa asiakkaan näkökulmasta yhtenäinen perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuus. Tämä edellyttää toimialoille lainsäädännöllistä ohjausta sekä uusien asiakaslähtöisten toimintamallien käyttöönottoa.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kehittämisellä luodaan ja turvataan osaava ja vetovoimainen koko kansan peruspalvelu. Tätä tukee mm. uusi laki terveydenhuollosta, perustettava perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö (Stakesiin) sekä ”kehittäjä” terveyskeskustoiminta ja verkosto. Kaste-ohjelma tähtää ”Hyvä Käytäntö” –verkoston luomisella erilaisten hankkeiden synnyttämien innovaatioiden ja käytäntöjen tuotteistamiseen, levittämiseen ja käyttöönottoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudet tavoitteet, rakenteet ja toimintakulttuuri edellyttävät myös uusia laatusuosituksia. Uudet laatusuositukset puolestaan tukevat esim. palvelurakenteen uudistamista, palvelujen sisällöllistä kehittämistä, henkilöstöressurssien määrittelyä ja työhyvinvoinnin parantamista.

7.4 Liikunta fyysisen toimintakyvyn ja terveyden edistäjänä

Asiakkaan suorituskyvyn ja toimintakyvyn arviointi, liikkumisen tukeminen ohjaaminen sekä tavoitteellinen ja terveyttä edistävä liikunta ja avustaminen erityisliikunnassa ovat vahvasti liikuntaan liittyviä opintojen sisältöjä. Liikunta voidaan siihen liittyvien tavoitteiden tai sen tuottamien vaikutusten mukaan jakaa esim. kunto-, terveys-, harraste-, elämys- ja virkistysliikuntaan. Tavoitteidensa ja intensiteettinsä perusteella liikunta voidaan jakaa - joskin eri osa-alueet ovat reuna-alueiltaan vahvasti limittäisiä - urheiluharjoitteluun, kuntoliikuntaan ja terveysliikuntaan. Urheilusuorituksiin tähtäävä harjoittelu on rasittavaa, lähes päivittäistä tavoitteellista, huippusuorituksiin tähtäävää liikuntaa, jonka harrastaminen sisältää tehokkaiden terveysvaikutustensa lisäksi kuormittavuutensa takia myös korkean terveyteen kohdistuvan riskin. Kuntoliikunta tuottaa myös tehokkaita terveysvaikutuksia, mutta on intensiteetiltään urheiluharjoittelua kevyempää, jolloin myös terveyteen kohdistuva riski pienenee. Terveysliikunnan alueella liikuntaa harrastetaan kohtalaisella kuormittavuudella noin 30 minuuttia kerrallaan lähes päivittäin ja tavoitteena on saavuttaa terveyttä edistäviä vaikutuksia mahdollisimman pienillä terveyteen kohdistuvilla riskeillä. (Vuori 2005).

Vuori, Taimela ja Kujala (2005) toteavat, että liikunnan huomattavista terveysvaikutuksista on tehty suuri määrä tieteelliset kriteerit täyttäviä tutkimuksia ja tutkijoiden varsin suurella yksimielisyydellä todettu laaja kirjo positiivisia vaikutuksia. Osa vaikutuksista on spesifisiä (esim. ”luuliikunnan” vaikutus luukudokseen tai voimaharjoittelun hypertrofinen vaikutus lihakseen) ja osa epäspesifisiä eli vaikutus kohdistuu moniin eri kudoksiin ja elintoimintoihin tuoden sellaisiakin hyötyjä, joita kyseisellä liikunnalla ei edes haettu. Tutkijoiden (Vuori ym. 2005) mukaan säännöllisellä ja monipuolisella liikunnalla saavutetaan esim. seuraavia terveyshyötyjä tai liikuntaa voidaan käyttää seuraaviin tarkoituksiin, joista ei tutkijoiden keskuudessa ole ollenkaan tai on vain vähän ristiriitaisia havaintoja:

- fyysisen kunnan alueella hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnan parantuminen ja lihasten voiman ja koon kasvaminen,
- lihaskadon hidastuminen tai väheneminen,
- nivelrikon yhteydessä elämänlaadun ja kunnan paraneminen,
- selkävaivojen hoito ja sekundaariehkäisy,
- sepelvaltimotaudin ehkäisy ja kuntoutus,

- aivohalvauksen jälkeinen kuntoutuminen
- katkokävelyn kuntoutus,
- dyslipemioiden kuntoutus,
- kohonneen verenpaineen hoito,
- 2-tyyppin diabeteksen ehkäisy ja hoito,
- psyykkisen hyvinvoinnin alueella mielialan paraneminen ja
- paksusuolen syövän ehkäisy.

Useimmat havainnot tukevat esim. seuraavia positiivisia vaikutuksia:

- elinajan pidentyminen,
- osteoporoosin ehkäisy,
- kaatumisten ja murtumien ehkäisy,
- nivelrikon ja -reuman hoito ja kuntoutus,
- niska- ja hartiavaivojen hoito ja sekundaariehkäisy,
- fibromyalgian hoito,
- ateroskleroosin ehkäisy,
- astman hoito ja kuntoutus,
- sydämen vajaatoiminnan ehkäisy,
- aivohalvauksen ehkäisy,
- kohonneen verenpaineen ehkäisy,
- liikapainon ja lihavuuden ehkäisy ja terveyshaittojen ehkäisy,
- henkisen stressin haittojen ehkäisy,
- masentuneisuuden vähentäminen,
- itsearvostuksen nostaminen,
- vaihdevuosisoireet ja
- unen laadun parantaminen.

Lisäksi liikunnalla on lukuisia positiivisia vaikutuksia, joista on tukevia havaintoja, mutta tarvitaan vielä lisää tutkimusnäyttöä. Suuri merkitys on myös liikunnan vaikutusten laajakirjoisuudella, eli halutun spesifisen vaikutuksen lisäksi liikunta tarjoaa muutkin liikunnan tuottamat positiiviset vaikutukset, jolloin kokonaisvaikutus terveyteen vahvistuu.

Liikunnan vaikutusten vahvuudesta kertoo sekin, että se on saanut oman Käypä Hoito -suosituksensa, jonka keskeinen sisältö kuuluu: ”Tavoitteena on edistää liikunnan käyttöä sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa näyttöön perustuvan tiedon avulla.

Liikunta on keskeinen useiden kansanterveydellisesti tärkeiden pitkäaikaissairauksien kuten sydän- ja verisuonitautien, tyypin 2 diabeteksen, keuhkosairauksien, degeneratiivisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä mielenterveysongelmien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa, tarvittaessa yhdistettynä muihin elintapamuutoksiin ja hoitoihin. Liikkumattomuus on terveydelle haitallista, ja liikunnalla on oikein toteutettuna vähän terveyshaittoja. Lääkärillä keskeinen tehtävä on arvioida liikunnanaiheet ja vaarat ja sairauksiin liittyvät liikkumisrajoitteet sekä motivoida liikkumaan.” (Liikunta 2008).

Liikunnan lukuisten ja laajojen terveyttä edistävien ja kuntouttavien vaikutusten saattamiseksi laajojen kansalaispiirien käyttöön on säädetty liikuntalaki (1054/1998). Se antaa liikunnan edellytysten luomisen vastuun valtiolle ja kunnille. Opetus- ja kulttuuriministeriö apunaan valtion liikuntaneuvosto vastaa liikuntatoimen yleisestä johdosta, kehittämisestä ja yhteensovittamisesta liikunnan yhteistyössä valtionhallinnossa. Alueellisella tasolla nämä tehtävät kuuluvat alueelliselle liikuntatoimelle ja paikallistasolla kunnille. Kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja sekä järjestämällä liikuntaa ottaen huomioon myös erityisryhmät.

Sosiaali- ja terveysministeriön, opetus- ja kulttuuriministeriön, liikenne- ja viestintäministeriön, ympäristöministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä on laadittu suositukset kuntia varten liikunnan edistämiseksi (Suositukset liikunnan edistämiseksi kunnissa 2010). Suositukset ovat osa hallituksen periaatepäätöstä terveyttä edistävän liikunnan kehittämisestä ja tarkoitettu työvälineeksi kuntien johtoelimille ja virkamiehille. Liikuntalain antamat tehtävät ovat väljät ja siksi suositus painottaakin kunnallisen liikuntastrategian luomisen tärkeyttä terveystuennan edistämiseksi. Strategian luomisen tavoitteena on ”liikuntakunta”, jossa on luotu hyvät liikunnan mahdollisuudet, kuntalaisia on informoitu ja kannustettu liikkumiseen mitään ikä- tai erityisryhmää unohtamatta ja kansalaiset on myös saatu terveystuennan pariin hoitamaan itseään ja ennaltaehkäisemään toimintakykyä heikentäviä sairauksia.

Suosituksen (Suositukset liikunnan edistämiseksi kunnissa 2010) yksi painopistealue on monialainen yhteistyö sekä kuntaorganisaation sisällä että liikuntapalveluja tarjoavien toimijoiden (esim. urheiluseurat, yhdistykset) kanssa. Ilman yhteistyötä liikunnan edellytyksiä ei kunnissa pystytä parantamaan. Asukkaiden fyysistä aktiivisuutta tulee tukea jo kunnan maankäyttösuunnitelmia ja kaavoituksia tehtäessä niin, että asutuksen, koulujen ja palvelutalojen lähelle jää virkistys- ja liikunta-alueita, kevyelle liikenteelle eri alueita yhdistäviä väyliä ja liikennejärjestelyt hoidetaan arkiliikunnan turvallisuuden mahdollistaviksi. Käytännössä tämä vaatii eri toimialojen yhteistyötä sekä koulutusta arki- ja terveystoiminnan merkityksestä myös muille kuin suoraan liikunnan toiminnoista vastaaville.

Sosiaali- ja terveystoimelle suositus muistuttaa mm. liikunnan merkityksen muistamista sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, liikuntaneuvonnan ja ohjauksen tärkeydestä jo neuvola- ja päiväkotikäisten lasten ja heidän vanhempiansa kohtaamisessa jatkuen koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon liikunnanopetusta tukevaan toimintaan. Samoin painotetaan ikääntyneille järjestettävän liikunnan ja säännöllisten liikunta- ja toimintakykytarkastusten ja neuvonnan tärkeyttä. Sosiaali- ja terveystoimen henkilökunnan valmiudet antaa laadukasta liikuntaneuvontaa ja -ohjausta on varmistettava ja huolehdittava, että heillä on työhön tarvittavat välineet. Myös laitoksissa ja palvelutaloissa sekä kotihoidon piirissä oleville ikääntyneille on oltava tarjolla heille sopivia ja toimintakykyä säilyttäviä ja edistäviä liikuntaohjelmia paitsi sisätiloissa niin myös ulkona.

Laaja-alainen fyysinen toimintakyky on määritelty jo toimintakyky -kappaleessa. Toimintakyvyn arviointiin on kehitetty lukuisia toimintakykymittareita, jotka koostuvat toimintakyvyn eri alueita arvioivista osioista. Pohjana on arvioitavan henkilön selviytyminen päivittäisistä toiminnoistaan ja tavoitteena selvittää hänen palvelu- ja kuntoutustarvettaan. Toimintakykymittareita, jotka mittavat erityisesti myös fyysistä toimintakykyä, ovat mm. FIM (Functional Independence Measure), RAI (Resident Assessment Instrument), Barthelin indeksi, RAVA ja erilaiset IADL-asteikot (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi...2006). Menetelmät perustuvat haastatteluihin, arvioitavan havainnointiin sekä testauksen perusteella laskettaviin indekseihin, joiden perusteella toimintakyvyn taso arvioidaan.

Fyysinen suorituskyky on fyysistä toimintakykyä kapeampi käsite, joka on kuitenkin edellytys hyvälle toimintakyvylle. Fyysisen suorituskyvyn mittaamiseen on kehitetty suuri määrä erilaisia testejä. Keskinen (2005) viittaa artikkelissaan hyvän fyysisen kunnan

määrittelyssä testattavan erilaisiin tavoitetasoihin. Tavallisen ihmisen hyvä kunto on huippu-urheilijalle huono kunto ja sairaalle tai vammasta toipuvalla tavoittamaton. Artikkelissa fyysisen kunnan mittaaminen sisältää *kehon koostumuksen* (esim. BMI, ihopoimiumittaukset), *kestävyysominaisuuksien mittauksen* (polkupyöräergometri/juoksumatto laboratoriossa, askeltamis- kävely-, juoksutestit kenttätesteinä) sekä *hermo-lihasjärjestelmän toimintakyvyn* mittaamisen (erilaiset voimaa ja nopeutta mittaavat testit: hypyt, juoksut, toistotestit).

Terveyskunto on yksi fyysiseen kuntoon liittyvä käsite. Oja (2005) viittaa Toronton malliin, joka on Torontossa pidettyjen laajojen liikuntapiirien kokousten muotoilema terveyskunnan malli. Se sisältää sellaiset kunnan osatekijät, joihin voidaan liikunnalla vaikuttaa ja jotka ovat yhteydessä terveydentilaan. Sitä luonnehtivat kyky suorittaa päivittäiset toiminnot tehokkaasti sekä ominaisuudet ja kapasiteetit, jotka ovat yhteydessä liikunnan puutteen aiheuttamien sairauksien ja tilojen ennenaikaisen kehittymisen vähäiseen vaaraan. Mallin mukaan terveyskunnan osa-alueita on neljä. *Aerobinen kunto* sisältää maksimaalisen aerobisen tehon, joka taas on yhteydessä sydän- ja verenkiertoelimistön terveyteen ja on aerobisen kunnan osatekijä. *Tuki- liikuntaelimistön kunto ja kestävyys* koostuu lihasvoimasta, -kestävyydestä ja liikkuvuudesta sisältäen kehon eri lihasryhmien voiman kestävyuden ja nivelten liikkuvuuden. *Motorinen kunto* kattaa tasapainon ja liikenoisuuden, erityisesti käden liikenoisuus on oleellinen tekijä jokapäiväistä toimintavalmiutta arvioitaessa. *Kehon koostumuksessa* arvioidaan erityisesti rasvan määrää ja jakautumista kehon eri osiin. Näitä voidaan arvioida määrittelemällä pituuteen suhteutettu paino (BMI), ihopoimiumittausten summa, kehon rasvaprosentti sekä/tai vyötärön ja lantion ympärysmittan suhde. Terveyskuntoa ja sen osa-alueita voidaan mitata erilaisilla laboratoriotesteillä mutta myös kenttätesteillä, jollaiseksi on kehitetty esim. UKK-instituutin terveyskuntotestistö. UKK-testistössä *kehon koostumusta* arvioidaan BMI:llä ja vyötärön mittauksella, *motorista kuntoa* testaamalla yhdellä jalalla seisomista, takaperin kävelyä ja kapealla palkilla seisomista, *tuki- ja liikuntaelimistön kuntoa* erilaisilla liikkuvuus ja voimatesteillä ja *aerobista kuntoa* UKK-kävelytestillä.

Fysioterapiassa fyysisen suorituskyvyn mittaamisen tausta-ajatuksena on tarve päätellä, riittääkö kuntoutujan fyysinen toimintakyky työssä tai arkiaskareissa. Mittaustulokset toimivat pohjana harjoitus- ja kuntoutumisohjelmien suunnittelulle. *Aerobista kestävyyttä* mitataan yleensä polkupyöräergometrillä tai kävelymatolla suoritettuna kolmiportaisena WHO-testinä, kävelytestinä (UKK-kävelytesti tai lyhytkestoiset kävelytestit). *Lihasten toiminnan mittaus* tapahtuu manuaalisella lihastestauksella (esim. pareittiset lihakset),

isometrisiä tai isokineettisiä mittalaitteita käyttäen tai toistotesteinä painoja ja kehonpainoa vastuksena käyttäen. *Nivelliikkuvuuden mittaamisella* selvitetään nivelten liikerajoitusten mahdollinen haitta toimintakyvylle. *Asennon hallintaa ja tasapainoa* arvioidaan istumista, tuolilta ylösnousemista, kävelyä, tasapainoilua ja käännöksiä havainnoimalla. Tinettin ja Begin tasapainotestit ovat testisarjoja, joissa tasapainon ja koordinaatin toimimista havainnoidaan lukuisten erilaisten suoritusten aikana, suoritukset pisteytetään ja tulokseksi saadaan liikehallinnasta ja tasapainosta kertova indeksi. Testattavan tilan, kunnan ja tavoitteiden mukaan valitaan hänelle sopivat testaustavat. Oleellista on testauksen tarkka kuvaus ja kirjaaminen testin toistamisen ja vertailun mahdollistamiseksi (Talvitie ym. 1999, 179-195).

8 MENETELMÄT

8.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää työelämässä olevien lähihoitajien arvioimana kuntoutuksen koulutusohjelman heille antamia valmiuksia sekä heidän mahdollisuuksiaan käyttää näitä valmiuksiaan työelämässä. Tavoitteet täsmentyivät kolmeksi varsinaiseksi tutkimuskysymykseksi:

1. Millaisia valmiuksia lähihoitajat arvioivat kuntoutuksen koulutusohjelman heille antaneen?
2. Miten lähihoitajat arvioivat pystyvänsä työssään hyödyntämään kuntoutuksen koulutusohjelman tuottamaa erityisosaamistaan?
3. Miten lähihoitajien omat valmiudet, työpaikan toimintakulttuuri sekä työhön käytettävissä oleva aika vaikuttivat heidän mahdollisuuksiinsa käyttää koulutusohjelman antamia valmiuksia työssään?

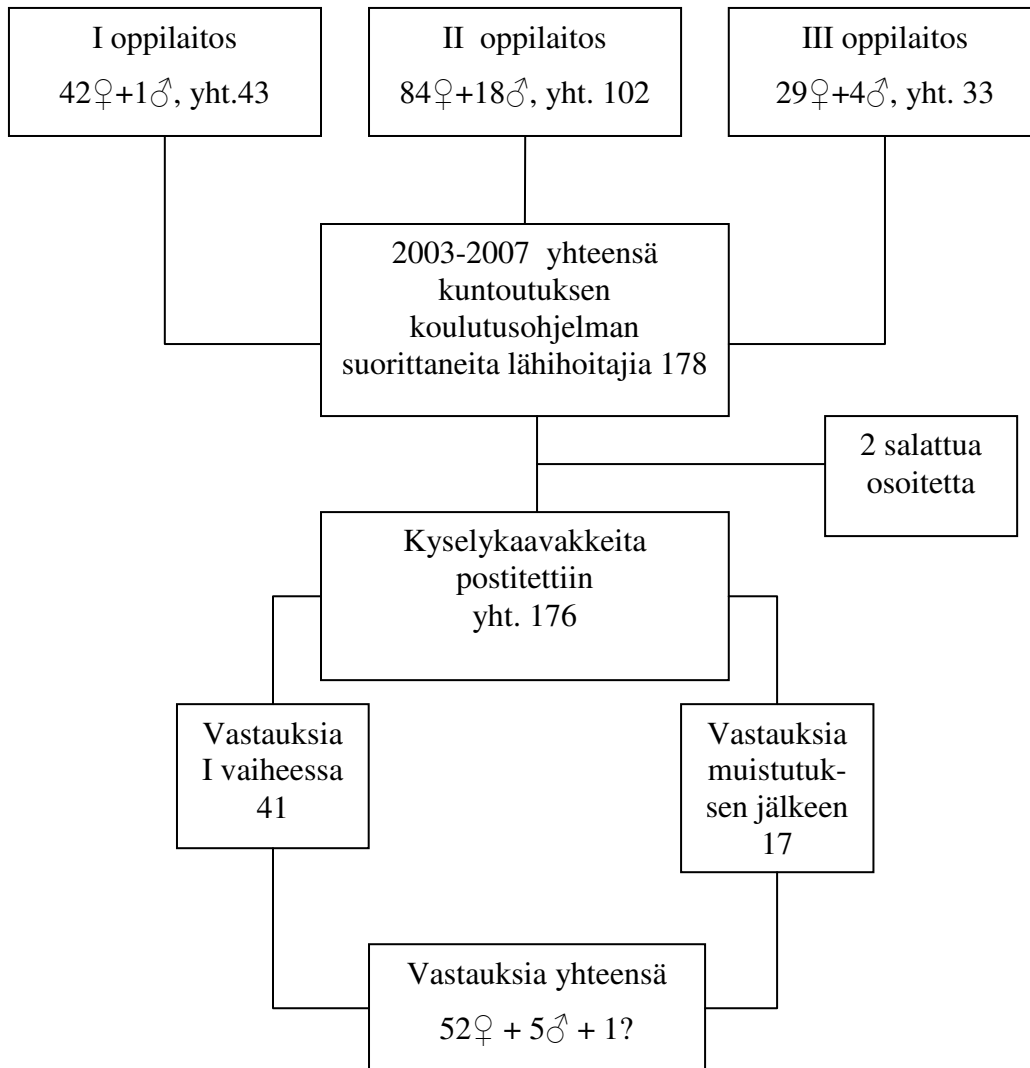
Vastausten avulla voidaan pohtia opetussuunnitelman mukaisen koulutuksen antamia valmiuksia sekä näiden valmiuksien ja työelämän vaatimusten ja mahdollisuuksien kohtaavuutta.

8.2 Tutkimuskohteet

Tutkimuskohteina olivat sosiaali- ja terveysalan koulutusta antavissa oppilaitoksissa kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneet lähihoitajat. Koulutusohjelma otettiin mukaan opetussuunnitelmaan 2001, joten ensimmäiset tämän opetussuunnitelman mukaan koulutetut lähihoitajat valmistuivat 2003. Tutkimushenkilöillä haluttiin olevan kokemuksia myös työelämästä, joten vuoden 2007 jälkeen valmistuneet suljettiin otannan ulkopuolelle. Menettelyllä saatiin otos lähihoitajia, joilla oli mahdollisuus kokemustensa perusteella ottaa kantaa sekä koulutukseen, työelämään että näiden kohtaavuuteen liittyviin kysymyksiin. Lopulliseksi otokseksi muodostui kolmesta Länsi-Suomen lääniin kuuluvasta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitoksesta vuosina 2003 – 2007 valmistuneet kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneet lähihoitajat koulutusmuodosta riippumatta. Näin otokseen kuului sekä nuorisolinjalla että aikuiskoulutuksessa opiskelleita lähihoitajia.

Oppilaitosten mukaanottokriteerinä oli suostumus henkilörekisterien käyttöön tutkimushenkilöiden tavoittamiseksi. Henkilörekisterien käyttö perustui tietosuojavaltuutetun kannanottoon opinnäytetyöhön liittyvän kyselytutkimuksen suorittamisesta viranomaisen toimeksiannosta (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2008). Rekisteritiedot päivitettiin käyttämällä Eniron hakupalveluja sekä maistraatin osoitepalvelua.

Otos sisälsi 178 henkilöä, joista 23 oli miespuolisia ja 155 naispuolisia lähihoitajia. Kaikille heille - lukuun ottamatta kahta, jotka olivat kieltäneet maistraatilta tietojensa jakamisen - lähetettiin postitse kyselylomake. Niille, jotka eivät vastanneet kolmen viikon kuluessa, lähetettiin muistutuskirje kyselylomakkeella varustettuna. Kyselylomakkeen palautti 52 naispuolista, 5 miespuolista ja 1 lähihoitaja, jonka sukupuoli ei tullut ilmi. Palautusprosentiksi tuli näin 33 %. Otanta on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Otannan muodostuminen (?=sukupuoli ei käynyt ilmi)

8.3 Kyselylomake

Aineistonkeruussa käytettiin postitse lähetettävää kyselylomaketta (Liite 1), joka Hirsijärven ym. mukaan (2007, 188) sopii hyvin tämän tyyliin tutkimukseen, jossa tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan tai muuten vaikeasti tavoitettavissa.

8.3.1 Kyselylomakkeen rakenne

Kyselylomakkeen alussa olevilla taustakysymyksillä kartoitettiin otoksen ikään, sukupuoleen ja koulutukseen liittyvien muuttujien lisäksi työhistoria ja tutkimuksenaikainen sijoittuminen

työelämään. Varsinaisten koulutusta ja työelämää kuvaavat kysymykset johdettiin opetussuunnitelman (Sosiaali- ja terveystieteen perustutkinto... 2001) tavoitteista lähtien ja termit sekä käsitteet pyrittiin pitämään sellaisina kuin ne opetussuunnitelmassa ilmenivät. Tällä haluttiin taata kysymysten ymmärrettävyys ja yksiselitteisyys.

Runkona käytettiin kuntoutuksen koulutusohjelman opetussuunnitelmassa olevaa jakoa

1) toimintaan kuntoutuksen palvelujärjestelmässä, 2) psyykkisen toimintakyvyn tukemiseen ja edistämiseen, 3) sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen ja edistämiseen sekä 4) fyysisen toimintakyvyn tukemiseen ja edistämiseen (Sosiaali- ja terveystieteen perustutkinto... 2001). Näiden opintokokonaisuuksien sisällöstä kysymysten kohteiksi valittiin osa-alueet, jotka eniten vaikuttavat asiakaskunnan toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen.

Toiminta kuntoutuksen palvelujärjestelmässä sekä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen ja edistämisen osa-alueista nostettiin esille kustakin kolme niille alueille keskeistä teemaa. Fyysisen toimintakyvyn osa-alueelta käsiteltiin useampi teema ja näiden yhteydessä otettiin huomioon erilaisten toimintakykyä tukevien apuvälineiden tarpeen arviointiin, hankintaan ja opastukseen saatavat valmiudet, samoin valmiudet ohjata eri riskiryhmiin kuuluvia yksilöitä ja ryhmiä. Näihin ryhmiin voi ajatella kuuluvan myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemista tarvitsevia henkilöitä. Tämä opintokokonaisuus oli myös opintosuunnitelmassa selvästi laajin.

Jokaista kysymyksen kohteeksi valittua teemaa kartoitettiin kolmivaiheisesti. Aluksi pyydettiin arvioimaan kuntoutuksen koulutusohjelman antamat valmiudet kyseisiin toimintoihin, sitten lähihoitajan mahdollisuudet toteuttaa näitä valmiuksiaan työelämässä ja lopuksi omien valmiuksien, työpaikan toimintatapojen, käytettävissä olevan ajan tai avoimena kohtana jonkin muun tekijän joko *edistävä* tai *heikentävä* vaikutus näihin mahdollisuuksiin.

Koulutusohjelman antamista valmiuksista ja mahdollisuuksista käyttää niitä työelämässä kysyttiin Likertin 5-asteisella asteikolla varustetuilla monivalintakysymyksillä. Asteikon vaihtoehdot olivat kiitettävät - erittäin hyvät - hyvät - tyydyttävät - heikot. Analyysivaiheessa asteikko muutettiin kolmiasteiseksi, jolloin *kiitettävät* ja *erittäin hyvät* muodostivat uuden luokan *erittäin hyvät*, *hyvä* luokka säilyi ennallaan ja *tyydyttävät* ja *heikot* luokista muodostettiin luokka *heikot*.

Kyselylomakkeen lopussa oli kolme avointa kysymystä, joihin vastaamalla oli mahdollisuus tuoda esille, mitä vastaajan mielestä lähihoitajakoulutuksessa olisi tehtävä toisin työelämässä tarvittavien valmiuksien parantamiseksi sekä miten työelämän käytäntöjä muuttamalla kuntoutuksen koulutusohjelman antamat valmiudet tulisivat vielä tehokkaampaan käyttöön. Kolmannessa avoimessa kysymyksessä sai tuoda esiin vielä jotain muuta kuntoutuksen koulutusohjelmaan tai sen antamien valmiuksien työelämässä toteuttamiseen liittyvää. Avoimien täydentävien kysymysten katsottiin varmistavan tutkijalle vieraiden ja vastaajille merkittävien yksilöllisesti tärkeiden asioiden esille saaminen (Hirsijärvi ym. 2007, 196).

Kyselylomakkeen liitteenä lähetettiin lähihoitajille saatekirje (Liite 2), joka sisälsi täyttöohjeet ja jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja yhteystiedot sekä painotettiin vastaamisen tärkeyttä. Samoin osallistujien anonymiteetti sekä osallistumisen vapaaehtoisuus tuotiin selkeästi esille. Kirjeeseen, sekä myös muistutuskirjeeseen (Liite 3), liitettiin valmiiksi maksettu palautuskuori.

8.3.2 Kyselylomakkeen esitetaus

Esitetauksena kyselylomake annettiin kahden lähihoitajan – joista toinen oli kuntoutuksen koulutusohjelman suorittanut – täytettäväksi ja kommentoitavaksi. Samoin lomake annettiin kahden lähihoitajien koulutuksessa pitkän kokemuksen omaavan opettajan tarkastettavaksi ja kommentoitavaksi. Korjausehdotukset pyydettiin myös tutkimukseen osallistuvien koulujen yhteyshenkilöinä toimineilta opettajilta. Saatujen kommenttien pohjalta suoritettiin vielä korjauksia ja täsmennyksiä lomakkeeseen.

8.4 Tutkimuksen kulku

8.4.1 Aineistonkeruun vaiheet

Tutkimuksen aihe ja tutkimuskysymykset päätettiin lokakuussa 2008. Tutkimussuunnitelma, kyselylomake saatekirjeineen sekä tutkimuslupahakemus oppilaitoksille luotiin marras-joulukuussa niin, että tammikuussa 2009 kirjallinen materiaali oli valmiina. Opetushallitukseen ja tietosuojavaltuutetun toimistoon tehtiin lukuisia yhteydenottoja henkilösuojaan liittyvistä asioista. Niihin oppilaitoksiin, joiden kanssa ensisijaisesti haluttiin tehdä yhteistyötä, otettiin ensimmäiset yhteydenotot lokakuussa 2008. Yhteydenotot tehtiin puhelimitse ja sähköpostitse sekä oppilaitosten lähihoitajakoulutuksesta vastaaviin linjajohtajiin että oppilaitosten rehtoreihin. Linjajohtajien kanssa sovittiin tapaamisajankohdat tutkimuksen tarkempaa esittelyä varten. Oppilaitoksiin toimitettiin myös tutkimusta koskeva alustava kyselylomake oppilaitosten mahdollisesti haluamien muutosten huomioimiseksi.

Viralliset tutkimuslupahakemukset toimitettiin oppilaitoksiin tammikuun lopussa 2009. Yhden oppilaitoksen kanssa yhteistyöstä sovittiin jo syksyllä 2008, mutta kaksi muuta oppilaitosta eivät halunneet lähteä mukaan tutkimukseen. Niiden kieltäytyttyä aloitettiin yhteydenotot kahden muun oppilaitoksen kanssa ja heiltä saatiin myöntävät vastaukset. Tutkimukseen mukaan tulevien lähihoitajien nimilistat saatiin viimeistenkin oppilaitosten taholta maaliskuun alussa osoitetietojen päivitystä varten.

Osoitteiden päivitys ja muun materiaalin tulostaminen sekä materiaalin saattaminen postituskuntoon saatiin valmiiksi niin, että viimeiset kyselylomakkeet postitettiin toukokuun ensimmäisellä viikolla 2009. Kahden oppilaitoksen palautekuoret osoitettiin Jyväskylän yliopistoon ja yhdestä oppilaitoksesta valmistuneet palauttivat lomakkeen omaan oppilaitokseensa.

Niille, jotka eivät olleet vastanneet kolmen viikon kuluessa, lähetettiin muistutuskirje, jonka sisältö oli sama kuin alkuperäisen kuoren lisättyä muistutussaatteella. Vastauksia odotettiin kesäkuun puoliväliin, jolloin aloitettiin saatujen vastausten tallentaminen SPSS-ohjelmaan.

8.4.2 Tilastolliset menetelmät

Koodatuista palautetuista kyselylomakkeista tiedot tallennettiin SPSS-ohjelmaan. Avoimiin kohtiin kertyneet vastaukset luokiteltiin ja ryhmiteltiin ennen SPSS:ään kirjaamista. Viisiasteisille muuttujille luotiin lisäksi selventävät kolmiasteiset muunnokset. Aineiston analysoinnissa käytettiin kuvailevia tunnuslukuja kuten keskiarvoja, prosenttilukuja ja frekvenssejä.

9 TULOKSET

9.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Vastanneet olivat iältään 21-63 -vuotiaita keski-ään ollessa 33 vuotta. Noin kolmanneksella pohjakoulutuksena oli peruskoulu, toisella kolmanneksella lukio ja yhdellä kolmanneksella ammattikoulu tai jokin muu koulutus. Lähes 60 % vastanneista oli suorittanut lähihoitajan tutkintonsa nuorisolinjalla ja kahta lukuun ottamatta kaikki olivat suorittaneet kuntoutuksen koulutusohjelman perusopintojen yhteydessä.

Kaksi kolmasosaa tutkimukseen osallistuneista työskenteli sosiaali- ja terveysalalla ja heistä yli 80 % julkisella sektorilla. Ainoastaan kolmella vastanneista ei ollut tutkinnon suorittamisen jälkeistä sosiaali- ja terveysalan työkokemusta. Yksi heistä opiskeli, yksi oli työssä eri alalla ja yksi vuonna 2007 valmistunut oli työtön. Yhden vastaajan tiedot puuttuivat.

Vastaajista 90 %:lla asiakaskunnassa oli vanhuksia ja 60 %:lla pääasiassa vanhusikäisiä. Vain 10 % ilmoitti asiakaskuntansa koostuvan ainoastaan joko aikuisikäisistä tai lapsista ja nuorista. Keskeisimmiksi työtehtäviksi nimettiin perushoittoon, päivittäisissä toiminnoissa avustamiseen sekä lääkehoitoon liittyviä tehtäviä. Vain 5 % arvioi kuntoutuksen keskeisimmäksi työtehtäväkseen.

Työpaikkailmoituksissa ainoastaan yhden kohdalla oli haettu kuntoutuksen koulutusohjelman suorittanutta lähihoitajaa. Yleisimpänä nimikkeenä oli ollut lähihoitaja ja myös vanhan koulutusjärjestelmän nimikkeitä oli vielä käytössä. Tarkemmat taustatiedot käyvät ilmi taulukosta 1.

Taulukko 1. Tutkimushenkilöiden taustatiedot

<u>Ikä (keski-ikä 33)</u>			
Alle 30 v	65 %		
30v – 50v	26 %		
yli 50v	9 %		
<u>Pohjakoulutus</u>			
Peruskoulu	38 %		
Lukio	35 %		
Ammatillinen	25 %		
Muu	2 %		
<u>Koulutusmuoto</u>			
Nuorisokoulutus	58 %		
Aikuiskoulutus	26 %		
Oppisopimus	14 %		
Monimuoto	2 %		
<u>Työtilanne</u>			
Työssä	76 %		
Opiskelija	14 %		
Äitiyslomalla	5 %		
Työtön	3 %		
<u>Työkokemus vuosina</u>			
Sosiaali- ja terveysala			
Alle 2	21%		
2-5	59%		
Yli 5	20%		
Muu kuin sosiaali- ja terveysala			
Alle 2v	18%		
2-5v	39%		
yli5v	43%		
<u>Työala</u>			
Sos.- ja terv. jukinen sektori	52 %		
Sos.- ja terv. yksityinen sektori	16 %		
Muu kuin sos.-ja terv. ala	9 %		
Yrittäjä	3 %		
		<u>Työorganisaatio</u>	
		Palveluasuminen	29 %
		Kotipalvelu	27 %
		Terveyskeskus	15 %
		Vanhainkoti	12 %
		<u>Tehtävänimeke</u>	
		Lähihoitaja	67%
		Hoitaja	15%
		Yrittäjä	4%
		Kodinhoitaja, lastenhoitaja, päivähoitaja, ohjaaja, fysioterapeutti, lastenhoitaja	14%
		<u>Keskeisin työtehtävä</u>	
		Perushoito	44 %
		Avustaminen päivittäisissä toiminnoissa	26 %
		Lääkehuolto	14%
		Kuntoutus	5%
		<u>2. keskeisin työtehtävä</u>	
		Kuntoutus	25%
		Lääkehuolto	20%
		Perushoito	10%
		Ruokahuolto	8%
		<u>3. keskeisin työtehtävä</u>	
		Kuntoutus	
		Lääkehuolto	10%
		Sosiaalinen tukeminen	10%
		Asiakkaan asioiden hoito	10%
		<u>Asiakaskunnan ikärakenne</u>	
		Vanhuksia	58%
		Vanhuksia ja aikuisia	22%
		Aikuisia	6%
		Nuoria ja lapsia	4%
		Kaikenikäisiä	10%

9.2 Strukturoitujen kysymysten tulokset

Tähän kappaleeseen on nostettu tarkasteltaviksi keskeisimmät tulokset. Yksityiskohtaisemmin tulokset ovat tarkasteltavissa kuntoutuksen palvelujärjestelmässä toimimisen sekä sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn tukemisen osalta taulukossa 2 ja fyysisen toimintakyvyn osalta taulukossa 3. Alkuperäisen viisiportaisen asteikon mukaiset tulokset on esitetty kuvioina liitteessä 5.

9.2.1 Valmiudet ja mahdollisuudet toimia yhteistyössä muiden kuntoutusalan toimijoiden kanssa

Lähihoitajat kokivat *koulutukselta saamansa valmiudet tehdä yhteistyötä* muiden kuntoutusalan toimijoiden kanssa hyväksi. Ainostaan 14 % arvioi tämän osion valmiutensa heikoiksi. Sen sijaan lähes kolmasosan mielestä mahdollisuudet tehdä yhteistyötä työelämässä olivat heikot. Lähes kaikki arvioivat valmiuksiensa edistävän yhteistyömahdollisuuksia, mutta yli kolmannes katsoi työilmapiirin ja 80 % työhön käytettävissä olevan ajan heikentävän mahdollisuuksia yhteistyön tekemiseen (Taulukko 2).

Näkemyks *lainsäädännön noudattamiseen* saaduista valmiuksista erosi selvästi edellisistä lähes neljänneksen arvioidessa ne heikoiksi. Kuitenkin edellistä selvästi suurempi osuus katsoi työelämässä olevan vähintään hyvät mahdollisuudet toteuttaa näitä valmiuksia. Omien valmiuksien ei katsottukaan aivan yhtä vahvasti edistävän näitä käyttömahdollisuuksia. Työilmapiirin ja käytettävissä olevan ajan katsottiin heikentävän käyttömahdollisuuksia samoin kuin yhteistyö- ja kuntoutussuunnitelmaosioidenkin kohdalla.

Kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja toteuttamiseen koettiin saadun yhtä hyvät valmiudet kuin yhteistyön tekemiseen. Lähes 40 %:n mielestä työelämässä oli erittäin hyvät mahdollisuudet toteuttaa näitä valmiuksia, mutta yhtä suuri osuus katsoi toteuttamismahdollisuudet heikoiksi. Samaa suuruusluokka oleva osuus katsoi vallitsevan työilmapiirin heikentävän näitä mahdollisuuksia. Kolme neljännestä arvioi ajan samoin rajoittavaksi tekijäksi, kun taas omien valmiuksien edistävään vaikutukseen uskoi n. 90 %.

Taulukko 2. Kuntoutuksen koulutusohjelman antamat valmiudet ja valmiuksien käyttömahdollisuudet työelämässä palvelujärjestelmässä toimimisen sekä sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn tukemisen alueella (% vastanneista). (Tulokset viisiportaisina kts. liite 5.)

Valmius	Koulutuksen antamat valmiudet			Valmiuksien käyttömahdollisuudet työelämässä			Miten käyttömahdollisuuksiin (+ edistää, - heikentää)				vaikuttaa	
	Erittäin hyvät	Hyvät	Heikot	Erittäin hyvät	Hyvät	Heikot	Omat valmiudet		Työ-ilmapiiri		Aika	
							+	-	+	-	+	-
1.Yhteistyö	43	43	14	27	42	31	98	2	61	39	20	80
2.Lainsäädännön noudattaminen	32	45	23	28	50	22	84	16	69	31	25	75
3.Kuntoutussuunnitelman laatiminen ja toteuttaminen	46	38	16	38	23	38	89	11	64	36	27	73
4.Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen	52	45	4	48	42	10	98	2	87	13	38	62
5.Oikeaan asumismuotoon ohjaaminen	39	29	32	29	33	38	84	16	73	27	36	64
6.Ammatillisessa kuntoutusprosessissa tukeminen	36	36	28	21	32	47	78	22	64	36	31	69
7.Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen	60	25	15	57	30	13	91	9	84	16	29	71
8.Mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja kohtaaminen	25	49	25	53	28	19	89	11	78	22	33	67
9.Päihdeongelmaisten tunnistaminen ja hoitoonohjaus	17	43	41	20	35	46	73	27	59	41	23	77
Keskiarvo	39	39	22	36	35	29	87	13	71	29	29	71

9.2.2 Sosiaalisen toiminnan tukeminen ja edistäminen

Yli 95 % lähihoitajista arvioi *sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen* saadut valmiudet vähintään hyviksi ja vain 4 % luokitteli saamansa valmiudet heikoiksi. Tämä on koko tutkimuksen selkeästi vähiten heikoksi arvioitu valmius. Myös mahdollisuudet valmiuksien käyttämiseen työelämässä koettiin koko tutkimuksen parhaiksi vain 10 %:n pitäessä mahdollisuuksia huonoina. Lähes kaikki arvioivat omien valmiuksiensa edistävän taitojensa käyttömahdollisuuksia, samoin työilmapiirin koettiin tämän muuttujan kohdalla eniten edistävän valmiuksien käyttömahdollisuuksia (87 % vastanneista). Aika koettiin tässäkin osiossa mahdollisuuksia rajoittavana tekijänä (62 % vastanneista) (Taulukko 2).

Edellisestä poiketen niin ikään sosiaalisen toiminnan tukemiseen kuuluviin *oikeaan asumismuotoon ohjaamiseen* ja *ammattillisessa kuntoutusprosessissa tukemiseen* lähes kolmannes vastaajista koki saadun heikot valmiudet. Myös näiden valmiuksien käyttömahdollisuudet työelämässä todettiin ongelmallisiksi, kun lähes puolet ammatillisen kuntoutuksen ja yli kolmannes oikeaan asumismuotoon ohjaamisen kohdalla luokitteli toteuttamismahdollisuudet heikoiksi. Vaikka omat valmiudet kummankin muuttujan kohdalla koettiin enemmistön mielestä (n. 80 %) käyttömahdollisuuksia edistäviksi, sijoittuvat ne kuitenkin selvästi koko muuttujajoukon keskiarvon alapuolelle. Oikeaan asumismuotoon ohjaamisessa työilmapiirin ja ajan vaikutukset arvioitiin niukasti keskiarvojen edistävälle puolelle, kun taas ammatillisen kuntoutusprosessin kohdalla työilmapiirin vaikutuksen arvioinnissa jäätiin selvästi keskiarvon alapuolelle ja ajan suhteen liikuttiin keskiarvotuloksissa.

9.2.3 Psykkisen toiminnan tukeminen ja edistäminen

Lähihoitajista 60 % arvioi saaneensa koulutusohjelmalta erittäin hyvät valmiudet *tukea asiakkaidensa psyykkistä toimintakykyä*. Ainoastaan kaksi arvioitavaa valmiutta sijoittui erittäin hyvä -luokassa selvästi tämän edelle. Kuitenkin 15 % vastaajista koki saamansa valmiudet heikoiksi. Ainoastaan 13 % (tutkimuksen toiseksi alhaisin määrä) luokitteli valmiuksien käyttömahdollisuudet työelämässä heikoiksi. Tämä näkyi myös työilmapiirin arvioinnissa, jonka tutkimuksen korkeimpiin kuuluva osuus arvioi käyttömahdollisuuksia

edistäväksi. Omien valmiuksien koettu vahvuus ja käytettävissä olevan ajan vähyys tulivat korostetusti esille tälläkin osa-alueella (Taulukko 2).

Psyykkisen tukemisen koettuun vahvuuteen verrattuna *mielenterveyden häiriöiden sekä päihdeongelmaisten tunnistamiseen, kohtaamiseen ja hoitoon ohjaamiseen* liittyvät valmiudet koettiin ristiriitaisesti heikoiksi. Päihdeongelmien kohdalla yli 40 % (eniten kaikista osa-alueista) ja mielenterveyteenkin liittyen neljäsosa koki saamansa valmiudet heikoiksi. Mielenterveyteen liittyvien valmiuksien käyttömahdollisuudet työssä koettiin kuitenkin selvästi keskiarvoa harvemmin heikoiksi, kun taas päihdeongelmaisten kohdalla heikoiksi mahdollisuudet arvioi lähes puolet.

Mielenkiintoinen tulos oli, että heikoiksikin koetut mielenterveysongelmiin liittyvät valmiudet arvioitiin kuitenkin käyttömahdollisuuksia edistäväksi tekijäksi (lähes 90 % vastaajista). Työilmapiirin katsottiin suosivan mielenterveysongelmien tunnistamista ja kohtaamista keskiarvoa selkeästi useamman mielestä (78% vastaajista), kun taas päihdeongelmien tunnistamiseen ja kohtaamiseen liittyvien valmiuksien käyttöön ilmapiiri vaikutti yli 40 %:n mielestä heikentävästi. Yli kaksi kolmasosaa katsoi käytettävissä olevan ajan mahdollisuuksia rajoittavaksi tekijäksi.

9.2.4 Fyysisen toiminnan tukeminen ja edistäminen

Fyysisen toiminnan tukemisen ja edistämisen alueella nousi esiin kolme muuttujaa, jotka saivat vastanneilta lähihoitajilta hyvin samanlaiset arviot. *Fyysisen suorituskyvyn mittaukseen, fyysisen toimintakyvyn mittaukseen sekä liikkumisen apuvälineiden arviointiin, hankintaan ja opetukseen* liittyvät koulutusohjelman antamat valmiudet 90 % koki vähintään hyväksi. Noin 80 % arvioi myös mahdollisuutensa käyttää työssä näitä valmiuksia vähintään hyväksi. Lähes kaikki vastaajat kokivat omat valmiutensa ja yli 80 % työilmapiirin käyttömahdollisuuksia edistävinä tekijöinä ja ajanpuutteenkin keskiarvoa harvemmat katsoivat heikentävän näiden valmiuksien käyttömahdollisuuksia (Taulukko 3).

Koulutusohjelman koettiin antavan myös *terveyttä edistävän liikunnan ohjaamiseen* hyvät valmiudet (90 % vastaajista koki saaneensa vähintään hyvät valmiudet). Sen sijaan lähes puolet luokitteli mahdollisuutensa työssä toteuttaa näitä valmiuksiaan heikoiksi. Yli 90 %

mielsi vahvat valmiutensa niiden käyttömahdollisuuksia edistäväksi tekijäksi mutta yli kolmasosan mielestä työilmapiiri heikensi niiden käyttömahdollisuuksia, samoin melkein kahden kolmasosan mielestä aika.

Valmiudet arvioida päivittäisten apuvälineiden tarvetta arvioitiin hyväksi. Työilmapiirinkin koettiin tukevan selkeästi näitä toimintoja ja kaikki vastanneet pitivät omia valmiuksiaan käyttömahdollisuuksia tukevinä. Työilmapiirin valmiuksien käyttöä edistäväksi luokitteli koko tutkimuksen huomioon ottaen toiseksi suurin joukko vastaajia, ja vain tämän muuttujan kohdalla yli puolet arvioi aikatekijänkin käyttömahdollisuuksia edistäväksi.

Tämän osa-alueen heikoimmat koulutusohjelman antamat valmiudet koettiin saaduksi *hieronnassa* (21 % vastaajista) ja *fysikaalisten hoitojen* (38 % vastaajista) taitamisessa. Myös niiden käyttömahdollisuudet kuuluivat heikoimpien joukkoon ja fysikaalisten hoitojen kohdalla vain vähän yli puolet piti valmiuksiaan käyttömahdollisuuksia edistävänä tekijänä (hieronnassa kohdalla 80 %) fyysisen toimintakyvyn tukemisen alueen keskiarvon ollessa 90 %.

Tutkimuksen heikoimmat käyttömahdollisuudet työelämässä koettiin olevan *ryhmäliikunnan ohjaamisella*. 70 % arvioi ne heikoiksi, vaikka yli 80 % luokitteli koulutusohjelman antamat valmiudet hyväksi. Yli puolet määritteli työilmapiirin ja yli 70 % käytettävissä olevan ajan heikentävän ryhmäliikuntavalmiuksien käyttöä.

Heikkenevän tai heikentyneen toimintakyvyn kuntoutukseen koettiin saadun kaikkien muuttujien keskiarvon tasoiset valmiudet. Huomionarvoista on, että yli kaksikolmasosaa vastaajista koki omaavansa työelämässä heikot mahdollisuudet toimintakykyä edistävään kuntoutukseen. Yli neljäsosan mielestä työilmapiiri ei edistänyt ja yli puolien mielestä käytettävissä oleva aika heikensi kuntoutusmahdollisuuksia.

Mielenkiintoinen tulos oli, että kolmanneksen mielestä lähihoitajilla on heikot mahdollisuudet *käyttää anatomian ja fysiologian tietopohjaa* työssään, vaikka toisaalta 72 % vastaajista arvioi työilmapiirin tätä edistäväksi. Vastaus voi löytyä siitä, että 75 % vastanneista koki ajanpuutteen käyttöä rajoittavana tekijänä.

Taulukko 3. Kuntoutuksen koulutusohjelman antamat valmiudet ja valmiuksien käyttömahdollisuudet työelämässä fyysisen toimintakyvyn tukemisen osa-alueella (% vastaajista). (Tulokset viisiportaisina kts. liite 5.)

Valmius	Koulutuksen antamat valmiudet			Valmiuksien käyttömahdollisuudet työelämässä			Miten vaikuttaa käyttömahdollisuuksiin (+ edistää, - heikentää)					
	Erittäin hyvät	Hyvät	Heikot	Erittäin hyvät	Hyvät	Heikot	Omat valmiudet		Työ-ilmapiiri		Aika	
							+	-	+	-	+	-
1. Anatomian ja fysiologian tietopohjan käyttö kuntouttavan toiminnan suunnitteluun ja ohjaukseen	45	42	13	29	42	29	94	6	72	28	25	75
2. Fyysisen suorituskyvyn mittaaminen	55	34	11	40	43	17	100	-	83	17	40	60
3. Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen	70	21	9	45	32	23	98	2	74	26	43	57
4. Hieronnan käyttö osana kuntouttavaa hoitoa	38	41	21	17	28	55	80	20	44	56	20	80
5. Pintalämpö-, kylmä-, vesi- ja sähköhoitojen käyttö	25	38	38	11	6	83	57	43	30	70	14	86
6. Liikkumisen apuvälineiden tarpeen arviointi sekä avustaminen niiden hankinnassa ja käytön opettelussa	68	21	11	49	36	15	98	2	87	13	46	54
7. Päivittäisten henkilökohtaisten apuvälineiden tarpeen arviointi sekä avustaminen niiden hankinnassa ja käytön opettelussa	61	21	18	53	30	17	100	-	83	17	52	48
8. Terveystietä edistävän liikunnan ohjaaminen eri ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville	61	29	11	28	26	47	96	4	62	38	34	66
9. Ryhmäliikunnan ohjaaminen eri-ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville	55	27	18	17	13	70	93	7	44	56	28	72
10. Toimintakykyä heikentävistä vammoista ja sairauksista kärsivien kuntoutukseen osallistuminen	48	36	16	38	23	38	87	13	74	26	43	57
Keskiarvo	53	31	17	33	28	39	90	10	65	35	35	65

9.3 Avointen kysymysten vastaukset

9.3.1 Kuntoutuksen koulutusohjelmaan kohdistuneet toiveet

Avointen kysymysten vastauksissa 8 lähihoitajaa halusi vielä enemmän painotusta käytännön harjoittelulle. Toisaalta kuusi lähihoitajaa toi esille tarpeen yksittäisiin sairauksiin tai sairausryhmiin kohdistuvan teoriaopetuksen lisäämiseen. Koulutuksen painopisteen siirtämistä fyysisen toimintakyvyn painotuksesta psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn suuntaan esitettiin kuudessa vastauksessa. Neljässä vastauksessa toivottiin kuntoutuksellisen painotuksen lisäämistä kolmessa perusteellisempaa tutustumista apuvälineisiin.

Avoimia vastauksia värittäi voimakas tyytyväisyys kuntoutuksen koulutusohjelmaan. Tästä kertoi 12 vastaajan kommentit ”hyvästä, kattavasta, innostavasta, perusteellisesta, monipuolisesta jne.” koulutuksesta (Taulukko 4).

Taulukko 4. Lähihoitajien kuntoutuksen koulutusohjelmaan liittyviä toivomuksia ja kommentteja työelämävalmiuksien parantamiseksi

Toivomus/kommentti	esiintyminen kpl
Enemmän käytännön harjoittelua	8
Painotusta fyysiseltä alueelta psyykkiselle ja sosiaaliselle	6
Lisää sairauskohtaista teoriaopetusta	6
Lisää kuntoutuksellista painotusta	4
Perusteellisempaa tutustumista apuvälineisiin	3
Opetuksen ammattitaidon lisääminen ja päivittäminen	2
Tietoa työyhteisössä toimimisesta	1
Teoriaosuuden tiivistämistä ja tehostamista	1
Hoitajan ergonomiakoulutuksen tehostamista	1
Hyvä koulutus (monipuolinen, kattava, perusteellinen, innostava)	12

9.3.2 Työelämään kohdistuneet toiveet

Kuntoutuksen koulutusohjelman antamien valmiuksien käyttömahdollisuuksien lisäämiseksi lähihoitajat toivoivat eniten parannusta aika- ja työntekijäresursseihin (14 vastaajaa). Kuntouttavan työotteen korostamisen työyhteisöissä mainitsi yhdeksän lähihoitajaa. Kuntoutuksen koulutusohjelman ja sen antamien valmiuksien tuntemuksen koettiin työelämässä olevan heikko ja kahdeksan vastaajaa korosti tämän alueen tietouden lisäämisen tarvetta. Kuntoutuksen koulutusohjelman käyneiden lähihoitajien vakanssien lisätarpeen toi esille seitsemän vastaajaa. Koulutusohjelman mukaisten uusien kuntouttavien menetelmien koettiin aiheuttavan työkentällä voimakasta muutosvastarintaa ja kuudessa vastauksessa pidettiin tärkeänä tämän murtamista kuntouttavan työotteen ja muiden kuntoutuksellisten valmiuksien käytön tehostamiseksi. Viidessä vastauksessa haluttiin uuden lähihoitajan arvostuksen parantamista ja työhön perehdyttämisen tehostamista. Erityisesti hierontaa, fysikaalisiin hoitoihin ja ryhmävoimisteluun liittyen haluttiin neljässä vastauksessa tila- ja välineresurssien parantamista (Taulukko 5).

Taulukko 5. Yhteenveto lähihoitajien toimenpide-esityksistä, joilla kuntoutuksen koulutusohjelman antamat valmiudet saataisiin tehokkaampaan käyttöön työelämässä

Esitys	esiintyminen kpl
Aika- ja työntekijäresurssien parantaminen	14
Kuntouttavaa työtettä korostavan työkuulttuurin tehostaminen	9
Kuntoutuksen koulutusohjelman tunnettavuuden lisääminen	8
Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneiden lähihoitajien vakanssien perustaminen	7
Voimakkaan muutosvastarinnan murtaminen työmailla	6
Uuden lähihoitajan työhön perehdytys ja arvostuksen lisääminen	5
Puutteellisten tila- ja välineresurssien kohentaminen	4

10 POHDINTA

Tutkimuksen tekijä koki tutkimuksen tekemisen mielenkiintoisena haasteena. Fysioterapeuttina toimiminen kunnassa, jonka ikäpyramidi on pitkään jatkuneen maatalousjohtoisen elinkeinorakenteen takia alueensa vanhusvoittoisimpia, on avannut silmät näkemään sosiaali- ja terveyssektorin johdanto-osassakin kuvattuja tulevia uhkakuvia. Kuka hoitaa kasvavan vanhusten ja muiden toimintakykynsä kanssa kamppailevien kansalaisten joukon tulevaisuudessa? Lukumäärältään pieni fysioterapeuttien joukko ei pysty tätä jokaviikkoista - usein päivittäistäkin - tukemista suorittamaan. Tutustuminen lähihoitaja- koulutukseen tarjosi mahdollisuuden perehtyä voimavaraan, jolla on laaja kosketuspinta juuri siihen väestöosaan, jonka toimintakyky on alentunut tai uhattuna ja jonka tehokkaalla käyttämisellä esim. ikäihmisten toimintakykyä on mahdollista tukea elämän arjessa todella laajalla rintamalla.

Tämä herätti mielessä kysymykset, jotka pelkistyvät tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiksi. Millaiset valmiudet he ovat koulutuksessaan saaneet tukea ja edistää asiakkaidensa toimintakykyä? Hyödyntääkö työelämä täysipainoisesti heidän tämän sektorin ammattitaitonsa? Ja jos he eivät pysty tehokkaaseen kuntouttavan työotteen käyttöön työelämässä, johtuuko se koulutuksen puutteista, omista taidoista vai työilmapiiristä ja työelämän asenteista?

Tutkimus osoitti, että kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneet lähihoitajat kokevat saamansa koulutuksen pääsääntöisesti hyväksi, monipuoliseksi ja hyviä kuntoutuksellisia valmiuksia antavaksi. Sen sijaan näiden valmiuksien käytäntöön pano työelämässä tuntuu ongelmalliselta. Omat valmiudet koettiin tässäkin vahvoiksi, mutta noin kolmasosa - muutamissa toiminnoissa yli puolet - vastaajista koki työpaikan ilmapiirin heikentävän kuntoutuksellisten valmiuksien käyttöä. Yleisessäkin tiedossa olevat alan resurssien vähäisyydet tulivat tässäkin tutkimuksessa näkyviin: yli kaksi kolmasosaa vastaajista katsoi työhön käytettävissä olevan ajan heikentävän kuntoutuksellisten valmiuksien käyttöä työelämässä.

10.1 Menetelmät

Tähän tutkimusasetelmaan sopivaa valmista kyselylomakkeen mallia ei ollut saatavissa, joten lomake luotiin tätä tutkimusta varten. Lähteinä käytettiin teoksia ”Tutki ja kirjoita” (Hirsijärvi ym. 2007), ”Kysymisen taito” (Ahola ym. 2002) sekä ”Tilastolliset analyysimenetelmät”-kurssimateriaaleja (Pahkinen 2007) ja muiden terveystalalla toteutettujen kyselytutkimusten kyselylomakkeita. Kyselylomakkeen arvioitsijoina ja esitestaajina toimineilta alan opettajilta ja lähihoitajilta saatiin parannusehdotuksia, joilla lomakkeen ymmärrettävyys parani. Vastauslomakkeiden tarkastelu antoi viitteitä, että vastaajilla oli silti joidenkin kysymysten kohdalla ymmärtämisvaikeuksia. Tähän viittasi näiden osioiden muita osiota runsaammat vastaamatta jättämiset ja muutamassa vastauksessa kommentti: ”En ymmärtänyt kysymystä.” Kyselylomakkeen suunnitteluun ja laajempaan testaukseen olisi tämän perusteella ollut syytä.

Vastaavaa tutkimusta sosiaali- ja terveystalan peruskoulutuksen kuntoutuksen koulutusohjelman antamista kuntoutuksellisista valmiuksista ja valmistuneiden työelämässä olevien lähihoitajien mahdollisuuksista toteuttaa koulutuksessa saamaansa erityisosaamista ei ole suoritettu aiemmin. Kuitenkin kysymyksessä on oleellinen tieto koulutuksen järjestäjille koulutusta kehitettäessä. Tätä taustaa vasten tutkimuksen tekijän yllätti osassa oppilaitoksia otettu kielteinen kanta tutkimuksen suorittamiseen. Ehkä yksittäisen opettajaopiskelijan ilman taustalla olevaa merkittävää vaikuttajatahoa on vaikea vakuuttaa oppilaitoksia, joille tutkimuspyyntöjä satelee suuret määrät. Tutkimus olisikin ehkä ollut parempi sijoittaa osaksi jotain laajempaa tutkimuskokonaisuutta, jolloin vakuuttavuus oppilaitosten silmissä olisi noussut. Lähihoitajille tutkimus tarjosi mahdollisuuden arvioida omaa koulutustaan ja työelämäänsä ja siten tuoda oman panoksensa oman ammattialansa kehittämiseen.. Tämän huomioon ottaen toisen yllätyksen tarjosi alhaiseksi jäänyt vastausprosentti (33 %).

Vastausprosenttia olisi voitu ehkä nostaa vielä uudella muistutuskirjeellä. Ensimmäinen muistutuskirje tuotti kuitenkin enää 17 uutta vastausta, joten odotettavissa ei olisi ollut enää vastausprosenttia oleellisesti nostavaa määrää uusia vastauksia. Toisaalta kyselylomakkeesta muodostui melko laaja, ja se saatettiin kokea liian työlääksi täyttää. Tutkimuskysymysten vähentäminenkin olisi mahdollistanut suppeamman kyselylomakkeen, mutta kysymysten koettiin muodostavan kattavan kuvan ilmiöstä ja siksi niistä muodostettiin näinkin laaja kokonaisuus. Vastausprosentin alhaisuus vähentää selvästi tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä sekä myös mielekkyyttä käyttää laajemmin erilaisia tilastollisia

menetelmiä, mutta toisaalta saatujen vastausten homogeenisuus valtaosassa kysymyksiä tukee tulosten luotettavuutta. Vastauksia tuli myös kaikista ikäluokista, tasaisesti eri pohjakoulutuksen saaneilta ja eri työorganisaatioissa toimivilta. Menetelmänä postikysely oli tavoitettava joskin yhteystietopäivityksineen myös työläs. Tutkimuksessa mukana olevista oppilaitoksista valmistuneista lähihoitajista vain kaksi yhteystietonsa salannutta jäi tavoittamatta.

10.2 Koulutuksen antamat valmiudet

Lähihoitajien käsityksiä koulutukselta saamistaan valmiuksista leimaa tyytyväisyys. Yli puolet vastaajista koki saaneensa kaikista 19:sta tutkimukseen otetusta koulutusohjelman kokonaisuudesta vähintään hyvät valmiudet ja kahdeksasta kokonaisuudesta erittäin hyvät valmiudet. Ainoastaan kahden teeman kohdalla yli kolmannes lähihoitajista arvioi saaneensa heikot valmiudet (päihdeongelmaisten tunnistaminen ja hoitoonohjaus sekä pintalämpö-, kylmä, vesi- ja sähköhoitojen käyttö). Fyysisen toimintakyvyn tukemisen alueella koulutuksen antamien valmiuksien kokeminen erittäin hyväksi ja hyväksi korostui. Yli 60 % vastaajista koki saaneensa erittäin hyvät valmiudet mitata toimintakykyä, arvioida, avustaa ja ohjata liikkumisen ja päivittäisiin apuvälineisiin liittyvissä asioissa sekä terveyttä edistävän liikunnan ohjaamisessa yksilöille. Ryhmänohjaukseenkin yli 80 % arvioi valmiutensa vähintään hyväksi. Perusvalmiudet fyysistä toimintakykyä ylläpitävään kuntouttavaan toimintaan koetaan siis selkeästi vahvoiksi. Valtaosa vastaajista arvioi myös valmiutensa tukea psyykkistä toimintakykyä ja sosiaalista toimintakykyä hyväksi.

Luvut kertovat selkeästi kokemuksen vahvasta valmiudesta kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemiseen. Myös Matti Vuorensyrjän (Vuorensyrjä 2006) lähihoitajakyselyn aineisto vahvistaa lähihoitajien yleisen myönteisen kokemuksen koulutuksen tuottamista valmiuksista. Perälä ym. (2006) arvioivat ”Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito” eli PALKO –tutkimushankkeen aineistoihin perustuvassa artikkelissaan kotihoidon henkilöstön työtä ja hyvinvointia. Arvioidessaan ammattitaitoaan valtaosa (64-86 %) kotihoidon henkilöstöstä katsoi omaavansa melko tai erittäin hyvät tiedot kotihoidon hoitokäytännöistä. Heikoimmat tiedot he arvioivat omaavansa (vain 41-61 %:n mielestä hyvät/erittäin hyvät) mielenterveyspalveluista, omaishoitajien tukimuodoista ja sosiaalietuuksista. Ikääntymisen vaikutuksista seksuaalisuutta ja lääkkeiden vaikutusmekanismeja lukuun ottamatta 60-89 %

katsoi omaavansa vähintään melko hyvät tiedot. Ikääntyvien hoitotyössä tarvittavat taidot kotihoiton henkilöstö arvioi hallitsevansa vähintään melko hyvin prosenttiluvun vaihdella taidoittain 71-94 prosenttiin (kohtaaminen, yhteistyö asiakkaiden kanssa, ongelmanratkaisu, hoitopäätökset, asiakaslähtöinen suunnittelu, ohjaus, toimenpiteiden hallinta, kirjaus, etiikkaan liittyvät, hoidon/palvelun arviointi).

Sari Eskola kysyi pro gradu -tutkimuksessaan erikoissairaanhoidossa työskenteleviltä lähihoitajilta heidän valmiuksiaan työskennellä erikoissairaanhoidossa (Eskola 2008). Kyselyssä oli mukana yhdeksän erilaisen hoitotilanteen toimintojen valmiudet (eritystoiminnot, ravinto ja ruokailutoiminnot, verenkiertotoiminnot, hengitystoiminnot, verenvuototoiminnot, lämmönsäätelytoiminnot, kivunlievitystoiminnot ja lääkehoitotoiminnot), jotka koostuivat kukin 3-8 muuttujasta. Yleinen arvio näiden muuttujien valossa oli, että koulutus oli antanut hyvät valmiudet erikoissairaanhoidon tehtäviin. Kuitenkin 12 muuttujan kohdalla yli puolet vastaajista arvioi hallitsevansa ko. toimenpiteet vain tyydyttävästi tai heikosti. Yhdeksän muuttujan kohdalla yli 80 % vastaajista arvioi valmiutensa vähintään hyväksi. Tämän tutkimuksen kuntoutuksellisiin valmiuksiin verrattuna osaamisen kokeminen oli siis vähän alemmalla tasolla, mutta tuki yleisilmeistä hyviä valmiuksia antavasta koulutuksesta. Tutkimus nosti esiin kuitenkin tosiasian, että - huolimatta koulutuksen hyviä valmiuksia antavasta yleisilmeestä - löytyy osa-alueita, joilla taidot jäävät heikoiksi. Samoin yksilöiden ja koulutusohjelmien väliltä löytyi merkittäviä eroja Toisessa gradu-tutkimuksessa (Nykopp 2006) tutkittiin lähihoitajaopiskelijoiden verenpainemittaustaitoja. Opiskelijoista 48 % arvioi hallitsevansa verenpaineenmittauksen hyvin, 33 % keskinkertaisesti ja 19 % heikosti. Havainnoinnin perusteella opiskelijoiden taidot arvioitiin ja 29 % katsottiin selviytyvän hyvin, 57 % keskinkertaisesti ja 14 % heikosti. Tästä vedettiin johtopäätös, että koulutus ei ollut antanut kaikille riittäviä valmiuksia, vaan lisäharjoittelua tarvittiin. Löydettiin kuitenkin yhteys harjoittelun tuoman osaamisen kokemuksen ja toisaalta oman todellisen osaamisen välille eli opiskelijat varsin luotettavasti tunnistivat oman osaamisensa.

Edellä olevat gradu -tutkimukset eivät kuvaa toimintoja, jotka ovat tyypillisiä kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneille lähihoitajille. Kuitenkin ne ilmentävät perustaitoja, joita esim. hoidon ja huolenpidon koulutusohjelmassa opetetaan lähihoitajan perustaitoina samoin kuin kuntoutuksen erityiosaamista kuntoutuksen koulutusohjelmassa ja kertovat siis siitä yleisestä tasosta, jolla asioita opitaan ja osataan lähihoitajakoulutuksessa. Vertailukohteen puuttuessa

kuntoutuksen koulutusohjelman käyneiden saamista tiedoista ja taidoista joudutaan tämän tutkimuksen tuloksia vertailemaan muuhun lähihoitajakoulutukseen.

Mielenkiintoinen ero koetuissa valmiuksissa on psyykkisen toimintakyvyn tukemisen sekä mielenterveyden häiriöiden tunnistamisen ja kohtaamisen ja päihdeongelmaisten tunnistamisen ja hoitoon ohjaamisen välillä. Lähihoitajat kokivat valmiutensa tukea psyykkistä toimintakykyä vahvoiksi, mutta valmiutensa tunnistaa, kohdata ja ohjata hoitoon edellä mainittuja huomattavan heikoiksi. Ristiriitaan on vaikea löytää yksiselitteistä syytä, mutta taustalla voi olla yleisesti vaikeana pidetty puuttuminen päihde- ja mielenterveysongelmaisten asioihin. Psykkinen tukeminen on voitu käsittää enemmän ”yleisluontoiseksi” henkiseksi tukemiseksi sellaisten henkilöiden kohdalla, joilla ei päihde- ja mielenterveysongelmia esiinny. Asiaan vaikuttaa todennäköisesti myös se, että kuntoutuksen koulutusohjelma painottaa ajallisesti selkeästi enemmän fyysisen toimintakyvyn tukemista verrattuna psykososiaalisen toimintakyvyn tukemiseen. Tämä on perusteltuakin, koska mielenterveys ja päihdetyöllä on oma koulutusohjelmansa, jossa tähän alueeseen perehdytään syvemmin. Suuntautumisensa mukaisesti opiskelija voi koulutuksessa valita itselleen sopivan koulutusohjelman tai suorittaa vaihtoehtoisesti myös useamman koulutusohjelman ammattitaitonsa laajentamiseksi.

Mielenterveys- ja päihdetyö havaittiin ongelmalliseksi jo Sosiaalialan osaajat 2015-loppuraportissa (Vuorensyrjä ym. 2006). Se ilmeni lähihoitajien vastauksissa kysymykseen ”Mitä lähihoitajakoulutukseen sisältyi liian vähän?” sekä ”Millä osaamisalueilla arvioit juuri tällä hetkellä tarvitsevasi lisä- tai täydennyskoulutusta?” Mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvät kommentit olivat yleisiä näillä molemmilla alueilla. Sen sijaan mielenterveys- ja päihdetyöalaan liittyviä kommentteja ei juuri esiintynyt kysyttäessä ”Mitä lähihoitajakoulutukseen sisältyi liian paljon?”

Sosiaali- ja terveysministeriö linjasi Päihdepolitiikan laatusuosituksissaan (2002), että päihdeiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin vastataan kaikilla palvelujen tasoilla mahdollisimman varhain ja tarjotaan aktiivisesti tietoa, tukea ja apua. Näin menetellään erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa, kuten sosiaalityössä, työ-, opiskelija-, koulu- ja muussa perusterveydenhuollossa sekä äitiysneuvoloissa. Tämä linjaus painottaa päihdetyön valmiuksien tarpeellisuutta myös lähihoitajan ammattitaidossa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassaan (2009) sosiaali-terveysministeriö luokitteli yhdeksi

merkittäväksi kehityskohteeksi mielenterveys- ja päihdetyön alueella koulutuksen sisältöjen uudelleenarvioinnin. Suunnitelman mukaan sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteinen työryhmä määrittelee mielenterveystyön opetuksen minimisisällöt. Ne sisällytetään päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla peruskoulutuksen opetusohjelmiin.

Näiden päätösten taustalla lienee havahtuminen koko väestön tasolla tapahtuneeseen sekä mielenterveys- että päihdeongelmien jatkuvaan lisääntymiseen. Erityisesti lähihoitajien ammattikuntaa vahvasti työllistävien ikääntyneiden alkoholinkulutus on ollut voimakkaassa nousussa. Raittiiden eläkeläisten määrä on vähentynyt. Vuonna 2007 23 % miehistä ja 46 % naisista ilmoitti olevansa raittiita. Luvuissa on laskua vuoden 1985 lukuihin miehillä yli 10 % ja naisilla lähes 20 %. Sekä miesten viikoittain 8 ravintola-annosta että naisten 5 ravintola-annosta käyttävien osuus on ollut keskimäärin jatkuvassa nousussa kaikissa eläkeläisikäryhmissä yli 80 -vuotiaita lukuun ottamatta (Mielenterveys- ja päihde-suunnitelmassaan 2009, Laitalainen ym. 2008, 9-10). Myös tämän työn mielenterveys- ja päihdetyön toimintaympäristön kuvauksen yhteydessä kiinnitettiin huomiota mielenterveys- ja päihdeongelmien lisääntymiseen (kts. kappale 7.2).

Kaarinan kaupunki (2008) on listannut kotihoidon päihdeongelmaisen hoidossa kohdattavia ongelmia: ongelmia hygienian hoidossa, ravitsemuksessa, lääkehuollon toteuttamisessa, sairaanhoidon onnistumisessa, asioiden hoidossa sekä kodin siisteyteen ja pyykkihuoltoon liittyvissä arjen askareissa. Ongelmat johtavat haasteisiin. Auttaminen on usein turhauttavaa, epämiellyttävää, pelottavaa, henkisesti ja fyysisesti raskasta. Päihtyneen asiakkaan lääkehoitoa ei voi toteuttaa ohjeitten mukaan ja sairaanhoito pitkittyy tai ei onnistu. Kotihoidon työmenetelmillä voidaan vaikuttaa asiakkaan juomiskäyttäytymiseen vain hyvin rajallisesti. Haasteisiin vastaaminen vaatii työalan kehittämistä: lähihoitajakoulutukseen tulee lisätä päihdeosaamista ja tietoa hoitoon ohjaamisesta sekä iäkkäiden kanssa työskentelevän henkilöstön valmiuksia tunnistaa ja ottaa puheeksi ikääntyvien päihteiden käyttö. Tarvitaan verkostoitumista, hoitoketjun yhteistyötä ja palveluohjauksellista työtettä sekä lisää mielenterveys- ja päihdetyöhön suuntautuneita työntekijöitä. Nämä toimenpide-ehdotukset vastannevat hyvin kentältä tulevia vaatimuksia.

10.3 Valmiuksien toteuttamismahdollisuudet

Verrattaessa lähihoitajien kokemusta valmiuksistaan suhteessa mahdollisuuksiinsa toteuttaa valmiuksiaan työelämässä ei ole näkyvissä selkeää yhdenmukaisuutta. Yhdeksän erittäin hyviksi koetun valmiuden kohdalla viidessä tapauksessa myös mahdollisuudet käyttää valmiuksia työssä arvioitiin selkeästi keskimääräistä paremmiksi ja neljän kohdalla taas selkeästi heikoiksi. Vastaavasti esimerkiksi mielenterveyshäiriöiden kohdalla valmiudet koetaan listan heikoimmiksi mutta mahdollisuudet toteuttaa valmiuksia keskiarvoa paremmiksi. Tämä osoittaa, ettei kysymyksessä ole ilmiö, jossa hyvät valmiudet automaattisesti tuottavat mahdollisuudet hyvin toteuttamismahdollisuuksiin ja päinvastoin.

Oikeaan asumismuotoon ja ammatilliseen kuntoutukseen liittyvät heikot valmiuksien toteuttamismahdollisuudet selittyvät vastanneiden työorganisaatioita tarkasteltaessa. Kotihoidon asiakkaiden kohdalla voidaan asumismuotoa lähihoitajienkin toimesta vielä joutua arvioimaan, mutta vanhainkodeissa ja tuetun asumisen piirissä olevien asumisolot on jo järjestelty, samoin useimmiten myös terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkaiden kohdalla. Samoin työura valtaosalla näiden palvelujen piirissä olevilta on jo ohi. Sen sijaan fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutumisen tukemisen pitäisi olla tehokkaimmillaan mahdollisimman itsenäisen toimintakyvyn säilyttämiseksi mahdollisimman pitkään kalliin ja paljon resursseja sitovan laitoshoidon tarpeen vähentämiseksi.

Toteuttamismahdollisuuksissa huomiota herättääkin useampi erityisesti fyysisen toimintakyvyn tukemisen alueella oleva korkea heikkoja mahdollisuuksia kuvaava arvo. Huonoimmat toteuttamismahdollisuudet koko listassa koetaan olevan terveyttä edistävän liikunnan ohjaamisessa sekä hieronnassa ja fysikaalisissa hoidoissa. Lähes 40 % vastaajista kokee mahdollisuutensa osallistua kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja toteuttamiseen heikoiksi. Yli kolmannes kokee myös osallistumismahdollisuudet toimintakykyä heikentävistä prosesseista kärsivien kuntoutukseen sekä kolmasosa yhteistyömahdollisuutensa muiden kuntoutuksen alan toimijoiden kanssa heikoiksi. Tämä kokemus saa tukea myös Routasalon (Routasalo2002) ja Longin ym. (2002) artikkeleista (kappale 6.1) heidän todetessaan hoitajien ammattiryhmän heikot vaikutusmahdollisuuden kuntoutuksen suunnittelun yhteydessä. Kuitenkin kuntouttavan työotteen tunnuspiirteinä on juuri suunnitelmallinen ja moniammatillinen, kuntoutujan voimavaroista lähtevä toimintakyvyn

tukeminen, johon fyysisellä alueella oleellisesti liittyy suorituskyvyn tukeminen erilaisten liikunnallisten toimintojen avulla (Routasalo & Lauri 2001).

Fyysisen toimintakyvyn tukemisen alueen valmiuksien käyttömahdollisuudet koetaan heikoiksi, vaikka liikunnan ja liikunnallisen kuntoutuksen positiivinen merkitys ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn on selkeästi todennettu alan tutkimuksissa. Ennusteen mukaan Suomessa ilmenee vuonna 2010 n. 8700 lonkkamurtumaa. Murtuman saaneet naiset ovat keskimäärin 80-vuotiaita ja miehet 75-vuotiaita. Kolmannes lonkkamurtumista tapahtuu laitoksissa, 19 % pitkäaikaisessa laitoshoidossa (Käypä hoito- suositus 2006). Käypähoitosuosituksen mukaan yli 20 % murtumapotilaista kuolee ensimmäisen vuoden aikana ja n. 30 % joutuu pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Ensimmäisen vuoden hoitokustannukset ovat n. 13.000 € ja niiden kohdalla, jotka jäävät laitoshoitoon yli 32.000 €. 90 % murtumista tapahtuu kaatumisen seurauksena. Tutkimukset osoittavat liikunnan merkittävän ennaltaehkäisevän vaikutuksen kaatumisiin ja lonkan murtumiin. Esim. Carterin ja kumppanien (2001) 13 tutkimusta käsittäneen katsauksen 9 tuoreinta tutkimusta osoitti tasapainoharjoitteita sisältävän voima, kestävyys ja liikkuvuusharjoittelun vähentävän merkittävästi lonkkamurtuman riskiä. Karinranta ym. (2006) osoittivat tutkimuksessaan, että iäkkäiden naisten toimintakyvyn heikkenemistä ja luuston haurastumista voidaan ehkäistä yhdistetyllä, ryhmässä suoritettulla ketteryys-tasapaino-voima -harjoittelulla. Samalla lihasvoima kasvaa, tasapaino kehittyy ja itse koettu toimintakyky vahvistuu. Rubenstein ym. (2000) osoittivat tutkimuksessaan toimintakyvyltään heikentyneiden ikääntyneiden miesten fyysisen toimintakyvyn, kävelykyvyn ja alaraajojen lihasvoiman parantuvan ja kaatumisriskin pienevän ryhmässä tapahtuvan voima-, kestävyys-, ketteryys- ja tasapainoharjoittelun tuloksena.

Kuten tässä tutkimuksessa jo aiemminkin on todettu, lähihoitajan työn luonteelle on tyypillistä pitkät hoitosuhteet ja viikoittaiset - jopa päivittäiset - kontaktit asiakkaisiin, joilla useimmiten on ongelmia toimintakykynsä kanssa. Erityisesti kuntoutuksen erityisosaamista omaavat lähihoitajat voisivat näin mahdollisesti (edellisiin tutkimuksiin viitaten) jopa vain 5-10 minuutin päivittäisillä harjoitteilla tukea ja edistää asiakkaidensa toimintakykyä ja ennaltaehkäistä sen heikkenemistä joko iän tai esim. kaatumistapaturmien seurauksena.

10.4 Valmiuksien käyttämiseen vaikuttavat tekijät

Lähihoitajilta kysyttiin kolmen eri tekijän vaikutusta mahdollisuuksiin toteuttaa kuntoutuksen erityisosaamistaan työelämässä. Fyysisen toimintakyvyn tukemisen alueella on merkille pantavaa, että kahta valmiutta lukuun ottamatta (hieronta 80 % ja fysikaaliset hoidot 57 %) n. 90-100 % vastaajista kokee omat valmiutensa käyttömahdollisuuksia edistäviksi tekijöiksi. Palvelujärjestelmässä toimimisen sekä sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvynkin alueilla kahta valmiutta lukuun ottamatta yli 80 % lähihoitajista koki omat valmiutensa käyttömahdollisuuksia edistävinä. Mielenkiintoista oli, että mielenterveys- ja päihdeongelmaistenkin kohdalla suhteellisen suuresta valmiudet heikoiksi kokevien määrästä (25 % ja 41 %) huolimatta 89 ja 73 % vastanneista kokivat omat valmiutensa käyttömahdollisuuksia lisäävinä tekijöinä. Nämä huomiot vahvistavat edelleen pohdinnan alkupuolella todettua lähihoitajien käsitystä hyvästä ja monipuolisesti valmiuksia antavasta koulutuksesta.

Työilmapiirin ei koettu tukevan toimintaa yhtä tehokkaasti kuin omien valmiuksien. Kuitenkin 2/3 vastanneista koki sen valmiuksien käyttömahdollisuuksia edistäväksi tekijäksi. Selkeä poikkeus on hieronnan, fysikaalisten hoitojen ja ryhmäliikunnan ohjaamisessa, joiden kohdalla yli puolet koki työilmapiirin valmiuksien käyttöä heikentävänä tekijänä. Vahvimmin työilmapiirin koettiin tukevan suorituskyvyn mittausta, apuvälineisiin liittyvää toimintaa sekä psykososiaalisen toiminnan tukemista.

Työhön käytettävän ajan keskimäärin 2/3 vastaajista arvioi heikentävän valmiuksien käyttömahdollisuuksia. Ainoastaan apuvälineiden kohdalla enemmistö ei luokitellut aikaresursseja toimintamahdollisuuksia heikentäväksi tekijäksi. Ylivoimaisesti eniten ajanpuutteen koettiin heikentävän juuri hieronnan ja fysikaalisten hoitojen käyttöä, ryhmäliikunnan ohjaamista sekä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa.

Ajanpuute ja jatkuva kiire koettiin laajemminkin alan ongelmaksi Vuorensyrjän (2006) raportissa. Paitsi että se heikentää lähihoitajien mahdollisuuksia toteuttaa valmiuksiaan, se vaikuttaa myös haitallisesti koko työilmapiiriin ja uhkaa hukuttaa yhden tärkeimmistä alalle hakeutumisen syistä ja motivaation lähteistä: asiakkaan ja työntekijän aidon, inhimillisen, aktuaalisen vuorovaikutuksen, lähihoitajan aidon läsnäolon tilanteessa.

Kettunen (2010) tutki gradu-tutkimuksessaan kotihoitotyössä kuntouttavan työotteen toteutumista. Kotihoidon työntekijöitä oli koulutettu valtakunnallisen ”Voima- ja tasapainoharjoittelu ikääntyneen kotona asumisen tukena” (Voitas) -projektin yhteydessä ohjaamaan voima- ja tasapainoharjoitteita kotonaan asuvien ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn tukemiseksi. Tulos osoitti, että harjoitteita ei käyttänyt kuin pieni osa koulutuksen saaneista ja hekin epäsäännöllisesti tai satunnaisesti. Kotihoidon työntekijöiden selitys tälle oli, ettei heillä ollut työssään aikaa eikä resursseja harjoitteiden toteuttamiseen. Myös asiakkaiden huono kunto ja haluttomuus, työyhteisön yhdessä asettamien tavoitteiden puute (työilmapiiri ei tue kuntouttavan työotteen käyttöä riittävän napakasti) sekä asiantuntemuksen puute vähensivät kuntouttavan työotteen käyttämistä. Edellä mainitussa Perälän ym. (2006) aineistossakin liiallinen työmäärä henkilöstöön nähden arvioitiin työvälineiden ja työtilojen epätarkoituksenmukaisuuden sekä henkilöstön vaihtuvuuden ohella eniten asiakkaan hoitoa ja palveluita haitanneeksi tekijäksi. Liiallisen työmäärän aiheuttama haitta painottui muihin nähden 2-3 kertaisena.

Ristiriita kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneiden lähihoitajien valmiuksien, liikunnan tuottamien monipuolisten positiivisten vaikutusten ja toisaalta liikunnan ja liikunnallisen kuntoutumisen ohjaamisen heikkojen mahdollisuuksien välillä on ilmeinen. Kettusen (2010) toteamus lisäresurssien tarpeesta ja yhteisesti asetetuista tavoitteista ja niihin sitoutumisesta pysyvien ja yhteisten toimintatapojen luomiseksi kuntouttavan työotteen käytön edistämiseksi onkin aiheellinen.

Lähihoitajien itsensä arvioimina valtaosa ammattikuntaa on saanut koulutuksessaan erittäin hyvät tai vähintään hyvät valmiudet työnsä tekemiseen. Sen sijaan työelämässä näiden valmiuksien käyttöä vaikeuttaa useimpien tehtävien kohdalla työilmapiiri, joka ei tue mahdollisuuksia toteuttaa kuntoutuksen koulutusohjelman tuottamaa erityisosaamista. Samoin työaikaressit rajoittavat näitä mahdollisuuksia. Lähihoitajat viittaavat avoimissa vastauksissaan työorganisaatioonsa, jonka puitteissa ei ole totuttu kyseisenlaisiin kuntouttaviin toimenpiteisiin tai kuntouttavista toimenpiteistä vastaavat muut ammattikunnat.

Tämä lienee perinnettä sosiaali- ja terveysalan 1990-luvun suuren koulutuksen muutosprosessin jäljiltä. Aiemmin tämän koulutusasteen kuntoutustarpeeseen vastaava koulutus oli kuntahoitajan koulutus. Tämän jatkajaksi ei perustettu omaa koulutusohjelmaa, vaan toisaalta kuntouttavat toimenpiteet hajautettiin muihin koulutuskokonaisuuksiin

kuntouttavan työtteen nimellä ja toisaalta ulkoistettiin lähihoitajilta fysioterapeuteille ja kuntohoitajille (Sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen...1991, Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon... 1993, Heinonen 1998). Varsinainen syventävämpi kuntoutuskoulutus alkoi vasta vuoden 2001 opetussuunnitelman perusteiden tultua voimaan, jolloin kuntoutus sai oman koulutusohjelmansa (Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto... 2001). Näin koulutusjärjestelmästä puuttui lähes vuosikymmenen ajan selkeästi eriytynyt kuntoutusopetus. Vuorenmaa ja Räisänen (1997, 253-254) toteavatkin tutkimuksessaan opiskelijoiden vaikeuden arvioida kuntoutukseen liittyvän osaamisen merkitystä lähihoitajan työssä, vaikka koulutuksen suunnittelun perustana oli ollut laaja-alainen, kuntouttava, ennalta ehkäisevä, asiakkaan resursseista lähtevä toiminta (Sosiaali- ja terveystieteiden kouluasteen... 1992). Tähän perustuen voi myös päätellä, ettei työelämä ole tottunut odottamaan lähihoitajilta syvempää kuntoutusalan tietämystä ja taitoja.

Edelliseen liittyen tässä tutkimuksessa työnantajat eivät vastanneiden lähihoitajien kohdalla ole yhtä poikkeusta lukuun ottamatta hakeneet työsuhteeseen kuntoutuksen koulutusohjelman (eivätkä nimeltä mainiten minkään muunkaan koulutusohjelman) suorittaneita lähihoitajia vaan työpaikat ovat olleet avoinna lähihoitaja- tai hoitaja -nimikkeillä. Tämän aineiston perusteella työnantajat eivät osaa hakea - tai eivät ainakaan hae - kuntoutuksen erityisosaamisella varustettuja lähihoitajia työntekijöikseen. Vuorenmaa ja Räisänen (1997, 250) viittaavat - vaikei viittaus koskekaan kuntoutuksen koulutusohjelman tuottamaa osaamista, koska koulutusohjelmaa ei tuolloin vielä ollut - myös tähän lähihoitajien uuden osaamisen ja työelämän ”tilauksen” kohtaamattomuuteen. Heidän mukaansa joissain tarjolla olevissa palveluissa ei ole tapahtunutkaan sellaisia muutoksia, jotka olisivat edistäneet uuden osaamisen tarvetta. Koulutus oli heidän mukaansa jo tuolloin tuottanut palvelurakenteen painopisteen tavoitellun muutoksen suuntaista osaamista. Nähtävästi tilanne ei tässä suhteessa ole vielääkään muuttunut.

10.5 Tutkimuksen herättämiä kysymyksiä ja jatkotutkimuskohteita

Työilmapiiri tuntuu tukevan ja antavan mahdollisuuksia psykososiaalisen toimintakyvyn tukemiseen ja fyysisen toimintakyvyn arviointiin sekä menetetyn fyysisen toimintakyvyn kompensoimiseen erilaisin apuvälinein. Sen sijaan kuntoutumisen suunnittelulta ja siihen liittyvältä yhteistyöltä ja fyysisen toimintakyvyn aktiiviselta edistämiseltä puuttuu

työelämässä sekä aikaresursseja että myönteistä asennetta. Samoin koulutusohjelman suorittaneiden lähihoitajien valmiuksia hoitaa kipuja ja toimintakykyä hieronnan ja fysikaalisten hoitojen avulla ei juurikaan käytetä hyväksi.

Tämä herättää kysymyksiä. Ensinnäkin: eikö kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneiden lähihoitajien ilmeisen hyviä ja monipuolisia valmiuksia osata tai haluta hyödyntää työelämässä? Haluttomuus vaikuttaa epätodennäköiseltä resurssien tuhlaukselta. Entä tietääkö työelämä, mitä koulutusohjelman suorittanut lähihoitaja osaa? Avointen kysymysten vastauksissa viitattiin tähän vastaajien painottaessa koulutuksen tuottaman ammattitaidon tunnettavuuden lisäämisen tärkeyttä työelämän suuntaan. Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneiden koulutusohjelman ja työelämään sijoittumisen kohtaamiselle ei ole tutkittua vertailukohtaa. Ilmiöön yleensä eli em. kohtaavuuteen koulutusohjelmien ja työhön sijoittumisen suhteen kiinnittää huomiota myös Matti Vuorensyrjä Sosiaalialan osaajat 2015-loppuraportissa (Vuorensyrjä ym. 2006). Tähän hankkeeseen sisältyvän Lähihoitaja 2004 – kyselyn aineistosta käy ilmi, että vuonna 2004 työelämässä olleista lähihoitajista noin 35 % ei sijoittunut suorittamansa koulutusohjelman mukaiselle työalalle. Tämä vastaamattomuus vaihteli vanhustyön 8:sta mielenterveys- ja päihdetyön 60 %:iin. Yksiselitteistä syytä Vuorenmaa ei aineistonsa pohjalta voinut osittaa, mutta viittasi myös mahdollisesti sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa oleviin ongelmiin lähihoitajien mieltymyksien ja työn eri aloilla olevan erilaisen houkuttelevuuden lisäksi.

Toinen kysymys liittyy työilmapiiriin. Koulutuksessa painotetaan kuntouttavan työotteen tärkeyttä koko koulutuksen ohjenuorana ja kuntoutuksen koulutusohjelma tarjoaa vielä kuntoutumisen tukemiseen erityisosaamista. Samoin sosiaali- ja terveysministeriötä myöten painotetaan varhaisen puuttumisen tärkeyttä toimintakyvyn säilyttämisessä sekä yleensä toimintakykyä tukevaa ja edistävää kuntoutuksellista otetta työssä kaikenikäisten mutta erityisesti kasvavan ikääntyvien joukon parissa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus... 2006). Onko hoitokäytäntöjen muuttaminen jäänyt paperille eikä ole siirtynyt hoito- ja hoivatyön käytäntöihin? Tähän viittaa myös avoimien kysymysten vastaukset vaatimalla kuntouttavaa työotetta korostavan työkuulttuurin tehostamista ja voimakkaan muutostarinnan murttamista työelämässä.

Kolmas kysymys koskee työhön käytettävissä olevia aika- ja työntekijäresursseja. Jos aikaa ja työvoimaa on vain perustarpeisiin eli ravintoon, hygieniaan ja lääkitykseen liittyvien

välttämättömien toimenpiteiden suorittamiseen, ei ole aikaa eikä mahdollisuuksia toteuttaa toimintakyvyn säilyttämiseen ja edistämiseen tähtääviä toimenpiteitä, vaikka koulutukselliset valmiudet antaisivat siihen mahdollisuuden. Onko kysymys kokonaan väärin mitoitetuista resursseista vai onko osatekijänä esim. lähihoitajien ammattitaidon puute työnsä organisoinnissa?

Neljäs kysymys käsittelee koulutuksen ja työelämän vastuunjakoja uusien käytäntöjen käyttöönotossa. Onko koulutus tehnyt työelämälle selkeästi tiettäväksi, millaisilla valmiuksilla varustettuja työntekijöitä se tuottaa? Onko koulutus onnistunut käyttämään opetusmenetelmiä, jotka mahdollistavat tiedon muuntautumiskelpoisuuden käytännön taidoiksi? Tai onko työelämän tarpeet otettu riittävästi huomioon koulutusta suunniteltaessa? Noudattaako työelämä sosiaali- ja terveyshallinnon ohjeistusta tuottaessaan alan palveluja? Kuka on vastuussa tämän ketjun mistäkin osasta?

Kysymyksiä on paljon enemmän kuin selkeitä vastauksia. Tämä tarkoittaa, että jatkotutkimuksilta ei puutu aiheita. Tutkimuksen tarpeesta kertoo sekin, ettei kuntoutuksen koulutusohjelman tuottamasta osaamisesta ja ammattitaidosta ole olemassa aiempia tutkimuksia. Meneillään oleva Opetushallituksen työ opetussuunnitelman perusteiden uusimiseksi toteutetaan ainakin tämän koulutusohjelman kohdalla ilman oppimistuloksista tehtyjä tieteellisiä kriteereitä täyttäviä tutkimuksia. Toki työryhmässä on monipuolisesti alan toimijoita ja tietoja kerätään eri tahoille suunnatuilla lausuntokierroksilla.

Tätä tutkimusta luettaessa on otettava huomioon, että se perustuu alalla työskentelevien lähihoitajien subjektiivisiin mielipiteisiin. Tämä on toisaalta tutkimuksen vahvuus, mutta myös heikkous siinä mielessä, että työelämän edustajan ja asiakaskunnan arvio työntekijän valmiuksista ja ammattitaidosta puuttuu. Tämäkin on yksi mahdollinen näkökulma jatkotutkimukselle.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhteenvetona voidaan todeta, että lähihoitajat arvioivat kuntoutuksen koulutusohjelmalta **saamansa kuntoutukselliset valmiudet** pääasiassa vähintään hyväksi lukuun ottamatta päihdeongelmaisten tunnistamisen ja hoitoon ohjauksen ja fysikaalisten hoitojen käytön alueita.

Parhaat **mahdollisuudet valmiuksien käyttöön** katsottiin olevan sosiaalisen sekä psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa, apuvälineisiin liittyvissä toiminnoissa ja suorituskyvyn mittauksissa. Sen sijaan fyysistä toimintakykyä ylläpitävien ja edistävien, hierontaa ja fysikaalisiin hoitoihin liittyvien valmiuksien käyttömahdollisuudet koettiin heikoiksi.

Vastaajat katsoivat **omien valmiuksiensa edistävän** kuntoutuksen erityisosaamisen käyttömahdollisuuksia työssään lukuun ottamatta fysikaalisten hoitojen antamista, ammatillisessa kuntoutusprosessissa tukemista ja päihdeongelmaisten tunnistamista ja hoitoonohjausta.

Työilmapiirin koettiin **edistävän** sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa, mielenterveyden häiriöiden tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa, suorituskyvyn mittauksessa ja apuvälinetoiminnoissa tarvittavien valmiuksien käyttömahdollisuuksia. Enemmistö katsoi työilmapiirin **heikentävän** hieronnan, fysikaalisten hoitojen ja liikunnan ohjauksen valmiuksien käyttömahdollisuuksia.

Työhön käytettävissä olevan **ajan** enemmistö vastanneista katsoi **rajoittavan** valmiuksiensa käyttömahdollisuuksia kaikkien teemojen kohdalla.

Loppupäätelmänä voidaan todeta, että ainakin tähän tutkimukseen liittyvän aineiston perusteella lähihoitajan - myös kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneen lähihoitajan - työpanos käytetään pääasiassa perushoitoon, asiakkaiden avustamiseen päivittäisissä toiminnoissa ja lääkehoidon toteuttamiseen. Varsinaiseen asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseen ja edistämiseen resursseja ei näytä riittävän. Erityisesti fyysisen toimintakyvyn tukeminen kuntoutuksellisin menetelmin koetaan sekä työelämän ilmapiirin että aikaresurssien puutteen takia ongelmalliseksi. Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittaneiden

lähihoitajien hyväksi koetut kuntoutukselliset valmiudet jäävät näin ollen pitkälti hyödyntämättä.

LÄHTEET

Ahola A, Godenhjelm P, Lehtinen M. Kysymisen taito, Surveylaboratorio lomaketutkimusten kehittämisessä. Tilastokeskuksen katsauksia 2002. Helsinki: Tilastokeskus 2002.

Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki, 2007

Carter N, Kannus P, Karim M. Exercise in the Prevention of Falls in Older People: A Systematic Literature Review Examining the Rationale and the Evidence. Sports Med 2001; 31 (6): 427-438.

Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Stakes, työpapereita 3/2006

Engeström Y. Expansive learning: toward an activity-theoretical reconceptualization. . Teoksessa Jarvis P. (toim) The theory and practice of teaching. 2. painos, Oxon, Routledge, 2006,53-73.

Eskola S. Lähihoitajan hoidolliset valmiudet työskennellä erikoissairaanhoidossa. Hoitotieteen pro gradu-työ. Kuopion yliopisto 2008.

Hakkarainen, K. 2001. Oppiminen osallistumisen prosessina. Aikuiskasvatus 2/20, 84-98.

Heinonen O-P, Valtiopäivät 1998. Kirjallinen kysymys 955 Tarja Kautto: Sosiaali- ja terveydenhuollon lähihoitajien jatkokoulutuksesta. VEPS-tunnus KK 955/1998 vp.

Hirsijärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi 2007.

Hokkanen H, Häggman-Laitila A, Eriksson E. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 2006;1:12-21.

Holopainen A. Alkoholiongelmät. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus.2. painos. Helsinki: Duodecim, 210-225.

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedote 7.6.2006.

Jarvis P. 2006 Practic-based and problem-based learning. Teoksessa Jarvis P. (toim) The theory and practice of teaching. 2. painos, Oxon, Routledge, 2006, 147-156.

Järvikoski A, Lauri S. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. 2.painos. Helsinki. Duodecim 2008: 80-93

Kaarinan kaupunki. Ikääntyneiden päihdeongelmaisten palvelupolku Kaarinassa.[elektroninen lähde] luotu 3.3.2008 [viitattu 18.6.2010]
http://www.kaarina24.fi/paihde/julkaisut/ikaantuneiden_palvelupolku.pdf.

Kansallinen ammattiosaamisen näyttöaineisto, sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Helsinki; Opetushallitus 2005.

Karinranta S, Heinonen A, Sievänen H, Uusi-Rasi K, Pasanen, Ojala K, Fogelholm M, Kannus P. A multi-component exercise regimen to prevent functional decline and bone fragility in home-dwelling elderly women: randomized, controlled trial. Osteoporosis International. 2007; 18 (4) 2007: 453-462.

Keskinen K. Fyysisen kunnon testaaminen. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U (toim) Liikuntalääketiede, 3. painos. Helsinki; Duodecim 2005: 102-131.

Kettunen R. Voima ja tasapainoharjoittelu ikääntyneiden kotona asumisen tukena – kuntouttavan työtteen toteutuminen kotihoitotyössä Voitas - koulutuksen jälkeen. Terveystieteiden pro gradu-työ. Jyväskylän yliopisto 2010.

Kuusela M, Hupli M, Johansson K, Routasalo P, Eloranta S. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede 2010; 22 (2): 96-107.

Käypähoito-suositus. [Elektroninen lähde] Päivitetty 16.6.2010 [Viitattu 16.06.2010]
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/hoi50040>.

Laitalainen E, Helakorpi S, A Uutela. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14 / 2008. Helsinki 2008.

Lasonen J. Työpaikat oppimisympäristöinä: työpaikkajohtajien, opiskelijoiden, työpaikkaohjaajien ja opettajien arviot Silta-hankkeen (2+1) kokemuksista. Helsinki: Opetushallitus 2001.

Lehtonen J, Lönnqvist J. Mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim) Psykiatria. 5.painos. Helsinki: Duodecim 2007, 26-32.

Liikunta. Käypä hoito –suositus. Suomen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediayhdistyksen asettama työryhmä [Elektroninen lähde] 8.10.2008 [viitattu 12.08.2010] WWW.kaypahoito.fi

Liikuntalaki 1054/1998

Long A, Kneafsey R, Ryan J, Berry J. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. Journal of Advanced Nursing 2002; 37: 70-78.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Nykopp L. Valmistuvien lähihoitajaopiskelijoiden verenpaineen mittaustaidot. Lääketieteellisen tiedekunnan pro gradu-työ. Tampereen yliopisto 2006.

Oja P. Terveyskunto ja sen mittaaminen. Teoksessa Vuori I, Taimela S, Kujala U (toim) Liikuntalääketiede, 3. painos. Helsinki; Duodecim 2005: 92-101.

Paatero H, Lehmijoki P, Kivekäs J, Ståhl T. Kuntoutusjärjestelmät. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim,2008 31-50.

Pahkinen E. Tilastolliset analyysimenetelmät, osa II. Tilastomenetelmien opetusmoniste. Jyväskylän yliopiston tilastotieteen laitos 2007.

Partanen A. Päihdepalvelujärjestelmä. Raportissa Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. THL-avauksia 16/2010, Helsinki.

Peltomäki M, Silvennoinen H. Työssäoppimisen pedagogiset mallit ammatillisessa peruskoulutuksessa. Helsinki; Opetushallitus 2003.

Perälä ML, Grönroos E, Sarvi A. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportti 2006;8.

Pylkkänen K, Moilanen I. Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim,2008, 167-190.

Päihdehuoltolaki 41/1986

Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki; opetusministeriö 2002.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2008. SVT Sosiaaliturva Helsinki: THL <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihide/Paihdetilastollinen2009.pdf> 10.8. 2010.

Rissanen P. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim 2008, 625-646.

Routasalo P, Lauri S. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 2001; 3: 207-216.

Routasalo P.. Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjinä. Gerontologia 2002; 3: 109-119.

Routasalo P, Wagner L, Virtanen H. Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. Scand J caring Sci 2004; 18: 220-228.

Rubenstein LZ. Josephson KR. Trueblood PR. Loy S. Harker JO. Pietruszka FM. Robbins AS. Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*. 55(6):M317-21, 2000 Jun.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen, uudistamistyöryhmän väliraportti. sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:1.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982.

Sosiaali ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6

Sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen uudistaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen koulutusrakennetta selvittäneen työryhmän muistio 1991:32.

Helsinki; Opetushallitus 1991.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusjärjestelmästä annettu laki 733/1992.

Sosiaali- ja terveysalan kouluasteen opetussuunnitelman perusteet. Helsinki; Opetushallitus 1992.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon opetussuunnitelman valtakunnalliset perusteet. Helsinki; Opetushallitus 1993.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet, Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma, lähihoitaja. Opetushallituksen määräys 7/011/2001. Helsinki; Opetushallitus 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ministeriön esite. [Elektroninen lähde] luotu 27.3.2009 [viitattu 12.8.2010] <http://www.stm.fi/stm>

KYSELYLOMAKE

I TAUSTATIEDOT (ympyröi sopivat vaihtoehdot ja/tai kirjoita viivalle)

1. Sukupuoli

- 1 Nainen
- 2 Mies

2. Syntymävuosi 19_____

3. Pohjakoulutuksesi

- 1 Peruskoulu
- 2 Lukio
- 3 Ammatillinen koulutus, mikä _____
- 4 Jokin muu, mikä _____

4. Milloin valmistuit lähihoitajaksi

Vuonna _____

5. Suorititko kuntoutuksen koulutusohjelman

- 1 Perusopintojen yhteydessä
- 2 Myöhemmin, milloin? Vuonna 200__.

6. Opiskelitko

- 1 Nuorisokoulutuslinjalla
- 2 Aikuiskoulutuslinjalla
- 3 Oppisopimuksella
- 4 Monimuoto-opetuksessa
- 5 Jollain muulla tavalla, millä _____

7. Tämänhetkinen työtilanteesi (ympyröi/rastita sopivat vaihtoehdot)

- 1 Työskentelen sosiaali- ja terveysalalla julkisella tai yksityisellä sektorilla (rastita).
- 2 Työskentelen muulla kuin sosiaali- ja terveysalalla.
- 3 Olen työtön
- 4 Muu, mikä _____

8. Työkokemuksesi

- 1 Sosiaali- ja terveysalalla yhteensä ___ vuotta
- 2 Sosiaali- ja terveysalalla kuntoutuksen koulutusohjelman suorittamisen jälkeen ___ vuotta
- 3 Muulla kuin sosiaali- ja terveysalalla yhteensä ___ vuotta

9. Missä organisaatiossa työskentelet? (esim.kotipalvelu, vanhainkoti, terveyskeskus, sairaala, kuntoutuslaitos...)

10. Mikä on virka-/tehtävänimikkeesi

11. Nimeä tärkeysjärjestyksessä kolme keskeisintä työtehtävääsi (1.= tärkein)

1. _____

2. _____

3. _____

12. Asiakkaidesi/potilaidesi ikärakenne (Ympyröi tarvittaessa useampi)

1 vauvaikäisiä

2 lapsia

3 nuoria

4 aikuisia

5 vanhuksia

13. Hakiessasi nykyiseen työpaikkaasi, työpaikkailmoituksessa haettiin (ympyröi sopivin vaihtoehto, mikäli olet työelämässä)

1 Kuntoutuksen koulutusohjelman suorittanutta lähihoitajaa

2 Muun koulutusohjelman suorittanutta lähihoitajaa

3 Lähihoitajaa, jonka koulutusohjelmaa ei eritelty

4 Työpaikkailmoituksessa oli jokin muu nimeke kuin lähihoitaja

Jos muu niin mikä _____

II TOIMINTA KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

14. Millaiset valmiudet kuntoutuksen koulutusohjelma antoi sinulle

(Ympyröi sopivin vaihtoehdoista 1-5)

	Kiitettävät	Erittäin hyvät	Hyvät	Tyydyttävät	Heikot
1. Toimia yhteistyössä muiden kuntoutusalan toimijoiden kanssa	5	4	3	2	1
2. Toimia noudattaen kuntoutusalan lainsäädäntöä	5	4	3	2	1
3. Kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja toteuttamiseen	5	4	3	2	1

15. Millaiset mahdollisuudet sinulla on työssäsi

(Ympyröi sopivin vaihtoehdoista 1-5)

	Kiitettävät	Erittäin hyvät	Hyvät	Tyydyttävät	Heikot
1. Toteuttaa yhteistyötä muiden kuntoutusalan toimijoiden kanssa (esim. sosiaalitoimi, terveystoimi, työvoimatoimi, Kela, opetustoimi).	5	4	3	2	1
2. Toteuttaa kuntoutusalan lainsäädännön velvoitteita.	5	4	3	2	1
3. Osallistua kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja toteuttamiseen .	5	4	3	2	1

16. Miten seuraavat asiat (1.-4.) mielestäsi vaikuttavat mahdollisuuksiisi työssäsi

(ympyröi sopivat vaihtoehdot)

	Edistää	Heikentää
1. Toteuttaa yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa		
1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

2. Toteuttaa kuntoutusalan lainsäädännön velvoitteita

	Edistää	Heikentää
1. Omat taidolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

3. Osallistua kuntoutussuunnitelmien tekemiseen ja noudattamiseen

	Edistää	Heikentää
1. Omat taidolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

III PSYKKISEN TOIMINNAN TUKEMINEN JA EDISTÄMINEN**17. Millaiset valmiudet kuntoutuksen koulutusohjelma antoi sinulle**
(Ympyröi sopivin vaihtoehdoista 1-5)

	Kiitettävät	Erittäin hyvät	Hyvät	Tyydyttävät	Heikot
1. Arvioida asiakkaan psyykkistä toimintakykyä ja toimia sen vahvistamiseksi.	5	4	3	2	1
2. Tunnistaa ja kohdata erilaisia mielenterveyden häiriöitä	5	4	3	2	1
3. Kohdata ja ohjata hoitoon päihdeongelmaisia asiakkaita	5	4	3	2	1

18. Arvioi, millaiset mahdollisuudet sinulla on työssäsi
(Ympyröi sopivin vaihtoehdoista 1-5)

	Kiitettävät	Erittäin hyvät	Hyvät	Tyydyttävät	Heikot
1. Arvioida asiakkaan psyykkistä toimintakykyä ja toimia sen vahvistamiseksi	5	4	3	2	1
2. Tunnistaa ja kohdata erilaisia mielenterveyden häiriöitä	5	4	3	2	1
3. Kohdata ja ohjata hoitoon päihdeongelmaisia asiakkaita	5	4	3	2	1

19. Miten seuraavat asiat (1.-4.) mielestäsi vaikuttavat mahdollisuuksiisi työssäsi (ympyröi sopivat vaihtoehdot)

1. Arvioida asiakkaan psyykkistä toimintakykyä ja toimia sen vahvistamiseksi

	Edistää	Heikentää
1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

2. Tunnistaa ja kohdata erilaisia mielenterveyden häiriöitä

	Edistää	Heikentää
1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

3. Kohdata ja ohjata hoitoon päihdeongelmaisia asiakkaita

	Edistää	Heikentää
1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

IV SOSIAALISEN TOIMINNAN TUKEMINEN JA EDISTÄMINEN**20. Millaiset valmiudet kuntoutuksen koulutusohjelma antoi sinulle**
(Ympyröi sopivin vaihtoehdoista 1-5)

	Kiitettävät	Erittäin hyvät	Hyvät	Tyydyttävät	Heikot
1. Tukea asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ja estää hänen syrjäytymistään	5	4	3	2	1
2. Ohjata asiakasta hänelle sopivaan asumismuotoon (esim. oma asunto, välimuotoinen asuminen, laitos)	5	4	3	2	1
3. Ohjata asiakasta ammatillisen kuntoutuksen prosessissa	5	4	3	2	1

21. Arvioi, millaiset mahdollisuudet sinulla on työssäsi
(Ympyröi sopivin vaihtoehdoista 1-5)

	Kiitettävät	Erittäin hyvät	Hyvät	Tyydyttävät	Heikot
1. Tukea asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ja estää hänen syrjäytymistään	5	4	3	2	1
2. Ohjata asiakasta hänelle sopivaan asumismuotoon (esim. oma asunto, välimuotoinen asuminen, laitos)	5	4	3	2	1
3. Ohjata asiakasta ammatillisen kuntoutuksen prosessissa	5	4	3	2	1

22. Miten seuraavat asiat (1.-4.) mielestäsi vaikuttavat mahdollisuuksiisi työssäsi
(ympyröi sopivat vaihtoehdot)

1. Tukea asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ja estää hänen syrjäytymistään

	Edistää	Heikentää
1. <i>Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
2. <i>Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
3. <i>Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
4. <i>Jokin muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

2. Ohjata asiakasta hänelle sopivaan asumismuotoon

	Edistää	Heikentää
1. <i>Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
2. <i>Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
3. <i>Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
4. <i>Jokin muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

3. Ohjata asiakasta ammatillisen kuntoutuksen prosessissa

	Edistää	Heikentää
1. <i>Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
2. <i>Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
3. <i>Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
4. <i>Jokin muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

V. FYYSISEN TOIMINNAN TUKEMINEN JA EDISTÄMINEN

23. Millaiset valmiudet kuntoutuksen koulutusohjelma antoi sinulle (Ympyröi sopivien vaihtoehtoja 1-5)

	Kiitettävät	Erittäin hyvät	Hyvät	Tyydyttävät	Heikot
1. Käyttää anatomian ja fysiologian tietopohjaa asiakkaan kuntouttavan toiminnan suunnitteluun ja ohjaukseen.	5	4	3	2	1
2. Arvioida ja mitata asiakkaan fyysisistä suorituskykyä. (verenkierto-, hengitys-, tuki- ja liikuntaelimestön toiminta).	5	4	3	2	1
3. Testata asiakkaan fyysistä toimintakykyä (liikkuminen, tasapaino, selviäminen päivittäisistä toiminnoista).	5	4	3	2	1
4. Käyttää hierontaa osana kuntouttavaa hoitoa	5	4	3	2	1
5. Käyttää pintalämpö-, kylmä-, vesi- ja sähköhoitoja (TNS)	5	4	3	2	1
6. Arvioida asiakkaan liikkumisen apuvälineiden tarvetta sekä auttaa asiakasta niiden hankinnassa ja käytön opettelemisessa.	5	4	3	2	1
7. Arvioida asiakkaan päivittäisten henkilökohtaisten apuvälineiden tarvetta sekä auttaa niiden hankinnassa ja käytön opettelemisessä.	5	4	3	2	1
8. Ohjata eri ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville henkilöille terveysttä edistävää liikuntaa.	5	4	3	2	1
9. Ohjata eri ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville ryhmäliikuntaa	5	4	3	2	1
10. Osallistua niiden asiakkaiden kuntoutukseen, jotka kärsivät toiminta kykyä heikentävistä vammoista tai sairauksista (esim. aivoinfarktin jälkitilat, parkinson, lonkkamurtumien ja tekonivelleikkausten jälkitilat, nivelrikot)	5	4	3	2	1

24. Arvioi, millaiset madollisuudet sinulla on työssäsi
(Ympyröi sopivien vaihtoehtojen numerot 1-5)

	Kiitettävät	Erittain hyvät	Hyvät	Tyydyttävät	Heikot
1. Käyttää anatomian ja fysiologian tietopohjaa asiakkaan kuntouttavan toiminnan suunnitteluun ja ohjaukseen.	5	4	3	2	1
2. Arvioida ja mitata asiakkaan fyysisistä suorituskykyä. (verenkierto-, hengitys-, tuki- ja liikuntaeläimistön toiminta).	5	4	3	2	1
3. Testata asiakkaan fyysisistä toimintakykyä (liikkuminen, tasapaino, selviäminen päivittäisistä toiminnoista).	5	4	3	2	1
4. Käyttää hierontaa osana kuntouttavaa hoitoa	5	4	3	2	1
5. Käyttää pintalämpö-, kylmä-, vesi- ja sähköhoitoja (TNS)	5	4	3	2	1
6. Arvioida asiakkaan liikkumisen apuvälineiden tarvetta sekä auttaa asiakasta niiden hankinnassa ja käytön opettelemisessa.	5	4	3	2	1
7. Arvioida asiakkaan päivittäisten henkilökohtaisten apuvälineiden tarvetta sekä auttaa niiden hankinnassa ja käytön opettelemisessä.	5	4	3	2	1
8. Ohjata eri ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville henkilöille terveyttä edistävää liikuntaa.	5	4	3	2	1
9. Ohjata eri ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville ryhmäliikuntaa	5	4	3	2	1
10. Osallistua niiden asiakkaiden kuntoutukseen, jotka kärsivät toimintakykyä heikentävistä vammoista tai sairauksista (esim. aivoinfarktin jälkitilat, parkinson, lonkkamurtumien ja tekoniivelleikkausten jälkitilat, nivelrikot)	5	4	3	2	1

25. Miten seuraavat asiat (1.-4.) mielestäsi vaikuttavat mahdollisuuksiisi työssäsi (ympyröi sopivat vaihtoehdot)

1. Käyttää anatomian ja fysiologian tietopohjaa asiakkaan kuntouttavan toiminnan suunnitteluun ja ohjaukseen.

	Edistää	Heikentää
1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

2. Arvioida ja mitata asiakkaan fyysistä suorituskykyä (verenkierto-, hengitys-, tuki- ja liikuntaelimestön toiminta).

	Edistää	Heikentää
1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

3. Testata asiakkaan fyysistä toimintakykyä (liikkuminen, tasapaino, selviäminen päivittäisistä toiminnoista).

	Edistää	Heikentää
1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet	2	1
2. Työpaikan toimintatavat	2	1
3. Käytettävissä oleva aika	2	1
4. Jokin muu tekijä	2	1

Mikä

4. Käyttää hierontaa osana kuntouttavaa hoitoa

	Edistää	Heikentää
<i>1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
<i>2. Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
<i>3. Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
<i>4. Jokin muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

5. Käyttää pintalämpö-, kylmä-, vesi- ja sähköhoitoja (TNS)

	Edistää	Heikentää
<i>1. Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
<i>2. Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
<i>3. Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
<i>4. Jokin muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

6. Arvioida asiakkaan liikkumisen apuvälineiden tarvetta sekä auttaa asiakasta niiden hankinnassa ja käytön opettelemisessa.

	Edistää	Heikentää
1. <i>Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
2. <i>Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
3. <i>Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
4. <i>Jokin muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

7. Arvioida asiakkaan päivittäisten henkilökohtaisten apuvälineiden tarvetta sekä auttaa niiden hankinnassa ja käytön opettelemisessä.

	Edistää	Heikentää
1. <i>Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
2. <i>Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
3. <i>Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
4. <i>Jokin muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

8. Ohjata eri ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville henkilöille terveyttä edistävää liikuntaa.

	Edistää	Heikentää
1. <i>Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
2. <i>Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
3. <i>Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
4. <i>Jokin muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

9. Ohjata eri ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville ryhmäliikuntaa.

	Edistää	Heikentää
1. <i>Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
2. <i>Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
3. <i>Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
4. <i>Jokien muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

10. Osallistua niiden asiakkaiden kuntoutukseen, jotka kärsivät toimintakykyä heikentävistä vammoista tai sairauksista (esim. aivoinfarktin jälkitilat, parkinson, lonkkamurtumien ja tekonivelleikkausten jälkitilat, nivelrikot).

	Edistää	Heikentää
1. <i>Omat tiedolliset ja/tai taidolliset valmiudet</i>	2	1
2. <i>Työpaikan toimintatavat</i>	2	1
3. <i>Käytettävissä oleva aika</i>	2	1
4. <i>Jokien muu tekijä</i>	2	1
<i>Mikä</i>		

VI AVOIMET KYSYMYKSET

1. Mitä mielestäsi koulutuksessa olisi tehtävä toisin lähihoitajan työelämässä tarvittavien valmiuksien parantamiseksi?

2. Miten työelämässä olisi mielestäsi toimittava toisin, että kuntoutuksen koulutusohjelman antamat valmiudet tulisivat vielä tehokkaampaan käyttöön?

3. Jotain muuta kuntoutuksen koulutusohjelmaan ja sen antamien valmiuksien toteuttamiseen työelämässä liittyvää, jonka haluat tuoda esille.

Hyvä kuntoutuksen koulutusohjelman suorittanut lähihoitaja!

(Kyseisen oppilaitoksen nimi) toimeksiannosta suoritetaan kyselytutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää **kuntoutuksen koulutusohjelman lähihoitajille antamia valmiuksia sekä näiden valmiuksien käyttöä työelämässä**. Samalla kartoitetaan kuntoutuksen koulutusohjelman käyneiden lähihoitajien sijoittumista työelämään. Kyselytutkimuksen tuloksena saadaan tärkeää, lähihoitajien omaan arvioon perustuvaa tietoa, jota voidaan käyttää niin koulutuksen kuin työelämäkäytäntöjenkin kehittämiseen.

Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Haluan kuitenkin korostaa, että **juuri sinun arviosi ja kokemuksesi on tärkeä** palaute, jota sekä koulutusjärjestelmä että työelämä tarvitsevat kehittyäkseen. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä eikä henkilöllisyytesi tule esille missään tutkimuksen vaiheessa.

Tutkimuksen suorittaja (allekirjoittanut) on terveystieteiden opettajaopiskelija, joka opiskelee Jyväskylän yliopistossa ja tekee tutkimuksen opinnäytetyönään (pro gradu). Vastaamalla olet myös tällä tavalla tukemassa terveysalan koulutusta.

Kyselylomakkeen kysymykset noudattavat opetussuunnitelman mukaista teemoittelua. Jokaisen teeman alueella kysymykset jakaantuvat kolmeen ryhmään, joissa kysytään mielipidettäsi siitä, (1) mitä kuntoutuksellisia valmiuksia koulutus sinulle antoi, (2) miten pystyt saamaasi kuntoutuksen erityisosaamista työssäsi toteuttamaan sekä (3) mitkä asiat työpaikalla edistävät tai heikentävät mahdollisuuksiasi toteuttaa em. taitojasi. Valitse ohjeen mukaan ja **oman arviosi perusteella itsellesi parhaiten sopiva vaihtoehto**. Vastaa jokaiseen kohtaan. Lomakkeen lopussa on avoimia kysymyksiä, joilla voit täydentää vastauksiasi.

Vaikka et olisi ollutkaan oman alasi töissä, niin täytyy kuitenkin taustatietoja ja koulutuksen antamia valmiuksia koskevat osuudet.

Pyydän kohteliaimmin sinua osallistumaan omaa ammattialaasi kehittävään tutkimukseen täyttämällä oheinen kyselylomake ja palauttamalla se palautuskuoreessa kahden viikon kuluessa. Palautuskuoren postimaksu on valmiiksi maksettu!

Osoitetietojen päivitys perustuu oppilaitoksen henkilörekisteritietoihin. Tietoja on käytetty henkilösuojalain mukaisesti ja ainoastaan osoitetietojen päivittämiseen. Postituksen jälkeen henkilötiedot hävitetään, eikä henkilöllisyytesi tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa.

Kaikissa tutkimukseen liittyvissä asioissa ja kysymyksissä voi ottaa yhteyttä allekirjoittaneeseen, jolle oppilaitos on tutkimuksen suorittamisen toimeksiannanut.

Yhteistyöstä kiittäen

Tapio Salo
p. 0405812773
tapio.salo@jyu.fi
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

Hyvä lähihoitaja!

Sait noin kaksi viikkoa sitten kirjeen, joka sisälsi kyselylomakkeen. Kyselylomakkeella kerätään tietoa kuntoutuksen koulutusohjelman käyneiden lähihoitajien koulutuksen kehittämiseksi ja työllistymisen seuraamiseksi. Esitän lämpimät kiitokset osallistumisestasi, jos olet jo vastannut kyselyyn. Jos et ole vielä palauttanut kyselykaavaketta, haluan muistuttaa osallistumisesi tärkeydestä: vain sinä itse voit tuoda omat kokemuksesi mukaan rakentamaan alasi koulutusta.

Osallistumisestasi kiittäen

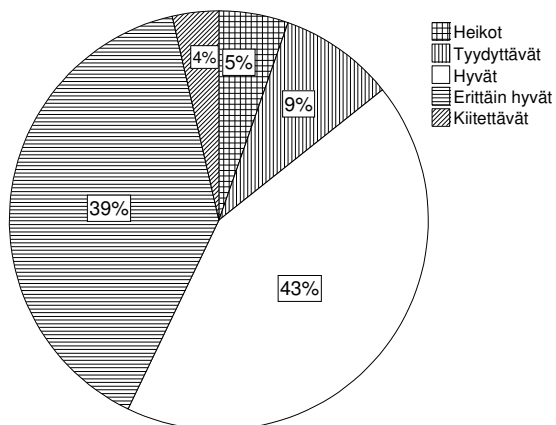
Tapio Salo

p.0405812773

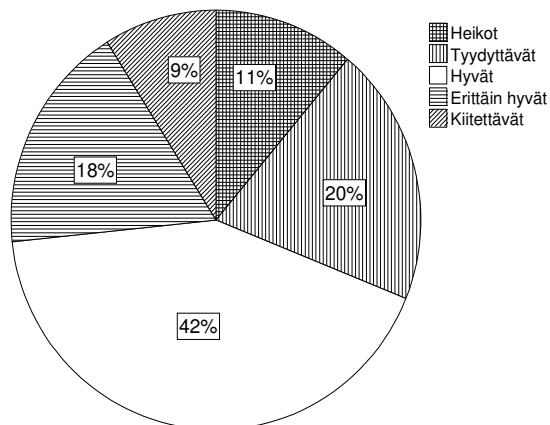
tapio.salo@jyu.fi

Terveystieteiden laitos

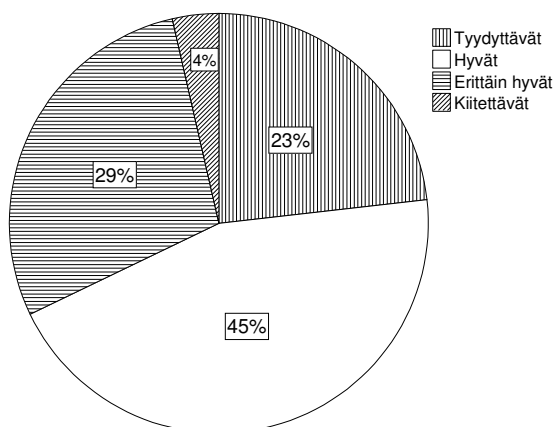
Jyväskylän yliopisto



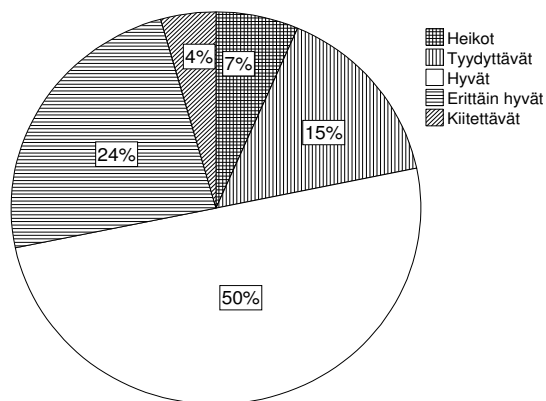
Kuva 1a. Koulutuksen antamat valmiudet toimia yhteistyössä muiden kuntoutusalan toimijoiden kanssa



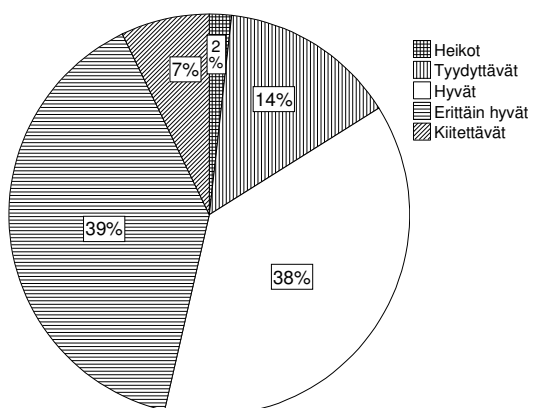
Kuva 1b. Mahdollisuudet työssä toteuttaa yhteistyötä muiden kuntoutusalan toimijoiden kanssa



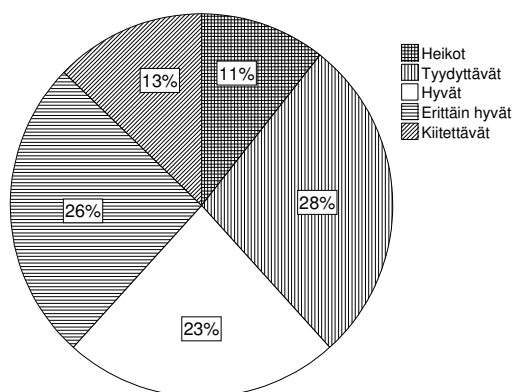
Kuva 2a. Koulutuksen antamat valmiudet toimia noudattaen kuntoutusalan lainsäädäntöä



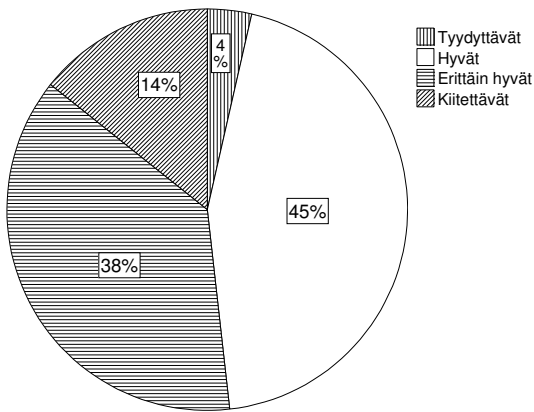
Kuva 2b. Mahdollisuudet työssä toteuttaa kuntoutusalan lainsäädännön velvoitteita



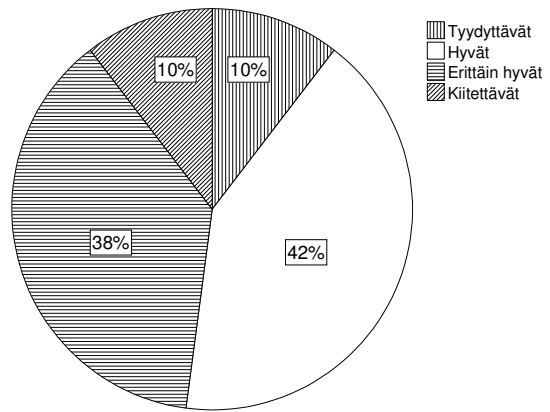
Kuva 3a. Koulutuksen antamat valmiudet kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja toteuttamiseen



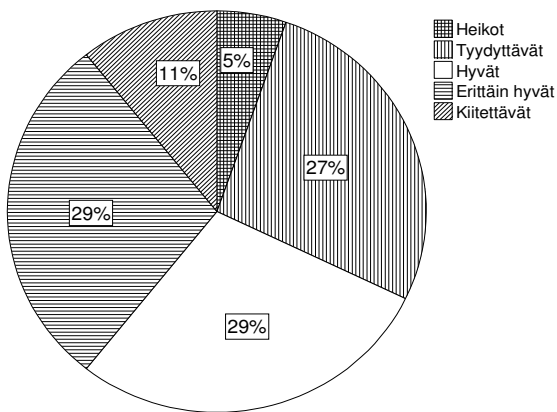
Kuva 3b. Mahdollisuudet työssä osallistua kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja toteuttamiseen



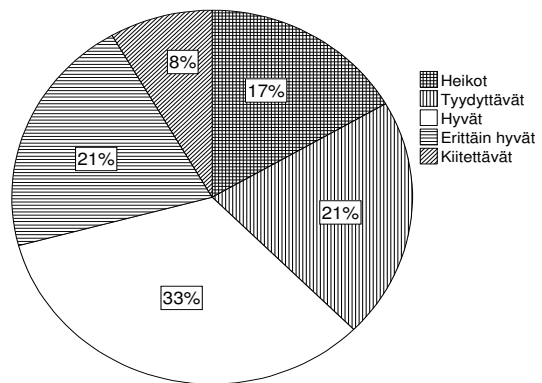
Kuva 4a. Koulutuksen antamat valmiudet tukea sosiaalista toimintakykyä ja estää syrjäytymistä



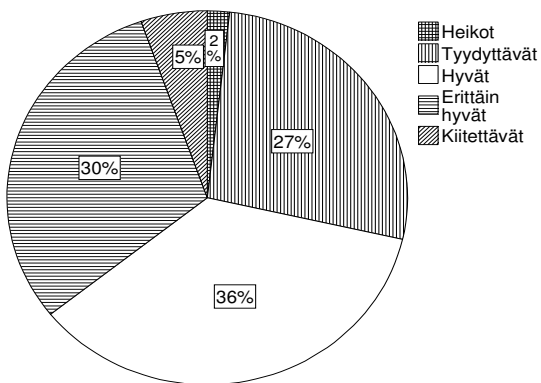
Kuva 4b. Mahdollisuudet työssä tukea sosiaalista toimintakykyä ja estää syrjäytymistä



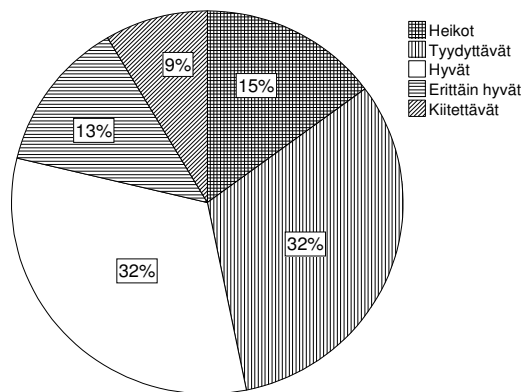
Kuva 5a. Koulutuksen antamat valmiudet ohjata sopivaan asumismuotoon



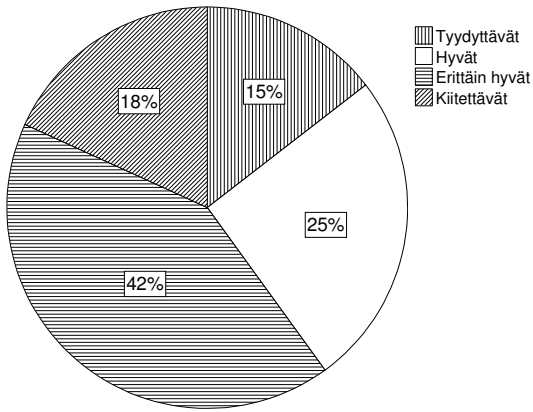
Kuva 5b. Mahdollisuudet työssä ohjata sopivaan asumismuotoon



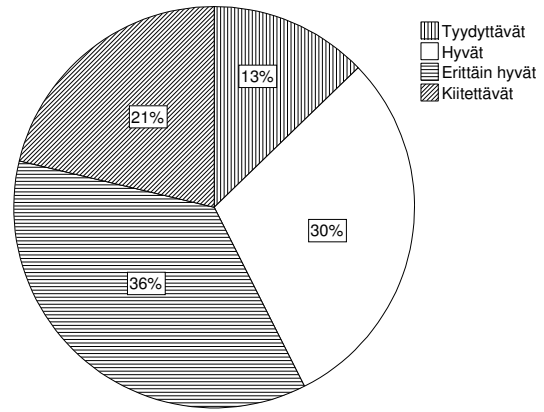
Kuva 9a. Koulutuksen antamat valmiudet ohjata ammatillisen kuntoutuksen prosessissa



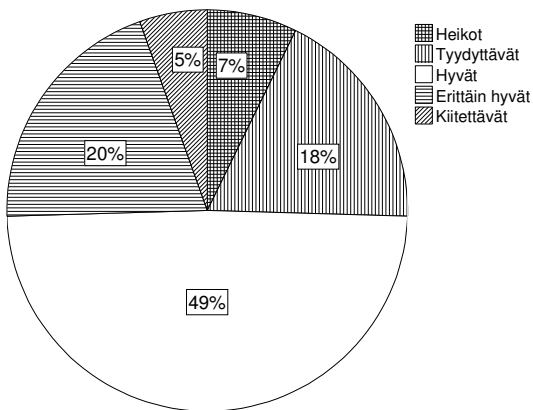
Kuva 9b. Mahdollisuudet työssä ohjata ammatillisen kuntoutuksen prosessissa



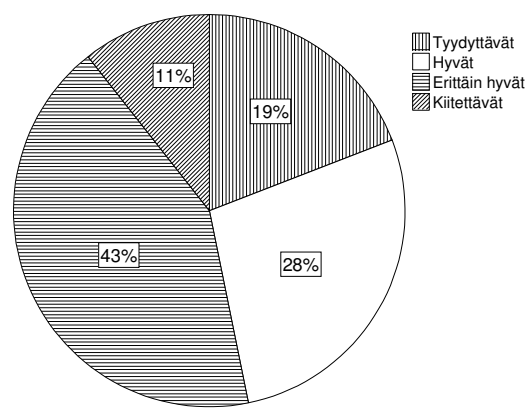
Kuva 6a. Koulutuksen antamat valmiudet tunnistaa ja kohdata mielenterveyden häiriöitä



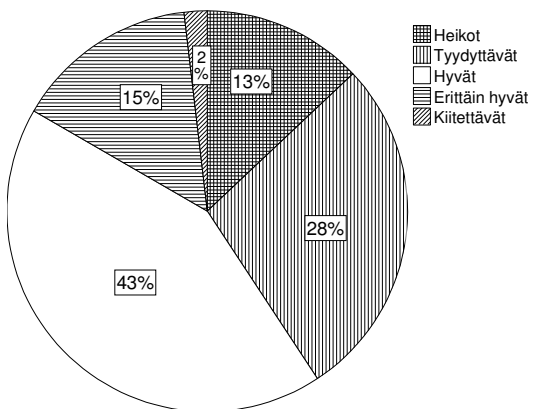
Kuva 6b. Mahdollisuudet työssä arvioida ja vahvistaa psyykkistä toimintakykyä



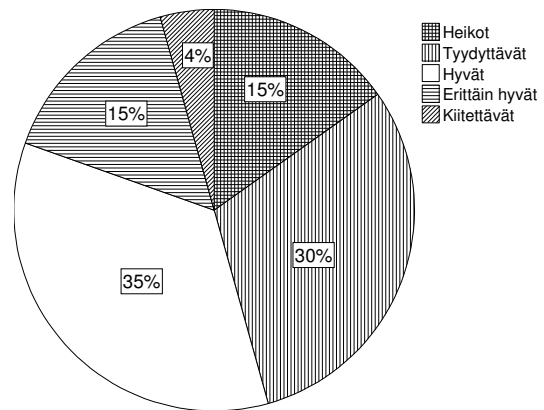
Kuva 7a. Koulutuksen antamat valmiudet tunnistaa/kohdata mielenterveyden häiriöitä



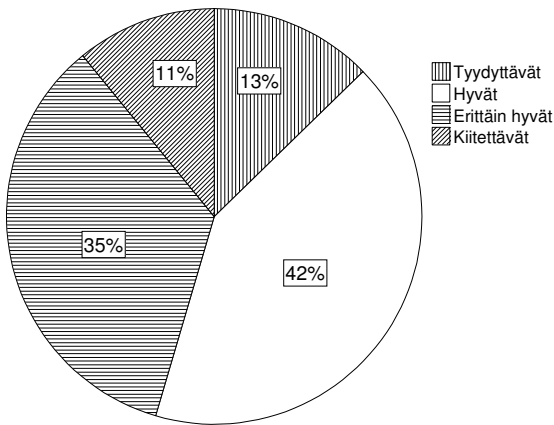
Kuva 7b. Mahdollisuudet työssä tunnistaa ja kohdata mielenterveyden ongelmia



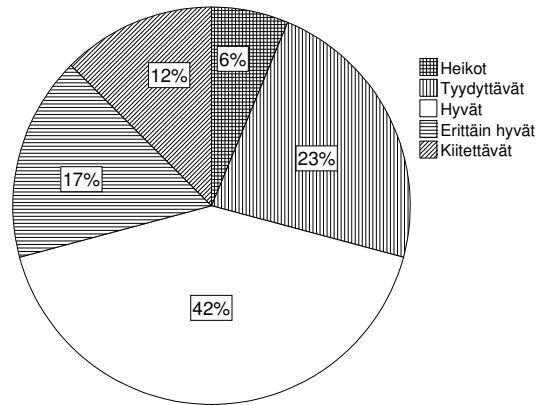
Kuva 8a. Koulutuksen antamat valmiudet tunnistaa ja ohjata hoitoon päihdeongelmaisia asiakkaita



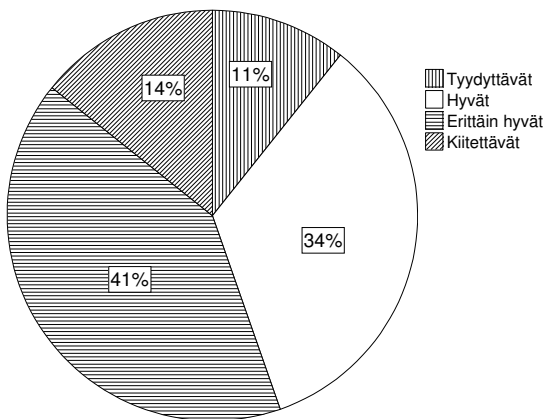
Kuva 8b. Mahdollisuudet työssä kohdata ja ohjata hoitoon päihdeongelmaisia



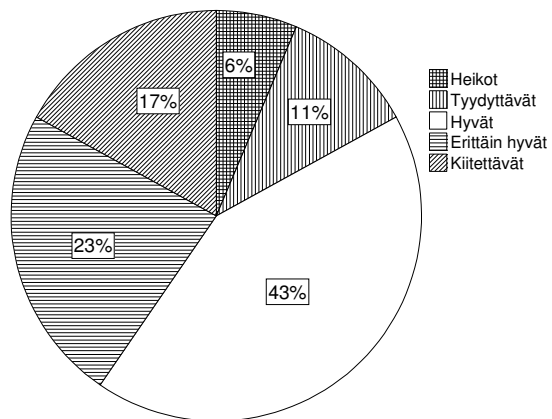
Kuva 9a Koulutuksen antamat valmiudet käyttää anat. ja fysiolog. tietopohjaa kuntouttavan toiminnan suunnitteluun ja ohjaukseen



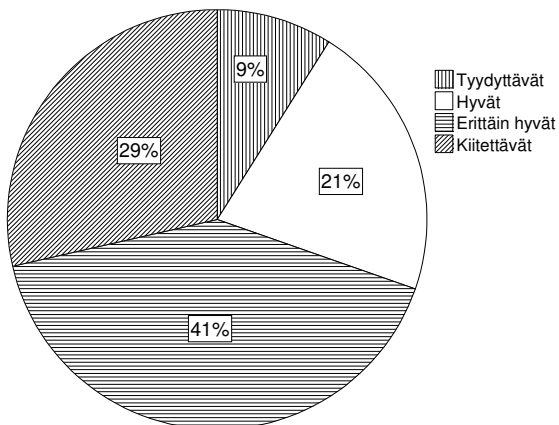
Kuva 9b Mahdollisuudet työssä käyttää anat. ja fysiolog. tietopohjaa kuntouttavan toiminnan suunnitteluun ja ohjaukseen



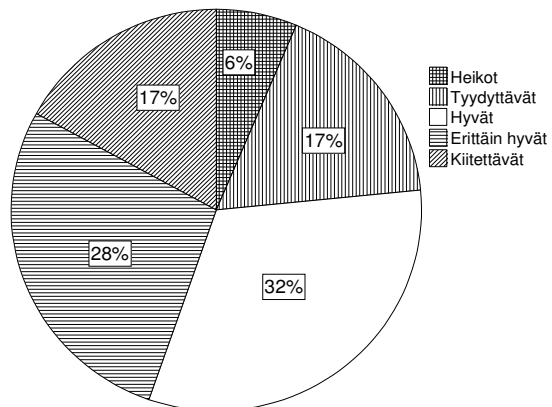
Kuva 10a Koulutuksen antamat valmiudet arvioida ja mitata fyysistä suorituskykyä



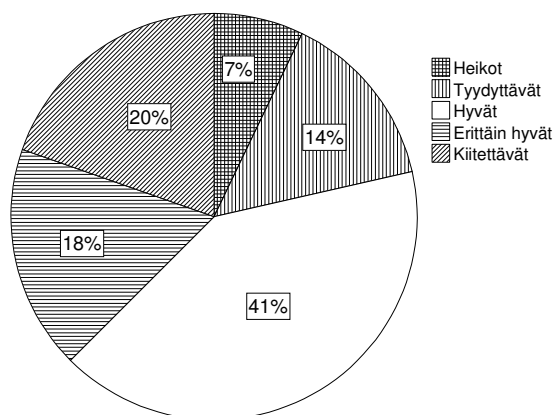
Kuva 10b Mahdollisuudet työssä arvioida ja mitata fyysistä suorituskykyä



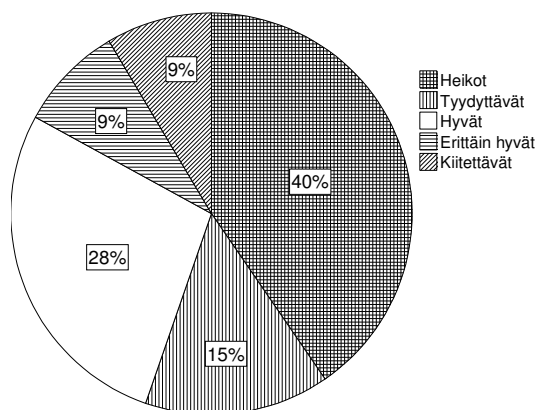
Kuva 11a Koulutuksen antamat valmiudet testata fyysistä toimintakykyä



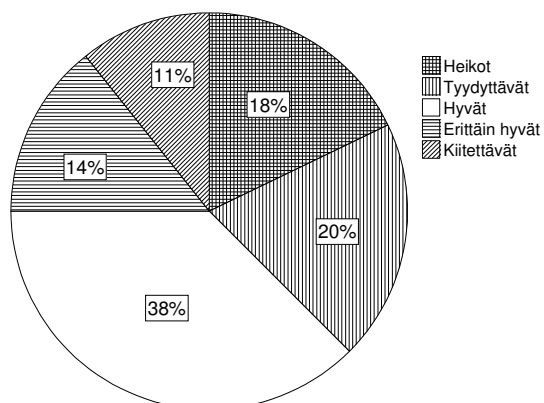
Kuva 11b Mahdollisuudet työssä testata fyysistä toimintakykyä



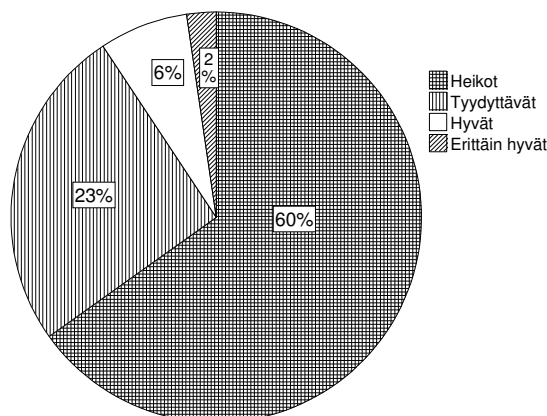
Kuva 12a Koulutuksen antamat valmiudet käyttää hierontaa osana kuntouttavaa hoitoa



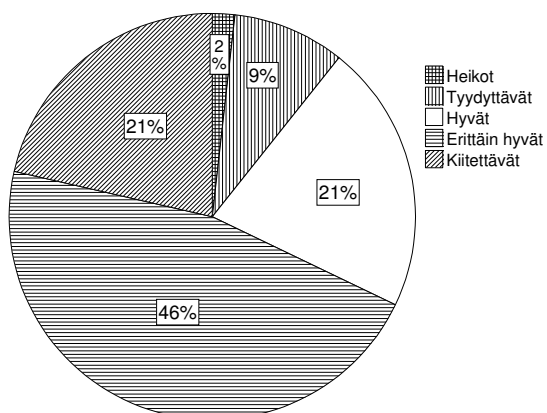
Kuva 12b Mahdollisuudet työssä käyttää hierontaa osana kuntouttavaa hoitoa



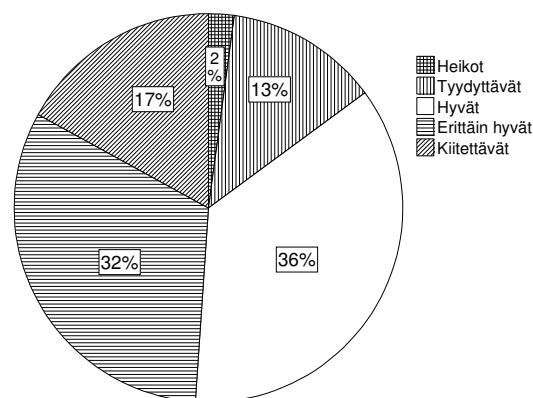
Kuva 13a Koulutuksen antamat valmiudet antaa pintalämpö-, kylmä-, vesi- ja sähköhoitoja



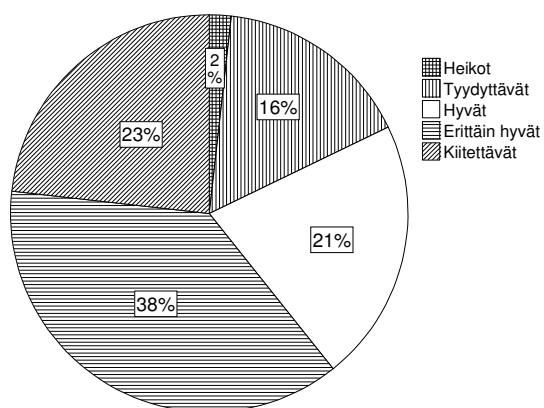
Kuva 13b Mahdollisuudet työssä käyttää pintalämpö-, kylmä-, vesi- ja sähköhoitoja



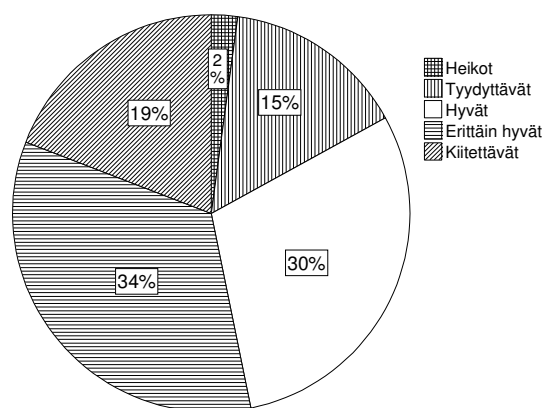
Kuva 14a Koulutuksen antamat valmiudet arvioida liikumisen apuvälineiden tarvetta ja avustaa niiden hankinnassa ja käytössä



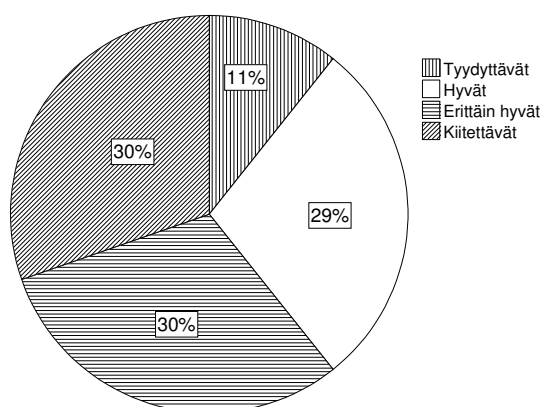
Kuva 14b Mahdollisuudet työssä arvioida liikumisen apuvälineiden tarvetta ja avustaa niiden hankinnassa ja käytössä



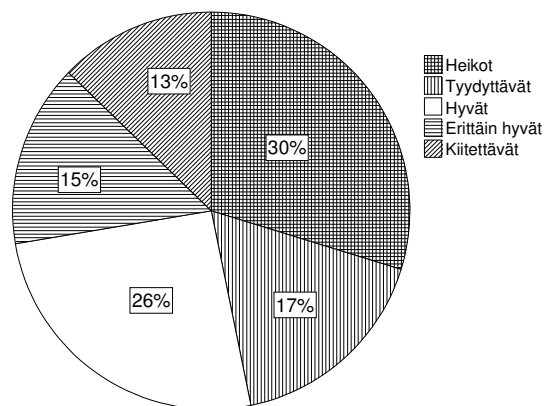
Kuva 15a Koulutuksen antamat valmiudet arvioida päivittäisten apuvälineiden tarvetta ja avustaa niiden hankinnassa ja käytössä



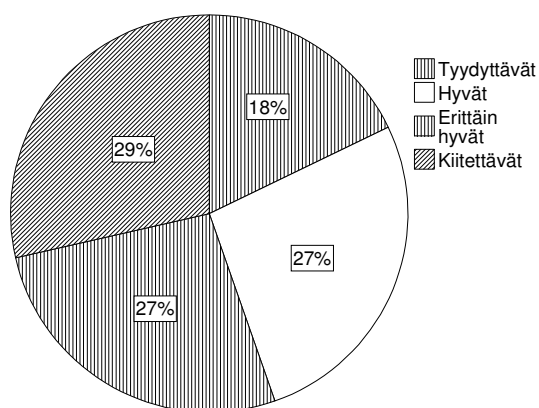
Kuva 15b Mahdollisuudet työssä arvioida päivittäisten apuvälineiden tarvetta ja avustaa niiden hankinnassa ja käytössä



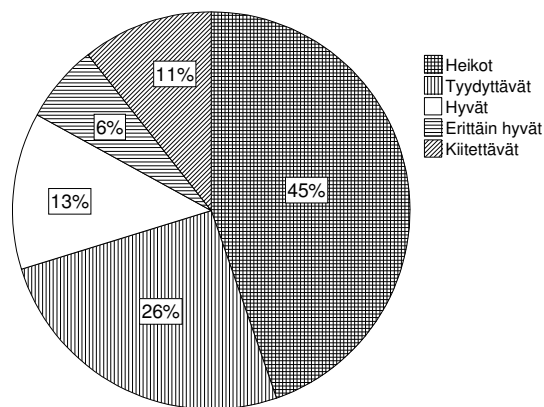
Kuva 16a Koulutuksen antamat valmiudet ohjata terveystoimintaa eri-ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville



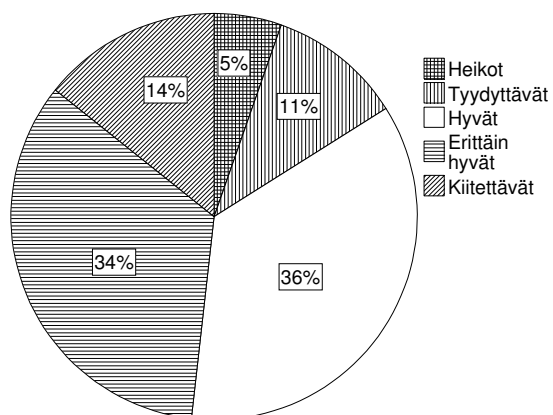
Kuva 16b Mahdollisuudet työssä ohjata terveystoimintaa eri-ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville



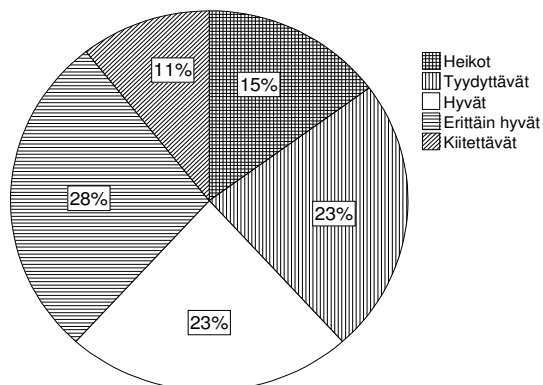
Kuva 17a Koulutuksen antamat valmiudet ohjata ryhmäliikuntaa eri-ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville



Kuva 17b Mahdollisuudet työssä ohjata ryhmäliikuntaa eri-ikäisille ja eri riskiryhmiin kuuluville



Kuva 18a Koulutuksen antamat valmiudet osallistua toimintakykyä heikentävistä vammoista/sairauksista kärsivien kuntoutukseen



Kuva 18b Mahdollisuudet työssä osallistua toimintakykyä heikentävistä vammoista/sairauksista kärsivien kuntoutukseen