

OPPAASTA OIVALLUKSIA

Kuntoutumista edistävän toiminnan opas
vuodeosaston lähijohtajille

Jaana Hämäläinen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala		
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma		
Työn tekijä(t) Jaana Hämäläinen		
Työn nimi Oppaasta oivalluksia - Kuntoutumista edistävän toiminnan opas vuodeosaston lähijohtajille		
Päiväys	Sivumäärä/Liitteet	115/84
Ohjaaja(t) Sinikka Tuomikorpi		
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää opas, jonka avulla lähijohtaja voi ohjata ja yhtenäistää kuntoutumista edistävän työotteen käyttöä osastohoidossa. Kuntoutumista edistävällä työotteella tarkoitetaan potilaan toimintakykyä ylläpitävää tai palauttavaa ja kaikkia työntekijöitä koskevaa työorientaatiota, jonka keskeisenä tavoitteena on edistää potilaan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä sekä estää sairaalahoidon laukaisema toimintakyvyn heikentyminen.</p> <p>Opinnäytetyö muodostuu teoriaosiosta sekä lähiesimiehille tarkoitettusta oppaasta. Teoriaosaan liitettiin tietoa fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä ikääntymisen vaikutuksista toimintakykyyn, kuntoutumista edistävän toiminnan käsitteistä, tunnisteista ja toiminnan esteistä ja etiikasta sekä palvelujärjestelmän haasteista ja niiden vaikutuksista toiminnan ohjaukseen. Lisäksi tarkasteltiin lähijohtamisen haasteita sekä lähijohtamisen vaikutuksia kuntoutumista edistävään työotteeseen muutosjohtamisen, osaamisen johtamisen sekä moniammatillisen työotteen näkökulmista sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman merkitystä kuntoutumista edistävän työotteen lähijohtamisessa. Lisäksi teoriaosassa selvitettiin kuntoutumista edistävän työotteen toimintaperiaatteita yleisesti, eri tarvealueilla sekä oppaan suunnittelutyön keskeisiä perusajatuksia. Kuvaus kehittämistyön toteuttamisen vaiheista sisältyy teoreettiseen aineistoon.</p> <p>Synteesin avulla laadittiin opas jonka avulla lähiesimies voi perehtyä kuntoutumista edistävän työotteen hyötyihin sekä käynnistämisen edellytyksiin. Opas ohjaa lähiesimiestä prosessin eri vaiheissa perusteluista suunnitteluun sekä aktiiviseen toteutukseen, kehittämiseen ja jatkuvuuden turvaamiseen saakka. Lisäksi opas sisältää tietoa kuntoutumista edistävän toiminnan keskeisistä työvälineistä eri tarvealueilla sekä viestinnästä, motivoinnista, ergonomiasta ja apuvälineistä. Potilaan toimintakyvyn paranemisen ja kustannusvaikuttavuuden lisäksi kuntoutumista edistävällä työotteella on myös muita henkilöstöjohtamiseen liittyviä vaikutuksia. Selvityksistä tehtyjen havaintojen perusteella voidaan todeta, että onnistuneella kuntoutumista edistävän työotteen johtamisella voidaan vaikuttaa positiivisesti myös työntekijöiden työhyvinvointiin, henkilöstön jaksamiseen, työnantajan imagoon ja parantaa työnantajan haluttavuutta kiristyvillä työmarkkinoilla.</p>		
Avainsanat osastonhoitaja, lähijohtaminen, kuntoutumista edistävä hoitotyö		

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author(s) Jaana Hämäläinen			
Title of Thesis Manager´s manual for rehabilitative activities in the ward milieu			
Date		Pages/Appendices	115/84
Supervisor(s) Sinikka Tuomikorpi			
Client Organisation /Partners			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to develop a manual to help a head nurse. With the manual the approach to work to promote the use of rehabilitation therapy in the ward can be instructed and harmonized. Rehabilitative approach to work means the patient's capacity to maintain or restore performance and it includes all the employees in the work orientation. The main objective is to promote the patient's functional capacity and independent living, as well as to prevent hospital triggered debilitation factor.</p> <p>The study consists of a theoretical part, and a manual which is intended to head nurses. The theory part was connected information on patients' physical, psychological and social performance, as well as information of the effects of aging on functional ability. It includes the concepts, identifications and barriers as well as ethics of the rehabilitative activities. It also includes the challenges of the service and their impact on operations management. Furthermore, the first-line management's challenges were reviewed and the effects of head nursing on rehabilitative approach to work. These were reviewed from the perspective of change and know-how as well as multi-professional approach to work. The significances of treatment and rehabilitation plans were also viewed. Moreover the principles of the rehabilitative approach were cleared up in general and the main ideas of planning the manual. The phases of development are included in the theoretical material.</p> <p>By means of synthesis a manual was prepared. The manual allows a head nurse to become familiar with the benefits of rehabilitative approach and the conditions of starting the process. The manual guides the head nurse to the various stages of the process – from the basics to the planning and active realization, developing and securing the continuity. Furthermore, the manual contains knowledge of the tools in rehabilitative approach as well as communication, motivation, ergonomics and equipment.</p> <p>In addition to the patient's disability improvement and cost-effectiveness the rehabilitative approach to work has other effects on human resource management. On the grounds of the observations, it can be stated that successful leadership in rehab has positive influences on employee's well-being, staff's coping and employer's brand image. Successful leadership also improves the desirability of the employer's on increasingly competitive job markets.</p>			
<p>Keywords</p> <p>head nurse, first-line management, leadership, nursing leadership, nursing management, rehabilitation nursing</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
1.1 Kehittämistyön taustatiedot.....	6
1.2 Kehittämistyön tarkoitus	8
2 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ TOIMINTA.....	9
2.1 Kuntoutumista edistävän toiminnan tunnisteet.....	9
2.2 Fyysinen-, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky	12
2.3 Ikääntyminen ja toimintakyky	15
2.4 Kuntoutumista edistävän toiminnan esteitä	20
2.5 Kuntoutumista edistävän toiminnan etiikka.....	25
3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN TOIMINNAN LÄHIJOHTAMINEN	
VUODEOSATOLLA	28
3.1 Lainsäädäntö, rahoitusohjaus, suositukset ja sopimukset.....	28
3.2 Lähihohtaja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäjänä	31
3.2.1 Palvelujärjestelmän haasteita Suomessa ja kansainvälisesti	31
3.2.2 Lähihohtajuus ja lähihohtamisen haasteet	37
3.2.3 Kuntoutumista edistävän toiminnan lähihohtamisen keskeiset työkalut	40
4 LÄHIJOHTAMISEN OPAS	60
4.1 Yleiset periaatteet	60
4.1.1 Hoitotyön prosessi	60
4.1.2 Ergonominen toimintamalli	62
4.1.3 Apuvälineet.....	65
4.1.4 Potilas	67
4.2 Kuntoutumista edistävä toiminta eri tarvealueilla	69
4.2.1 Aktiviteetti ja liikunta	69
4.2.2 Päivittäiset toiminnot	77
4.2.3 Hengitys	80
4.2.4 Aisti- ja neurologiset toiminnot	82
4.3 Kuntoutumista edistävän toiminnan jatkuvuus	88
5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	90
5.1 Prosessin vaiheet	90
5.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus	91

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	95
--	-----------

7 LÄHTEET.....	103
-----------------------	------------

LIITTEET

Liite 1 OPPAASTA OIVALLUKSIA – Kuntoutumista edistävän toiminnan opas vuodeosaston lähijohtajille

1 JOHDANTO

1.1 Kehittämistyön taustatiedot

Hoitotyössä eletään suurten muutosten aikaa. Kuntien voimavarat ovat niukat ja ammattitaitoisesta henkilökunnasta on pula. Sosiaali- ja terveydenhuollon vetovoimaisuutta tulisi vahvistaa. Painopisteen siirtyessä sairauden hoidosta hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen, on tärkeä kiinnittää huomiota potilaskeskeiseen hoidon ja toiminnan kehittämiseen ja toteuttamiseen. (Miettinen, Hopia, Koponen, & Wilskman 2006, 5; Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 12.)

Ennakoivien ja tarkoituksenmukaisten palvelukokonaisuuksien avulla on mahdollista ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikentymistä ja parantaa elämän laatua. Potilaskeskeisen hoidon tuottaminen edellyttää panostamista hoidonsuunnitteluprosessien ja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämiseen sekä potilaiden hoitoon ja suunnitteluun osallistumisen tukemiseen. Toimintaprosessien kehittämistyössä tarvitaan jokaisen ammattiryhmän taitoa ja tietoa ja taitavaa johtamista. Asiantuntijuuteen ja osaamiseen perustuva johtaminen takaa toiminnan kehittymisen ja uudistumisen. (Miettinen ym. 2006, 5; Vähäkangas ym. 2012, 12, 15.)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan käytännön vaikeudet usein johtuvat ammattikuntien sekä organisointi- ja toimintamallien keskinäisistä eroista sekä työnjaon epäselvyydestä. (Kröger 2009, 104-105.) Kuntoutumista edistävä toiminta ja kuntoutus on painottunut fysioterapeuttien ja muiden kuntoutustyöntekijöiden asiantuntijatehtäväksi hoitotyöntekijöiden roolin jäädessä usein epäselväksi. Kuitenkin potilaan ollessa laitoshoidossa, hoitotyöntekijät ovat osastolla läsnä ympäri vuorokauden. Hoitotyöntekijät eivät perinteisesti kuitenkaan ole olleet näkyvässä roolissa potilaan kuntoutumisprosessissa, vaan ovat toimineet välimaastossa hoitamisen ja kuntoutuksen välillä. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa myös lähijohtajien työn sisältö on yhä haasteellisempaa. Johtamisen ja johtajan tavat ja tyyli ohjaavat organisaation toimintaa. Asiantuntevalla johtamisella luodaan edellytykset työssä oppimiselle ja kehittyvälle työyhteisölle. (Sinervo & Elovainio 2002, 202; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, 37-38.) Johtamisella vaikutetaan työympäristöön ja resursseihin sekä työntekijöiden sitoutumiseen, työmotivaatioon, optimaaliseen kuormittumiseen ja osaamiseen sekä työyhteis-

sön toimintaan, toiminnan kehittämiseen ja ilmapiiriin. (Sinervo & Elovainio 2002, 193-194, 201; Voutilainen ym. 2002, 193-194.)

Lähijohtajat vastaavat työyksiköiden ja palvelun sisällöstä. Organisaatiokulttuuri sisältää työyksikön toimintaa ohjaavan tiedon, arvot, normit ja käytännöt. Hyvin toimivassa työyksikössä työntekijät tuntevat työnsä tavoitteet ja niistä vallitsee yksimielisyys. Suurin osa toimintamalleista on kuitenkin muodostunut vuosien saatossa, eikä niiden perusteita enää tiedosteta. Työtä tehdään pitkälti automatisoituneiden toimintojen varassa. Työn tavoitteet ja käytännön työ voivat olla hyvinkin erilaisia. Yksittäisten työntekijöiden arvomaailman ja tietojen välillä voi olla suuria eroja. Työntekijät ovat kouluttautuneet eri aikoina eri koulutustasoilla, erilaisissa täydennyskoulutuksissa ja työskennelleet erilaisissa työpaikoissa. Työyhteisöjen näennäisen yksimielisyyden takana on paljon kilpailevia arvoja ja toimintamalleja. Työyhteisöön muodostuu alakulttuureja ja ristiriitoja siitä, miten työtä tulisi tehdä tai kehittää. (Sinervo & Elovainio 2002, 193-194, 201; Voutilainen ym. 2002, 193-194.)

Henkilöstön näkökulmasta vetovoimaisia ovat ne työpaikat, joilla ammattihenkilö voi toimia itsenäisesti koulutuksensa mukaisissa tehtävissä. Vetovoimaisissa työpaikoissa arvostetaan ammattityötä, jonka tekemiseen on kohtuulliset edellytykset. Työntekijöitä on riittävästi ja heidät palkitaan oikeudenmukaisesti. Laadukas palvelu tuotetaan yksilöllisesti eivätkä kustannukset ylitä maksukykyä. Asiantuntevaa palvelua on saatavilla tarvittaessa. Hyvän palvelun synnyttää asiantunteva ja osaava henkilöstö, jota on oikeassa suhteessa palvelun tarpeeseen. (Ruontimo 2012, 3; Vähäkangas ym. 2012, 12.)

Terveystieteiden toimintaympäristön muutosten vuoksi hoitotyöstä on tullut yhä vaativampaa ja itsenäisempää. Terveystieteiden potilaat ovat valveutuneempia kuin aikaisemmin, ja heidän vaatimuksensa hoidon laatua kohtaan ovat lisääntyneet. Potilaat ovat tietoisempia terveyteensä liittyvistä kysymyksistä ja vaativat perusteluja hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Muutos ilmenee mm. henkilöstön uudistuvina tehtävänkuvina ja tarpeena arvioida toimintojen vaikuttavuutta, palvelujen laatua, tehokkuutta ja taloudellisuutta. (Saarijärvi, Mattila & Rekola 2011, 15; Vähäkangas ym. 2012,12.)

Kuntoutumista edistävä toiminta ei ole vakiintunut käytäntö vuodeosaston hoiva- ja hoitotyössä. Kuntoutumista tukevan toimintamallin vakiinnuttamisessa esimiehet joutuvat pohtimaan miten ja millä keinoilla lähijohtaja voi johtamisellaan kehittää ja vakiinnuttaa kuntouttavan toimintamallin osastollaan? Mitä hyvällä kuntoutumista edis-

tävällä toiminnalla tarkoitetaan ja mitä se sisältää? Minkälaisia työvälineitä lähiesimiehellä on kuntoutumista tukevan toiminnan edistämiseksi?

1.2 Kehittämistyön tarkoitus

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) on ehdottanut yhteisten hoitokäytäntöjen kehittämistä hoitotyön eri tasoilla. Yhtenäisiä käytäntöjä on kuvattu kansallisella, alueellisella, organisaatioiden ja työyhteisöjen sekä yksilön tasolla. Kaikille tasoille on asetettu asiantuntijavastuut. Kehittämistyössä kaikilla tasoilla pyritään kehittämään tiedon tuottamista, välittämistä ja käyttöönotto-käytäntöjen yhtenäistämistä sekä osaamisen varmistamista.

Lähijohtaja toimii käytännön ja keskijohdon välillä, jolloin hänellä on keskeinen rooli vision, tavoitteiden, sopimusten ja yhteisten toimintamallien juurruttamisessa käytännön toimintaan. Lähiesimies vastaa myös tavoitteiden muuttamisesta konkreettiseksi hoitotyöksi, jolloin tavoitteilla on vaikutusta käytännön hoitotoimintaan ja asiakaskeksisen hoidon kehittämistyöhön. (Vähäkangas 2010, 18.)

Tämä kehittämistyö nostaa esiin lähijohtajan merkityksen kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämisessä ja vakiinnuttamisessa. Lisäksi kehittämistehtävä tarjoaa esimiehelle keinoja, joiden avulla hän pystyy ylläpitämään kuntoutumista edistävää potilaskeskeistä toimintaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää esimiesten käyttöön käytäntöön soveltuva kuntoutumista edistävän toiminnan opas. Opas antaa esimiehille työkaluja yksikkönsä kuntoutumista edistävän toiminnan yhtenäistämiseen sekä toteuttamiseen käytännössä. Esimiehille suunnattua käytännön opasta ei aineiston hakemisen yhteydessä löytynyt.

2 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ TOIMINTA

2.1 Kuntoutumista edistävän toiminnan tunnisteet

Hoitajalla tarkoitetaan tässä kehittämistehtävässä sekä lähi- että perushoitajia ja sairaanhoitajia. Lähijohtajalla tarkoitetaan esimiestä, joka työskentelee lähellä käytännön toimintaa edustaen ensimmäisen portaan johtamisen tasoa. Potilaalla ja kuntoutujalla tarkoitetaan kehittämistehtävässä aikuista. Tehtävän ulkopuolelle on rajattu joitakin asiakasryhmiä kuten lapset ja kehitysvammaiset, joiden kuntoutus laaja-alaisuudessaan tarvitsee erillisen selvityksen. Potilaslähtöinen toimintatapa tarkoittaa sitä, että lähijohtajan ja osaston henkilökunnan työn sisältö perustuu potilaan tarpeisiin hoitotyön palveluihin lähijohtajan johtamalla osastolla. Potilas voi omalla toiminnallaan, valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttaa omaan terveyteensä, saamiinsa palveluihin tai sosiaaliseen pärjäämiseensä (Kuntaliitto 2011, 6).

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on yksilö- ja terveyslähtöistä hoitamista, jossa kaikki hoitajien toiminta on kuntoutujan itsenäistä selviytymistä tukevaa. Potilas tekee itse hoitotilanteissa kaiken sen mihin hän pystyy. Hoitotyöntekijä toimii tilanteiden ohjaajana ja asiakkaan motivoijana. Fyysisen toiminnan harjoittamisen lisäksi tavoitteeseen pääsy edellyttää potilaan itsemääräämisoikeuden, elämän mielekkyyden ja turvallisuuden tunteen säilymistä. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä sekä kuntoutuja että hoitaja ovat osallistujia. **Kuntouttava hoitotyö** taas merkitsee lähestymistapaa, jossa kuntouttaja on tekijä ja kuntoutettava kohde. (Routasalo & Lauri 2001, 207-216; Routasalo 2002, 109-119; Voutilainen ym. 2002, 43.) Kinnusen ym. (2010, 26) mukaan **kuntouttavalla työotteella** tarkoitetaan potilaan toimintakykyä ylläpitävää tai palauttavaa ja kaikkia työntekijöitä koskevaa työorientaatiota. Kuntouttavan hoitotyön ja työotteen ytimessä on, että ei tehdä potilaan puolesta vaan hänen kanssaan ja häntä aktivoiden.

Kuntoutumista edistävä toiminta ei ole mikään erityinen tekniikka, vaan ajattelutapa siitä miten työtä tehdään. Kuntoutumista edistävässä toiminnassa asiat tehdään niin kuin ne arkielämässä normaalisti tehdään. Ainoastaan aikaa varataan enemmän kuin perinteisessä hoitotyössä. (Uittomäki 2003, 20–22.) Geriatrian ylilääkäri Marja-Liisa Karjula (Kärjä 2013) Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymästä määrittelee kuntoutusta edistävän toiminnan arjen realismiksi. Potilaan on laitoshoidossa ollessaan päästävä vuoteesta ylös ainakin 12 kertaa vuorokaudessa: viisi kertaa syömään, kuusi kertaa vessaan ja kerran lenkille.

Hyvä kuntoutumista edistävä toiminta perustuu lakeihin, säädöksiin ja ohjeisiin, jotka koskevat kaikkia hoitotoimintaa tuottavia organisaatioita, yksiköitä ja henkilöstöä. (Vähäkangas ym. 2012, 21.) Suomen hallituksen eduskunnalle vuonna 2002 antaman kuntoutusselonteon (Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 2002) mukaan ”Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen”. Kuntoutumisen näkökulmasta **kuntoutus** voidaan määritellä ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa.

Kuntoutuksella ja kuntotutusta edistävällä hoitotyöllä on eroja. Kuntoutus on tavoitteellinen prosessi, jossa korostuu kuntoutuksen ammattilaisen erityisosaaminen. Se perustuu tarkkoihin määriteltyihin tarpeisiin ja edellyttää usein lääketieteellistä arviointia esimerkiksi lonkkamurtuman, aivoverenkiertohäiriön tai muun sairauden yhteydessä. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on kaikkien potilaan kanssa työtä tekevien yhteinen haaste. Se on tapa tehdä arkista työtä ja potilaan ja hoitajan toimintaa yhdessä. Molempia voidaan tarvita potilaiden hoidossa ja palveluissa, mutta keskeisenä kysymyksenä on tuen ja ammatillisen erityisosaamisen oikea-aikaisuus. (Voutilainen ym. 2002, 43-46.)

Kuntoutuksenkin määritelmässä tarkastelu on siirtynyt vammoista ja toiminnanvajauksista kuntoutujan kykyihin ja mahdollisuuksiin. Sosiaalinen ulottuvuus, jossa huomion kohteena on osallistumisen esteiden poistaminen, on noussut yksilökeskeisen kuntoutuksen täydentäjäksi. (Wiman 2004, 81-82; Karjalainen 2004,20.)

Kuntoutumisen edistäminen on tavoitteellista toimintaa. Kuntouttavan työotteen avulla pyritään myös estämään sairaalahoidon laukaisema toimintakyvyn heikentyminen. Otettaessa huomioon ihmisen ulottuvuudet kuntoutumista edistävän toiminnan kannalta on tärkeää, että koko henkilökunta sitoutuu uuteen, asiakaslähtöiseen tapaan työskennellä. (Kainulainen 2013; Uittomäki 2003, 20–22.)

Kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena on potilaan jäljellä olevien voimavarojen löytyminen ja hänen mahdollisimman itsenäinen selviytymisensä. Fyysisten seikkojen lisäksi on tärkeää ottaa huomioon myös psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Lähtökohtana ovat myös kuntoutujan tarpeet, arvot, elämäntilanne sekä elinympäristö. Potilaan on myös pystyttävä sitoutumaan ja motivoitumaan kuntoutumiseensa. Tavoitteiden jakaminen välitavoitteisiin on keino saavuttaa tavoitteet. Kuntoutumisen edis-

tämisen tavoitteena on edistää ja ylläpitää potilaan toimintakykyä, vahvistaa kuntoutujan omatoimisuutta, päätösvaltaisuutta sekä itsenäistä suoriutumista arkielämässä. Pyrkimyksenä on myös edistää potilaan elämänhallintaa ja työkykyä ja parantaa elämän laatua. (Kettunen, Kähäri - Wiik, Vuori - Kemilä & Ihalainen 2009, 22.)

Kuntoutumista edistävä toiminta pyrkii auttamaan potilasta tunnistamaan vaihtoehtoja, tekemään valintoja, lisäämään ja hyödyntämään omia ja ympäristönsä voimavaroja tukien riippumattomuutta ja voimaantumista. Työntekijä ei tarpeettomasti tee valintoja ja päättää potilaan puolesta. Työtavalle on ominaista yhdessä tekeminen, ei toisen puolesta tekeminen. Toimintakyvyltään heikentyneellä potilaalla tulee olla mahdollisuus toteuttaa arkipäivän toimia. Tieto sairaudesta ja itsehoidosta auttaa elämän ja sairauden hallinnassa. Läheisiltä saatu tuki, apu ja kannustus ovat kuntoutujalle voimavara. Työntekijä ei rytmitä aikataulua kiireeseen tai aikatauluun vedoten. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23 ; Kettunen ym. 2009, 22-23.)

Kuntoutumista edistävä työote ei kuitenkaan tarkoita sitä että potilas pakotetaan toimimaan itsenäisesti. Apua ja ohjausta tulee olla tarjolla tarvittaessa. Mahdollisuus omiin valintoihin on kuntoutumisen tavoitteiden kannalta olennaista. Kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään erilaista sosiaalisista, taloudellisista, aineellisista tai ajattelumaailmaan liittyvistä ympäristön esteistä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23 ; Kettunen ym. 2009, 22-23.)

Kuntoutumista edistävä työote kuuluu periaatteena ja toimintatapana kaikkeen hyvään hoitoon ja hoivaan. Kuntoutumista edistävä toiminta näkyy tavassa kohdata potilas, esimerkiksi miten hoitohenkilökunta auttaa potilasta selviytymään päivittäisistä toimista kuten peseytymisestä ja ruokailusta, miten hoitajat ehkäisevät komplikaatioiden syntymistä ja miten he antavat tietoa, ohjaavat ja motivoivat potilasta toimimaan itse. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2005, 44-45.)

Kuntoutumista edistävän toiminnan tulisi näkyä niin toiminnan johtamisessa, organisoinnissa ja kehittämisessä kuin yhteistyössä eri toimijoiden välillä. Kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää lähiesimieheltä ja hoitajilta tiivistä yhteistyötä muiden tiiminjäsenten kanssa, sitoutumista kuntoutussuunnitelmaan sekä kuntoutujan ohjauksen toteuttamista yhteisten periaatteiden mukaan. (Mäntynen 2007, 23, 30.) Lähiesimies toimii käytännön toiminnan organisoijana ja kehittäjänä. Hänellä on keskeinen rooli kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäjänä ja organisoijana. Johtaja vaikuttaa tehokkaasti omalla esimerkillään arjen toiminnoissa. (Vähäkangas ym. 2012, 75.)

Kuntoutumista edistävä toiminta on vaikuttavaa kun toiminta on näyttöön perustuvaa, mitattavaa, säännöllistä ja jatkuvaa. Hoitajalla on keskeinen rooli moniammatillisessa tiimissä, sillä hän toimii hoidon suunnittelun koordinaattorina ja hoidon toteuttajana. Lääkäreiden, terapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden tehtävänä on toimia kukin oman alansa asiantuntijana. He toimivat myös omahoitajan tukena kuntoutumista edistävän hoidon toteuttamisessa. Potilas on kykyjensä mukaan aktiivinen osallistuja. Myös omaisella on tärkeä rooli etenkin ikäihmisen motivaation ylläpitäjänä ja tukihenkilönä. (Vähäkangas ym. 2012, 20.)

Kirjallisuuskatsauksen (Nolan, Nolan & Booth 1997) pohjalta nousi esille neljä hoitotyön osa-alueita, jotka kuvaavat hoitajan roolia kuntoutuksessa: fyysinen hyvinvoinnin varmistaminen, kuntoutuksellisen ympäristön luominen, muiden ammattiryhmien toiminnan tukeminen ja 24-tuntinen läsnäolo. Myös opetus moniammatillisen tiimin toiminnassa osoittautui yhdeksi hoitajan rooliksi koordinoijan, asianajajan ja tutkijan roolin lisäksi. Burton (2000, 174-181) nimesi aivohalvauspotilaiden kuntoutusta käsittelevässä tutkimuksessaan hoitajan rooleiksi hoitamisen roolin lisäksi potilaan toipumisen tukemisen ja hoitotyön johtamisen roolit. Hoitajan rooli opetuksessa oli myös merkittävä. Hoitajien toiminta kuntoutumisprosessin etenemisen ja hoidon koordinoimisen toimijoina nousivat keskeisesti esiin. Aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa järjestetään myös pienryhmäopetusta, joten hoitajilla tulisi olla Nolanin ym. (2001) mukaan myös ryhmädynamiikan asiantuntemusta.

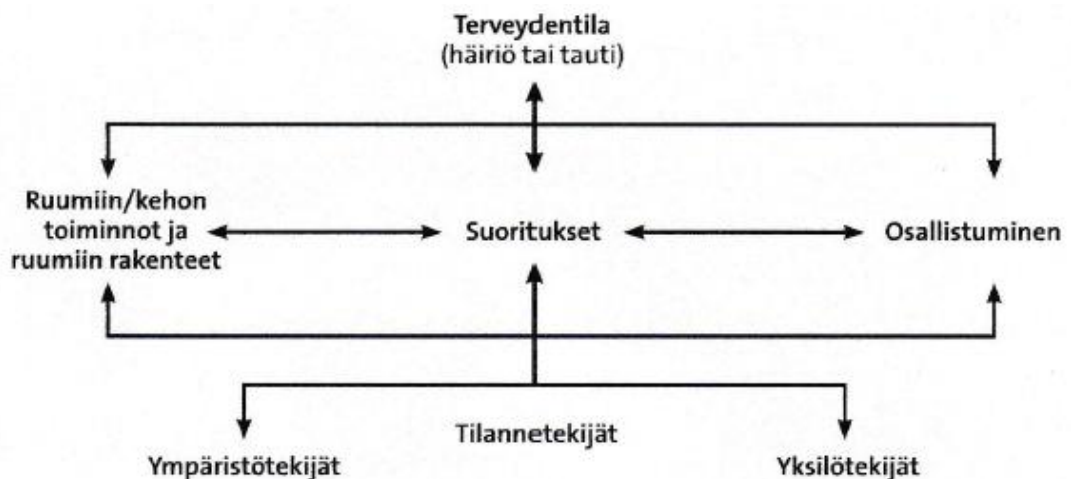
Long ym. (2002, 70-78) päätyivät tutkimuksessaan samansuuntaisiin tuloksiin. Hoitajalla on merkittävä rooli kuntoutumista edistävässä hoitotyössä arvioinnin, koordinoimisen ja kommunikoinnin, teknisen ja fyysisen hoitamisen, terapioiden yhdistämisen ja jatkuvuuden turvaamisen, emotionaalisen tuen antamisen ja perheen huomioiden tehtävissä. Yksittäinen hoitaja saattoi toteuttaa toiminnassaan useita tai jopa kaikkia rooleja yhtä aikaa. Hoitajat kuvasivat rooliaan enemmän hoidonkoordinoijina kuin tiimin jäseninä. He myös yhdistivät terapioiden hoitotyöhön ja kuntoutujan päivitäisiin toimiin. (Long, Kneafsey & Ryan 2003, 663-673.)

2.2 Fyysinen-, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky

Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 2001 toimintakyvyn, toiminnanvajausten ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF). Toimintakyky kattaa kuvauksen kehon toiminnoista ja ruumiin rakenteesta sekä toiminnan ja osallistumisen mahdollisuuksista. Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön terveydentilan ja yksilön elämänpiirin

tilannetekijöiden kuten ympäristö- ja yksilötekijöiden välisen vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä (Gutenbrunner, Ward & Chamberlain 2006, 297). Toimintakyvyn vasta-kohta on toiminnanvajaus. Toimintakyky arvioidaan yleensä suhteessa samanikäisten ja samaa sukupuolta olevien henkilöiden toimintakykyyn. (Bäckmand & Vuori 2010, 18.)

Toimintakyky on ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhde häneen kohdistuviin odotuksiin. (Bäckmand & Vuori 2010, 18.) Ihmisellä on kaikkiin näihin osa-alueisiin liittyviä tarpeita ja voimavaroja. Toimintakyvyn osa-alueet ovat riippuvaisia toisistaan. Keho, mieli ja sosiaalinen ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. (Kettunen ym.2009, 9.) Toimintakykyyn vaikuttavat elimen, elinjärjestelmän tai koko yksilön sekä perinnölliset että elämän varrella ilmenneet tekijät kuten elintavat ja sairaudet. Ihminen toimii kokonaisuutena. Toimintakyvyn osa-alueita on vaikea erottaa toisistaan tai ympäristöstä. Myös ihminen ja ympäristö toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. Muutos jollakin toimintakyvyn alueella vaikuttaa ihmisen koko toimintakykyyn. (Bäckmand & Vuori 2010, 18.)



KUVIO 1. Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintavajauksen ja terveyden luokittelu (ICF – International Classification on Functioning, Disability and Health, WHO 2001).

Kuviossa yksi kuvataan toimintakyvyn, toimintavajauksen ja terveyden suhdetta sekä henkilökohtaisten tekijöiden että ympäristön vaikutuksiin. Toimintakyky määräytyy yksilön terveydentilan ja elämäntilanteen tilannetekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Kuviossa yksi toimintakyky on yläkäsite, mikä kattaa ruumiin ja kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistumisen. (Korniloff 2008,4.)

Fyysisiä toimintakyvyn edellytyksiä ovat lihaskunto, liikkeiden hallintakyky ja yleiskestävyys. Lihaskuntoon sisältyy voima, notkeus ja kestävyys. Liikkeiden hallintakykyyn vaikuttaa koordinaatio-, tasapaino- ja reaktiokyky. **Psyykkinen toimintakyky** on kognitiivisten ja psyykkisten voimavarojen yhdistelmä. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen laatii elämälleen suunnitelmia sekä pystyy tekemään vastuullisia ja tietoisia valintoja. **Kognitiivisesti toimintakykyinen** ihminen ottaa vastaan ja käsittelee tietoa sekä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta. **Sosiaalisesti toimintakykyisellä** ihmisellä on tyydyttäviä ihmissuhteita perheessään, ystäväpiirissään ja työelämässä. (Kähäri – Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13-14.) Kognitiivisen eli älyllisen toimintakyvyn osa-alue käsittää oppimiseen, tiedon käsittelyyn sekä kielelliseen toimintaan liittyviä asioita. Sosiaalinen ja psyykkinen toimintakyky ovat riippuvaisia toisistaan muodostaen **psykososiaalisen toimintakyvyn**. (Kettunen ym. 2009,9.)

Toimintakyvyn vaihtelua aiheuttavat esimerkiksi ikä, sukupuoli, ammatti, kasvatus ja kulttuuri. Toimintakyvyn tai ympäristön muuttuessa ihmisen on mukauduttava tai opeltava uudenlaisia toimintamalleja. Oppimalla ja sopeutumalla ihminen ylläpitää identiteettiään ja toimintakykyään. Kuntoutumisen lähtökohtana on aina potilaan elämäntilanne, tarpeet, roolit ja voimavarat. Kuntoutumisen onnistumisen kannalta on pyrittävä löytämään paras mahdollinen tasapaino fyysisten ja psykososiaalisen ominaisuuksien sekä toimintaympäristön välillä. (Kettunen ym. 2009, 16-18.)

Itsenäinen toiminta on tärkeää elämänlaadun ja hyvinvoinnin kannalta. Kyky suoriutua päivittäisistä toimista määrittää usein henkilön toiminnallista tilaa. Toimintakyvyn heikkeneminen on yleisin syy laitoshoidon joutumiselle. (Sulander 2005, 17-19.) Toimintakyvyn arviointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja osaamista, jossa hyödynnetään hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta. Potilaan ja tarvittaessa hänen läheisensä arvio toimintakyvystä on tärkeää. Suunnitellut toimenpiteet ja palvelut edellyttävät potilaan halua ja motivaatiota aikaansaada muutos toimintakyvyssään. Tärkeää on myös selvittää ne tekijät, jotka vahvistavat ja estävät toimintakyvyn myönteistä muutosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 5.)

Toimintakyvyn arvioinnin tukena on käytössä sekä yhtä toimintakyvyn osa-alueita mittaavia mittareita että useampia toimintakyvyn osa-alueita mittaavia arviointimenetelmiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4-5; Hawes ym. 1997, 19-25.) Mittareiden avulla kerätään tietoja ja arvioidaan yleistä toimintakykyä, päivittäistä selviytymistä, fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä tai koettua kipua. Arvioinnissa on huomioitava tilannesidonaisuus kuten mieliala, lääkitys, nesteytys, ravitsemustila, ympäristöstä

saatu tuki sekä päivän tapahtumat. Lisäksi kuntoutujan kanssa keskusteleminen, toiminnan havainnoiminen ja kuntoutujan haastattelu antavat kokonaiskuvan kuntoutujan omista voimavaroista, toimintakyvystä ja kuntoutumistarpeista. (Kettunen ym. 2009, 18-20.)

Suomessa potilaan toimintakykyä ei arvioida millään vakiintuneella yhteisellä mittausmenetelmällä. Moninaisten mittareiden käyttö vaikeuttaa yhtenäisten suositusten tekoa sekä hoidon tehokkuuden ja laadun arviointia. Eri toimintakykymittarit arvioivat potilaiden avustustarvetta eritasoisesti eikä niiden tulos ohjeista hoitajia apuvälineiden käyttöön. (Fagerström 2013, 27; Valvanne 2012.)

Yleisimpiä Suomessa käytettäviä mittareita ovat ADL, RAVA, MMSE, FIM, ja GDS sekä Barthel indeksi. Suomessa vanhusten laitos- ja avohoidossa ovat RAVA-indeksi sekä RAI -järjestelmä laajassa käytössä (Kähäri - Wiik 2007,76; Lahtinen, Rajala, Paunio & Liukko 1999, 9; Dahlman & Takanen 2009, 14.) Suppeampia osaluokkia fyysisestä toimintakyvystä mittaavat kävelytesti, tasapainotesti sekä puhalusmittaus. (Kettunen ym. 2009, 91.) Tässä kehittämistehtävässä ei syvennytä mittareiden valintaan. Mittarien valinta ja käyttö on kuitenkin keskeinen osa tavoitteellista työtä. Mittarit on valittava kussakin toimintaympäristössä käyttötärpeiden mukaisesti.

Toimintakykyyn voidaan vaikuttaa joko kehittämällä yksilön ympäristöä, ihmisen kykyominaisuuksia tai korvaamalla joitakin toimintoja tai liikkeitä teknisillä apuvälineillä. (Talvitie ym. 1999, 57, 199, Alaranta & Pohjolainen 2003, 21.) Apuväline edistää tai ylläpitää käyttäjänsä toimintakykyä silloin, kun se on vamman tai sairauden vuoksi heikentynyt. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden tarkoituksena on edistää potilaan kuntoutumista, ylläpitää, helpottaa tai parantaa toimintakykyä ja mahdollistaa suoriutumisen elämän eri tilanteissa. Apuväline voi myös ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä. Tarkoituksenmukainen apuväline on luonteva osa käyttäjänsä elämää. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Vammaispalvelujen käsikirja.)

2.3 Ikääntyminen ja toimintakyky

WHO:n määritelmän mukaan aktiivinen vanheneminen on prosessi, jossa optimoidaan mahdollisuudet fyysisen, sosiaalisen ja henkiseen hyvinvointiin elämänsä aikana. Näin voidaan pidentää terveen elinajan odotetta sekä lisätä tuottavuutta ja elämänlaatua vanhuusiässä. (Heikkinen & Rantanen 2008, 419.)

Ikääntyessä keskeinen toimintakyvyn mittari on selviytyminen päivittäisistä askareista. Päivittäisistä toimista selviytymiseen vaikuttavat vanheneminen, elintavat, elinympäristö ja ulkoisen avun määrä. Sairaudet ja vammat, jotka heikentävät fyysistä suorituskkyä, aisteja ja kognitiivista kykyä, heikentävät myös toimintakykyä. Toimintakyvyn vaikuttavat myös yksilön toiminnalleen asettamat tavoitteet ja hänen käyttämänsä kompensatiokeinot. (Kettunen ym. 2009, 93 - 94.)

Persoonallisuus ei vanhetessa muutu. Iäkkään ihmisen koko elämänkaari vaikuttaa hänen mielenterveyteensä ja toimintakykyänsä ja tämä tulisi huomioida hoitotyössä. Elämän tarkoituksen ja mielekkyyden löytäminen ovat avainasemassa psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Eloranta & Punkanen 2008, 13–16.) Sosiaaliset suhteet ja osallistuminen sosiaaliseen toimintaan ovat tärkeitä myös fyysistä toimintakykyä ylläpitäviä tekijöitä ikääntyneillä. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33.)

Ikääntyessä ihmisen lihasmassa ja luuston massa pienenee ja nivelten liikkuvuus vähenee. Liikkumiskyvyn ongelmista 1/3 johtuu vanhenemisestä ja 2/3 harjoituksen puutteesta. (Ikäinstituutti 2013.) *Lihasmassa* on pienentynyt 50-vuotiaana 10 % ja 70-vuotiaana 40%. Lihaskudosmuutokset aiheuttavat kudoksen kimmoisuuden ja venyvyyden vähenemistä. Sidekudoksen ja rasvakudoksen määrä suhteessa lihaskudokseen lisääntyy ja lihaksissa esiintyy lihaskatoa, jolloin lihasvoima vähenee. Monipuolinen ravinto ja erityisesti valkuaisaineiden saanti vähentää lihasten surkastumista. Ikääntyvien lihasvoimaan vaikuttavat myös pitkäaikaissairaudet, lihasten käyttämättömyys ja puutteellinen ravitseminen. Lihasvoiman heikkenemisessä on kuitenkin huomattavia eroja eri lihasryhmien välillä. Lihasvoiman väheneminen vaikuttaa selvimmin alaraajojen lihaksissa. (Bäckmand & Vuori 2010, 32.)

Tuki- ja liikuntaelimestön terveyden ja -toimintakyvyn osalta lihasten suorituskkyyn voidaan vaikuttaa aktiivisen harjoittelun avulla varsin korkeaan ikään. Tutkimusten mukaan lihasvoiman harjoitettavuus on hyvä jopa 90 vuoden ikään asti. Liikkumattomuus ja harjoittelun puute heikentää lihaksia nopeasti. Iäkkäiden liikkumiskyvyn ongelmien takana ovat usein lihasvoiman sekä tasapainon heikkous. Lihasvoimaa ja tasapainoa kehittäväällä liikunnalla on suuri merkitys iäkkäiden elämään ja tasapainon ja ketteryuden harjoittelulla voidaan myös vähentää iäkkäiden henkilöiden kaatumisia 15–50 %. Hyvä jalkojen lihasvoima rohkaisee lähtemään liikkeelle ja helpottaa tuolista ylös nousemista ja kävelyä portaissa. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33; Ikäinstituutti 2013.)

Luuston massa saattaa vähentyä 40 ikävuodesta alkaen. Myös tupakointi ja runsas alkoholin käyttö vähentävät luuston mineraalipitoisuutta ja auttavat osteoporoosin kehittymistä. Liikunnan myönteisistä vaikutuksista luun mineraalitiheyteen on näyttöä. Tutkimusnäyttö osoittaa, että terveellisen ravitsemuksen edistäminen tuottaa hyviä tuloksia myös ikääntyneiden parissa. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33.)

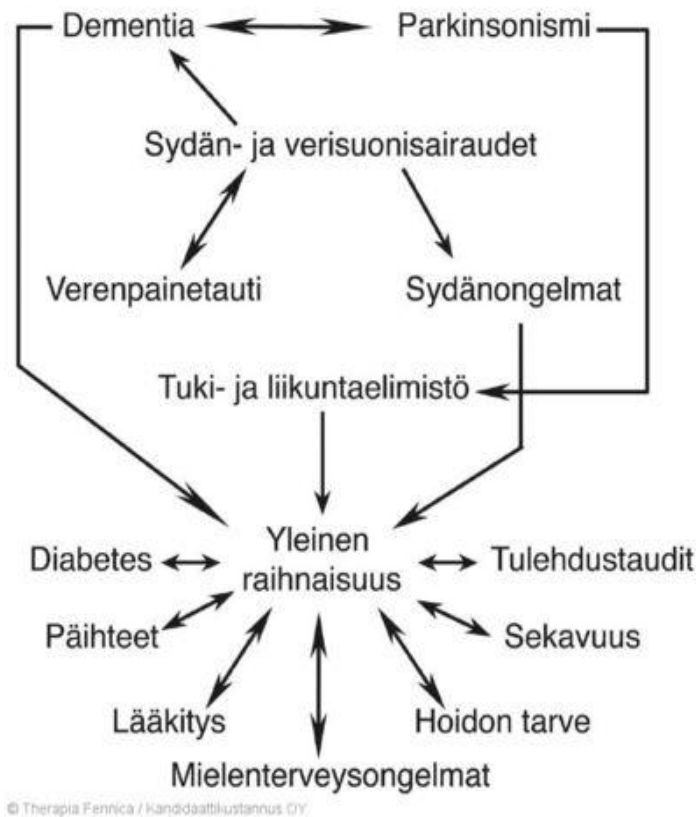
Ikääntyvien toimintakyvyn kannalta nivelten liikkuvuudella on tärkeä merkitys. Nivelten liikkuvuuden väheneminen liittyy monesti erilaisiin nivelvaivoihin ja saattaa aiheuttaa liikkumisvaikeuksia. Tuki- ja liikuntaelimestön kannalta merkittävää on myös iän myötä *painon* lisääntyminen aikaisempaa helpommin. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33.)

Ikääntymisen vaikutukset näkyvät myös ensimmäiseksi eri kudosten toiminnoissa. *Hermolihas toiminnassa* viestin välittyminen hidastuu, mikä näkyy reaktiokyvyn heikkenemisenä. Uusien ärsykkeiden tunnistaminen ja toimintamallien oppiminen hidastuu. *Aivojen* ja *hermoston* fysiologisia muutoksia ovat aivokudoksen väheneminen, säätelyjärjestelmän heikkeneminen, psykomotoriset muutokset ja muistihäiriöiden yleistyminen. *Verenkierrossa* ikääntymisen mukana veren virtausvastus kasvaa. Sydämen verisuonten ja läppien kalkkeutuminen lisääntyy. Systolinen verenpaine kohoaa, mikä tulee ottaa huomioon sydämen kuormittamisessa. Ortostaattisen paineen vaihteluun sopeutuminen heikkenee. Nopeat asennon muutokset aiheuttavat huimauksen tunnetta. (Kettunen ym. 2009, 135 - 139.) Ikääntyessä tapaturmavaara kasvaa, kun *tasapaino* heikkenee, *reaktionopeus* hidastuu ja kaatumisriski kasvaa. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33.)

Ikääntyessä myös *perusaineenvaihdunta* hidastuu, joten myös energiankulutus vähenee. Syljen erityksen väheneminen sekä suolen toiminnan hidastuminen hankaloittaa ravintoaineiden imeytymistä. Nestetasapainon heikkeneminen ja vähäinen juominen aiheuttavat elimistön kuivumista ja väsymystä. *Keuhkokudoksen* kimmoisuus vähenee ja keuhkojen pinta-ala pienenee jolloin hengityskapasiteetti heikkenee ja puhdistusmekanismien heiketessä tulehdussairauksien riski lisääntyy. Elintoimintojen heikentyminen lisääntyy myös vuodelevon aikana. Useita iän tuomia muutoksia voidaan ehkäistä tai hidastaa säännöllisellä liikunnalla. (Kettunen ym. 2009, 135 - 139.)

Aistitoimintojen, näön ja kuulon heikkeneminen vaikeuttavat liikkumista. Korvan tasapainoelimen toimintahäiriöt vaikeuttavat kehon asennon hallintaan ja tasapainoa. Kuulo on heikentynyt 60-vuotiaana noin 30:lla prosentilla väestöstä ja 80-vuotiaista lähes kaikki kärsivät jossakin määrin huonosta kuulosta. Ikääntyneillä yli 75-vuotiailla

noin 7 %:lla on samanaikaisesti merkittäviä ongelmia sekä kuulemisessa että näkemisessä. (Kettunen 2009, 135-139, 174-176; Väätäinen 2010, 84; Voutilainen ym. 154.) Iän myötä näkökyky heikkenee, valon tarve lisääntyy ja hämärässä näkeminen vaikeutuu. Esimerkiksi 40-vuotias tarvitsee kaksinkertaisen valomäärän 20-vuotiaaseen verrattuna. Ikääntyessä myös värien näkeminen ja kontrastien erotuskyky heikkenee ja näkökenttä kaventuu. (Nordqvist & Juntunen 2010, 68.)



KUVIO 2. Tärkeimmät raihnautumisen syyt vanhuksilla (Tilvis, R. 2001. Vanhus potilaana. Kirjassa Geriatria. Toim. Tilvis, R. Hervonen, A., Lehtonen, A & Sulkava, R. Hämeenlinna: Duodecim, 32-43 mukailtu)

Iän karttuessa ihmisen fyysinen kunto heikkenee yksilöllisesti. Toimintakyvyn heikentyminen ei kuulu normaaliin vanhenemiseen, vaan se johtuu ensisijaisesti sairauksista (kuvio 2). Useimmille 75-85-vuotiailla on kaksi tai kolme samanaikaista, toimintakykyä haittaavaa sairautta. Hyvin harva 85-vuotias on säästynyt toimintavajavuutta aiheuttavalta pitkäaikaissairaudelta. Tavallisimmat toimintarajoitusta aiheuttavat sairaudet alle 85-vuotiailla vanhuksilla ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydänsairaudet, yli 85-vuotiailla dementoivat sairaudet. Masennus liittyy usein suorituskyvyn heikentymiseen, voimistaa toiminnanvajavuuden kokemusta lisäten laitoshoidon siirtymisen todennäköisyyttä. Vaikka vointi vaatisi laitoshoidoa, ei liikkumisen merkitystä

tule unohtaa. Laitoshoidossa olevien potilaiden aktivointia tulee edistää kaikin tavoin toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja heikkenemisen estämiseksi. (Valvanne 2012.)

Puristusvoima kuvaa geriatrisen potilaan elinvoimaa hyvin. Kävely ja riisuutuminen antavat yleiskuvan fyysisestä toimintakyvystä ja kardiorespiratorisesta suorituskyvystä. Suurten nivelten, kuten polven ja olkanivelen, liikelaajuus korreloi perustoimintojen vaikeutumiseen. Rappeuttaviin pitkäaikaissairauksiin ja vanhenemiseen liittyvä toimintakyvyn asteittainen heikentyminen ilmenee ensin vaativien päivittäisten toimintojen karsiutumisenä, sitten välinetoimintojen kuten esim. puhelimen käytön vaikeutena. Lopulta raihnaistuminen haittaa perustoimintoja. Perustoimintojen on havaittu vaikeutuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, kylpeminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja viimeisenä syöminen. (Valvanne 2012.)

Toiminnanvajaukset, tuki- ja liikuntaelinvaiat ja sairaudet ovat iäkkäillä yleisiä. Kaikkien näiden on ongelmien ilmaantuvuus kasvaa iän mukana. Huonon terveyden merkitys yksilöille ja yhteiskunnalle on erityisesti suuri siksi, että ne johtavat helposti pahenevaan noidankehään. Omatoimisuus ja liikkuminen vähenevät, mikä puolestaan usein pahentaa niihin johtaneita syitä. Oireet, kuten kipu ja elinpiirin rajoittuminen, johtavat fyysiseen ja henkiseen uupumukseen ja vajaatoimintoihin, joista seuraa masennusta. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33.)

Itseensä kohdistuvaa tyytymättömyyttä ja häpeää sekä kärsimättömyyttä saattaa iäkkäällä potilaalla aiheuttaa se, että kaikki tekeminen vaatii enemmän aikaa ja keskittymistä. Kognitiiviset toiminnot hidastuvat ja se vaikuttaa arkeen niin, että elämisen rytmi ja myös mahdollisesti aikakäsitys muuttuvat. Potilas saattaa ottaa passiivisen hoidettavan roolin, jos työntekijät eivät osaa antaa tarpeeksi aikaa asioiden suorittamiseen, vaan tekevät asiat hänen puolesta. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 551.) Tämä kierre lisää liitännäissairauksia, joita tuki- ja liikuntaelinsairailla henkilöillä on useammin kuin muista sairauksista kärsivillä. Yhdessä ne johtavat yleisesti vakaviin vajaatoimintoihin. Ulkopuolisen hoidon ja hoivan tarve kasvaa ja elämänlaatu heikkenee voimakkaasti. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33.)

lääkkäät akuutisti sairastuneet potilaat muodostavat akuuttisairaalan merkittävän potilasryhmän. Usein akuutisti sairastunut iäkäs henkilö on asunut sairastumiseensa asti kotona. Sairastuessa ikääntymiseen liittyvässä toimintakyvyssä tapahtuu ennakoimaton ja nopea suoritustason heikkeneminen. (Kinnunen, Taskinen & Kylänen 2010, 13.) Riskit yli 85-vuotiaiden laitoshoidon joutumiselle liittyvät päivittäisissä toimin-

noissa lisääntyneeseen avun tarpeeseen, yksin asumiseen, alhaiseen tulotasoon, sosiaaliseen eristäytymiseen ja asunnon puutteellisen varustetasoon. Ongelmia aiheuttavat myös useat krooniset sairaudet, kuulo- ja näköongelmat sekä kognitiivisten toimintojen heikkeneminen. (Lyyra ym. 2007, 61.)

Vanhukset käyttävät viimeisinä elinvuosinaan laitoshoidtoa hoitoajan ollessa noin kaksi vuotta (Sonkin, Hult & Rönkä & Södergård 2000, 22). Tampereen yliopiston tutkimusprojektissa (Aaltonen, Forma, Rissanen, Raitanen & Jylhä 2010, 91–100) todettiin, että kahden viimeisen elinvuoden aikana hauraita vanhuksia siirrettiin hyvin usein palvelujärjestelmän sisällä. Sama vanhus joutui uuteen hoitopaikkaan enimmillään 168 kertaa, ja vain 13 prosenttia sai pysyä samassa hoitopaikassa. Siirtojen määrä vaihteli hoitopaikoittain. Terveyskeskus on sitä yleisempi kuolinpaikka mitä vanhempana ihminen kuolee.

lääkäiden kanssa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää tunnistaa erityisesti varhaisen puuttumisen tarpeen havaitsemiseksi toimintakyvyn heikkenemisen merkit ja erityisesti niiden muuttuminen lähimenneisyydessä. Tunnistettuihin ongelmiin on pyrittävä puuttumaan ajoissa. Lääkäiden henkilöiden kohdalla tämä on erityisen tärkeää, koska tilanne yleensä huononee ja voi huonontua nopeasti. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33.)

Suomessa toteutetaan kansallista toimenpideohjelmaa, jonka tavoitteena on edistää ikääntyvien hyvinvointia liikunnan avulla. (Karvinen, Kalmari & Koivumäki 2011.) Ikääntynyt ihminen voi vaikuttaa terveyskäyttäytymisellään oman elämänsä laatuun, toimintakykyyn ja terveyteen. Heikko toimintakyky ei ole vanhenemisen väistämätön seuraus, vaan elintavat vaikuttavat suuresti sen säilymiseen. (Bäckmand & Vuori 2010, 32-33.)

2.4 Kuntoutumista edistävän toiminnan esteitä

Hoitajan toimintaa monessa kuntoutuksellisessa yksikössä voidaan kuvata ”kuntoutumisen edistämiseksi”, monessa se kuitenkin on edelleen ”kuntoutuksen mahdollistamista”. Kuntoutujien ja heidän läheistensä odotukset hoitajia kohtaan voivat myös edelleen olla ”**puolesta tekemisen**” odottamista. Kuntoutumisen edistämisen esteinä ovat myös käytettävissä olevien resurssien, hoitajien ajan, osaamisen ja arvostuksen puute. (Macduff 1998; Long ym. 2002.)

Lähijohtamisen uhkakuvana voi olla käytännön **toiminnasta etäännyminen**, jos lähiesimiehen työssä henkilöstöjohtaminen ja päivittäisen toiminnan johtaminen painottuu tai keskittyy liikaa sijaisten hankintaan ja päivän muiden toimintojen organisointiin. Käytännön ydintoiminnasta etäännyminen voi puolestaan johtaa siihen, että kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvät kehittämisvaateet jäävät lähijohtajalta huomioimatta Hoidon laadun taso kärsii ja hoidon vaikuttavuus heikkenee. Tällöin myös henkilöstön sitoutuminen toiminnan jatkuvaan kehittämiseen hiipuu tai jopa loppuu kokonaan. (Vähäkangas ym. 2010, 17; Turjamaa 2007, 46.)

Myös lähiesimiehen **puutteelliset tiedot** kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamisesta estävät henkilöstön kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamista. Lähiesimiehen työskentely ja asenne estää hoitohenkilöstön osallistumisen koulutuksiin ja myös kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamiseen tarvittava aika jää vähäiseksi. (Turjamaa 2007, 44-46.)

Erilaiset **ryhmäilmiöt** tuovat omat paineensa ja haasteensa niin esimiehelle kuin työntekijöillekin. Ryhmän paineet vaikuttavat usein työhön joko myönteisesti tai kielteisesti. Kilpailuhenki ja erilaiset kuppikunnat ovat ilmiöitä joihin esimiehen on puututtava. Kielteiset vaikutukset aiheuttavat työssä kuormittumista sekä eettisiä ongelmia kuten työtoverin loukkaamista. Hyvään johtajuuteen kuuluu yhteistyötä estäviin tekijöihin puuttuminen ja rakentava käsittely. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 50.)

Vuorisen (2008, 116) mukaan muutokseen johtava **johtamistoimintojen visiointi** ja toimintojen kyseenalaistaminen tulee **harvoin** näkyviin lähiesimiesten johtamisessa. Lähiesimiehet suhtautuvat johtamiseensa realistisesti ja ammatillisesti ja ovat maltillisia uudistusten käyttöönotossa sekä riskien ottamisessa. Lähiesimiehen harkitsevaisuus ja varovaisuus on syytä huomioida kun suunnitellaan ja aikataulutetaan muutoksia organisaatiossa. Lähijohtamiseen ei myöskään sisälly riittävästi innovatiivisten työtapojen etsimistä oman organisaation ulkopuolelta. Suomalaiset sairaalat ovat sulkeutuneita organisaatioita. Johtamisessa ei osata hyödyntää riittävästi muissa organisaatioissa saatuja johtamistuloksia. Lähiesimiehet toteuttavat ylläpitävää johtamista eivätkä tarkastele riittävän kriittisesti oman yksikön toimintaa. Osastoilla otetaan vain vähän käyttöön uudistuksia.

Hyvin toimivassa työyksikössä **työntekijät** tuntevat työnsä tavoitteet ja niistä vallitsee yksimielisyys. Suurin osa toimintamalleista on kuitenkin muodostunut vuosien saatossa, eikä niiden perusteita enää tiedosteta. Työtä tehdään pitkälti **automatisoituneiden toimintojen** varassa. Työn tavoitteet ja käytännön työ voivat olla hyvinkin

erilaisia. Yksittäisten työntekijöiden arvomaailman ja tietojen välillä voi olla suuria eroja. Työntekijät ovat kouluttautuneet eri aikoina eri koulutustasoilla, erilaisissa täydennyskoulutuksissa ja työskennelleet erilaisissa työpaikoissa. Työyhteisöjen näennäisen yksimielisyyden taakse muodostuu paljon kilpailevia arvoja ja toimintamalleja. Työyhteisöön syntyy alakulttuureja ja ristiriitoja siitä, miten työtä tulisi tehdä tai kehittää. (Kröger 2009, 104-105; Sinervo & Elovainio 2002, 193-194, 201; Voutilainen ym. 2002, 193-194.)

Kuntoutumista tukeva toiminta ja kuntoutus on myös painottunut fysioterapeuttien ja muiden kuntoutustyöntekijöiden asiantuntijatehtäväksi hoitotyöntekijöiden **roolin** jäädessä usein **epäselväksi**. Kuitenkin potilaan ollessa laitoshoidossa, hoitotyöntekijät ovat osastolla läsnä ympäri vuorokauden. Hoitotyöntekijät eivät perinteisesti ole olleet näkyvässä roolissa potilaan kuntoutumisprosessissa, vaan ovat toimineet välimaastossa hoitamisen ja kuntoutuksen välillä. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43.)

Longin ym. (2003, 663-673) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat roolinsa potilasta hoitavassa tiimissä enemmän hoidon koordinoijina kuin tiimin jäseninä. Hoitajat integroivat terapioita hoitotyöhön ja kuntoutujan päivittäisiin toimiin. Hoitajat kokevat, että muut tiimin jäsenet eivät arvosta heidän toimintaansa vaan vähättelevät hoitajien antamaa informaatiota ja arviointeja. Terapeuttien mielestä myös hoitajien tietämys on puutteellista. Hoitajat kokevat terapeuttien ”suojelevan” omaa tehtäväkenttäänsä ja osaamistaan. Kun hoitajilla on kuntoutuksen asiantuntemusta, he myös ylittävät roolirajoja arviointiinsa luottaen.

Hoitajan koordinointi ei kuitenkaan välttämättä merkitse kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista hoitotyön käytännössä. Jotta hoitaja voi menestyksellisesti johtaa kuntoutustiimiä, häneltä edellytetään syvää **tietoperustaa**. Tämä edellyttää kaikkien tiimin jäsenten yhteistä opiskelua ja yhteisen pohjan luomista. Ilman terapeuttien läsnäoloa hoitajien kokonaisnäkemys kuntoutujan tilanteesta jää **rajoittuneeksi**. (Davies 1994, 25-33; Long ym. 2003, 663-673; Furåker 2004, 309-316.)

Hoitajat kokevat tarvitsevansa myös enemmän tiedon jakamista ja enemmän keskusteluita hoidosta hoitajien välillä sekä pienryhmätyöskentelyä sekä tiimikokousten kehittämistä. (Olkoniemi 2007, 21-22.) Mikäli hoitajilta **puuttuu kuntoutumista edistävä hoitotyön** malli, hoitajilla on taipumus toimia rutiininomaisesti ja potilasta passiivoiden. Mallin puuttuminen vaikeuttaa kuntoutuksen edistymistä, jonka tavoitteena on potilaan varhainen mobilisointi ja aktiivisuus koko kuntoutusprosessin ajan. (Taskinen, Ryyänen & Kinnunen 2012, 8-12; Turja, Routsalo & Arve 2006, 4-9.)

Kuntoutuksen ja hänen läheisensä osallistumista voi myös vaikeuttaa **tiedon puute**. Jos yhteinen kuntoutuksen tietoperusta tarvitsee jatkuvaa vahvistamista toimijoiden keskuudessa, vielä haasteellisempaa on tiedon välittäminen potilaalle ja heidän läheisilleen. (Mäntynen 2007, 39.) Nolan ym. (1997) ja Burton (2000) ovat nimenneet moniammatillisen tiimin toiminnassa opetusroolin yhdeksi hoitajan rooliksi. Kirjallisuuskatsauksessaan Nolan ym. (2001) toteavat, että hoitajat eivät ole riittävästi valmentautuneet potilasopetukseen oppimisprosessin näkökulmasta. Myös ajanpuute ja painostava työilmapiiri voivat olla heikentämässä potilasopetuksen tasoa (Turner ym. 1999).

Potilaan itsenäistä ja aktiivista kuntoutumista **rajoittavia toimintatapoja** hoitajien kokemuksen mukaan ovat ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan puute ja sen tiuha vaihtuvuus. Hoitajien jatkuva kiire ja heikko perehdyttäminen koetaan myös rajoittavaksi toimintatavaksi. Kovassa kiireessä hoitohenkilökunta vaihtuu tiuhaan tahtiin, jolloin vieras hoitaja ei pysty täysipainoisesti tukemaan potilaan itsenäistä ja aktiivista kuntoutumista. Kiire voi johtaa siihen, ettei potilaiden omia toiveita oteta tarpeeksi huomioon eikä kunnioiteta heidän toiveitaan. Esimerkiksi jos potilas ei halua osallistua johonkin ryhmään, hänet voidaan kiireen ja käytännön syistä pakottaa kuitenkin osallistumaan. Jos hoitaja ei ymmärrä potilaan perussairaudesta johtuvia rajoitteita, hoitaja voi tukea tai vaatia liikaa potilaalta. (Olkonniemi 2007, 21-23; Turjamaa 2007, 46.) Potilas saattaa myös ottaa passiivisen hoidettavan roolin, jos työntekijät eivät osaa antaa tarpeeksi aikaa asioiden suorittamiseen, vaan tekevät asiat hänen puolesta. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 551.)

Yhteispohjoismaisen Omsorgsvardag i Norden -tutkimuksen Suomen hankeosuuden Hoivantekijät –loppuraportin (Kröger, Leinonen & Vuorensyrjä 2009, 40-43, 50-86) mukaan laitoshoidon ja palveluasumisyksikköjen osalta suomalaisten työntekijöiden **asiakasmäärä** oli kaksinkertainen verrattuna muihin Pohjoismaihin. Perus- ja lähihoitajien sekä hoiva-apulaisten mielestä ongelmat hoivatyön laadussa ja riittävyudessa kärjistyvät laitoshoidossa. Työpaine, fyysiset ja henkiset rasitukset, sairauspoissaolot ja läsnäolot sekä riittämättömyyden tunne ovat hyvin korkealla. Koetut vaikutusmahdollisuudet ja esimiehen tuki olivat vähäistä. Suomessa myös hoivatyöntekijöiden työtehtävissä korostuvat sairaanhoidolliset ja hallinnolliset tehtävät muita Pohjoismaita enemmän. Työolojen kehittäminen terveyskeskusten vuodeosastoilla todettiin erityisen tärkeäksi. **Henkilökunnan vähyyks ja vajaus** osoittautui säännönmukaiseksi laitoshoidossa verrattuna muihin pohjoismaihin.

Samansuuntaisista tuloksista antavat viitteitä myös Taskisen ym. (2012, 8-12) Tuotavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa –loppuraportin lähtötilannekyselyn tulokset kuntoutumista edistävän toiminnan esteistä. Henkilöstön rakenne ja määrä, työntekijöiden vaihtuvuus, ulkomaalaistaustaiset työntekijät sekä runsas sijaisten käyttö heikentävät sitoutumista kuntoutumista edistävään toimintaan. Vaihtuvat työntekijät eivät tunne riittävän hyvin potilaiden tarpeita, sitoutuminen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan ei ole järjestelmällistä, tiedonkulku koetaan heikoksi ja työorientaatio vaihtelevaksi. Resurssien puute, vaihtuvuus ja **työaikajärjestelyt** ja henkilöstön vaihteleva määrä eri työvuoroissa koetaan myös kuntoutumista edistävän toiminnan esteenä. Sairaanhoidajan **työ** koetaan jonkin verran muuttuneen **tehtäväkeskeiseksi**, työ liukuhihnamaiseksi ja kuntoutumista edistävän toiminnan arvostus heikoksi.

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa tulee esille **omaisten ja hoitajien erilaiset odotukset** hoidosta. Omaiset tuntevat itsensä ulkopuoliseksi hoitosuhteessa. (Ross, Carswell & Dalziel 2002, 179-182; Åsted-Kurki, Paunonen & Lehti 1997, 908-914.) Myös henkilökunnan asenteilla on merkittävä rooli omaisten hoitoon osallistumisessa. Henkilökunnan kielteinen asenne, epäystävällinen ja torjuva käytös passivoi omaisia ja vähentää omaisten vierailuja osastolla. (Kajan 1997.)

Osaston rutiinit, päivärytmi, hoitajien kiire, passivoiva hoitoympäristö sekä tiedonkulun heikkous ja tiedonsiirtotilanteiden rauhattomuus heikentävät omaisten hoitoon osallistumista. Vuorovaikutustilanteissa hoitohenkilökunnan toiminta on omaisia passiivisempaa. Kuntoutus on suunnittelematonta eikä sillä ole jatkuvuutta. Omaiset eivät koe hoitajien kannustavan heitä osallistumaan hoitoon. (Hätinen 2007, 44-47, 58-73.)

Kuntoutumisprosessissa myös **vastuunjako** ja **yhteistyö** eri tahojen kanssa voi sujua **kangerrellen**, jolloin potilaan kuntoutuminen ei tapahdu parhaalla mahdollisella tavalla (Kettunen ym.2009,8). Haasteen kuntoutumisen tukemiselle muodostaa myös asiakkaiden tarpeiden erilaisuus. Lonkkaleikkauksesta toipuvalla, pitkäaikaistyöttömällä, mielenterveyskuntoutujalla ja vanhuksella on omat elämäntilanteensa ja erityistarpeensa. (Kettunen ym. 2009, 8.)

Fyysisen ympäristön epäkäytännöllisyys ja osastomaisuus voivat rajoittaa potilaan itsenäistä ja aktiivista kuntoutumista. Osaston pitkät käytävät, ahtaat ja värittömät tilat, huono valaistus ja kodinomaisuuden puute rajoittavat viihtyvyyttä osastolla

ja vähentävät potilaiden mahdollisuutta omatoimisuuteen. Ahtaat tilat rajoittavat myös apuvälineiden käyttöä. (Taskinen ym. 2012, 8-12; Olkonniemi 2007, 21-22.)

Suomessa potilaan toimintakykyä ei myöskään arvioida millään vakiintuneella yhteisellä mittausmenetelmällä. Moninaisten **mittareiden käyttö** vaikeuttaa yhtenäisten suositusten tekoa sekä hoidon tehokkuuden ja laadun arviointia. (Valvanne 2012.) Eri toimintakykymittarit arvioivat potilaiden avustustarvetta **eritasoisesti** eikä niiden tulos ohjeista hoitajia apuvälineiden käyttöön. (Fagerström 2013, 27.) Se, miten mittaamme kuntoutuksen vaikuttavuutta, ohjaa osaltaan sitä mitä teemme. Jos toimintaa arvioivat mittarimme ovat väärät, myös niiden perusteella tehdyt päätelmät ovat väärä. (Autti-Rämö & Komulainen 2013.)

Palvelujärjestelmän vahva **hoito-orientaatio** tulee esille erilaisissa potilaiden esitietolomakkeissa, toimintakykymittareissa sekä niiden sisällössä. Kerättävät tiedot liittyvät usein ongelmien ja vajavaisuuksien kartoittamiseen, joiden perusteella päätetään avun tarve. Huomio kiinnittyy ensisijaisesti henkilökunnan antamaan apuun. Avun saannin perusteella määritelty toimintakyky voi johtaa virheellisiin käsityksiin. Ihmiselle annetaan apua vaikka hän ei sitä välttämättä tarvitsisikaan. Toiminnan vaikeuksien määrittelyn kautta saadaan toimintarajoituksia esille jopa viisi kertaa suurempi määrä kuin määriteltäessä toimintakykyä avun tarpeen perusteella. (Heikkinen & Rantanen 2008, 431-432.)

2.5 Kuntoutumista edistävän toiminnan etiikka

Etiikka pohjautuu käsityksiin hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Etiikka ja eettisyys pohjautuvat arvoihin. Arvot pohjautuvat käsitykseen hyvästä ja oikeasta ja miten nämä asiat ilmenevät sanoissa ja teoissa. Arvot ovat suhteellisen pysyviä, ohjaavat valintoja ja päätöksentekoa ja ovat yhteydessä tavoitteisiin ja tavoitteiden asettamiseen. Normit ovat ohjeita, jotka ilmaisevat miten pitää menetellä ja miten ei. Arvoista ja normeista rakentuu moraaliksi, johon pohjautuu hyvän ja pahan erottaminen sekä hyvät tavat ja periaatteet. (Kauppi ym. 2010, 9-10; Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 6-7, 22.)

Hoitotyössä eettisyys ilmenee työntekijän ajattelussa ja toiminnassa ja kykyinä tarkastella omaa toimintaa potilaan oikeuksien ja oikean ja väärän näkökulmasta. Eettisyys hoitotyössä tarkoittaa myös sitä että ihmisarvoa kunnioitetaan riippumatta sukupuolesta, uskonnosta, alkuperästä, mielipiteestä, kyvystä tai iästä. Toiminnan tasolla eettisyys näkyy tahtona ja uskalluksena tehdä hyvää ja sitoutua sosiaali- ja terveyden-

huollon periaatteisiin ja arvoihin. (Kauppi ym. 2010, 9-10; Vuori-Kemilä ym. 2005, 6-7, 22; Ikäinstituutti 2013.)

Yhteiskunnalliset ratkaisut sekä palvelujärjestelmä antavat kuntoutumista edistävälle toiminnalle kehykset, joiden sisällä työntekijät toimivat potilaiden kanssa. Kunnat joutuvat tekemään kauaskantoisia valintoja siitä mitä palveluja järjestetään ja kenelle. Päätökset koskettavat kuntoutujien monia oikeuksia ja ovat eettisiä ratkaisuja. (Kettunen ym. 2009,38.)

Lähijohtaja on keskeisessä asemassa työyhteisön arvojen ylläpitäjänä ja luojana. Johtajuuden keskeinen tehtävä on ylläpitää ja kirkastaa keskustelua työyhteisön perustehtävästä eli siitä miksi organisaatio on olemassa. Johtajuuden haaste on saada työntekijät keskustelemaan, luomaan arvoja ja elämään työyhteisön arvot todeksi ja näkyviksi arjen toiminnassa. Myös johtajan oma käyttäytyminen on vahva arvojen luoja. (Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 47-49.) Organisaatiossa yhteisesti hyväksytyt arvot toimivat voimanlähteenä kuntoutumista edistävissä hoitotyössä. (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 53-54.)

Työyhteisöllä voi olla sekä julki- että piiloarvoja. Julkiset arvot ovat organisaation toiminta-ajatuksessa ääneen lausuttuja arvoja ja periaatteita. Piiloarvot ovat niitä arkipäivän työssä välittyviä, ääneen lausumattomia arvoja ja periaatteita, jotka säätelevät toimintaa käytännössä ja jotka työntekijät ja potilaat huomaavat. Julki- ja piiloarvojen välillä ei tulisi olla suurta ristiriitaa. Työntekijät tulkitsevat lähiesimiehen ratkaisuja, mitkä arvot ja arvostukset ovat ratkaisujen taustalla. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 47-49.)

Hyvä kuntoutusta edistävä toiminta vaati selkeän eettisen perustan. Ammatillisuuteen kuuluu eettisten toimintaperiaatteiden tunteminen ja niihin sitoutumien. Eettisiä toimintaohjeita ei kaikkiiin tilanteisiin ole olemassa. Keskeistä ammatillisessa päätöksenteossa on erilaisten intressien ja ristiriitojen kriittinen arvioiminen. Työntekijät ovat vastuussa valinnoistaan ja teoistaan. (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 54-55.)

Moniammatillisen työryhmän päätöksenteko on myös eri ratkaisuvaihtoehtojen seurausten punnitsemisen takia eettistä, arvoperusteista päätöksentekoa. (Metteri ym. 2004, 54-55.) Ammatillisen toiminnan eettisyys liittyy ensisijaisesti potilaan itsemääräämisoikeuteen, tiedon saantiin ja luottamuksellisuuden toteutumiseen häntä ja hänen hyvinvointiaan koskevassa päätöksenteossa. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 75.)

Kuntoutumista edistävissä hoitotyössä työntekijän ihmiskäsitys vaikuttaa oleellisesti siihen, miten hän suhtautuu kuntoutujaan, mitä asioita pitää tärkeänä ja mihin kiinnittää huomiota. Ihmiskäsitys pitää sisällään arvot, jotka työntekijä kokee tärkeiksi. Työntekijän henkilökohtaisten arvojen ja sosiaali- ja terveysalalla vallitsevien yleisten arvojen on oltava sopusoinnussa keskenään. Jos työntekijä työskentelee pitkään arvomaailmansa vastaisesti, sillä voi olla kohtalokkaita seurauksia. Arvojen tunnistaminen on tärkeää sekä työntekijöille että organisaatiolle. (Kettunen ym.2009, 36 – 37, 43; Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 53-54.) Palveluissa on huomioitava että eri kulttuureista tulevilla on erilaiset arvot, mikä edellyttää työntekijöiltä eettisyyttä ja arvoosaamista. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 53.)

Kuntoutustyössä joudutaan puuttumaan ainakin jossain määrin kuntoutujan itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyteen. Potilas on avuntarpeensa vuoksi riippuvainen työntekijästä. Lähtökohta tuo mukanaan vallankäytön mahdollisuuden ja vallankäyttöön liittyvän eettisen vastuun. Työntekijän vallankäytön tapa ratkaisee kuntoutuksen ja huolenpidon eettisen laadun. Eettisesti hyvä kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää että kuntoutujan itsemääräämisoikeuteen ei puututa tarpeettomasti ja ilman hoidollisesti päteviä perusteluja. (Kettunen ym.2009, 36–38, 43.)

Erityisesti ikääntyneen ihmisen kuntoutumista edistävän hoitotyön keskeisiä perusarvoja ja toimintaperiaatteita ovat ikääntyneen ihmisen pitkään elinikään liittyvän kokemuksen kunnioittaminen ja yksilöllinen kohtaaminen. Hoitohenkilökunnan tulee tunnistaa ja hyväksyä ikääntyneen ihmisen erilaisuus. Hoito- ja kuntoutumismenetelmät tulee valita yksilöllisesti huomioon ottaen ikääntyneen itsestään huolehtimisen tavat ja niihin kytkeytyvät voimavarat. Hoito- ja palvelumenetelmiä tulee arvioida ikääntyneen subjektiivisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun näkökulmasta. (Voutilainen ym. 2002, 24-25.)

3 KUNTOAUTUMISTA EDISTÄVÄN TOIMINNAN LÄHIJOHTAMINEN VUODEOSATOLLA

3.1 Lainsäädäntö, rahoitusohjaus, suositukset ja sopimukset

Euroopan Unionin linjauksissa kansallisen terveystalitiikan määrittelemineu kuuluu kunkin jäsenvaltion yksinomaiseen toimivaltaan. Tämän vuoksi EU:n ei pyri määrittelemään terveystalitiikkaa eikä terveyst- ja hoitopalveluiden järjestelyjä ja tarjoamista. EU:n toiminta perustuu jäsenvaltioiden yhteiseen terveystalitiigiaan, jonka tavoitteena on ihmisten mahdollisuus elää pidempään ja terveempinä. Strategiassa on kolme päätavoitetta: edistää hyvää terveysttä ikääntyvässä Euroopassa, suojata kansalaisia terveystsuhkilta, tukea dynaamisia terveystdenhuoltojärjestelmiä ja uusia teknologioita. (Euroopan Unioni 2000.)

Suomessa perustuslain (PL 1999/731, 19§) mukaan julkisen vallan on turvattava kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveystdenhuollon palvelut sekä edistettävä terveysttä. Perusoikeuksia koskevat säädökset sisältävät perustan sosiaali- ja terveystdenhuollon erityislainsäädännölle. Yksityiskohtaisempaa päätöksentekoa sosiaali- ja terveystspalvelujen sisällöstä säätelee erityislainsäädäntö. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystspalvelut ja edistettävä väestön terveysttä. Julkisella vallalla tarkoitetaan sekä valtiota että kuntia. Palvelujen järjestämistävastuu, ei tuottamistavastuu, kuuluu pääsääntöisesti kuntasektorille. (Narikka 2008,19.)

Taloustilanne asettaa raamit sille, miten kunnat itsehallinnon puitteissa pystyvät velvoitteensa täyttämään. Kuntarakennemuudistuksissa ja kaikissa toiminnoissa etsitään kustannustehokkaita ratkaisuja. Palveluvaltaisessa sosiaali- ja terveyststoimissa tarvitaan sellaisia toimintamalleja, joissa käyttäjälähtöinen palvelu toteutuu ja henkilöistäönlisäystarve minimoituu. Tämä kehityssuunta on yleensä saavutettavissa, kun palvelu-prosessit ovat sujuvia ja tarkoituksenmukaisia. (Ruontimo, T. 2012, 8.)

Lähijohtamiseen vaikuttavat useat ulkoiset tekijät. Kansainväliset organisaatiot vaikuttavat Suomen terveystdenhuoltojärjestelmän tavoitteisiin ja toimintaan. Järjestelmää ohjataan kansallisesti sosiaali- ja terveystsministeriöstä sekä sen alaisista keskusvirastoista ja alueellisesti lääninhallituksista. Palvelujen järjestämisestä vastaavat kunnat ja sairaanhoitopiirit. Toiminta ja taloussuunnittelu etenevät vuosittain kuntalain (L 1995/365) sisällön mukaisesti. Niiden alaisuudessa olevat terveystdenhuoltoyksiköt toteuttavat palvelut. Myös yksiköt laativat omat toimintaohjeensa. Henkilöstö- ja poti-

lasjärjestöillä on merkittävä rooli toiminnan tukemisessa, seurannassa ja valvonnassa. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku. 2005, 12-13, 185.)

Kuntien tulojen riittävyys hoidettaviin tehtäviin on riippuvainen valtion osuuksien lisäksi verotulojen kehityksestä sekä asiakasmaksujen tasosta. Rahoitus perustuu koko kuntataloutta ja sen kehitystä koskevaan kokonaisarvioon. (Narikka 2008, 21-23.) Kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä. (L 2010/1326, § 4.)

Kunnille kuuluvan sosiaali- ja terveystalouden järjestämismääräysten periaatteista säädetään laissa (L 1992/733). Lain nojalla kunnilla on periaatteessa rajaton valinnan mahdollisuus miten palvelut käytännössä järjestetään. Lainsäädännön selvä lähtökohta on, että kunnan järjestämismääräysten piiriin kuuluvien palvelujen laatu on turvattava siitä riippumatta kuka palvelun tuottaa. Palvelujen laadun ja laillisuuden valvontavastuu sekä palvelujärjestelmän kehittämisestä kokonaisuutena ovat viranomais-tehtäviä, joita ei voida siirtää. (Narikka 2008, 24-25.)

Julkiset terveystaloudet jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Terveydenhuollon peruspalveluista säädetään kansanterveyslaissa (KTL 1992/66) ja -asetuksessa (A 1972/802). Perusterveydenhuolto hoidetaan kuntien terveyskeskuksissa. Kansanterveystyön tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on kansanterveyslain 15 §:n (KTL 1972/66) nojalla oltava terveyskeskus. Myös terveystalouden käytännön järjestämisestä päätösvalta on useimmissa tilanteissa siirretty viranhaltijoille. Esimeriksi kansanterveyslakiin 17§ (KTL 1972/66) perustuen terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää siitä, järjestetäänkö potilaan sairaanhoito avosairaanhoidon vai terveyskeskuksen vuodeosastolla ja myös potilaan siirrosta toiseen sairaanhoidon laitokseen. (Narikka 2008, 37-38).

Terveydenhuoltolaissa (L 2010/1326, §67) laitoshoidolla tarkoitetaan hoitoa ja kuntoutusta sairaalan, terveyskeskuksen tai muun terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastolla tai sitä vastaavissa olosuhteissa. Kansaneläkelain (L 2007/571, §7) mukaan laitoshoidon on henkilön ylläpidon, hoidon ja huolenpidon sisältävää toimintaa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai muussa vastaavassa toimintayksikössä. Hoito on julkista laitoshoidon, kun se on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla tai vastaavissa sosiaali- ja terveydenhuollon tai valtion laitoksessa, kuten van-

hainkodissa tai yksityisen palveluntuottajan yksikössä laissa säädettyjen ehtojen mukaisesti.

Toimintayksikön johtamista koskevat säännökset nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon yleislainsäädännössä ovat kirjavat. Terveydenhuoltolain (L 2010/1326) 4 §:n mukaan toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, hoito- ja toimintatapojen kehittämistä ja eri ammattiryhmien yhteistyötä. Lain 57 §:n mukaan terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri, jonka on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa.

Myös kuntoutumista edistävää hoitotyötä ohjaavat sosiaali- ja terveystalouden lakisäädökset. Lait ja säädökset perustuvat myös näkemyksiin ihmisarvosta ja ihmisoikeuksista. Keskeisemmin kuntoutuspotilaan asemaa ja oikeuksia määrittelevät Laki sosiaalihoollon asiakkaan asemasta (L 2000/812) sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785). Sosiaali- ja terveystalouden eri ammattiryhmillä on myös omat eettiset ohjeistonsa. Eettiset toimintaperiaatteet sisältävät ammattikunnan näkemyksen ammattikunnan ydintehtävästä, arvoista ja työtä ohjaavista periaatteista. Myös laatusuositukset ohjaavat kuntoutustyötä yhdenmukaiseksi ja asiakaslähtöiseksi. Kuntoutustyöhön vaikuttavat myös työyhteisön arvot ja työkuultuuri. (Kettunen ym.2009, 37 – 38.)

Potilaan yleistä asemaa ja oikeuksia säännellään puolestaan laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785). Laissa säädetään myös potilaan oikeudet ja velvollisuudet, tiedonsaanti, itsemääräämisoikeus sekä alaikäisen potilaan erityisasemasta. Potilaslain 4 a §:ssä(L 1992/785) säädetään tutkimusta, hoitoa tai lääkinällistä kuntoutusta koskevasta suunnitelmasta. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaistensa tai läheistensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Laki sisältää myös käytännöt hoitoa koskevasta muistutuksesta sekä potilasiamiehen suorittamasta valvonnasta. (Narikka 2008, 304-305.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuksista säädetään ammattihenkilölain (L 1994/559) 3 luvussa. Lain 15 §:ään sisältyvät ammattieettiset velvollisuudet. Terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan päämäärä on terveyden ylläpito, edistäminen, sairauksien ehkäisy ja sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Toiminnassaan ammattihenkilön on noudatettava koulutuksensa mukaisesti yleisesti hyväksytyjä, kokemusperäisiä ja perusteltuja menettelytapoja. Ammattihenkilön tulee toi-

minnassaan ottaa tasapuolisesti huomioon potilaalle aiheutuva hyöty sekä mahdolliset haitat. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä huomioimaan potilaan oikeuksia koskevat säännökset. (Narikka 2008, 125.)

Terveydenhuoltolain (L 2010/1326) 4 §:n mukaan kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oltava terveydenhuoltoa varten käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 41-43) esitetään toimitilojen osalta esteettömyyttä, turvallista ja viihtyisää ympäristöä joka mahdollistaa itsenäisen suoriutumisen ja kompensoi toimintakyvyn rajoitteita. Laadukas ympäristö edistää myös fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia. Se tarjoaa myös mahdollisuuksia osallisuuteen, ulkoiluun ja mielekkääseen tekemiseen.

3.2 Lähijohtaja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäjänä

Vuodeosastot ovat pohjoismainen ja erityisesti suomalainen erikoispiirre, jonka syntymistä on edesauttanut valtionapujen kohdentuminen terveydenhuollon investointeihin. Vuodeosastoilla annetaan yleislääkäritasoisista sairaanhoitoa ja hoito painottuu vanhimpiin ikäryhmiin. Useiden suurten kaupunkien vuodeosastosairaalat ovat erikoislääkärijohtoisia. Työnjako sairaanhoitopiirin kanssa yksiköiden välillä pyritään jakamaan tarkoituksenmukaisesti. (Suomen kuntaliitto; Vainiomäki ym. 2012, 28.)

3.2.1 Palvelujärjestelmän haasteita Suomessa ja kansainvälisesti

Perusterveydenhuollon akuuttisairaaloiden toimintaan kohdistuu suuria kehittämispaineita. Palvelujärjestelmien muissa osissa tapahtuvat järjestelyt, toimintakäytäntöjen muutokset ja tilapäiset tai pitkittyneet resurssivajeet ja kapasiteettiongelmat heijastuvat akuuttisairaaloiden vuodeosastoille ruuhkauttavasti. (Kinnunen ym. 2010, 12-13.) Myös väestön ikääntyminen ja monikulttuurisuus asettaa uusia vaatimuksia perinteiselle sosiaali- ja terveystoimen palvelujärjestelmälle. Kaikkien kansalaisten yhdenmukainen oikeus hyvään hoitoon ja palveluun on lain säätämä periaate. Ihmisarvo, oikeudenmukaisuus ja ikäihmisten oikeudet sekä potilaan arvokkuuden ja vakaumuksen kunnioitus ja itsemääräämisoikeus koskevat myös etnisten vähemmistöjen väestönosaa ja ikääntyneitä. Äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet on otettava huomioon potilaan hoidossa mahdollisuuksien mukaan. (Heikkinen & Rantanen 2008, 85-86.)

Akuuttivuodeosastot ovat yleensä keskittyneet usein päivystyksenä alkaneen erikoissairaanhoidon jatkohoitoon ja vanhusten akuuttien sairauksien ja yleistilan laskun nopeaan arviointiin, hoitoon ja kuntoutukseen. Useat yksiköt ovat kehittäneet tekonivelleikkausten ja aivohalvausten jälkeistä kuntoutusta yhteistyössä erikoissairaanhoidon yksiköiden kanssa. Joissakin terveyskeskuksissa myös kukin väestövas-tuulääkäri hoitaa omat potilaansa myös vuodeosastolla. Perusterveydenhuollon sairaaloissa tarvitaan geriatriasta ja psykogeriatrasta asiantuntemusta sekä moniammatilista yhteistyötä potilaiden kuntoutuksessa. (Suomen kuntaliitto; Vainiomäki ym. 2012, 28.)

Myös ulkoisilla puitteilla kuten vuodeosastopaikoilla ja henkilökuntaresursseilla on merkittävä vaikutus vuodeosaston toimintaan. Toimiva hoitoketju vaikuttaa merkittävästi hoidon tuloksiin ja onnistuessaan hillitsee terveydenhuollon kustannuksia. (Suomen kuntaliitto; Vainiomäki ym. 2012, 28.) Potilaiden toimintakyvyn myönteiset muutokset ovat yhteydessä korkeaan henkilöstömitoitukseen ja vähäiseen vaihtuvuuteen. Myös henkilöstön koulutustaso vaikuttaa merkittävästi hoitotulokseen ja palvelun laatuun. (Voutilainen, Peiponen, Noro & Kauppinen 2006, 33-38.) Henkilöstörakenteen ja henkilömäärän tarkoituksenmukainen suhde on keskeinen tekijä myös kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämisessä.

Voutilaisen ym. (2005, 166-175) mukaan matala henkilöstömitoitus ja sairaanhoitajien vähäisyys ovat yhteydessä hoidon laadun epäkohtiin. Henkilöstön rakenne, määrä ja osaaminen parantavat hoidon tuloksia. Tulokset on suurelta osin saatu Yhdysvalloista, jossa hoidon tuloksia on tarkasteltu hoidon epäkohtien, kuten painehaavojen, infektioiden tai aliravitsemuksen kautta. Henkilöstöresursseja lisäämällä voidaan hoidon laatua parantaa. Laitoshoidossa fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on yhteydessä moneen muuhun psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vajeeseen. Vuodeosastolla on tärkeää kehittää ja tukea fyysistä toimintakykyä ja suoriutumista, etenkin liikkumista, jotta potilas selviytyy päivittäisistä toiminnoista mahdollisimman itsenäisesti. Säännöllinen kuntoutumista edistävä toiminta vahvistaa laitoshoidossa olevien toimintakykyä myös niillä asiakkailta, joilla on vaikeita kognition vajeita. Jotta hoitajat voivat toimillaan edistää kuntoutumista, on osaavaa henkilökuntaa oltava riittävästi ja hoitokäytäntöjen on tuettava kuntoutumista. Kuntoutumista edistävä hoitajien toiminta näyttää vaativan enemmän resursseja kuin perinteinen hoitajien toiminta. (Vähäkangas.2010,30, 64, 93.)

Hoitotyön henkilöstötarpeeseen keskeisimpänä vaikuttavana tekijänä pidetään potilaiden hoitoisuutta. (Partanen 2002, 25.) Laitoshoidon osalta suomalaisten työntekijöiden potilasmäärät ovat muihin Pohjoismaihin verrattuna kaksinkertaiset. Esimerkiksi tavanomaisessa päivävuorossa terveyskeskuksessa suomalainen hoivatyöntekijä työskentelee keskimäärin 14 asiakkaan kanssa, kun Tanskassa keskiarvo on 6, Norjassa 7 ja Ruotsissa 8. Erot potilasmäärissä voivat johtua esimerkiksi henkilömitoituksen eroista, työn erilaisesta organisoimisesta ja palvelumallien eroista. (Kröger, Leinonen & Vuorensyrjä 2009, 7-9.)

Suomessa määräaikaiset työsuhteet ovat huomattavasti yleisemmin käytetty työmuoto kuin Tanskassa, Norjassa tai Ruotsissa. Osa-aikainen työ sen sijaan on vähäisempää kuin muissa Pohjoismaissa. Hoitajien työstä johtuva sekä fyysinen että henkinen rasitus on muissa Pohjoismaissa vähäisempää. Rasitus lisää työntekijöiden hoitotyön lopettamisaikeita. Myös kiire lisää tarvetta työn lopettamiseen. Suomessa hoitotyöntekijöiden riittämättömyyden tunne on muita Pohjoismaita korkeampi, myös palkaton ylityö on Suomessa yleisempää. (Kröger, Leinonen & Vuorensyrjä 2009, 7-9.)

Euroopan maista Belgiassa on hoitajien minimitason osastotasolla määrittävä lainsäädäntö. Kirurgisella osastolla minimimitoitus on 12 hoitajaa 30 potilasta kohden vuorokaudessa. Valtion rahoitus on osin kytketty minimimitoituksen toteutumiseen. (Scott 2003, Van den Heede ym. 2009, 928-939.) Iso-Britaniassa on useita suosituksia hoitotyön henkilöstömitoituksiksi. (Scott 2003.) Myös maan sairaanhoitajien ammattiliitto Royal College of Nursing on julkaissut oppaan turvallisesta henkilöstömitoituksesta. (Ball 2010.)

Kansainvälisistä henkilöstömitoituksista Yhdysvalloissa Kalifornia on ensimmäinen osavaltio, joka sisällytti lainsäädäntöön määräykset hoitajien minimitoituksesta. Lainsäädäntö hyväksyttiin vuonna 1999 ja se tuli voimaan 2004. Tavoitteena on parantaa sairaalan hoitotyön laatua, vetovoimaisuutta ja turvallisuutta. (Neiser & Raymond 2002.) Lainsäädännön avulla taataan potilaiden turvallinen hoito sekä vähennetään hoitajapulaa ja myös nuoret saadaan kiinnostumaan alasta. Työolosuhteet paranevat ja hoitajien vaihtuvuus vähenee. (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002, 1997-1993; Coffman, Seago & Spetz 2002, 53-64.)

Lainsäädännön voimaantulon jälkeen rekisteröityjen sairaanhoitajien määrä on osavaltiossa lisääntynyt 40 % vuosina 1999-2009. (CNA/NNOC 2009.) Lainsäädäntö edellyttää, että vähintään puolet minimimitoituksen henkilökunnasta on rekisteröityjä

sairaanhoitajia. Mitoituksen on täytyttävä jokaisessa työvuorossa. Sairaaloiden on nostettava mitoitusta, kun yksittäisen potilaan tarpeet sitä edellyttävät. (Coffman ym. 2002, 53-64.) Yhdysvaltain sairaanhoitajajärjestö American Nurses Association (ANA) julkaisi henkilömitoituksen periaatelinjaukset jo vuonna 1999 (taulukko 1). Mitoituksen linjauksiin vaikuttavat potilaiden määrä, potilaiden hoitoisuus, hoidon konteksti ja henkilöstön osaaminen. (Ruontimo 2012, 20.)

TAULUKKO 1. Yhdysvaltain sairaanhoitajajärjestön American Nurses Association (ANA) henkilömitoituksen periaatelinjaukset (ANA 2005. Utilization Guide for the ANA Principles for Nurse Staffing Ruontimo 2012 mukailten Ruontimo 2012, 20.)

Taulukko 2. American Nurses Association (ANA) The Principles for Nurse Staffing (1999)

Muuttuja	Määritelmä
Potilaat/asiakkaat (Patients)	Yksikön potilaiden määrä
Yksikön ja hoidon vaativuus (Intensity of unit and care)	Yksittäisen potilaan ja koko yksikön potilaiden hoitoisuus, hoitoisuuden vaihtelu, kotiutusten ja siirtyvien potilaiden määrä.
Hoitoympäristö/konteksti (Context)	Fyysinen hoitoympäristö, hoitohuoneet, apuvälineet, tietotekniikka.
Osaaminen (Expertise)	Yksittäisten hoitajien ja koko henkilökunnan kompetenssi. Henkilöstön rakenne, pysyvyys, yhtenäisyys ja ammatillinen kokemus.

Lähde: ANA (2005) Utilization Guide for the ANA Principles for Nurse Staffing.

Australiassa Victorian osavaltion lainsäädäntö sisältää myös määräyksiä hoitajien minimimitoituksesta kirurgian ja sisätautien vuodeosastolla sekä vanhusten hoitoyksiköissä. Minimimitoituksessa on oltava vähintään 5 hoitajaa 20 potilasta kohden osastotasolla. Myös Australiassa minimimitoitus on lisännyt rekisteröityjen hoitajien määrää ja tuonut hoitajia muista töistä takaisin hoitotyöhön. Myös nuorten hakeutuminen alalle on lisääntynyt. (Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005.)

WHO on julkaissut katsauksen ja suosituksen terveydenhuollon henkilöstörakenteesta (Buchan & O'May 2000, Buchan & Dal Poz 2002.) sekä hyväksynyt päätöslauselmia, joissa on nostettu esille hoitotyön henkilöstön merkitys kansalaisten hyvinvoinnille ja terveydelle. (WHO 2006, 2011.) Myös kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (INC) on julkaissut suosituksia henkilöstörakenteen suunnitteluun sekä poliittiseen päätök-

sentekoon että organisaatioille. (O'Brien-Pallas, Duffiels, Murphy, Birch & Meyer 2005.)

Viime vuosikymmeninä työikäisten 15-64 -vuotiaiden osuus koko väestöstä on ollut Suomessa selvästi suurempi kuin useimmissa muissa Euroopan maissa. Väestöllinen huoltosuhde, alle 15-vuotiaiden ja yli 64-vuotiaiden lukumäärä sataa työikäistä kohden, on ollut alhainen. Vuoden 2004 lopussa Suomessa oli 50 lasta ja eläkeikäistä sataa työikäistä kohti. Iso-Britaniassa ja Norjassa vastaava luku on 53 ja Ranskassa ja Ruotsissa 54. Vuoden 2010 jälkeen väestöllinen huoltosuhde on alkanut nousta jyrkemmin kuin muissa Euroopan maissa. Vuonna 2040 Suomessa työikäisiä ennustetaan olevan 58 % väestöstä. Silloin maassa on 72 lasta ja eläkeikäistä sataa työikäistä kohti. Palveluntarpeiden, olemassa olevien resurssien ja tarjonnan kannalta merkityksellisintä on kaikkein iäkkäimpien määrän kasvu. (Heikkinen & Rantanen 2008, 28-32.)

Yli 65-vuotiaiden toimintakyvyn myönteinen kehitys voisi jatkua tulevaisuudessa, mikäli kuolleisuus edelleen alenee, sairastavuus vähenee, hoidot tehostuvat, ihmisten toimintaympäristöt muuttuvat ja kansalaisten asenteet muuttuvat ja terveystieto lisääntyy. Haasteita palvelujärjestelmälle asettaa ja kehitystä hidastaa esimerkiksi yli-painoisuuden yleistyminen, alkoholin kulutuksen lisääntyminen sekä työelämän mahdollinen koventuminen ja psyykkisen vaativuuden lisääntyminen. Terveiden elinvuosien lisääntyminen voi leivittää väestön ikärakenteen vanhenemisen aiheuttamia paineita sosiaali- ja terveyspalveluille. Väestön ikärakenteen vanhenemisen takia toimintarajoitteisten absoluuttinen määrä tulee lisääntymään ellei väestön toimintakyky huomattavasti parane ajanjaksoa 1980-2000 nopeammin. (Heikkinen & Rantanen 2008, 56-62.)

Kansalaisten ikääntymisestä aiheutuva henkilöstömäärän tarve on ennustettu kasvavan jopa 100 000 työntekijällä. Lisäksi henkilöstön ikääntyessä ja eläköityessä tilalle tarvitaan uusia työntekijöitä. Tämä tuo haasteita sekä talouden ja tehokkuuden että henkilöstön osaamisen ja hoidon laadun näkökulmasta. (Sinervo & Taimio 2011,8.)

Suomessa terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin vuonna 2010 yli 150 000 potilasta. Hoitopäiviä kertyi vuoden aikana 6,2 miljoonaa. Yli kolme kuukautta hoidossa olleita oli vuoden aikana noin 17 000 potilasta. Heille kohdistui 56 prosenttia kaikista hoitopäivistä. Vuodesta 2005 lähtien 3–6 kuukautta hoidossa olleiden määrä on pysynyt ennallaan ja yli puoli vuotta hoidossa olleiden potilaiden määrä on laskenut 28 prosenttia. Keskimääräinen hoitoaika kaikilla potilailla oli 25 päivää. Yli 75-vuotiailla keskimääräinen hoitoaika oli 30 päivää. (Terveyskeskuksen vuodeosastohoito 2010.)

2000-luvulla keskimääräiset hoitoajat ovat laskeneet kaikissa potilasryhmissä. Vuonna 2010 oli 75 -vuotta täyttäneiden osuus hoitopäivistä 77 prosenttia. Verenkiertoelinten sairaudet ja psykiatriset sairaudet aiheuttivat lähes puolet kaikista hoitopäivistä. Terveyskeskuksen vuodeosaston potilas oli vuonna 2010 keskimäärin 76-vuotias. Miehiä vuodeosastoilla oli hoidossa 41 prosenttia kaikista potilaista ja miehet olivat keskimäärin 72-vuotiaita. Naisten keski-ikä oli 79 vuotta. Yli 75-vuotiaista potilaista naisia oli 68 prosenttia. (Terveyskeskuksen vuodeosastohoito 2010.)

Palvelujärjestelmän ja kunnan talouden kannalta jokainen kotiin kuntoutunut ikääntynyt, joka kuntouduttuaan laitoshoidon sijasta pystyy asumaan omassa kodissaan, on merkittävä säästö. Vuonna 2006 tehdyn laskelman mukaan jokainen kotiin selviytynyt kuntoutuja tuottaa kunnalle voittoa 43 800€ vuodessa toteutumattomina pitkäaikaislaitoshoidon kustannuksina. (Vähäkangas ym. 2012, 60.)

Kuntien itsehallinto on vaikuttanut siihen, että palveluja järjestetään hyvin eri tavalla eri puolella Suomea. Kun palveluita ei ole yhteneväisesti tuotteistettu, laatu ja sisältö vaihtelevat organisaatioissa merkittävästi. Terveystenhoito- ja sosiaalipalveluissa etsitään toimintatapoja, joissa henkilökunnan lisätarve perustuu mahdollisimman pienen määrälliseen lisäykseen. Aidosti käyttäjälähtöinen ja osaava palvelu parantaa osapuolten motivaatiota ja tyytyväisyyttä. Kun palveluprosessit ja laatu ovat kunnossa, yleensä myös tuottavuus on hyvä ja kustannukset kohtuullisia. (Mäkitalo, Hautala, Narikka & Tuukkanen 2010, 11-18).

Kuntoutustoimenpiteiden myönteiset vaikutukset toimintakykyyn heijastuvat poikkeuksetta laitoshoitotarpeen vähenemisenä. Niiden ikääntyneiden toimintakyky, jotka osallistuvat kuntoutukseen, on kotiutumismotivaation ja sitä seuranneiden lähiviikkojen aikana selvästi parempi kuin kuntoutukseen osallistumattomien. Parhaimmillaan myönteiset vaikutukset saattavat kestää jopa vuodesta kahteen vuoteen. (Tilvis 2002, 141–145, 153-154.)

Hyvin suunniteltu arviointi- ja kuntoutumista edistävä toiminta parantaa akuutin sairauden takia sairaalaan hakeutuneiden ikääntyneiden kotiutumisen ja kotona selviytymisen edellytyksiä ilman suuria lisäkustannuksia. Hoidon kohdentaminen oikein ja oikeaan aikaan on palvelujärjestelmälle haaste. Voimavaroja ei tule kohdentaa liian terveisiin tai parantumattomasti sairaisiin, koska he eivät kuntoutuksesta hyödy. (Tilvis 2002, 141–145, 153-154.)

Palvelujärjestelmää koskevat haasteet lisäävät vaatimuksia johtamiselle, johtamisosaamiselle, toimivien prosessien luomiselle ja kustannusten hallinnalle. (Vähäkangas ym., 12). Tarkoituksenmukaisten ja ennakoivien palvelukokonaisuuksien ja

palvelujen ohjausjärjestelmien avulla on mahdollista ennalta ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä ja parantaa elämän laatua. Painopisteen siirtyessä sairauden hoidosta hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen, on huomiota kiinnitettävä potilaskeskeisen hoidon kehittämiseen ja toteuttamiseen. (Vähäkangas ym, 2012, 12)

3.2.2 Lähijohtajuus ja lähijohtamisen haasteet

Johtaminen on opettavaa ja opittavaa johtamistyötä, johon ryhtyvällä ihmisellä on kiinnostus ja tietoinen halu kouluttautua ja sitoutua. Johtaminen on henkilön tietoista, tavoitteellista, konkreetista ja suunniteltua toimintaa. Johtaminen on johtajan asennetta ottaa ja käyttää johtamiseen liittyvää valtaa ja vastuuta. Onnistunut johtajuus edellyttää sekä koulutusta ja tietoista ammattimaista johtamista ja asemaan vaadittavaa persoonallista kasvua, joka tapahtuu sekä opiskelun että kokemuksen kautta. (Vuorinen 2008, 43.)

Johtamisvalmiuteen sisältyvät tahto, kyky, kapasiteetti ja taito. Tahto on voimaa toimia tietyllä tavalla esimerkiksi muutostilanteissa. Esimiehen asenoituminen, arvot, normit ja tavoitteet sekä halu käyttää valtaa rakentuvat tahtotilan ympärille. Kyky on esimiehen taitoa toimia ongelmaratkaisutilanteissa erilaisissa toimintaympäristöissä erilaisten ihmisten kanssa. Kapasiteetti puolestaan on työmäärä, josta esimies pystyy suoriutumaan. Kapasiteettia voi tukea myös esimiehen suhtautuminen työhönsä. Taito on kykyä muuttaa tavoitteet ja suunnitelmat toiminnaksi. (Saarijärvi, Mattila & Rekola 2011, 87)

Johtaminen on prosessi, joka pitää sisällään suunnittelua, organisointia, vaikuttamista, kontrollointia, ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa. Johtajuus on myös vuorovaikutusprosessi, jossa johtaja vaikuttaa yksilöön tai ryhmään yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi tehokkaasti. Johtamisprosessiin vaikuttavat monet johtajaan liittyvät tekijät kuten käyttäytyminen, itsetuntemus, itseluottamus ja persoonallisuus. Hyvä johtaminen tukee luovuutta ja innovatiivisuutta. Johtaja osaa innostua, innovoida ja innostaa. Johtaminen on monitasoista toimintaa. Johtaminen lähtee itsensä johtamisesta. Kun tuntee itsensä hyvin, muihin tutustuminen helpottuu ja osaa johtaa yksilöitä. Lähiesimiehen tulee myös tunnistaa oma osaamisen tasonsa, heikkoutensa ja vahvuutensa. (Sydänmaalakka 2012, 101-117, 172.)

Pystyäkseen johtamaan itseään, muita, tiimejä, organisaatiota ja verkostoja on hallittava monenlaista osaamista. Johtajaan itseensä liittyvistä osaamisista keskeisiä ovat

johtajan fyysinen-, psyykkinen- ja sosiaalinen hyvinvointi ja kunto, stressinhallinta ja nöyryys. Toiminnan tehokkuus, havaitseminen, toimintatarmo, ajanhallinta ja jatkuva uudistuminen ovat osa hyvää johtajan osaamista. (Sydänmaalakka 2012, 101-113, 116-117.)

Kaiken johtamisen tavoitteena on, että työyksiköt, organisaatiot ja kunnat voivat saavuttaa toiminnalle asetetut määrälliset ja laadulliset tavoitteet. Hoitotyön johtamisen ydintehtäväksi määritellään oman vastuualueen kokonaisstrategian laatiminen ja toiminnan ohjaaminen strategian mukaisesti. Johtaja huolehtii yksikkönsä perustehetävän hoitamisessa tarvittavien voimavarojen turvaamisesta, vastuualueensa toiminnasta, taloudesta ja henkilöstöhallinnosta sekä niiden kehittämisestä. Lähiesimiehen vastuulla on myös työn tarkoituksenmukainen organisointi, työkäytäntöjen uudistaminen ja toiminnan tulosten arviointi ja seuranta. (Pekkarinen 2007, 9-10; Ruontimo 2012, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008,32; Vähäkangas ym. 2012, 5,12.)

Johtamisella vaikutetaan paitsi henkilöstön määrään ja osaamiseen myös henkilöstön työhyvinvointiin ja työturvallisuuteen Näillä kaikilla on yhteys palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen Myös yhteisen käsityksen muodostaminen kuntoutumista edistävän toimintamallin sisällöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä on haaste lähijohtajalle. Lähijohtajan tehtävänä on vastata siitä, että moniammatillinen kuntoutumista edistävä toiminta toteutuu lakien, säädösten, hyvän hoidon periaatteiden ja yksikössä sekä organisaatiossa sovittujen toimintamallien mukaisesti asiakaslähtöisesti. Oikeudenmukainen johtaminen, yksikön erikoistuminen ja henkilöstön vaikutusmahdollisuudet ovat yhteydessä henkilöstön työtyytyväisyyteen. (Kokkinen 2007, 23; Pekkarinen 2007, 42-43; Vähäkangas ym.2012,5 17,63.)

Ammatillisen työn johtaminen edellyttää johtamisosaamisen ohella hyvää sosiaali- ja terveysalansa ammatillista ja yhteistyöosaamista sekä ikääntyneiden hoitoon ja palveluun liittyvää erityisasiantuntemusta. Lisäksi olennaista on verkostoitua tarkoituksenmukaisella tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 32; Pekkarinen 2007, 12-13; Vähäkangas 2012, 5,21.) Hoidon tulosten ja vaikuttavuuden arviointi edellyttää lähijohtajalta toimialan erityiskysymysten tuntemista, kliinistä osaamista, kuntoutumista edistävän toiminnan ja näyttöön perustuvan tiedon käyttämisen osaamista. (Kantanen, Suominen, Salin & Åsted - Kurki 2011, 185-196.)

Vuorovaikutustaidot, kiinnostus toimia ihmisten kanssa, jämäkkyys, empaattisuus, vaikuttaminen, valtuuttaminen ja avoimuus liittyvät vaikuttavan johtamiseen. Johtami-

sessä vuorovaikutus tapahtuu johtajan ja asiantuntijan välillä johon vaikuttavat monet tilannekohtaiset tekijät kuten tehtävän vaatimukset, aika ja osallistujien valmiudet. Johtaminen on esimiesten ja tiimin jäsenten vuorovaikutuksen summa, joka pohjautuu yhteisiin arvoihin ja kulttuuriin. Molemmat osapuolet ovat aktiivisia ja tietävät oman roolinsa. Onnistuneessa prosessissa johtajan johtamistyylin ja asiantuntijan valmiustaso sopii yhteen. Onnistuakseen on tärkeää että johtamisen ja yhteistoiminnan pelinsäännöt on määritelty ja niitä noudatetaan. (Sydänmaanlakka 2012, 101-119.)

Hyvä johtaminen perustuu arvostukseen. Johtajan asenne potilaisiin ja henkilökuntaan välittyy kaikessa arjen toiminnassa. Henkilökunnan arvostava ja ystävällinen käytös ja kohtelu luovat hyvän henkisen ympäristön potilaalle ja parantavat elämänlaatua. Johtajan on tunnettava oman yksikkönsä potilaiden tarpeet ja oman henkilökunnan osaaminen suhteessa tarpeiden tyydyttämiseen. Rutiineilta on raivattava aikaa kehittämistyölle. Hyvä lähijohtaja kykenee samanaikaisesti hahmottamaan tulevaisuuden kehittämisen suunnan, luomaan keinot miten tavoitteeseen päästään ja innostamaan henkilökunnan yhteiselle tielle. On siis oltava taito elää yhtä aikaa sekä tulevaisuudessa että arjen pyöryksessä. (Vähäkangas ym. 2012,3-5.)

Ikäihmisten laitoshoidon johtamiseen liittyviä erityispiirteitä ja haasteita ovat heterogeeniset potilasryhmät. Ikäihmisten hyvän laitoshoidon ja palvelun tavoitteena on hyvän elämänlaadun turvaaminen. Osastolla hoidetaan monenkuntoisia potilaita, jotka tarvitsevat erilaista hoitoa ja hoitoympäristöä. Vuorovaikutuksellisuus ja omaisten huomioiminen korostuvat ikäihmisten hoidon sisällössä. Kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisen keskeisiä tekijöitä ikäihmisten laitoshoidossa ovat myös yksilöllisyys ja arvostava kohtelu potilaan elettyä elämää kohtaan. Henkilökunnalle on varattava aikaa potilaan kanssa keskustelulle ja päivittäisten toimintojen tukemiselle ja rohkaisulle. Ikäihmisten osallistumisen edellytyksenä on myös riittävä tiedon saanti ja henkilökunnan ammattitaitoisuus. Hoidon jatkuvuus ja tiedon kulku on turvattava työvuorosta toiseen jolloin ikäihmisen turvallisuuden tunne lisääntyy. Ikäihminen tarvitsee mielekästä aikuisen minäkuvaa tukevaa toimintaa joka päivä. (Voutilainen ym. 2002, 115-116.)

Henkilöstöressurssien vähäisyyden on todettu olevan yhteydessä kiireen ja stressin tuntemukseen vaikuttaen negatiivisesti henkilöstön jaksamiseen ja välillisesti myös huonoon hoidon laatuun. (Kokkinen 2007, 23; Pekkarinen 2007, 42-43; Vähäkangas ym.2012,5.) Partasen 2002 hoitotyön henkilöstön mitoittamista tutkineen väitöskirjan mukaan hoitohenkilökunta on käyttänyt välittömään hoitotyöhön 25-37% työajastaan.

(Vuorinen 2008, 20.) Henkilökunta kokee vaikutusmahdollisuutensa heikoksi, riittämättömyyden tunne on yleinen ja lähiesimiehen tuki heikkoa. Henkilökunnan puute on hyvin tavanomaista, ylityötä on usein ja väkivallan uhkaa on työssä paljon. Selkäkivut, univaikeudet sekä sairauspoissaolot ovat yleisiä. (Kröger 2009, 36-37.)

Lähiesimiesten työ on 2000-luvulla muuttunut toimintaedellytyksiä mahdollistavaksi lähijohtamiseksi sekä työnjohtotehtäväksi, jossa on oleellista lähiesimiehen substanssiosaamisen lisäksi heidän toimivaltansa ja vastuullisuutensa osaston toiminnasta. (Vuorinen 2008, 20.) Johtamisen keskeisiä haasteita nyt ja tulevaisuudessa ovat jatkuva muutos, yhä globaalimpi, ristiriitaisempi, virtuaalisempi sekä monimuotoinen toimintaympäristö, jossa on saatava aikaan entistä parempia tuloksia. Haasteena on myös jatkuva uudistuminen, lisääntyvä monimutkaisuus, hajautettujen tiimien johtaminen ja innovatiivisuuden ja luovuuden vaatimukset. Itsenä johtaminen ja luottamuksen synnyttäminen ja rakentaminen sekä yhtenäisen yrityskulttuurin rakentaminen organisaatiossa ovat haasteita myös tulevaisuudessa. Johtajalta vaaditaan kykyä innostua, innostaa ja innovoida. Nykyaikainen johtaminen tukee luovuutta ja innovatiivisuutta. (Sydänmaalakka 2012, 100-103, 125-129.)

3.2.3 Kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtamisen keskeiset työkalut

Potilaskeskeisen hoidon ja palvelun tuottaminen edellyttää lähijohtajalta panostamista hoidonsuunnitteluprosessien ja kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen. Kehittämistyössä keskeisiä tekijöitä ovat muutos-, osaamis- ja tietojohdaminen. Myös kehittämistyöllä saatujen hyvien käytäntöjen ja toimintamallien jatkuvuuden turvaaminen ja edelleen kehittäminen on keskeistä lähijohtamisessa. Jatkuvuuden turvaamisen kannalta merkittäviä ovat myös toimiva työyhteisö ja toimintaympäristö. Toimivaan työyhteisöön vaikuttavat henkilöstön asenteet, innostus ja motivaatio. (Vähäkangas ym. 2012, 15, 20- 21.) Lähijohtajan merkitys kuntoutumista edistävän toimintamallin käytäntöön viemisessä on suuri (Routasalo ym. 2003, 94).

Muutoksen johtaminen

Muutoksella tarkoitetaan siirtymistä tilasta toiseen (Sarajärvi ym. 2011, 88). Muutosprosessien tarkoituksena hoitotyössä on vahvistaa hoitotyön toimintaa ja parantaa hoidon laatua. Muutos työpaikoilla on nykyään jatkuva prosessi, joka edellyttää sekä esimiehiltä että työntekijöiltä muutosvalmiutta. (Sarajärvi ym. 2011, 88-89, 100-105.)

Hoitotyön lähiesimies on avainasemassa muutosprosessin onnistumisessa ja sen toteuttamisessa. Muutosprosessin tunteminen auttaa ymmärtämään omia ja työyhteisössä ilmaantuvia reaktioita ja ilmiöitä kehittämisen edetessä. Muutos tulisi olla tavoitteen suuntaista. Esimiesten tehtävänä on asettaa tavoitteet riittävän vaativalle ja kuitenkin saavutettavissa olevalle tasolle ja varmistaa että koko henkilökunta myös ymmärtää, mitä tavoitellaan ja miksi. (Sarajärvi ym. 2011, 88-89, 100-105.)

Muutosjohtamisen avulla pyritään muuttamaan nykyisiä toimintakäytäntöjä kohti potilaskeskeistä kuntoutumista edistävää moniammatillista toimintaa. Muutosprosessissa on huomioitava organisaation yleisen tason strategiset linjaukset sekä olemassa olevat yksikön toimintaa kuvaavat tunnusluvut ja arviointitavat. Toiminnan tuloksia arvioidaan ja seurataan säännöllisesti. (Vähäkangas ym.2012, 15-17.)

Muutoksen johtamisessa keskeistä on tunnistaa yksikön toiminnan taustalla oleva organisaatiokulttuuri ja vaikuttaa siihen. Organisaation kehittäminen merkitsee muutosta. (Saarijärvi ym.2011, 100-105.) Muutosjohtaminen näkyy lähijohtajan toiminnassa mahdollisuuksien näkemisenä ja kehittämiskohteiden tunnistamisena. (Routasalo ym. 2003, 94.) Laaksosen ym. (2005, 45-46) mukaan lähijohtajan haasteena on se, että hän pysyy yksikön toimintakäytäntöjen osalta objektiivisena. Samaistuminen yksikön toimintakulttuuriin vaikeuttaa organisaatiokulttuurin tunnistamista ja sen vaikutuksen ymmärtämistä, jolloin muutoksen läpivieminen vaikeutuu.

Muutos vaatii uudelleen suuntautumista neljällä tasolla: ajatusten, tunteiden, tahdon ja toiminnan tasolla. Usein muutosta ryhdytään tekemään muuttamalla heti toimintaa. Muutoksen tulisi lähteä ajatus- ja tunnemallien tiedostamisesta, vanhojen ajattelutapojen ja asenteiden tiedostamisesta ja niiden näkyväksi tekemisestä. Päästään irti aiemmista ajattelutavoista ja syntyy yhteinen tahotila muutoksen tavoitteista ja keinoista. Onnistunut muutos lähtee työn tekijöistä ja työyhteisöstä, pelkkä johdon määräys ja päätös ei motivoi. (Sarajärvi ym. 2011, 100-110.)

Organisaatiokulttuuria voidaan verrata nukkuvaan karhuun. Kulttuuri, kuten nukkuva karhukin on rauhallinen ja energiaa viemätön kokonaisuus, kunnes sitä sohaistaan. Organisaatiokulttuuri herää ja piilossa olevat piirteet tulevat esiin muutosten yhteydessä. Organisaatiokulttuurin näkymättömään osaan vaikuttaminen, kuten henkilöstön arvoihin, normeihin, asenteisiin ja käsityksiin muuttaa organisaation syvärakenteita. (Laaksonen ym. 2005, 45-46.)

Rakennemuutokset vaativat onnistuakseen myös uuden organisaatiokulttuurin luomista. Organisaatiokulttuuri ei muutu nopeasti, ja muutoksen läpivieminen on pitkä prosessi. Strategisen muutoksen läpivieminen vie 1-5 vuotta. Taktisten organisaatiomallien, esimerkiksi moniammatilliseen tiimityön tai hoidon suunnitteluprosessin kehittäminen kestää 1-18 kuukautta mutta niiden juurruttaminen vie kauemmin. (Laaksonen ym. 2005, 45-46.)

Muutosjohtamisen vaiheet ovat kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyössä keskeisiä. Hoidonsuunnitteluprosessi on kuvattava ja avattava. Sen avulla voidaan jäsentää kuntoutumista edistäviä toimintamalleja ja niiden sisältöjä sekä määrittää moniammatillisen tiimin jäsenten toimintatapoja ja vastuita. Lähtökohtana kuntoutumisen edistämässä on potilaan oma osallistuminen, terveyslähtöinen, moniammatillinen ja tavoitteellinen toiminta hoidonsuunnitteluprosessin kaikissa vaiheissa. (Vähäkangas ym. 2012, 16-17.)

Prosessin kuvaaminen mahdollistaa yksikön nykytilan tarkastelun ja muutostavoitteiden määrittämisen. Tässä vaiheessa lähijohtajan tulee tunnistaa ja käsitellä yksikönsä muutosta edistäviä ja estäviä tekijöitä kuten esimerkiksi hoitajien asenteet, motivaatio ja osaaminen. Henkilöstö käsittelee asioita virallisten yksikköpalavereiden lisäksi myös tiimeissä ja työn lomassa pidettävillä tauoilla. Kun lähijohtaja on näissä tilanteissa mukana aktiivisesti, hän voi ottaa kantaa ja ohjata hoitajia toimimaan sovitujen linjausten mukaisesti. (Vähäkangas ym. 2012, 16-17.) Prosessiarviointi kohdistuu toimintaan kuten hoito- ja palvelumenetelmiin, potilaan ja työntekijän suhteeseen sekä toiminnasta heijastuviin hoitokäytäntöihin kuten esimerkiksi toimintakykyä edistävä hoitotyö. (Laine 2006, 33-34.)



KUVIO 3. Kuntoutumista edistävän toiminnan kehittäminen ja johtaminen (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012,16)

Muutoksen suunnittelu ja toteuttaminen on tärkeä aloittaa prosessien kyseenalaistamisella, jossa keskeistä on tarkastella yksikön nykyistä toimintatapaa (kuviokuva 3). Lisäksi on syytä tarkastella nykykäytännöllä saavutettuja hoidon tuloksia. Avoin vuorovaikutus ja yhteiset keskustelut toiminnan ja kehittämisen tavoitteista tukevat hoitajien sitoutumista ja voimaantumista sekä auttavat käsittelemään muutosvastarintaa. Lähijohtajan oma toimintamalli, tuki, arvostus ja rohkaisu kannustaa hoitajia toimimaan tavoitteiden suuntaisesti. (Vähäkangas ja Noro 2009, 97-108; Vähäkangas ym. 2012, 15.) Tulosten arvioinnissa talousseurannan rinnalle nostetaan myös vaikuttavuuden indikaattoreita. (Vähäkangas ym. 2012, 22.)

Muutos edellyttää jatkuvaa ja hyviin suunniteltua tiedottamista. Lähiesimiehen on pystyttävä huomioimaan työyhteisössä erilaisia näkökulmia ja ajatuksia muutosprosessin aikana. Tiedottamiseen tulee panostaa koko muutosprosessin ajan. Kehitetyn toimintamallin käyttöönotto vaatii lähijohtajalta jatkuvaa hoitajien tukemista, ohjaamista, muistuttamista ja palautteen antamista myös silloin, kun hoitajan toiminta on sovit-

tujen tavoitteiden mukaista. (Vuorinen 2008, 94-95, 115-116.) Ilman henkilökunnan sitoutumista ja osallistumista muutoksen juurtuminen voi olla vaakalaudalla. Saattaa käydä myös niin että muutos on potilaiden kannalta onnistunut ja henkilökunta pitää muutosta epäonnistuneena, jos esimerkiksi työtehtävät tai totut toimintatavat muuttuvat. (Sarajärvi ym. 2011, 88-89.)

Lähiesimiehellä on useita työvälineitä, joiden avulla hän voi vaikuttaa hoitajien kuntoutumista edistävään toimintaan joko edistävästi tai estävästi. Edistäviä keinoja ovat kuuntelu ja hoitotilanteissa mukana oleminen sekä keskustelu konkreettista potilaspauksista ja hoidon tavoitteista. Tärkeä on antaa hoitajille positiivista palautetta, kun he toimivat yhteisesti sovittujen tavoitteiden mukaisesti. Lähiesimiehen omalla toiminnalla ja esimerkillä on vaikutusta hoitajien asenteisiin, käsityksiin ja toimintaan. Innostuneella, luovalla, hoitajan osaamista arvostavalla ja henkilöstön jaksamista tukevalla vuorovaikutustaitoisella ja kuntoutumista edistävän toiminnan periaatteet hallitsevalla lähijohtajalla on hyvät mahdollisuudet tukea hoitajia kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämisessä ja ylläpitämisessä ja siihen liittyvän asiantuntijuuden kehittämisessä. (Vähäkangas 2012,17.) Lähijohtamisen keskeisiä työvälineitä ovat myös toiminnan linjassa pitäminen ja kuntoutumista edistävän toimintatavan mieleen palauttaminen. Muistuttamisen avulla toimintaa ohjataan tavoitteellisesti kuntoutumista edistävään suuntaan. (Routsalo 2003, 94.)

Potilaan näkökulmasta muutosjohtamisen tulee viedä toimintakäytäntöjä kohti potilaskeskeistä hoitoa. Kuntoutumista tukeva toimintamallin kehittäminen mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa, oikea aikaisen tiedon saannin ja omaisten huomioimisen osana hoitoprosessia. Toiminnan vaikuttavuutta ja jatkuvuutta lisää myös kuntoutumista edistävän toiminnan sisällyttäminen osaksi potilaan hoito- ja palveluketjua. (Vähäkangas ym. 2012, 22.)

Osaamis- ja tietojohdaminen

Osaaminen muodostuu tiedoista, taidoista, asenteista, kokemuksista ja kontakteista, jotka mahdollistavat hyvän suorituksen tietyissä tilanteissa. Organisaation osaamista ovat lisäksi prosessit, toimintatavat ja kulttuuri. Osaamisen johtaminen tarkoittaa sitä että määritellään organisaation ydinosaminen ja muu tarvittava osaaminen organisaation vision, strategian ja tavoitteiden pohjalta. Lisäksi arvioidaan osaamisen nykytaso verrattuna tavoitetasoon ja laaditaan tarvittavat kehityssuunnitelmat. Suunnitelmat viedään käytäntöön ja muunnetaan yksilöiden henkilökohtaisiksi kehityssuunnitelmiksi. (Sydänmaanlakka 2012, 173).

Tiedon ja osaamisen johtamisen käsite on kehittyvä. Sen sisältö ja ala ovat laajentuneet sen kehittyessä. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa on vielä tiedon ja osaamisen johtamisen ensimmäisen sukupolven mukaista. Johtaminen keskittyy olemassa olevan tiedon hallintaan ja sitä tukevien tietoteknisten ratkaisujen käyttöön. Organisaatioissa on paljon mekaanisen tietoympäristön piirteitä. (Kivinen 2008, 204.)

Tieto motivoi ja auttaa ymmärtämään. Se auttaa lähiesimiehiä ja hoitotyön tekijöitä selkeyttämään kehittämisen suuntaa sekä hahmottamaan ja tunnistamaan kokonaisuuksia, joihin kehittämisellä pyritään. Kun hoitotyön tekijöillä on riittävästi tietoa esimerkiksi toimintakäytäntöjen vaikuttavuudesta potilaisiin, on mahdollista kohdentaa kehittämisen painopistettä ydinasiaan. Organisaatioiden todelliset muutokset tapahtuvat yhteisen toiminnan kautta. (Sarajärvi ym. 2011, 100-105.)

Hyvä johtaja pyrkii näkemään asioiden ytimeen, osaa viedä tiedon käytäntöön ja kehittää jatkuvasti monipuolisesti osaamistaan. (Sydänmaanlakka 2012, 100-103.)
Hoitotyön johtamisessa keskeistä on työntekijöiden voimavarojen ja työhyvinvoinnin tukeminen sekä jatkuvan oppimisen mahdollistaminen. Esimiehen on osattava kohdentaa työyhteisön resurssit, esimerkiksi osaaminen, optimaalisesti. Hyvä esimies oivaltaa oman jatkuvan kehittymisensä kautta asiantuntemuksen kehittymisen merkityksen yksilön, työyhteisön ja koko organisaation onnistumiselle. Hänellä on taito luoda yhteistyössä toisten kanssa organisaatorakenteet ja toimintamallit, joiden avulla työyhteisöt koko ajan luovat ja oppivat uutta. (Sarajärvi ym. 2011, 86-87.)

Osallistava esimies on älyllinen johtaja, jolla on vahva näkemys hoitotyöstä ja sen kehittämisestä. Hän tunnistaa ja ottaa vastaan haasteita sekä toimii yhdessä työntekijöidensä kanssa. Hän käyttää koko organisaation tietoa, taitoa ja näkemyksiä toiminnan kehittämisessä. Esimies johtamisellaan mahdollistaa hoitotyöntekijöiden osaamisen uusiutumisen ja samalla koko organisaation toiminnan kehittymisen. Esimies tukee työntekijöiden osallistumista, johtaa pitkäjänteisesti ja pitää huolta työntekijöistä. Hoitotyön kehittäminen ei ole esimiesvetoista, vaan esimiehen tehtävänä on prosessien mahdollistaminen. (Sarajärvi ym. 2011, 86-87.)

Organisaation menestyminen ja kilpailukyky riippuvat siitä, kuinka tehokkaasti henkilöstö pystyy hankkimaan ja käyttämään uutta tietoa. Osaamisen johtamisen lähtökohdista ovat organisaation strategia, visio ja tavoitteet. Strategisen suunnan ja tahtotilan löytäminen ja ymmärtäminen on tärkeää, mutta samalla on välttämätöntä luoda jatkuvia valmiuksia uudistamiseen ja oppimiseen. Vastuu oppimisesta on työntekijällä it-

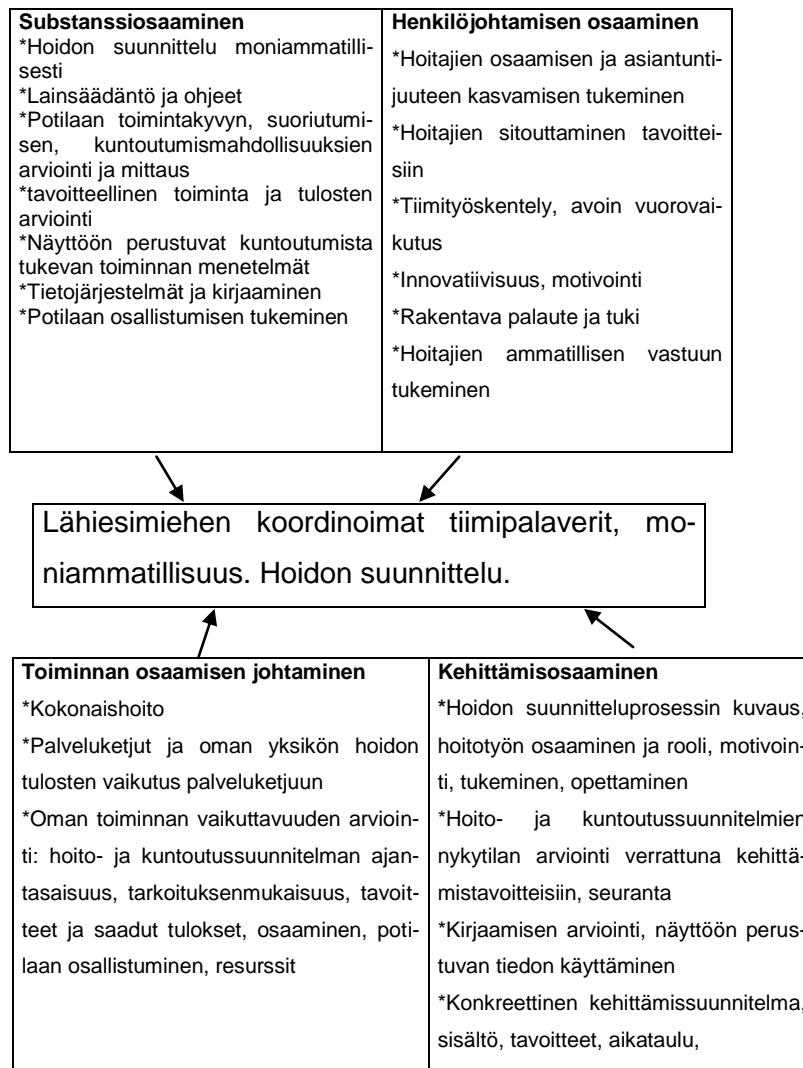
sellään. Esimiehen tehtävänä on antaa osaamisen kehittymiselle suunta, luoda mahdollisuudet, tukea ja motivoida. (Sarajärvi ym. 2011, 88.)

Hyvän laadun tason säilyttämisessä keskeistä on henkilöstön osaamisen johtamisen lisäksi päämäärien viitoittaminen ja mahdollisuuksien näkeminen sekä hyvien käytäntöjen markkinoiminen muille organisaatioille. (Vähäkangas ym.2012, 20.) Kuntoutumista edistävän toimintamallin osaamisen lähijohtaminen painottuu sisällöllisesti hoitajien harjaantumisen tukemiseen, kuntoutumismahdollisuuksien tunnistamiseen, harjoitteluohjelmien laatimiseen sekä heidän sitoutumiseensa kuntoutumista edistävän toimintamallin toteuttamiseen. (Vähäkangas ym. 2012, 71.)

Lähiesimiehen tehtävänä on tunnistaa hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja kirjaamiseen liittyviä käytäntöjä ja puuttua niissä ilmeneviin epäkohtiin. Hänen on tärkeä tunnistaa jokaisen hoitajan osaamisen taso ja tukea sen kehittymistä. Näin lähiesimies edistää hoitajien asiantuntijuuteen kasvamista ja voimaantumista. Lähiesimies arvioi hoitajien osaamista arjen hoitotilanteiden lisäksi mm. kehityskeskustelujen avulla. (Vähäkangas ym. 2012,17.)

Potilaiden hoito- ja kuntoutumissuunnitelman läpikäyminen omahoitajan kanssa on myös keino, jonka avulla lähijohtajan on mahdollista arvioida yksittäisen hoitajan osaamista ja asenteita sekä tukea oppimista ja asiantuntijuutta. Potilaiden hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien tarkastelu antaa lähijohtajalle hyvän kuvan potilaiden hoidon suunnittelusta, kirjaamisen tasosta ja kehittämistarpeista omassa yksikössään. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien sisällöllisen laadun ja kirjaamisen tason seuranta ja arviointi edellyttää, että lähijohtajalla on käytettävissä määritelty hoito- ja kuntoutumissuunnitelmien sisältöä koskeva kirjaamisen vähimmäistaso, johon hän voi verrata oman yksikkönsä tasoa. (Vähäkangas ym. 2012,17.)

Lähijohtajan kannustus uuden oppimiseen auttaa hoitajia hoitotyön asiantuntijuuteen kasvamisessa. Myös lähijohtajan oma toimintamalli, oman osaamisen kehittäminen ja innovatiivisuus kannustaa hoitajia uusien toimintamallien käyttöönottoon. Kehittämistyön tulosten ja toimintamallien kriittinen arviointi, luotettavien mittareiden käyttö ja niiden oikea kohdentaminen ovat johtamisen tärkeitä työkaluja. (Vuorinen 2008, 94-95, 115-116.) Hoidon vaikuttavuuden arviointi edellyttää lähijohtajalta myös kliinistä osaamista, kuntoutumista tukevan toiminnan sekä näyttöön perustuvan tiedon käyttämisen osaamista. (Vähäkangas ym. 2012, 17.)



KUVIO 4. Lähijohtajan osaamisen ulottuvuudet hoito- ja kuntoutussuunnitelman sisällöllisessä kehittämissuunnitelmassa (Kantanen 2011, soveltaen Vähäkangas ym. 2012, 18)

Kuviossa 4 kuvataan lähijohtajan johtamisosaamisen sisältöä hoidon- ja kuntoutuksen suunnitteluprosessin näkökulmasta. Lähijohtaja kantaa vastuun kehittämistyön tavoitteellisuudesta. Hoidon tulosten ja vaikuttavuuden arviointi edellyttää lähijohtajalta kykyä huomioida kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämissuunnitelmia. (Vähäkangas ym. 2012, 17.)

Osaamisen kehittämiseksi johtamisen tavoitteena on turvata osaavan henkilöstön riittävä määrä, varmistaa henkilöstön osaamisen järjestelmällinen kehittäminen ja hyödyntää työntekijöiden osaamista monipuolisesti. Työn hallittavuutta lisää myös työyksikön potilaiden ja henkilöstön jakaminen tarkoituksenmukaisesti pienempiin ja helpommin hallittaviin kokonaisuuksiin. Työn tavoitteet voidaan määrittää selkeästi. Asiantuntevalla johtamisella ohjataan työyksikön toimintakulttuuria avoimen keskuste-

lun sallivaksi, vähennetään rutiininomaisuutta ja lisätään joustavuutta työn toteutuksessa. Johtamisessa päätösten tulee olla johdonmukaisia, perusteltuja ja läpinäkyviä. Ihmisiä kohdellaan samojen periaatteiden mukaan ja samat säännöt pätevät tänään ja huomenna. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 33.)

Terveydenhuollon organisaatioiden heikko tavoitteisiin suuntautuneisuus ja sitoutuneisuus vaikeuttaa organisaation päämäärien mukaisen tiedon ja osaamisen johtamisen kehittämistä ja toteuttamista. Terveydenhuollon organisaatioiden osaamisen kehittäminen painottuu yksilöiden kehittämiseen koulutuksen kautta. Yksilöllä oleva osaaminen jää organisaatiossa yksiköiden käyttöön organisaation siitä hyötymättä. Organisaatiotasoisesta osaamisesta hyödyntäminen edellyttää tietoista ja tavoitteellista yksiköiden ja ammattiryhmien rajoja ylittävien toimintakäytäntöjen kehittämistä myös johtamisjärjestelmien osalta. Tällöin tiedon ja osaamisen johtamisen kehittyminen organisaatiotasolla on mahdollista. (Kivinen 2008, 203-204.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelman (KASTE) vuosille 2012-2015 toimeenpanosuunnitelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 32-35) on kiinnitetty huomiota myös tulevaisuuden hyvälle osaamisen johtamiselle ja kehittämiselle. Osaamisen johtamisessa organisaation johtamis- ja toimintakulttuuri tulisi mahdollistaa jatkuvan oppimisen ja uudistumisen yksilö-, ryhmä- ja organisaatiotasolla. Johtamisella on luotava puitteet osaamisenkehittämiseksi.

Osaamisen näkökulma tulee olla osa henkilöstöstrategiaa. Yksiköissä on ennakoitava osaamistarpeet ja osaamisen siirtoon on luotava hyviä käytäntöjä. Osaajia kasvatetaan tuleviin tehtäviin. Myös hiljaista tietoa on osattava arvioida ja huonoja käytäntöjä ei siirretä eteenpäin. Osaamisen kehittäminen tulee liittyä työn tavoitteisiin ja hyvä johtaminen pitää yllä tavoitteen suuntaista toimintaa ja puhetta. Tavoitteet on määriteltävä työnteon ja sen sisältöjen kielellä. Johtamisen tulee varmistaa hyvät olosuhteet työskentelylle. Tavoitteiden toteutumista seurataan. Työntekijöille annetaan vapautta päättää, miten tavoitteisiin päästään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 32-35)

Lähiesimiesten keskusteleminen työntekijöiden kanssa työn tekemisestä ja kehittämisestä. Henkilöstö saa rakentavaa ja kehittävästä palautetta työsuorituksistaan ja työssä kehittymisestään. Kehityskeskusteluissa osaamisen, työn ja työurien kehittäminen ovat keskeinen puheenaihe. Johtamisella edistetään osaamisen kehittämistä ja jakamista työryhmissä ja työryhmien välillä. Organisaatiossa opitaan toisilta ja edistetään ideoiden vaihdantaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 32-35)

Oppiminen

Yksilön oppiminen voidaan määritellä laadulliseksi muutokseksi henkilön tavassa nähdä, kokea, käsitteellistää ja ymmärtää asioita maailmassa. Oppiminen ei ole ympäristöstään riippumaton tapahtuma. Oppimisympäristöllä ja yksilön omalla suhtautumisella oppimiseen on aina merkitystä oppimistapahtumassa. (Marton & Ramsten 1988, 271.)

Oppiminen on prosessi, jossa yksilö hankkii tietoja, taitoja, asenteita, kokemuksia ja kontakteja, jotka johtavat muutokseen hänen toiminnassaan. Näitä osaamisen elementtejä on reflektoitava riittävästi, jotta ne ymmärretään ja sisäistetään tavalla, joka mahdollistaa uuden osaamisen soveltamisen käytäntöön (Sydänmaanlakka 2012, 172).

TAULUKKO 1. Oppimisen vaiheita Engeströmin (1992) mukaan (Järvikoski & Härkäpää 2011, 178)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Motivoituminen: tietoisien mielenkiinnon herääminen 2) Orientoituminen: ennakkokuvan muodostaminen opittavasta sisällöstä 3) Sisäistäminen: opittavan sisällön yhdistäminen aikaisempiin skeemoihin 4) Ulkoistaminen: opitun toimintamallin soveltaminen todelliseen toimintaympäristöön 5) Arviointi: uuden toimintamallin toimivuuden kriittinen tarkastelu 6) Kontrolli: koko oppimisprosessin arviointi ja kehittäminen |
|---|

Oppimistapahtuman eri vaiheissa ihminen rakentaa tietoa omakohtaisen kokemuksen pohjalta (taulukko 1). Motivaatio- ja orientaatioperustan luominen on tärkeää, kun toiminnan yhteydessä käsitellään tiedollisia sisältöjä. Saatujen kokemusten reflektointi on prosessin keskeinen tekijä. Reflektointi johtaa siihen että ihminen ymmärtää tarkasteltavan ilmiön paremmin ja sen käsitteellistäminen kehittyy. Oppimistapahtumaa voidaan tukea palautteella, jonka antaa pohjaa reflektiotapahtumalle. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 177-179.)

Sosiaalisen- sekä sosiaalis-kognitiivisen oppimisteorian mukaan yksilön alttius toimintaan riippuu odotuksista, joita ihmisellä on toimintansa tuloksista sekä toiminnalla tavoiteltavan tuloksen arvokkuudesta. Jos ihminen uskoo että hän toiminnallaan saa itselleen arvokkaita ja tärkeitä tuloksia, hän on valmiimpi käyttämään voimavarojaan tavoitteen saavuttamiseksi. Tärkeän tavoitteen saavuttaminen antaa motivaation uusille yrityksille ja ponnisteluille ja onnistumisen kokemukset toimivat motivaation läh-

teinä. Toimintakyvyn kannalta on tärkeää että potilaalla on vahva luottamus työntekijän antamiin ohjeisiin ja samalla vahva usko siihen että oma toiminta antaa mahdollisuuden päästä hyviin tuloksiin. (Järvikoski & Härkäpää, 131-134.)

Oppimistyyli on tapa, jolla itse kukin parhaiten oppii. Oppimistyylin tunnistaminen auttaa oppijaa oppimaan paremmin. Jokaisella oppijalla on oma yksilöllinen oppimistyyli. Jotkut pystyvät jopa muuttamaan sitä oppimistilanteesta riippuen. Ohjaajat eivät kuitenkaan suoraan pysty muovaamaan oppijan persoonallisuutta ja oppijan kognitiivista oppimista. Suunnittelemalla oppimisympäristöjä erilaisia oppimistyyliä tukevaksi, ohjaajat voivat auttaa oppijoita oppimaan paremmin kunkin omalla luonnollisella tavalla. (Ojala 1999, 14- 85.)

Yleisimmin oppimistyyliä jaetaan tiedonsaantitavan mukaan: näkö- ja kuuloaistin sekä toiminnan välityksellä oppimista. Riippumatta siitä, miten tämä jako tehdään, mikään oppimistyyli ei kuitenkaan ole ylitse muiden. Oppimiseen vaikuttavat myös mm. oppimateriaalit, ohjaajan tiedot ja taidot sekä ohjaajan persoonallisuus. Tehokas oppimisen mahdollistaminen tukee kaikenlaisia oppijoita ja oppimistyyliä. Tehokainta olisi hyödyntää kaikkea kolmea eri tapaa samanaikaisesti. (Ojala 1999, 14-85.)

Sisäistämässä on kysymys uusien toiminta-, ajattelu- ja tunnemallien oppimisesta. Toimintamallien sisäistämässä ja motorisessa oppimisessä on aisteilla tärkeä merkitys. Oppimisvalmiuksilla ja oppimiskyvyllä on myös merkitystä asioiden sisäistämässä ja opitun soveltamisessa käytäntöön tai uuteen ympäristöön. Sairaus tai vamma sekä elämäntilanteen muuttuminen vaikuttavat myös oppimiseen. Esimerkiksi kriisitilanteessa elävällä sekä ikääntyneellä muistamis- ja oppimiskyky voi olla heikentynyt. Myös käytetty kieli ja asioiden koettu omakohtaisuus vaikuttavat oppimiseen ja asioiden sisäistämiseen. Arvioinnilla on kuntoutumisessa ja oppimisessä merkittävä tehtävä. Arvioinnin ja kehittymisen lähtökohtana on omasta toiminnasta ja vuorovaikutuksesta saatu ja pyydetty palaute. Palaute ohjaa toimintaa. (Kettunen ym.2009, 33-34.)

Kuntoutumisprosessia kuvataan yksilölliseksi kasvu- tai oppimisprosessiksi. Kuntoutuminen aiheuttaa yleensä aina uudelleen orientoitumista ja oppimista. Kuntoutumisen myötä ihminen löytää itsestään uusia voimavaroja ja oppii hallitsemaan arkielämän tilanteita ja myös hänen tietonsa ja taitonsa lisääntyvät. Kuntoutuja löytää uusia toimintatapoja ja keinoja, jotka auttavat häntä selviytymään sosiaalisissa rooleissa, arkipäivän toimissa ja kanssakäymisessä. (Järvikoski 2011, 16-17.) Kuntoutumisessa

ja kuntoutuksessa on oppimisen vuoksi kysymys myös identiteetistä, potilaan minäkuvasta. Toimintakyvyn muutos muuttaa myös identiteettiä. Kuntotutumisesta edistävän toiminnan yksi tärkeimmistä tehtävistä on luoda potilaan kanssa avoin ja luottamuksellinen vuorovaikutus. Potilas saa myönteisiä kokemuksia oman identiteettinsä työstämiseen. Ympäristöstä saamansa kannustavan palautteen avulla potilas muokkaa omaa identiteettiään. (Kettunen ym. 2009, 34 - 36.)

Hoitoprosessin aikana potilaalle saattaa kehittyä riippuvuuden ja hallinnan menetyksen tunne. Avuttomuuden tunne on opittua ja syntyy kokemuksesta että ihminen ei voi itse vaikuttaa omaan tilanteeseensa. Tilanne syntyy jos ympäristö ei reagoi ihmisen toimintaan tai ympäristön palvelut eivät riipu millään tavalla ihmisen omasta toiminnasta ja omalla toiminnalla ei koeta olevan merkitys. Potilas ei pyri mihinkään, keskittymiskyky, ajattelu, muisti ja tarkkaavaisuus heikkenevät ja masennus lisääntyy sairaalahoidon aikana. Hoitotyön kannalta on tärkeää huomata, että potilaan hallinta- ja pystyvyyskäsitteet muuttuvat uusien kokemusten myötä. (Järvikoski & Härkäpää, 131-134, 135-144.)

Myös hoito- ja kuntoutumissuunnitelmilla on mahdollista vaikuttaa koettuun hallintaan tai pystyvyyteen. Potilaalle on avattava mahdollisuuksia suunnitella elinympäristöään, elämäänsä, tehdä niitä koskevia valintoja ja päätöksiä ja seurata päätösten tuloksia. Potilaan hallintaa ja pystyvyyttä tukeva toiminta on tärkeää kuntoutumisprosessin onnistumisen kannalta. (Järvikoski & Härkäpää, 131-134, 135-144.)

Organisaatorakenne ja siihen liittyvät johtamis- ja valtarakenteet vaikuttavat oppimismahdollisuuksiin ja mahdollisuuksien hyödynnettävyyteen. Oppiminen ja luovuus edellyttävät yksilö- ja ryhmäkohtaista liikkumatilaa ja siksi joustava organisaatio on luovuuden kannalta tiukan byrokraattisesti järjestettyä parempi. Organisaatio-, johtamis- ja valtarakenteen avulla voidaan vaikuttaa myös siihen, millaista yhteistyötä ja millaisia osaamista syntyy. (Viitala 2012.)

Terveystieteiden organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa eri asiantuntijat työskentelevät suhteellisen itsenäisesti. Asiantuntemus määritellään usein tietoon ja sen soveltamiseen perustuvaksi osaamiseksi. Keskeinen kysymys johtamisessa on se, miten organisaatioissa oleva tieto ja osaaminen saadaan käyttöön organisaation tavoitteiden suuntaisesti ja miten osaamista kehitetään. (Sarajärvi ym.2011, 87-88.)

Osaamisen johtaminen liittyy oppiviin organisaatioihin. Niiden johtamiselle on keskeistä kyky luoda työyhteisölle oppimisedellytykset ja poistaa oppimisen esteet. Op-

piva organisaatio tarvitsee selkeää johtamista. Mitä paremmin johdetaan, sitä parempana oppivan organisaation työntekijät pitävät työyhteisöään. Oppivan organisaation johtaminen edellyttää kykyä ja rohkeutta kyseenalaistaa vallitsevia näkemyksiä ja luoda uusia ajattelumalleja. (Sarajärvi ym.2011, 87-88.).

Hoito- ja kuntoutussuunnitelma ja moniammatillinen tiimi

Keskeinen väline kuntoutumisprosessissa on osapuolten yhteistyössä laatima yksilöllinen hoito- tai kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma on sopimus ja yhteistyötä jäsentävä asiapaperi, johon kuntoutuja sekä kuntoutukseen osallistuvat asiantuntijat ja organisaatiot sitoutuvat. Suunnitelma on kuntoutumisen perustana sisältäen hoidon tarpeidenmäärittämisen, tavoitteiden asettamisen, hoitotyön menetelmien valinnan, tulosten arvioinnin ja seurannan. Suunnitelma perustuu kuntoutujan toimintakykyyn, motivaatioon ja kuntoutumista koskeviin tavoitteisiin. Suunnitelmaan kirjataan toimenpiteet ja keinot, joiden avulla voidaan lisätä kuntoutujan suoriutumisen- ja toimintakykyä, toteutumisen arviointi sekä tarvittaessa nimetty yhdys- tai vastuuhenkilö. Suunnitelma on moniammatillisen tiimin keskeinen työväline, jossa kuvataan hoidettavan henkilön suoriutumistaso hyödyntäen luotettavia mittareita. Lähtökohtana on, että ihminen nähdään toiveineen ja tarpeineen osana elämänsä toimintaympäristöä. (Vähäkangas ym. 2012,18-19; Kähäri-Wiik ym. 2007, 29-36.)

Moniammatillinen tiimi koostuu joukosta ihmisiä, jotka on saatava toimimaan yhdessä tehokkaasti. Tiimin johtaminen on toisiin ihmisiin vaikuttamista. Tiimit muodostavat organisaation. Organisaation johtaminen edellyttää johtamisen yhdenmukaisuutta. (Sydänmaanlakka 2012, 103-104). Moniammatillisen toiminta on keskeinen tekijä kuntoutumista tukevassa toiminnassa. Hoitotyön oikeanlainen suuntaaminen on merkityksellistä kun olemassa olevaa, mahdollista toimintakykyä, tuetaan käytössä olevaksi toimintakyvyksi. (Jyrkämä 2004, 156-160.)

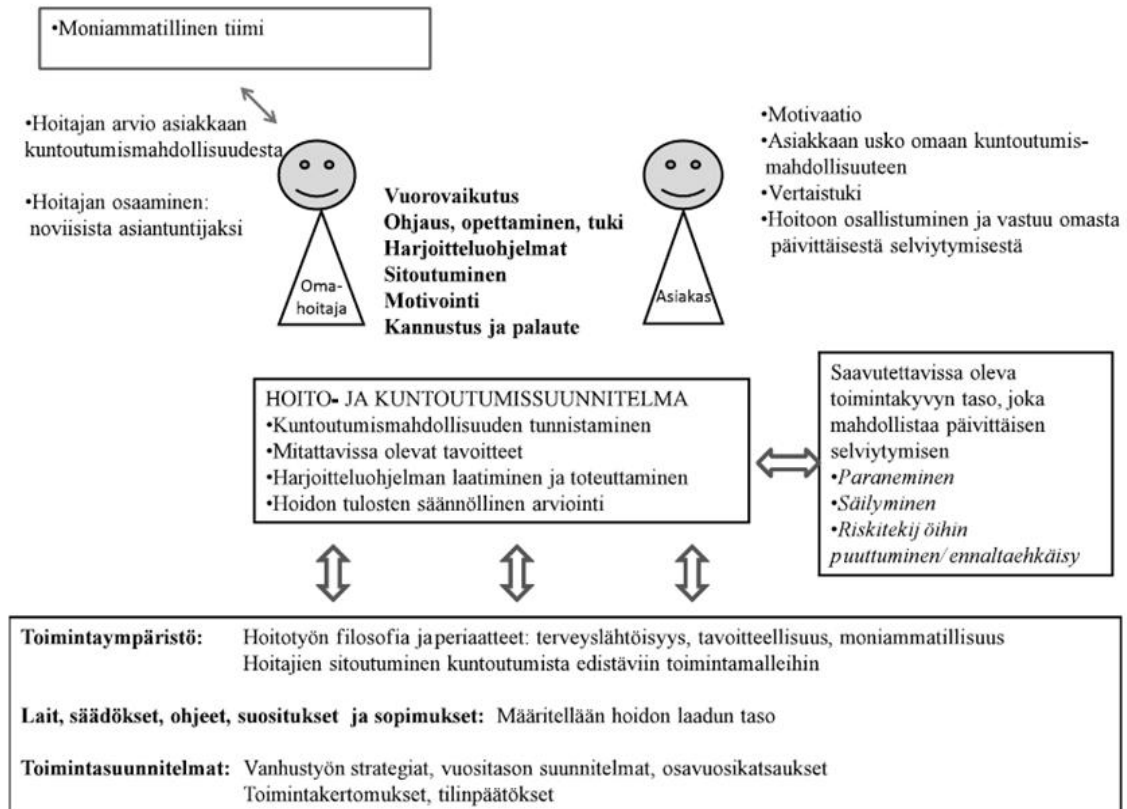
Toimintakyvyn palauttaminen tai parantaminen on usean eri ammatti-ryhmän yhteistyöhön perustuva tehtävä. Kuntoutumista edistävä toiminta vaatii moniammatilliselta tiimiltä verkostoituvaa toimintatapaa sekä potilaan toimintakykyä kuvaavaa yhteistä kieltä. Hoitajalla on keskeinen rooli moniammatillisessa tiimissä, sillä hän toimii hoidon suunnittelun koordinaattorina ja hoidon toteuttajana. Terapeuttien, sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden tehtävänä on toimia kukin oman alansa asiantuntijana. He toimivat myös omahoitajan tukena kuntoutumista edistävän hoidon toteuttamisessa. Potilas on kykyjensä mukaan aktiivinen osallistuja. Myös omaisella on tärkeä rooli motivaation ylläpitäjänä ja tukihenkilönä. (Mäntynen, Sivenius & Vehviläinen-Julkunen 2009, 26-30; Vähäkangas ym. 2012,13-19; Heikkinen Marin 2002, 60-62.)

Terapiahenkilöstön aikaa ja työtä käytetään mietittäessä tavoitteiden asettamista, hoitajien ohjaukseen toimintakyvyn paranemista koskevien tavoitteiden asettamista ja tunnistamista sekä valitsemaan parhaiten tavoitteisiin vastaavia harjoitteita sekä ohjaus- ja auttamismenetelmiä. (Vähäkangas ym.2012, 68-69.)

Kuntoutumista edistävän toiminnan lähtökohtana on potilaan oma osallistuminen sekä terveyslähtöinen, tavoitteellinen ja moniammatillinen toiminta prosessin kaikissa vaiheissa. Lähiesimiehenvastuulla on se, että hoitoa toteutetaan sovittujen käytäntöjen ja hoidonsuunnitteluprosesseissa määriteltyjen tavoitteiden mukaisesti. Jotta kyseiset tavoitteet saavutetaan, on tärkeää, että prosessit on kuvattu siten, että myös potilaan oma osallistuminen ja vastuu on määritelty. Kuvauksista tulee näkyä ajankohta, jolloin potilaan toimintakykyä arvioidaan ja milloin hoito- ja kuntoutumissuunnitelma tavoitteineen on tehty sekä miten ja milloin hoidon tuloksia arvioidaan. (Vähäkangas ym.2012,17,18-19.)

Kuntoutumista edistävä toimintamalli perustuu omahoitajuuteen ja toiminnan koordinointiin sekä tiimityöhön. (Vähäkangas ym. 2012, 69-70.) Henkilöstön asenteet, motivaatio ja innostus vaikuttavat toimivaan työyhteisöön. Toimivaa työyhteisöä kuvaa se, että toiminnalla on hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa määritelty yhteinen päämäärä ja tavoitteet, jotka ovat koko henkilöstön tiedossa ja perustehtävää ohjaamassa. Toisen henkilön arvostaminen ja kuunteleminen on tärkeää. Parhaimmillaan se näkyy oman asiantuntijuuden tunnistamisena, toisten osaamisen arvostamisena ja konsultointina. (Vähäkangas ym. 2012, 69-70.)

Moniammatillisen työryhmän aktiivisesti toteuttama kuntoutumista edistävä toiminta on tutkimusten mukaan kannattavaa esimerkiksi silloin, kun ikääntyneen potilaan toimintakyky on akuutin sairauden takia heikentynyt. Toiminta on tehokasta kun tavoite on realistinen eikä potilas ei ole liian terve eikä liian sairas. (Tilvis 2002, 153-154.) Toimintarajoitteiden toteuttamisen varhaisvaiheessa pitäisi ohjata toimintaa enemmän toimintakyvyn harjoittamiseen ja jäljellä olevien voimavarojen tukemiseen ja vahvistamiseen kuin avun antamiseen. Jotta henkilökunnan huomio kiinnittyisi avun antamisen sijaan tai sen lisäksi toimintakyvyn konkreettiseen ja tavoitteelliseen edistämiseen, pitää fyysisistä toimintakapasiteettia kuvaavia lihaskunnon, käden puristusvoiman, liikkumiskyvyn ja tasapainon mittareita liittää myös käytännön potilastyössä tehtävien fyysisen toimintakyvyn arviointeihin. (Heikkinen & Rantanen 2008, 431-432.)



KUVIO 5. Kuntoutumista edistävä ydintoiminta kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoitoyksikössä (Vähäkangas ym. 2012, 20)

Hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisällön kehittämisen keskiössä on hoitotyön tiimi ja tiimipalaveri tai yksikköpalaveri, joka toimii kehittämistyössä lähijohtajan työrukka-sena ja muutosta eteenpäin vievänä voimana (kuvio 5). Lähiesimiehen on itse oltava mukana tiimipalaverissa. Kehittämisen tarpeet avataan tapauskertomuksin, joissa arvioidaan hoitosuunnitelman sisältöä, kirjaamisen tasoa, hoitosuunnitelman toteuttamista ja toteutumista sekä saatuja hoidon tuloksia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin systemaattisella tavalla tietyn etukäteen sovitun mallin mukaisesti. (Vähäkangas ym.2012, 18-19.)

Lähijohtaja kantaa vastuun siitä, että palaverit ovat tavoitteellisia, kehittämistyö etenee systemaattisesti. Kehittämistyön toteutumisen seuranta ja arviointi kuuluu lähijohtajan päivittäisiin johtamistehtäviin. Osallistuessaan kehittämistyöhön lähiesimies saa kuvan oman yksikkönsä toimintamalleista. Hän voi siten ohjata tiimejä kohti sovitua päämäärää. Lähijohtaja työskentelee lähellä käytännön toimintaa ja hänen roolinsa on keskeinen kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämistyössä. (Vähäkangas ym.2012, 18-19.)

Motivointi

Psykologiassa motivaatiolla tarkoitetaan käsitettä, joka kuvaa ihmisen toiminnan viiriämistä, suuntautumista, voimakkuutta ja pysyvyyttä. Sitä on kuvattu yksilön tavoitteiden ja käsitysten yhteytenä hänen toimintaansa (Eccles & Wingfield 2002, 112.) Motivaatio ei ole pysyvä tila, vaan dynaaminen, seurausta toimintaympäristöstä, tavoitteista, tavoitteiden saavuttamisen tasosta ja yksilön kyvystä säädellä niiden tavoitteleamiseen liittyviä ajatuksia ja tunteita. Onnistumisen kokemukset vahvistavat pysyvyyden tunnetta ja motivoivat tavoittelemaan päämäärää. Tavoitteiden ja suunnitelmien on motivoitava yksilöä. (Järvikoski ym. 2011, 165 - 166.)

Motivaatio ilmenee henkilökohtaisella, kontekstuaalisella ja tilannekohtaisella tasolla. Henkilökohtaisella tasolla motivaatioon vaikuttaa ihmisen persoonallisuus, elämäntilanne ja arvot. Kontekstuaalinen motivaatio liittyy ihmisen elämämpiireihin kuten sosiaaliset suhteet, perhe, työ, vapaa-aika tai uskonto. Tilannekohtainen motivaatio liittyy johonkin toimintaan tai tilanteeseen. Kuntoutumisen kannalta olisi tärkeää löytää motivaation alueet, jotka ovat yksilön kannalta kullakin hetkellä olennaisimpia. (Järvikoski ym. 2011, 166 - 167.)

Työmotivaation tarkoituksena on, että työntekijän työpanos suunnataan niin, että tuloksia syntyy ja työ on samalla mielekästä. Työmotivaatioon vaikuttavia tekijöitä ovat työntekijän tunne omasta ammatillisesta kehitymisestä sekä työsaavutuksistaan. Kun työ on haasteellista ja mielekästä siitä saatava arvostus lisää henkilökunnan ammatillisia kehitymis- että etenemis-mahdollisuuksia. Nämä tekijät motivoivat yksilöä parempiin suorituksiin tai ainakin poistavat työssä tyytymättömyyttä. Esimiehen kyvyillä motivoida henkilöstöä on suuri merkitys työyhteisön hyvinvointiin. (Kopola 2009, 5-6.)

Työntekijöiden motivaatioita voidaan parhaiten tukea täyttämällä heidän perustarpeensa eli kompetenssin, itseohjautuvuuden ja liittymisen tarpeet. (Deci & Ryan 2000, 68-78.) Esimiehen tärkeä ominaisuus on motivoida työntekijöitä erityisesti muutostilanteissa. Motivaatiotekijät jaetaan ulkoisiin ja sisäisiin. Ulkoisilla tekijöillä tarkoitetaan toisten ihmisten vaikutusta tai työympäristössä olevia kannusteita, esimerkiksi palkkaa tai muuta arvostusta ilmaisevia asioita, kuten palkitsemista osaamisesta, asiantuntemuksesta tai innovatiivisuudesta. Sisäiset motivaatiotekijät ovat työntekijään itseensä liittyviä. Ne voivat liittyä esim. arvoihin, perheeseen, ikään tai henkilökohtaiseen vapauteen. Taitava esimies yhdistää työntekijän kyvyt, motivaation ja organisaation tarjoamat mahdollisuudet muutoksen ja tavoiteltavan tuloksen syntymi-

seen. (Sarajarvi ym. 2011,87.) Kun motivaatio ja osaaminen ovat kohdallaan, päästään yleensä hyviin suorituksiin (Sydänmaanlakka 2012,100).

Lähiesimiesten on esimiestensä ja henkilökunnan kanssa kehitettävä innovatiivisia palkitsemismuotoja, joilla saattaa olla huomattava merkitys myös pyrittäessä rekrytoimaan osaavaa ja kehityskykyistä henkilökuntaa. (Vuorinen 2008,110.) Palkitsemista voidaan kuvata vaihtosuhteena, jossa työntekijä luovuttaa organisaatiolle työpanoksensa ja saa vastineeksi esimerkiksi palkkaa, palkkioita, erilaisia etuja ja mahdollisuuksia kehittää omaa osaamistaan. Palkitseminen kattaa kaikki ne menettelytavat, joilla työnantaja pyrkii ohjaamaan, kannustamaan ja sitouttamaan henkilöstöään. Palkitseminen konkretisoi strategiset päämäärät ja palkitsemisen perusteet viestittävät henkilökunnalle mitkä ovat toiminnan odotukset, tavoitteet ja arvot. (Rantamäki, Kauhanen & Kolari 2006, 16.)

Työntekijöiden hyvien työsuoritusten palkitseminen, palaute sekä työntekijän normaalia paremman työsuorituksen huomioiminen tuo merkitystä työhön ja nostaa hetkeksi arjen yläpuolelle. (Vuorinen 2008,110.) Moisio, Salimäen ja Sweinsin (2006) mukaan palkitsemisen kokonaisuuteen kuuluvat myös työaikajärjestelyt, työsuhteen laatu, työn sisältö, esimiestyö ja johtaminen, työhyvinvointi ja virkistäytyminen sekä tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus.

Palkitseminen koostuu niistä asioista joita työnantaja haluaa tarjota ja joita työntekijät pitävät palkitsemisena. Hyvin tehdystä työstä voidaan palkita esimerkiksi suullisesti, kirjallisesti tai rahallisesti koko työyhteisöä tai työntekijä itseään. (Harmonen ym. 2010, 71-75.) Lähiesimies voi osoittaa luottamustaan ja arvostustaan myös antamalla vastuuta, delegoimalla tehtäviä ja vahvistamalla työn itsenäisyyttä. Lähijohtaja voi palkita työntekijöitään myös ottamalla henkilöstöä mukaan suunnittelutyöhön. Itsenäisyyden lisääminen merkitsee johtamisessa ihmisten voimavarojen tunnistamista ja käyttöä. (Laaksonen ym. 2005, 101-102.) Ihmisen itsenäisyyteen ja ulkopuolisen kontrollin tarpeeseen liittyvät eroavaisuudet vaikuttavat siihen, mitä palkitseminen yksilölle merkitsee. Ulkopuolista kontrollia tarvitsevat pitävät ulkoisia tekijöitä kuten palkkaa ja palkkioita tärkeämpänä kuin itsenäisyyttä ja itsemääräämisoikeutta arvostavat. (Ruohotie & Honka 1999, 47.)

Lähiesimiesten on tärkeää ymmärtää, millaiset asiat työssä motivoivat työntekijöitä ponnistelemaan organisaation päämäärien hyväksi. Ihmisen toiminnan psykologiaa ja etenkin henkilöiden motivoitumista hyvään ja laadukkaaseen työntekoon tulee ymmärtää erilaisten yksilöiden näkökulmasta, jolloin heitä voidaan kannustaa ja tukea

asianmukaisesti. Työntekijöiden autonomiaa korostava ilmapiiri parantaa kaikkien samalla työpaikalla työskentelevien ihmisten työmotivaatiota ja työn imua. (Syvänen ym. 2012, 17.) Johtajan on pystyttävä toimimaan oikeudenmukaisesti ja avoimesti. Oikeudenmukaisuus on yksi keskeisempiä onnistumisen edellytyksistä. (Sydänmaalakka 2012, 120). Esimiehet voivat hyödyntää myös huumoria johtamisessaan, koska hoitohenkilökunnan välisen huumorin on todettu auttavan osaston ilmapiirin luomisessa, vuorovaikutuksessa sekä työstä selviytymisessä. (Åsted-Kurki & Isola 2001, 452-458.)

Yhteistoiminnan tavoitteena on saavuttaa hyviä tuloksia mahdollisimman tehokkaasti. Oppimisen, kasvun ja kehityksen edellytys on palaute. On rakennettava palautejärjestelmiä tukemaan oppimista ja varmistamaan tuloksellisuus. Johtajan käyttäytymisen ja organisaation kulttuurin on sovittava yhteen jotta johtaminen onnistuu. (Sydänmaalakka 2012,172.) Johdettavien asiantuntijoiden roolit, käyttäytyminen, osaaminen, tyyli ja persoonallisuus vaikuttavat johtamisprosessiin ja sen tuloksiin. Asiantuntijan tulisi olla motivoitunut ottamaan vastuuta ja toimimaan itsenäisesti. Asiantuntijan valmius koostuu osaamisesta, motivaatioista, vastuullisuudesta ja sitoutumisesta. Valmiustaso voi olla passiivinen, vastaanottava, aktiivinen tai itsenäinen. (Sydänmaalakka 2012, 118-119.)

Kuntoutumista tukeva toiminta potilastyössä on ohjaamista, oppimisen mahdollistamista ja tukemista. Työntekijän on tunnettava motivaation herättämisen keinoja sekä taitojen ja tietojen soveltamista auttavia ohjausmenetelmiä. Ohjauksen ja tiedon avulla on kuntoutujalla mahdollisuuksia omaksua ja vakiinnuttaa uusia ajattelu-, toiminta- ja tunnemalleja. Tietojen ja taitojen on kosketettava potilaan tunteita ja arvoja. Asiat ja tavoitteet on voitava kokea itselleen ja elämälleen merkityksellisiksi ja arvokkaiksi. Potilas motivoituu ponnistelemaan kuntoutumisensa hyväksi. (Nair ym. 2003, 797-803; Routasalo 2003, 129.)

Motivaation kannalta on myös tärkeää asettaa tavoitteet riittävän pieniksi, jotta syntyy onnistumisen kokemuksia. Onnistuminen puolestaan lisää motivaatiota. Lähitavoitteiden toteutuminen suuntaa kohti seuraavia päämääriä. Ylemmän tason tavoitteet vaikuttavat lähitason tavoitteiden asettamiseen. Potilaan motivaation puute voi johtua siitä että työntekijä ei ole soittanut lähitavoitteiden yhteyttä ylemmän tason tavoitteisiin. (Kettunen jne. 2009, 32-33; Nair ym. 2003, 797-803; Routasalo 2003, 129.)

Henkilökunnan on tärkeä oppia tuntemaan potilas henkilönä, jotta potilaan motivoiminen tavoitteiden asettamisessa onnistuu. Sosiaaliselle henkilölle ryhmämuotoinen

toiminta voi olla sisäisesti motivoivaa. Aralle ja sisäänpäin kääntyneelle tavoitteiden saavuttamiseen voidaan tarvita esimerkiksi kognitiivisesti haastavia tehtäviä. Onnistumisen kokemukset ovat tärkeitä motivaation ylläpitäjiä. Motivaation kannalta on oleellista, että potilas voi hyödyntää omia voimavarojaan mahdollisimman aktiivisesti. (Järvikoski ym. 2011, 168 - 169.)

Myös työntekijän antama positiivinen palaute on potilaalle tärkeää. Kuntoutumisprosessissa kuntoutumiselle on myös tyypillistä vaihteellisuus. Monesti vaiheet limittyvät toisiinsa. Potilaan motivaatiota, tarpeita ja voimavaroja tulee arvioida koko kuntoutumisprosessin ajan, sillä ne vaihtelevat prosessin aikana. Saadun palautteen perusteella kehitetään toimintaa vastaamaan potilaan tarpeisiin. Laaditaan kuntoutussuunnitelma, jossa ilmaistaan keinot, palvelut, aikataulut ja vastuunjaot eri toimijoiden välillä. Suunnitelman avulla potilasta motivoidaan ja autetaan saavuttamaan tavoitteet. (Kettunen jne. 2009, 24, 32-33, 64.)

Potilaan hoitoon sitouttaminen

Ilman potilaan hoitoon sitoutumista ei voida saavuttaa parasta mahdollista hyötyä. Hoitoon sitoutuminen vaikuttaa sekä potilaan hyvinvointiin että terveydenhuollon resursseihin. Hoitoon sitoutuminen on yleensä helpompaa lyhytkestoisessa sairaudessa kuin pitkäaikaissairaudessa. Pitkäaikaissairaudessa kuten esimerkiksi diabetes, verenpainetauti ja astma, muutamat ensimmäiset vuodet ovat yleensä hoitoon sitoutunutta aikaa, jonka jälkeen alkaa tapahtua repsahduksia. Mitä useampaan asiaan potilaan tulee sitoutua yhtä aikaa, sitä huonommin sitoutumista tapahtuu. (Iivanainen & Syväoja 2012, 599.)

Sitoutumiseen vaikuttavat potilaalla sekä sisäiset että ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat kognitiiviset tekijät kuten muistitoiminnot, ymmärtäminen, käytännön tekijät ja aistivajeet, persoonallisuustekijät kuten mukavuudenhalu, päättäväisyys, optimismi, pessimismi, itsetunto ja masentuneisuus. Sisäisiin tekijöihin kuuluvat myös elämänasenne kuten tulevaisuuden toiveikkuus ja tarpeellisuuden tunne, uskomukset, arvot ja asenteet kuten luottamus voida vaikuttaa itse asioihin sekä elämänmuutoksen hyväksyntä. Myös pelot kuten kuolemanpelko, sairauden ja vammautumisen pelko, pelko lääkehoidon haitoista, riippuvuuden ja leimaantumisen pelko ovat hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia sisäisiä tekijöitä. Sairauteen liittyvät tekijät kuten oireet, sairauden vakavuus ja kesto sekä voimaantuminen, mahdollisuus itse vaikuttaa hoitoon ja autonomia vaikuttavat sisäisinä tekijöinä hoitoon sitoutumiseen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 599-601.)

Ulkoisia tekijöitä sitoutumisessa ovat hoitoon liittyvät tekijät kuten hoidon monimutkaisuus, pituus, koettu hyöty, haittavaikutukset, aikaisemmat kokemukset hoidosta, hoidon jatkuvuus ja tavoitteet vaikuttavat ulkoisina tekijöinä. Hoitohenkilökuntaan liittyvät tekijät kuten luottamus hoitohenkilökunnan ammattitaitoon, saatu tieto sairaudesta, koettu vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa, kuuntelu, huumori, rohkaisu ja hoiva, lähestymistavan valinta ja resurssipula ovat vahvoja ulkoisia vaikuttajia hoitoon sitoutumisessa. Lisäksi sosiaalisella verkostolla kuten läheisten tuella, rohkaisemisella, vertaistuellalla, ryhmään kuulumisella ja kulttuurilla sekä stereotyyppioilla on merkitystä ulkoisina tekijöinä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 599-601.)

Huonosti hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa myös monet terveydenhuollon ammattilaisiin ja terveydenhuollon järjestelmään vaikuttavat tekijät kuten liiallinen sairauslähtöisyys ja orientoituminen akuuttien sairauksien hoitoon. Sekä sisäisiin että ulkoisiin tekijöihin liittyviä ongelmia on ratkaistava, jos halutaan parantaa hoitoon sitoutumista. Toimet tulee suunnitella yksilöllisesti potilaan ja sairauden asettamien tarpeiden sekä ympäristön resurssien mukaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 600-601.)

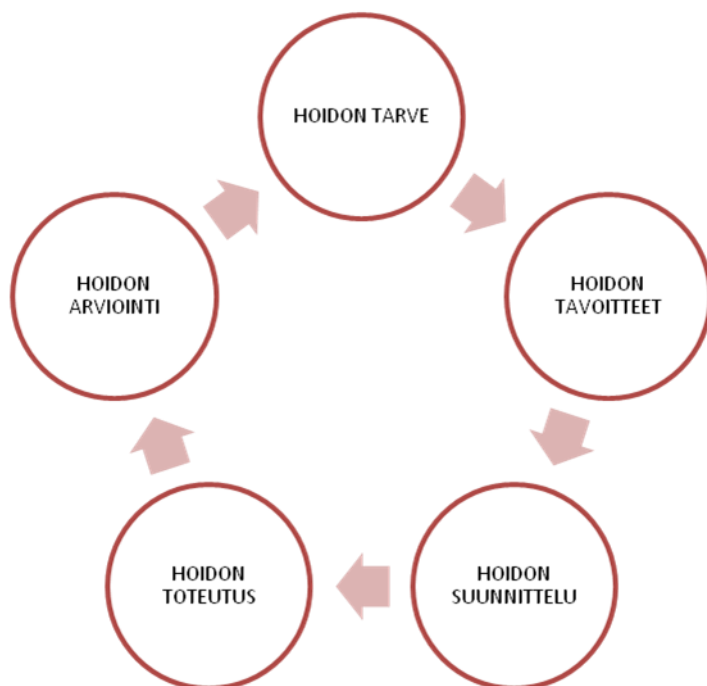
Hoitohenkilökunnan ei tule hoitaa pelkästään sairautta vaan potilaan näkökulma on huomioitava. Hoitoon sitoutumista edistävät hoitoon pääsyn helppous, hoitoon osallistuminen, optimistinen ja hyväksyvä ilmapiiri, positiivinen palaute, hoidon jatkuvuus, riittävät kontrollikäynnit sekä joustavat hoito-ohjeet. Myös potilaan itselleen asettamat tavoitteet ovat yhteydessä hoitoon sitoutumiseen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 600-601.) Määräily, komentelu, uhkailua ja valmiiden ratkaisujen tarjoaminen heikentävät hoitoon sitoutumista, samoin kuin luennoiminen, logiikalla taivuttelemine, väittely, moralisointi, saarnaaminen ja sen kertominen miten potilaan tulisi toimia. Kritisointi, syyttely, kehumine, nolaaminen, leimaaminen, tunkeileva kyseleminen vetäytyminen ja aiheen muuttaminen heikentävät potilaan hoitoon osallistumista. Tavoitteena on tasavertainen, inhimillinen ja empaattinen vuorovaikutus. (Iivanainen & Syväoja 2012, 604.)

4 LÄHIJOHTAMISEN OPAS

4.1 Yleiset periaatteet

4.1.1 Hoitotyön prosessi

Tässä työssä kuntoutumista edistävän toiminnan oppaalla tarkoitetaan lähijohtajalle tarkoitettua suunnitelmaa jonka keskeinen tavoite on edistää potilaan sairaalasta kotiutumista ja kotona selviytymistä. Lisäksi moniammatillisen, tavoitteellisen ja terveyslähtöisen kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisoppaan avulla voidaan tukea potilaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoissa, ohjata häntä sopeutumaan toimintaympäristöön toimintavajeista riippumatta ja turvata hänelle parhaan mahdollisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tason saavuttaminen. Toimintakyvyn edistämisen keskeiset vaiheet on kuvattu hoitotyön prosessikuvauskuviossa 6. Prosessi räätälöityy kunkin yksikön ja organisaation tarpeisiin sopivaksi.



KUVIO 6. Hoitotyön prosessikuvaus (Lång & Sairanen 2012 mukailten)

Kuntoutumista edistävän toimintaan liittyvien käsitteiden ja sisältöjen yhteinen määrittäminen on perusta yhteiselle toiminnalle. (Vähäkangas ym. 2012, 77.) Hoitotyön

prosessi muodostuu potilaan hoidon tarpeesta, hoidon tavoitteista, hoidon toteutuksesta ja arvioinnista (kuvio 6.).

Hoidon tarve on henkilökunnan laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä jo olemassa olevista tai tulevaisuuden mahdollisista tarpeista, joita hoitotyön avulla voidaan lievittää tai poistaa. Tarve kartoitetaan potilasta haastattelemalla ja havainnoimalla sekä mittaamalla. Myös omaiset ja läheiset sekä aikaisemmat potilaskertomukset voivat toimia tiedon lähteinä. Hoidon kannalta merkittävät tiedot kirjataan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15-16.) Potilaan tarpeet voivat olla joko aktuaalisia eli olemassa olevia tai potentiaalisia eli mahdollisesti uhkaavia potilaan terveydentilan kannalta. Ennaltaehkäisyn kannalta potentiaaliset tarpeet tulee tunnistaa ajoissa. Lisäksi potilaan havaittavat tarpeet voivat olla subjektiivisia eli potilaan henkilökohtaisia kokemuksia tai objektiivisia eli henkilökunnan havaintoon perustuvia. Tarpeet voivat olla myös fyysisiä kuten esimerkiksi huimaus, psyykkisiä kuten nukahtamisvaikeus tai sosiaalisia kuten esimerkiksi yksinäisyys. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15-16.)

Hoidon tavoitteet asetetaan suhteessa hoidon tarpeisiin ja siihen minkälaisia muutoksia potilaan tilassa odotetaan tietyn ajan kuluessa tapahtuvan tai mitä potilas itse odottaa. Tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä ja ne asetetaan tunnistettujen tarpeiden poistamiseksi tai vähentämiseksi välitavoitteiden ja kokonaistavoitteiden avulla. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia jotta niitä voidaan arvioida. Tavoitteet kuvaavat täsmällisesti miten potilas selviytyy itsenäisesti tai autettuna. Tavoitteet alkavat toimintaa kuvaavalla verbillä joka ilmaisee potilaan tekemistä tai kognitiivista toimintaa. Tavoitteiden on oltava myös realistisia suhteessa potilaan voimavaroihin, elämäntilanteeseen ja persoonallisuuteen. Tavoite ilmaisee lyhyesti esimerkiksi että potilas ruokailee, osaa, pesee, oppii, ymmärtää, tietää. Tavoitteen saavuttaminen voi vaatia esimerkiksi uuden apuvälineen käytön oppimista. Potilas oppii kävelemään kyynärsauvoilla. Tavoitteet asetetaan tärkeysjärjestykseen ja tehdään väliarviointia suhteessa tavoitteeseen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15-17.)

Hoidon suunnittelu tehdään tavoitteiden mukaisesti niin että toiminnot ovat tarkoituksenmukaisia. Toimintoja valitessa otetaan huomioon näyttöön perustuva tieto sekä hoitotyön periaatteet. Henkilökunnan määrä, hoitovälineiden saatavuus sekä potilaan itsehoitoisuus vaikuttavat hoidon valintaan. Hoitotyön toimintoja ovat esimerkiksi kuunteleminen, ohjaus, tukeminen, tarkkailu, avustaminen, seuranta ja erilaiset hoitoimenpiteet. Tärkeää on päättää myös kuka tekee ja mikä on aikataulu. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15,17.)

Hoidon toteutus tarkoittaa suunniteltujen toimintojen toimeenpanoa. Toiminnoissa noudatetaan hoitotyön periaatteita kuten omatoimisuutta, yksilöllisyyttä, jatkuvuutta, kokonaisvaltaisuutta, turvallisuutta ja ammatillisuutta. Potilaan ohjauksen tarkoituksena on siirtää vastuuta hoidosta potilaalle itselleen sekä omaisille jotta potilas saavuttaa mahdollisimman suuren itsenäisyyden ja riippumattomuuden. Hoitotyön toiminnot kirjataan potilaskertomukseen seikkaperäisesti ja menneessä muodossa koska ne on jo tehty ennen kirjaamista. (Iivanainen & Syväoja 2012, 17.)

Hoidon arviointi kuvaa hoitoprosessia, miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu, saavutetaanko hoidon tavoitteet ja mitä muutoksia potilaan tilassa tapahtui ja miten potilas on kokenut hoidon. Arviointia tehdään koko hoitoprosessin ajan. Potilaan tila voi olla parantunut, ennallaan tai huonontunut. Tavoitteiden tasoa arvioidessa arvioidaan olivatko tavoitteet asetettu sopiviksi, realistisiksi, liian korkeiksi tai liian mataliksi. Arvioinnin perusteella tarvittaessa luodaan uudet tavoitteet ja toiminnot. Arviointi voi olla uuden tarpeenmäärityksen alku ja prosessi jatkuu niin kauan kuin kaikki tavoitteet on saavutettu. On tärkeää arvioida hoitotyön vaikuttavuutta potilaan tavoitteisiin, koee potilas että hänen tarpeensa on lievittänyt tai poistunut. Nopeissa tilanteissa tilanearvioita tehdään lyhyin väliajoin, pitkäaikaispotilaan hoidossa arviointia suoritetaan harvemmin, esimerkiksi viikon tai kuukausien väliajoin. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15, 18.)

Hoitoprosessin lopuksi tehdään yhteenveto hoitotyöstä kun potilaan jakso laitoksessa päättyy. Yhteenvedossa kirjataan auki tärkeimmät hoidon tarpeet, tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja tulokset. yhteenvedossa kirjataan annettu hoito ja siinä tapahtuneet keskeiset asiat. Yhteenvetoa voidaan hyödyntää potilaan jatkopaikkaan lähetettävässä lähetteessä ja mahdollisilla seuraavilla hoitajaksoilla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15, 18.)

4.1.2 Ergonominen toimintamalli

Ergonomia on tekniikan ja toiminnan sovittamista ihmisille. Ergonomia on myös ihmisen ja toimintajärjestelmän vuorovaikutuksen tutkimista ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskyvyn parantamiseksi. Ergonomian avulla työ, työvälineet, työympäristö ja muu toimintajärjestelmä sopeutetaan ihmisen ominaisuuksiin ja tarpeisiin. Ergonomian avulla parannetaan ihmisen terveyttä ja hyvinvointia, turvallisuutta sekä järjestelmien häiriötöntä ja tehokasta toimintaa. (Työterveyslaitos . Ergonomia. Mitä ergonomia on?) Kuntoutumista edistävässä toiminnassa työn ergo-

nomia on keskeisessä roolissa sekä henkilökunnan että potilaan kuntoutumismotiivaation ja toiminnan turvallisuuden ylläpitäjänä.

Ergonomia koostuu eri osa-alueista, joita käytännössä tarkastellaan usein erikseen. Fyysinen ergonomia paneutuu fyysisen toiminnan sopeuttamiseen ihmisen anatomisten ja fysiologisten ominaisuuksien mukaisiksi. Fyysinen ergonomia vaikuttaa työympäristön, työpisteiden, työvälineiden ja työmenetelmien suunnittelussa. Kognitiivinen ergonomia tarkoittaa psyykkisten toimintojen tarkastelemista suhteessa työhön ja työtehtäviin. Organisaatioergonomia käsittää sosiaaliset järjestelmät, rakenteet sekä työtavat ja kehittää niitä toimimaan mahdollisimman turvallisesti, terveellisesti ja tuloksellisesti yhdessä. (Takala & Lehtelä 2009, 41-42; Työterveyslaitos. Ergonomia. Mitä ergonomia on?.)

Työ- ja terveys 2009- tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalan työssä esiintyy vaikeita ja epämieluisia työasentoja ja raskaita nostoja sekä paljon seisomista ja kävelyä. Fyysisesti raskaimmaksi työ koetaan pitkäaikaissairaanhoidossa ja vanhusten laitoshoidossa. Työtilojen, työprosessien ja turvallisten työmenetelmien oppiminen edellyttävät ergonomiatiedon nykyistä tehokkaampaa hyödyntämistä. Kehittämisen haasteet liittyvät myös johtamiseen ja työn henkiseen kuormittavuuteen ja väkivallan uhkaan. (Kauppinen ym. 2009.)

Terveystieteiden arjessa käytetään paljon teknologiaa. Tapaturmavakuutuslaitoksen tilastojen mukaan Suomessa sattuu vuosittain noin 18000 taakan käsittelyyn liittyvää tapaturmaa, joista 2000 tapahtuu terveydenhuollossa. Tuki- ja liikuntaelimestöön vaikuttava tapaturma voi olla alkusysäys vuosia kestävälle tuki- ja liikuntaelinvaikeudelle. Hoitotiloihin, siirron apuvälineisiin ja henkilöstön siirtotaitoihin kuntoutumista edistävissä toiminnassa tulee panostaa. Myös laitteiden helppokäyttöisyyteen ja työprosessien sujuvuuteen tulee kiinnittää huomiota. Lääkelaitokselle ilmoitetaan vuosittain noin 400 laitteiden käyttöön liittyvää hoitovirhettä, joista suurin osa liittyy potilassäilykseen. (Työterveyslaitos. Ergonomia. Ergonomiaa työelämän eri aloille.)

Yksilöiden myönteiset kokemukset apuvälineiden käytöstä ja fyysisten vaivojen väheneminen edistävät muutoksia. Osaamisen varmistumisen ja asennemuutoksen myötä mm. avustustavan valinta ja kirjaaminen tulee systemaattisemmaksi ja potilaan toimintakykyarvioon perustuvaksi. (Fagerholm 2013, 127.) Yassin ym. (2001, 1739-46) tutkimus viittaa siihen, että apuvälineiden hankinta, 3 tunnin käyttökoulutus ja apuvälineiden käyttöohjeistus avustustehtävien mukaan muuttaa merkittävästi työkäytäntöjä ja vähentää avustustehtävien määrää, jolloin hoitajien fyysinen kuormittavuus vähenee .

Fagerholmin (2013, 127) ergonomisen avustamisen kehittämistä käsittelevässä väitöskirjassa kuvataan yksikön ergonomisen toimintamallin kehittämisen ja juurruttamisen esteitä ja onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.



KUVIO 7. Ergonomisen toimintamallin hyödyntämistä edistävät ja estävät tekijät. Työ- ja johtamiskäytäntöjen muutosta edistävät ja estävät tekijät (Fagerholm 2013, 127)

Esitetyt tekijät on tunnettava juurrutettaessa ergonomista toimintamallia kuntoutumista edistävän toiminnan osaksi (kuvio 7.). Lähijohtajalla on merkittävä rooli ergonomisen avustamisen kehittämisessä ja henkilöstön toiminnan tukemisessa. Lähijohtajien on osattava toiminnan suunnitteluvaiheessa huomioida ergonomiseen avustamiseen liittyviä tekijöitä, kuten apuvälinehankintoja sekä suunnitella henkilöstön koulutustarpeita. Osastonhoitajien tulee jakaa vastuuta työyhteisössä, esimerkiksi ergonomiavastaaville ja sopia heidän toimenkuvastaan selkeästi. Työyhteisön on hyvä laatia työpaikalle ergonomisen avustamisen toimintaohjeet, joiden noudattamista lähijohtaja valvoo. (Fagerholm 2013, 154-155.)

Ergonomiavastaavat toimivat lähijohtajan apuna ergonomisen avustamisen edistämässä avustajille suotujen valtuuksien ja velvollisuuksien puitteissa. Ergonomiavastaavan toimenkuva sisältää esimerkiksi, ergonomisen työskentelyn ohjausta, avustus-

taitokoulutusten suunnittelua ja organisointia sekä apuvälineiden kunnon seuranta ja hankintaa. (Fagerholm 2013, 154-155.)

Kukin työntekijä voi toiminnallaan edistää ergonomisten periaatteiden toteutusta työyhteisössä. Ergonomisten avustustaitojen käyttö ja niiden opettelu edistää työntekijän liikuntaelinterveyttä ja keventää työn kuormaa. Ergonominen avustaminen parantaa asukkaiden toimintakykyä ja edistää hoidon laatua. Jokaisen työntekijän on syytä oppia, ylläpitää ja päivittää tietämystään ergonomisesta avustamisesta. Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu osaston toimintaohjeiden ja ergonomisen avustamisen toimintamallin noudattaminen. (Fagerholm 2013, 154-155.)

Potilaiden tulee pyrkiä toimimaan mahdollisimman itsenäisesti, jotta he eivät suotta kuormita hoitohenkilöstöä. Potilailla on oikeus miellyttävään ja asianmukaiseen avustamiseen, jossa huomioidaan potilasturvallisuus ja heidän kuntoutumisensa. Ergonomisen avustamisen koulutusta tulee kehittää ja sen tulee perustua tutkittuun näyttöön. Kehittämis- ja koulutusinterventioiden lähtökohtana tulee olla potilaiden toimintakyky, johon myös ergonomisten apuvälineiden hankintojen tulee perustua. Ennen henkilöstön kouluttamista on varmistettava, että organisaatiossa on asianmukaiset ja työtä keventävät apuvälineet käytössä. (Fagerholm 2013, 154-155.)

4.1.3 Apuvälineet

Lähijohtamisen ja kehittämisen tavoitteena on luoda edellytyksiä potilaiden tarpeet huomioiville ja toimiville apuvälinepalveluille osana kuntoutumista edistävää toimintaa. Apuvälinehuollon tavoitteena on potilaan omatoimisuuden ja elämönhallinnan tukeminen ja lisääminen sairauden, vamman tai haitan aiheuttamien toimintakykyrajoitteiden minimoimiseen. Apuvälineellä tarkoitetaan tarkoitukseen valmistettua tai yleisesti saatavana olevaa tuotetta, tarviketta, varustetta tai teknistä järjestelmää, jota toimintarajoitteinen henkilö tarvitsee lisätäkseen itsenäistä suoriutumista. (Salminen 2010, 13-14, Suomen Kuntaliitto 2004.)

Kuntoutuksessa käytettävät hoito ja harjoitusvälineet sekä yksilöllisesti suunnitellut ja valmistetut välineet kuuluvat myös apuvälineisiin. Apuvälinettä ei voi aina selkeästi määritellä. Myös niin sanotusti tavalliset välineet kuten esimerkiksi sähköhammasharja ja nauhuri voidaan katsoa joissakin tilanteissa apuvälineeksi. Suomen lainsäädäntö takaa että kaikilla kansalaisilla on oikeus yhteiskunnan kustantamiin apuvälineisiin. (Salminen 2010, 13-14, Suomen Kuntaliitto 2004.)

Apuvälinepalveluiden käyttäjälähtöisyys, saumattomuus ja kustannustehokkuus edellyttävät palvelun suunnittelua, koordinoitua, seurantaa ja tiedottamista. Lähijohtamisen tehtäviin kuuluu yksikön toimintatapojen ja työyhteisön kehittäminen sekä oman työn johtaminen ja kehittäminen. Toiminnan johtaminen sisältää apuvälinetoiminnan ja talouden suunnittelua ja seurantaa sekä henkilöstöhallinnollisia tehtäviä organisatiokohtaisten ohjeiden ja sovittujen työ- ja vastuujakojen mukaisesti. (Suomen Kuntaliitto. 2004.)

Henkilöstön apuvälineosaamisen johtaminen perustuu henkilöstön kehittämistarpeiden jatkuvaan arviointiin. Johtaminen sisältää henkilöstön kehittämistoimien suunnittelua sekä henkilöstöhallinnollisia ja työjohtollisia tehtäviä sovitun työ- ja vastuujakojen mukaisesti. Henkilökunta seuraa yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen tukiverkostonsa kanssa asiakkaan apuvälineen käyttöä. Seurannan kohteena voi olla myös asiakkaan apuväline-ratkaisun toimivuus, apuvälineen sopivuus, apuvälineen käyttökunto ja apuvälineen käytön määrä. (Suomen Kuntaliitto. 2004.)

Apuvälinehuollon kokonaisuus on prosessi johon kuuluu apuvälineen valinta, hankinta, sovitus ja kokeilu. Apuvälineen käyttö opetetaan potilaalle ja varmistetaan osaaminen. Huolto ja käytön seuranta ovat osa apuvälinehuolto prosessia. Terveystieteiden apuvälineiden asiantuntijoita ovat toiminta- ja fysioterapeutit. Lisäksi muilla sosiaali- ja terveyssektorilla toimivilla on oltava perustietoa ja taitoa apuvälinehuollossa. Hoitaja toimii lähellä potilasta ja on usein avainasemassa apuväline tarpeen oikea aikaisessa havaitsemisessa, hankinnan käynnistämässä sekä käytön arvioinnissa. (Suvikas, Laurell & Nordman 2012, 35-37.)

Mitä paremmin apuvälineiden auttaa käyttäjänsä toimintakyvyn tukemisessa, sitä paremmin käyttäjä hyväksyy apuvälineen. Käyttäjän valmiudet apuvälineen käyttöön on huomioitava apuvälineen käyttöä opeteltaessa ja välinettä valitessa. Joillekin ihmisille apuvälineen käyttö myös tarkoittaa leimaantumista vammaiseksi, mikä estää välineen käyttöä. Myös terveydenhuoltohenkilöstön kielteinen asenne esimerkiksi uutta tekniikkaa kohtaan vaikeuttaa apuvälineen käyttöönottoa. (Salminen 2010, 18-21.)

Hyvään apuvälineprosessiin kuuluu myös apuvälineiden säilytystilojen järjestäminen. Myös harjoitustila osastolle potilaan omatoimisia ja ohjattuja harjoituksia varten tehostaa potilaan kuntoutumista. Osaston huonekalujen tarkoituksenmukainen valinta vaikuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen sekä ohjaa potilasta tarkoituksenmukaiseen, kuntoutumista edistävään toimintaan. Esimerkiksi ruokailua varten on oltava riittävästi pöytiä ruokailutilassa. Pöydän ääreen tulisi myös päästä pyörätuolilla.

Huonekalujen korkeuteen ja käytettävyyteen on kiinnitettävä huomiota jo hankintavaiheessa. Tuolien ja sohvien olisi oltava riittävän korkeita ja tukevia siirtymisten helpottumiseksi. Käytävissä on oltava myös riittävästi apuvälineitä sekä liikkumiseen, päivittäiseen toimintaan että harjoituksia varten.

Apuvälineiden tarvitsijoiden määrä kasvaa jatkuvasti myös kansalaisten ikääntyessä. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2012 yli 65 -vuotiaita on 18 % väestöstä. Vuonna 2040 heidän osuutensa väestöstä on 26 %. Esimerkiksi näkö ja kuulo alkavat heikentyä 55 ikävuoden jälkeen ja 65 vuoden jälkeen heikentyminen nopeutuu. Joka viidennellä suomalaisella on eläkeiässä liikkumisen ja näön apuväline. Kuulon apuväline on eläkeiässä lähes joka kymmenennellä. Vain puolet 85 vuotta täyttäneistä selviytyy ilman vaikeuksia pukeutumisesta ja riisuutumisesta. (Salminen 2010,13.) Apuvälineiden toimintakykyä tukeva merkitys on syytä tunnustaa ja välineitä käyttää osana potilaan kuntoutumista edistävää toimintaa vuodeosastolla.

4.1.4 Potilas

Elämän kriisitilanteissa kuten esim. sairastuessa ihminen arvioi tapahtuman tarkoitusta, käytävissä olevia keinoja ja voimavaroja. Voimavaroja ovat henkilökohtaiset kyvyt ja taidot, psyykinen kestävyys sekä ympäristöltä saatava tuki. Potilaslähtöisessä kuntoutumista edistävässä toiminnassa keskeisiä ovat potilaan voimavarat. Toimitaan tavalla jossa etsitään ja vahvistetaan sitä mikä toimii ja on vahvaa. Pyritään poistamaan esteitä kuntoutujan fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 15, 23.)

Kähäri – Wiikin ym. (2007, 21-22) teoksen mukaan jakaa unkarilainen Sándor Rados ihmisen eri elämäntilanteissa vaihtelevat yhteistyötasot viiteen tasoon. Hoitohenkilökunnan on toimittava kuntoutujan kanssa hänen voimavarojensa ja tasonsa mukaisesti. Korkein yhteistyövalmiuksien taso on **innostunut**, jolloin potilas on innostunut ja aloitekykyinen. Hänellä on voimavaroja runsaasti. Asiantuntijan tehtävänä on välittää tietoa eri mahdollisuuksista. **Velvollisuudentuntoinen** kuntoutuja pyytää apua ja asiantuntijan tehtävänä on rohkaista potilasta selviytymään itse. **Riippuvainen** potilas tarvitsee apua arjessa ja asiantuntija toimii potilaan kanssa yhdessä vahvistaen potilaan itseluottamusta onnistumisten avulla. **Tukeutuva** potilas tarvitsee tukea ja hoivaa kartuttaakseen voimavarojaan. **Luopuja** on menettänyt toivonsa ja kokee olevansa liian sairas kuntoutuakseen. Hän tarvitsee intensiivistä hoitoa toipuakseen.

Jokaisella ikäihmisellä on oma yksilöllinen elämäntarinansa ja siihen liittyvä tapa huolehtia itsestään sekä suhtautua sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja sen henkilöstöön. Ihmiselle on elämäkokemuksen myötä muodostunut näkemys tekijöistä, jotka edistävät hänen hyvinvointiaan ja toimintakykyään. Kuntoutumista edistävässä toiminnassa voidaan ymmärtää potilaan toimintaa kun tunnetaan hänen voimavaransa ja odotuksensa suhteessa hoitoon ja palveluun. Ikääntyneiden ihmisten tavat huolehtia itsestään ovat suhteellisen vakiintuneita, mikä aiheuttaa haasteita hoidon tavoitteiden asettamiselle. Ikääntyvät potilaat voidaan karkeasti jakaa neljään ryhmään suhtautumisessa voimavaroihin, hoitoon ja palveluun: omavastuiset, ulkoapäin ohjautuvat, omapäiset ja luovuttajat. (Voutilainen ym. 2002, 21-25.)

Omavastuiset ikäihmiset hoitavat terveyttään ja sairauksiaan tietoisesti vastuullisesti ja punnitsevat erilaisten hoitomuotojen vaikuttavuutta. He toimivat luontevasti, tasa-arvaisesti ja myönteisesti yhteistyössä henkilöstön kanssa ja huolehtivat aktiivisesti toimintakyvystään. Omavastuisilla ihmisillä on runsaasti sekä sisäisiä että ulkoisia voimavaroja. He suhtautuvat vanhenemiseen myönteisesti ja osaavat vaatia tasokasta hoitoa ja palvelua. **Ulkoapäin ohjautuvat ikäihmiset** suhtautuvat vanhenemiseen realistisesti ja hoitavat sairauttaan ja heikentynyttä toimintakykyä hoitohenkilöstön antamia ohjeita noudattaen kriitikittömästi ja täsmällisesti. Potilaat ovat kiitollisia saamastaan hoidosta ja avusta. Ulkoapäin ohjautuvien ikäihmisten voimavarojen tunnistaminen ja huomioon ottaminen edellyttää heidän mielipiteensä selvittämistä sekä voimavarojen huolellista kartoittamista ja tukemista. **Omapäiset ikääntyneet** tekevät itsenäisiä valintoja hoitohenkilökunnan ohjeista juuri välittämättä ja jopa niitä kyseenalaistaen. Sairauksien ja vanhenemisen aiheuttamat muutokset he jättävät mieluusti huomiotta. Potilaat ovat toimintakyvyltään itsenäisimmin selviytyviä, eivätkä todennäköisesti halua apua toisilta vaikka sitä tarvitsisivatkin. Omapäinen ikääntynyt odottaa että hoitohenkilökunta ottaa hänet todesta, mikä on lähtökohta onnistuneelle hoitosuhteelle. **Luovuttavat ikäihmiset** eivät enää huolehdi terveyden- ja sairauksien hoidosta, toimintakyvystään ja päivittäisistä toiminnoista. Luovuttamisen taustalla on usein akuutti sairastuminen tai läheisen kuoleman aiheuttama suru. Luovuttamisen tunnistaminen ja potilaan tukeminen on hoidon ja palvelun arjessa toimijoiden vastuulla. (Voutilainen ym. 2002, 21-25.)

Potilas on aktiivinen omana elämänsä tai kuntoutumisensa asiantuntija. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tarjota riittävästi tietoa ja ohjata potilasta kohti tavoitteitaan. Potilaslähtöisessä toiminnassa tarvitaan sujuvaa vuoropuhelua ja yhteistyötä potilaan ja eri toimijoiden välillä. On otettava huomioon ihmisen persoona, elämäntilanne ja ympäristö, jotta voidaan hyödyntää kuntoutujan voimavarat ja mahdollisuudet. Asian-

tuntijoilla on oltava laaja ymmärrys, monialainen osaaminen ja potilaan näkemysten huomioimisen kyky. (Kettunen ym.2009,7.) Keskeistä on myös huomioida omaiset potilaan voimavarana hoidossa, huolehtia omaisten jaksamisesta sekä tunnistaa omaisten yksilölliset voimavarat osallistua erityisesti ikääntyneen potilaan hoitoon ja kuntoutumiseen. (Voutilainen ym. 2002, 80-82.)

4.2 Kuntoutumista edistävä toiminta eri tarvealueilla

4.2.1 Aktiviteetti ja liikunta

Hoidettaessa potilasta kokonaisvaltaisesti on otettava huomioon toimintakyvyn ja ihmisenä olemisen kaikki tekijät. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn välillä ei ole tarkkaa rajaa. Eri toimintakyvyn alueilla tapahtumat vaikuttavat kaikkiin toimintakyvyn alueisiin. Aktiivinen ja toimintakykyinen ihminen hallitsee elämäänsä ja pystyy selviytymään arjestaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 109-114.)

Sairaus, vamma tai hoitolaitokseen joutuminen vähentää ja heikentää aktiviteettiä ja merkitsee suurta muutosta koko elimistölle. Aktiivisen elämän keskeinen edellytys on mahdollisimman hyvä liikuntakyky. Tärkeää on myös huolehtia tasapainoisesta ravitsemuksesta sekä riittävästä nesteytyksestä. Vuodelevon aikana tulee huolehtia siitä, ettei paikallaan olo estä tai viivästyä toipumista. Vuodelevon tulee olla mahdollisimman lyhyt ja sen aikana huolehditaan tuki- ja liikuntaelimistön ja hengitys- ja verenkiertoelimistön luonnollisesta toiminnasta. (Kähäri ym. 2007, 79; Voutilainen 2002, 137-139.)

Hu ym. (2010, 1253-1256) mukaan päivittäisten toimintojen toteutus ja kävelykyvyn harjoittaminen ovat potilaan kuntoutumisen kulmakiviä. Varhain aloitettu tehokas kuntoutumista edistävä toiminta nopeuttaa sairaudesta toipumista. Tutkimukset todistavat, että aikaisin aloitettu moniammatillinen intensiivinen kuntoutumista edistävä toiminta on yhteydessä parempiin tuloksiin. Jos potilaalla on esimerkiksi vaikea aivohalvaus, varhainen kuntouttava toiminta ennustaa parempia toiminnallisia hoitotuloksia.

Pitkän vuodelevon jälkeen potilaalla voi olla heikkoutta ja hengitys- ja tasapainovaikeuksia. Myös päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen vaatii liikkumiskykyä, lihasvoimaa ja nivelten liikkuvuutta. Jos potilaalla on vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa, on hoitajan pohdittava potilaan kanssa tekijöitä, jotka auttaisivat poistamaan esteitä. Jos ihminen joutuu sairauden tai pitkän vuoteessa olon takia vähentämään liik-

kumistaan, heikentyy toimintakyky nopeasti. Viikon vuodelepo laskee hapenottoa ja lihasvoimaa 60 prosenttia. Vanhukset menettävät liikkumattomuuden vuoksi lihasmassaa yli kaksi kertaa nopeammin kuin nuoret. 15 minuutin jaloittelu päivittäin puollittaa lihasvoiman menetyksen. (Suvikas ym. 2013, 89.) Istuminen tehostaa hengitystä ja verenkiertoa, tukee potilaan tasapainoa ja virkistää mieltä. Aktiviteetin turvaamiseksi vuodepotilasta liikutellaan tai vuodepotilas liikkuu apuvälineen avulla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 516-520.)

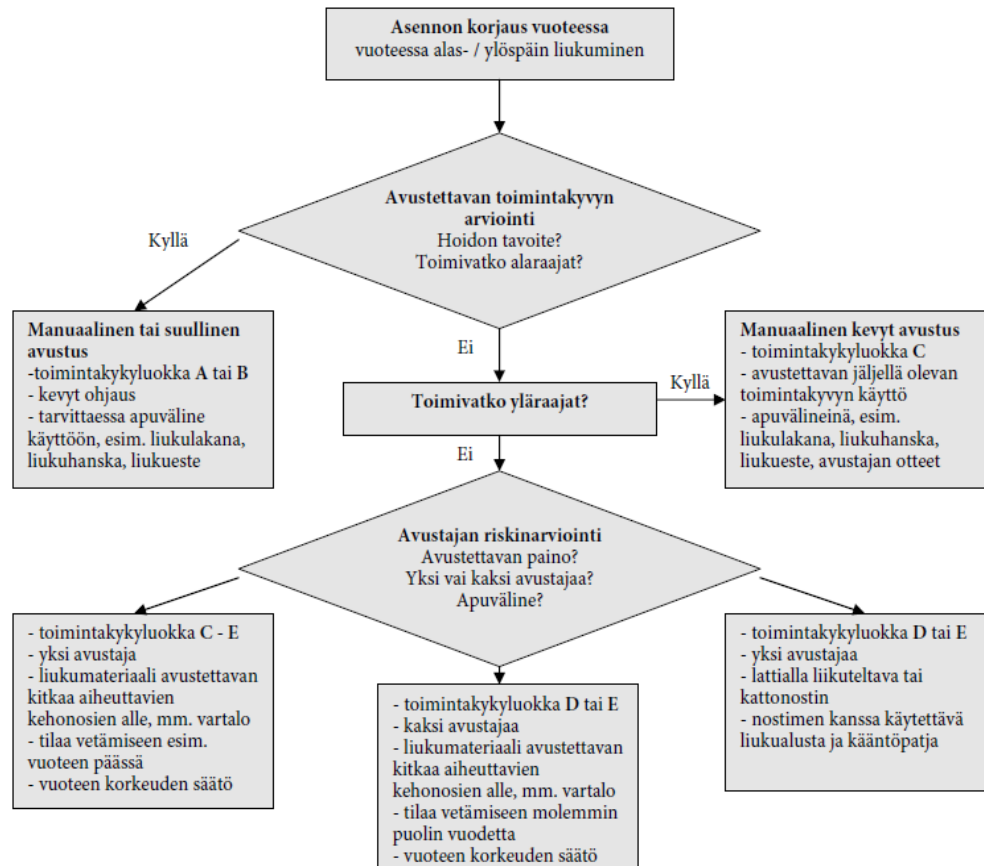
Vähentyneen aktiivisuuden aikana fyysistä toiminnallisuutta ylläpidetään myös **aktiivisilla tai passiivisilla liikeharjoituksilla**. Harjoitukset lisäävät verenkiertoa, aineenvaihduntaa lihaksissa ja kaikkialla elimistössä. Harjoitukset ehkäisevät vakavia vuodelevon aiheuttamia komplikaatioita, liikerajoituksia, keuhkoveritulppia sekä laskimotukoksia. Aktiiviset liikeharjoitukset potilas suorittaa itse, passiivisiin harjoituksiin potilas tarvitsee avustajan. Aktiivisia liikeharjoituksia ovat esimerkiksi kävely, seisoma- ja istumaharjoitukset, hengitysharjoitukset sekä ala- ja yläraajojen liikuttelu. Passiivisia liikeharjoituksia käytetään esimerkiksi kun potilas on tajuton, rauhoitettu lääkityksellä, potilas ei itse jaksaa tai kykene liikuttamaan itseään tai potilaalla ei ole lupa tehdä aktiivisia harjoituksia sairauden tilan vuoksi. Passiiviset harjoitukset eivät lisää lihasvoimaa mutta ylläpitävät nivelten liikkuvuutta ja lihasten joustavuutta sekä rentouttavat. Tajuttoman tai liikuntakyvyttömän potilaan raajoja liikutetaan täydessä liikelaajuudessaan useita kertoja päivässä hoidon alusta lähtien. (Iivanainen & Syväoja 2012, 109-114.)

Vuodeosastopotilaan tarkoituksenmukainen **asentohoito** on onnistuneen kuntoutumista edistävän toiminnan perusta potilaan omatoimisen aktiviteetin puuttuessa. Asentohoidolla edistetään hengitystä ja verenkiertoa, estetään virheasentoja ja ihovaurioiden syntymistä. Potilaalle tulee selvittää vuodelevon sekä asento- ja liikehoidon tarkoitus ja kesto. Tieto sitouttaa potilasta omaan hoitoonsa ja kuntoutumiseensa. Asentohoidon aikana hyödynnetään potilaan kykyä liikkua vuoteessa, liikuttaa raajojaan ja käyttää vuoteeseen sijoitettuja apu- ja harjoitusvälineitä. Asentohoidossa käytetään monia eri asentoja kehon toiminnallisuuden saavuttamiseksi ja säilyttämiseksi. Liikuntakyvyttömän tai tajuttoman potilaan asentoa vaihdetaan parin tunnin välein. (Iivanainen & Syväoja 2012, 115.)

Asentohoidon onnistumisen peruspilareita on hyvä säädettävä sänky, jossa on tukeva, joustava patja. Sängyn korkeussäätö helpottaa kuntoutujan pois siirtymistä vuoteesta sekä hoitajan työtä. Päätyjen kaltevuuden säädöt auttavat asennon tukemisessa sekä elintoimintojen tehostamisessa. Erilaiset tuet, tyynyt ja kiilatyyntyt auttavat

asentojen tukemisessa. Mikäli potilas ei itse pysty vaihtamaan asentoa, häntä on autettava asennon vaihdossa. (Kähäri ym. 2007, 86-89.)

Kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamisessa aktiviteetin ylläpito on tärkeää päivittäin myös syömisen, henkilökohtaisen hygienian, pukeutumisen sekä liikkumisen tukemisessa. Avustettavalla potilaalla tuetaan lisäksi vuoteesta liikkumista ja siirtymistä. (Vähäkangas ym. 2012, 71.)



KUVIO 7. Muokattu päätöksentekomalli potilaan vuoteesta avustamiseen (Hignett 2003, 2005; Nelson 2004 mukailen Fagerström 2013, 28, 138)

Potilaan avustamisen aloittamisessa on kuviossa 7 esitetty päätöksentekomalli vuoteesta avustamisen helpottamiseksi. Ajatusrakenne ohjaavana ja yksikön luonteen mukaisesti käytettynä voisi auttaa kunkin potilaan oikeanlaisen liikkumis-, siirtymis- ja avustamistavan valinnassa. Perusohjeen on että jos kaksi avustajaa ja pienoisapuvälineet eivät riitä, on aika siirtyä nostimien käyttöön. Mallissa on käytetty Carethermometer- menetelmän toimintakykyluokitusta. (Fagerström 2013, 28,138.) Ajatusrakennelmissa käytetty toimintakykymittari voisi olla muukin Suomessa käytetyistä mitta- reista.

Malleissa toimintakykyluokkien A-E sisällöt ovat:

- luokka A omatoiminen, liikkuu itsenäisesti (saattaa käyttää kävelykeppiä), itsenäinen päivittäisissä toiminnoissaan
- luokka B osittain avustettava, käyttää kävelytelinettä tai muuta vastaavaa välinettä, huolehtii osittain itsestään, tarvitsee avustajalta suullista ohjausta
- luokka C osittain avustettava, liikkuu pyörätuolilla, varaa osittain ainakin toiselle jalalle, jonkin verran vartalon hallintaa, on riippuvainen hoitajasta
- luokka D täysin avustettava, istuu pyörätuolissa, ei pysty varaamaan jaloilleen, ei pysty huolehtimaan itsestään vaan tarvitsee hoitajan avustusta
- luokka E vuodepotilas, täysin avustettava, passiivinen, usein jäykkä, kontraktuuria, täysin riippuvainen hoitajasta

Vuodepotilaan apuvälineinä voidaan käyttää esimerkiksi vuoteen laitoja, joita potilas voi hyödyntää vähäisilläkin voimillaan siirtymisissä. Vuoteen päätyyn voi kiinnittää kohottautumistelineen, tukevan nauhan tai sänkyyn liukulakanan, nousutuen tai tukikahvan, joita potilas voi hyödyntää omatoimisissa tai avustetuissa toiminnoissa. Nostoliina, nostovyö tai poikkilakana lantion alla auttaa potilaan siirtämistä vuoteessa. Jatkuvassa vuodelevossa olevaa potilasta tulee nostaa ajoittain istumaan vuoteessa. Istuma-asennossa potilas voi voimistella. Lihaspumppeja aktivoidaan perifeerisillä eli raajojen ääriosien liikkeillä, joita hoitaja voi aluksi ohjata. Liikkeet tehdään reippaassa tahdissa ja tehokkaasti. Kutakin liikettä tehdään 30 kertaa kerralla ja useita kertoja päivässä. Nesteensiirtoon liittyvät kanyylit ja letkut eivät yleensä estä liikkeiden tekemistä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 521-523; Kähäri 2007, 85-116.)

Voinnin salliessa potilas voi istua vuoteen laidalla tuki jalkapohjien alla. Liikuntakyvyn potilas tulee mahdollisimman aikaisessa vaiheessa siirtää myös tuoliin istumaan. Siirtämisen apuvälineenä käytetään esimerkiksi kääntölevyä, siirtämistasoa, nostovyötä tai henkilönostolaitetta. Tuolissa on oltava hyvät käsinojat, jalkojen on ulotuttava lattialle tai tuolin astinlaudalle, polvet suorassa kulmassa. Selkänöjan taittuessa hieman taaksepäin potilas ei valu tuolista alas. Jos potilas istuu pitkään yhtäjaksoisesti, istuintyyne vähentää ihoon kohdistuvaa painetta. Istuma-asentoa tulee myös kohentaa säännöllisesti. Istumista harjoitellaan niin kauan kuin asento on omatoimisesti vakaa. Potilas pystyy tällöin istumaan tukematta, jalkapohjat lattiassa tai korokkeella, selkä suorana, paino istuinkyhmyillä, kädet sylissä, vartalon kallistumatta kummallekaan puolelle. (Iivanainen & Syväoja 2012, 521-523; Kähäri 2007, 85-116; Suvikas ym. 2013, 92-93)

Istumatasapainoa voi harjoitella siirtämällä painoa pakaralta toiselle, kallistelemalla vartaloa hallitusti eteen, taakse ja sivuille sekä kiertämällä katsetta puolelta toiselle. Istumasta seisomaan nousu ja liikkeelle lähtö tapahtuu vakaasta istuma-asennosta, jalkaterät lattiassa ja hieman irti toisistaan. Potilas kumartuu ylävartalosta suoraan eteenpäin niin, että sivustakatsottuna nenä yltää polvilinjaan ja ponnistaa eteen ja ylös. Hoitaja avustaa nousua tarvittaessa pitäen kiinni kuntoutujan käsistä tai seisomalla sivulla ja auttamalla kallistusta ja etukumarrusliikettä laajalla selkäotteella. (Iivanainen & Syväoja 2012, 521-523; Kähäri 2007, 85-116; Suvikas ym. 2013, 92-93)

Myös pyörätuolissa istuminen mahdollistaa käyttäjänsä avustetun tai omatoimisen liikkumisen sekä lisää potilaan mahdollisuuksia tehdä erilaisia toimintoja. Pyörätuoli toimii liikkumisen apuvälineenä silloin kun liikkuminen kävelyn apuvälineellä ei onnistu ollenkaan tai onnistuu vain lyhyillä matkoilla. Pyörätuolia käyttävät potilaat ovat toimintakyvyltään hyvin erilaisia. Myös pyörätuolin käyttöaika päivittäin vaihtelee eri potilailla ja eri päivinä. Pyörätuoli voi toimia kuljetustuolina tai potilas voi istua siinä lähes koko päivän. Henkilön kyky päästä pyörätuoliin, istua siinä ja päästä tuolista pois vaikuttavat pyörätuolin valintaan. Pyörätuolin valintaa tehtäessä pyörätuolin käytettävyyteen, käyttötaitojen opettamiseen, turvallisuuteen, terveellisyyteen ja ajo-ominaisuuksiin tulee alusta asti kiinnittää huomioita esimerkiksi huomioimalla kaatumasteet, istuintyyppi, tarvittaessa vartalotuet, pöytälevy, renkaiden koko ja paksuus. (Töytäri, Koistinen, Mustonen & Leivo 2010, 116-122.)

Istuma-asennon tärkeys korostuu, kun potilas ei itse pysty korjaamaan asentoaan tai istuu tuolissa pitkään. Istuttaessa sekä kuormittuu noin 40 % enemmän kuin seisottaessa. Hyvä istuma-asento on mahdollisimman normaali ja toiminnallinen, jolloin selän normaalit mutkat säilyvät. Istuma-asennossa tulee olla mahdollisuus asennon vaihteluun sekä ylävartalon ja jalkojen esteettömään toimintaan mahdollisimman suuren omatoimisuuden säilyttämiseksi. (Töytäri, Koistinen, Mustonen & Leivo 2010, 116-122.)

Hoitotyöntekijöiden tavoitteena on tukea potilasta omatoimiseen ja aktiiviseen liikuntaan sairauden tai vamman mahdollisuuksien rajoissa. Avustamisessa käytetyt apuvälineitä ovat siirtymisen ja kääntymisen apuvälineitä, henkilönostolaitteita, kävelyn apuvälineitä sekä tukeutumisen apuvälineitä (taulukko 2). Liikkumisen apuna tarvittaessa käytetään myös nojapuita. Ennen kävelyharjoituksia tulee huolehtia että potilaalla on jaloissa tyköistuvat kengät. Tarvittaessa potilas avustetaan kylkimakuun kautta rauhallisesti ohjaten ylös vuoteesta. Myös vyötärölle kiinnitettävä talutusvyö lisää

kävelyharjoittelun turvallisuutta. Sauvojen ja kävelykeppien valinnassa on huomioitava kepin kumpipään eheys, ettei kepin pää luista tai takerru mahdollisten lattiassa olevien ritilöiden väliin. Apuvälineen valinnassa ja liikkumisen ohjauksessa konsultoidaan tarvittaessa fysio- tai toimintaterapeuttia. (Iivanainen & Syväoja 2012, 520.)

TAULUKKO 2. Ergonomiseen avustamiseen liittyvät apuvälineet (SFS-EN ISO 9999, 2007 mukaillen Fagerström 2013, 32)

<i>Siirtymisen ja kääntymisen apuvälineet</i>	<i>Henkilönostolaitteet</i>	<i>Kävelyn apuvälineet</i>	<i>Tukeutumisen apuvälineet</i>
- liukulaudat, liukumatot, liukulakanat, - kääntölevyt, - kohottautumistelineet, - köysitikkaat, - nostovyöt ja -valjaat ja - siirtymistasot.	- lattialla liikuteltavat nostimet (ns. liinanos-timet ¹), - seisomananojanostimet ¹ , - katonostimet ¹ ja - nostovaunut.	- kävelykepit, kyynärsauvat, jalalliset kävelykepit, - kävelytelineet, - kävelytuolit ja -pöydät - kävelyvyö.	- käsijohteet ja -tukikatteet, - tukikahvat ja kädensijat sekä - tukikäsinajat.

Apuvälineiden luokittelu ja määrittely perustuu SFS-EN ISO 9999 standardiin.

Seisomaharjoituksia tehdään seisomatuen, nojapuiden, kävelypöydän tai toisen henkilön tukemana. Seisoma-asennon hallinnasta hoitaja saa viitteitä havainnoimalla potilaan kykyä nostaa lantiota selinmakuulla. Hyvä, hallittu nosto kertoo kohtuullisesta lantionhallinnasta. Lantion hallinta on edellytys seisoma-asennon onnistumiselle. Potilas voi omatoimisesti harjoitella seisomista tukeutumalla myös sängyn pätyyn tai seinään kiinnitettyihin kaiteisiin. Askellukset ja painon siirrot eri suuntiin jalalta toiselle kehittävät tasapainoa ja vartalon hallintaa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 516-520; Suvikas ym. 2013, 93.)

Hallittu seisoma-asento näyttää symmetriseltä. Paino jakautuu molemmille jaloille, ryhti on hyvä. Jos selän lihasvoima on heikko, ryhti painuu kumaraan ja polvet koukistuvat. Ikääntyessä erilaiset muutokset luustossa ja välilevyissä vaikuttavat ryhtiin ja selkärangan asentoon. Jos potilas on ollut pitkään vuoteessa, harjoitellaan pystyasentoa asteittain. (Iivanainen & Syväoja 2012, 516-520; Suvikas ym. 2013, 93.)

Aktiivinen liikkuminen auttaa tasapainon säätelyssä, jolloin kävelyvaikeudet ja kaatumiset vähenevät. Kävelyn harjaannuttaminen ja avustaminen ovat tärkeä osa kuntoutumista edistävää perushoitoa. Myös portaiden käyttö apuvälineen avulla tulee harjoitella vuodeosastolla olon aikana. Jos kävely on epävarmaa ja takeltelevaa, hoitaja voi

edistää liikkeelle lähtöä antamalla liikkeelle lähdölle rytmiä ja tempoa sanallisesti. Hoitaja voi myös omalla kehollaan auttaa painon siirroissa. (Suvikas ym. 2013, 93-94.)

Heikentyneen liikuntakyvyn aiheuttamia tapaturmia voi ehkäistä esimerkiksi asentamalla tukikahvoja WC:hen ja portaisiin, käyttämällä liukusteitä pesutiloissa ja jalkineissa sekä käyttämällä lonkkahousuja liikkuesssa. Myös ympäristön suunnitteleminen esteettömäksi lisää kaikkien mahdollisuuksia liikkua turvallisesti. (Töytäri, Koistinen, Mustonen & Leivo 2010, 116.)

Aktiviteetin ja toimintakyvyn tukeminen on tehokasta, kun sitä tehdään moniammatillisesti kuntoutusohjelman mukaan ja kuntoutusprotokollaa noudattaen. Fyysisen kuntoutuksen keinot, kuten kävelyttäminen, seisomaan nousu, kuntopyöräergometrin käyttäminen ja potilaan istuminen on todettu turvallisiksi kuntoutusmuodoiksi. Potilaan istuttamista kuntotuoliin, sängyn laidalle, kävelyttämistä ja seisomaan nousua suositellaan tehtäväksi aktiivisen ja passiivisen toiminta- ja fysioterapian ohella. Esimerkiksi hengitysvajauspotilaan sairastumista neuromuskulaariseen lihasheikkouteen voidaan ennaltaehkäistä systemaattisesti toteutetulla kuntoutuksella. Hyvin toteutetun kuntoutuksen jälkeen potilas voi jopa kävellä 30 metriä kotiutuessaan. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27.)

Ikääntyvillä liikunnassa ja fyysisen toimintakyvyn ylläpidossa ja kehittämisessä vahvistetaan kehon kaikkia tärkeimpiä lihaksia kuten käsiä, jalkoja, selkää, vatsaa, rintaa ja hartioita 5-10 liikettä lihasryhmää kohden, 2-3 sarjaa vuorokauden aikana. (Iivanainen & Syväoja 2012, 121.) Kuntoutumista edistävän toiminnan tukena on osastolla oltava myös potilasmäärään nähden riittävästi apuvälineitä sekä terapia ja harjoitusvälineitä.

Fysioterapiassa käytetyt keinot aktiivisuuden ylläpitämisessä ja kehittämisessä vaihtelevat. Harjoituksia tulisi tehdä potilaan toimintakyvylle sopivan ajanjakson verran. Nivelten liikkuvuuden kannalta tärkeäksi harjoittaa erityisesti raajoja, kuten rannetta, kyynärpäätä, olkapäätä, nilkkaa, polvea ja lantiota lisäämällä painovastuksen liikkeisiin. Tällä saadaan parempikuntoisten potilaiden kanssa liikkeistä enemmän hyötyä. Vuodepotilaille sängyssä kääntyminen ja muu omatoiminen liikkuminen on tärkeää. Suositeltavaa on harjoitella päivittäin vähintään 20 minuuttia. Fysioterapeutin osallistuminen sekä potilaan että hoitohenkilökunnan ohjaukseen on tärkeä. (Thomas 2009, 50,54–58.) Hoitohenkilökuntaa tulee kouluttaa ja ohjata fysioterapeutin antamien kuntoutusohjeiden tekemiseen (Terävä 2010, 30).

Liikuntaneuvonnan ja ohjauksen tulee olla potilaan tilanteen huomioon ottavaa, yksilöllistä ja tavoitteellista. Terveysliikuntaa myös laitososuhteissa on kaikki fyysinen aktiivisuus, joka tuo terveydellistä hyötyä eikä aiheuta merkittävää haittaa. Aktiivisuuden on oltava säännöllistä. Energia-aineenvaihdunnan ja verenkierron kestävyysominaisuuksia kehittävän liikunnan on oltava suurten lihasryhmien rytmistä, yhtäjaksoista ja pitkäkööä kestävää kuormitusta. Virheellinen tai liiallinen kuormitus voi aiheuttaa elintoimintojen häiriöitä, rasisuoireita ja tapaturmia erityisesti sairailta henkilöillä. Hoitohenkilökunnan tulee täsmällisesti ohjata jo sairastuneiden liikuntaa. Potilasta kannustetaan liikkumaan. Potilaan ei pidä luulla että sairaus estää liikkumasta. Sairauden aiheuttamat vaaratekijät on kuitenkin tunnistettava (Iivanainen & Syväoja 2012, 119-121.)

Heikkokuntoiset potilaat ovat liikunnassaan ja toiminnoissaan riippuvaisia henkilökunnan antamasta tuesta ja laitoksessa olemassa olevista liikuntamahdollisuuksista. Liikunta laitoksessa tulee olla suunniteltua ja tavoitteellista. Eri liikuntamuodoista kävely ja voimistelu ovat käytetyimpiä, koska laitosten tiloja ei aikaisemmin useinkaan ole suunniteltu liikkumisen tarpeita huomioiden. Yksinkertaisia voimisteluliikkeitä voi tehdä milloin vain päivän mittaan. Liikkeistä voi tehdä kuvallisen ohjeen seinälle, jolloin voimistelu on mahdollista myös silloin kun henkilökunta ei ole paikalla. Liikunta- ja toimintakyky säilyy ja kehittyy vain toimimalla ja liikkumalla. (Aejmelaus ym. 2007, 164-166.)

Myös laitoksessa potilaalla tulisi olla voinnin salliessa mahdollisuus säännölliseen ulkoiluun. Ulkoilu tulisi sisällyttää yksilölliseen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Esteitä laitoksessa tapahtuvalle liikunnalle ovat esimerkiksi henkilökunnan asenteet liikkumista kohtaan, turvallisuustekijöiden liiallinen korostaminen ja henkilöstöpula. Apuvälineiden kuten kaatumistapaturmien seurauksien lievittämiseen käytettävät lonkkahousut sekä vapaaehtoisten apu lisäävät mahdollisuuksia potilaiden aktivoimiseen ja ulkoiluun. (Aejmelaus ym. 2007, 164-166.)

Fyysistä **aktiivisuutta** tulee **rajoittaa**, jos aktiivisuudesta voi aiheutua terveydellisiä vaaroja. Tärkeimmät vasta-aiheet aktiivisuudelle ovat sairaudet ja tilat, jotka aiheuttavat vakavan sydämen toiminnan häiriön kuten rytmihäiriön tai sydäninfarktin. Rajoitteita ovat myös tajunnan häiriö, tai energia-aineenvaihdunnan häiriö kuten epästabili diabetes. Kaikkeaa rasisusta tulee välttää, mikäli potilaalla on akuutti sydänperäinen rintakipu, korkeaenerginen vamma tai akuutti neurologinen oire, esimerkiksi kova päänsärky merkinä aivoverenvuodosta. Yleensä sairaudesta ja vammoista huolimatt-

ta potilas ohjataan liikkumaan voinnin ja tuntemusten mukaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 122-123.)

Laitosolosuhteissa potilaalle tulisi järjestää **mielekästä sisältöä arkipäivään**. Virikkeiden järjestäminen tulee mieltää yhtä tärkeäksi kuin lääkkeen antamisesta, pukeutumisesta, ruokailusta ja peseytymisestä huolehtiminen. Potilaalle on annettava mahdollisuus valita osallistumisensa ja kunnioitettava hänen yksilöllistä tapaansa osallistua. Viriketoiminta vahvistaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ihmisellä on voimakas sopeutumiskyky. Viriketoiminnalla ehkäistään ja korjataan niitä oireita, jotka aiheutuvat potilasta kohdanneet sairauden, vamman tai menetyksen passivoivasta vaikutuksesta tai pakollisen ympäristön vaihdoksen aiheuttamasta eristytymisestä ja vetäytymisestä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 111; Kettunen ym. 2009, 121,151)

Virikkeet voivat auttaa myös sairaudesta paranemista. Esimerkiksi aivoinfarktin jälkeen virikkeellinen toiminta lisää aivojen toiminnallista kykyä. Potilasta tulee ohjata käyttämään oppimiaan taitoja päivittäisissä toiminnoissa ja ponnistelemaan kuntoutumisensa hyväksi. Myös vuodeosastolla voi olla virikeohjaaja joka ohjaa ryhmässä tapahtuvaa toimintaa kuten ulkoilua, tietokilpailuja, muistelua ja aivovoimistelua, teemapäiviä, tanssia, musiikkia, luovaa toimintaa, käsitöitä ja kasvien- ja puutarhan hoitoa. Erilaiset yhteiset juhlat ja arkipäivän tilanteet tarjoavat myös mahdollisuuden luontevaan yhdessä tekemiseen. Lehtien lukeminen yhdessä, uutisista keskusteleminen ja niiden herättämät ajatukset ovat mielekästä arkipäivän toimintaa. Viriketoiminnan sisältö riippuu myös hoitajien luovuudesta sekä potilaiden toiveista. (Iivanainen & Syväoja 2012, 111; Kettunen ym. 2009, 121,151.)

4.2.2 Päivittäiset toiminnot

Päivittäisillä toiminnoilla tarkoitetaan päivittäin toistuvia toimintoja kuten syöminen, juominen, pukeutuminen, peseytyminen ja WC:n käyttö. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen vaatii potilaalta liikkumiskykyä, lihasvoimaa ja liikkuvuutta nivelissä. Kun hoitaja auttaa potilasta päivittäisissä toiminnoissa, on tärkeää että hän tukee potilaan omatoimisuutta ja aktiivisuutta kaikin mahdollisin keinoin. Vuodeosastolla tulee pyrkiä siihen, että potilas parantuessaan tulee riippumattomaksi hoitoa antaneista ihmisistä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 490; Suvikas ym. 2012, 88.) Omatoimisuutta voi vahvistaa:

- korostamalla kotiutumista ja kuntoutumista hoitojakson alusta lähtien
- tukemalla potilaan ja hänen läheistensä voimavaroja

- kunnioittamalla potilaan itsemääräämisoikeutta ja omia valintoja
- antamalla potilaan itse miettiä elämäänsä ja ratkaista ongelmia
- antamalla apua tarvittaessa
- opettamalla potilaalle itsehoitovalmiuksia ja keinoja ylläpitää terveyttä

Potilasvaatteiden puettavuus on yksi päivittäisten toimintojen sujuvuuteen vaikuttava tekijä. Pukeutumisessa usein parhaana apuna toimivat huolellisesti valitut ja helposti puettavat vaatteet kuten edestä avautuvat ja tarrakiinnitteiset vaatteet. Pyörätuolipotilaalla vaatteiden tulee olla tyköistuva ja joustavia, jotta vaate ei kierry, ei aiheuta painaumia pitkään istuvan potilaan iholle tai kierry lahkeiden, helmojen tai hihojen osalta pyörien väliin pyörätuolia käytettäessä. Vaatetus vaihdetaan vuorokausirytmien mukaisesti. Päivällä käytetään päivävaatteita, yöllä yövaatteita. Avopaita ei pitkäaikaiskäytössä tue vuorokausirytmisiä eikä edistä potilaan omatoimisuutta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 510-512; Hurnasti, Kanto-Ronkanen, Saaranto & Ruutiainen 2010, 231-232.)

Myös omatoimisessa ja osittain avustetussa pukemisessa on mahdollista käyttää pukemisen apuvälineitä kuten esimerkiksi pukeutumiskoukkuja, pieniä pihtejä vetoketjujen vetämiseen, sukanvetolaitetta, nappikoukkuja, saapasrenkiä, kenkälusikkaa ja tarttumapihtejä. Avustajan ohjaus vaatteiden pukemisjärjestyksessä ja tavassa pukea auttaa potilasta huomioimaan sairauden tai vamman aiheuttamat muutokset ja käytävissä olevat uudet keinot omatoimisessa pukeutumisessa.

Jalkojen hoito ja kunnon tarkkailu on tärkeä osa kuntoutumista edistävää toimintaa. Diabeetikon jalkoihin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Jalkojen hoidon tavoitteena on pitää jalkojen iho ehjänä, kynnet lyhyenä, varpaanvälit ehjänä ja ehkäistä haavojen syntyä. Haavoista voi aiheutua vakavia ongelmia, jopa amputaatio. Jalkojen kunto tulee tarkistaa päivittäin käyttäen apuna esimerkiksi käsipeiliä. Diabeetikolle ei suositella avojaloin kävelyä infektioriskin vuoksi. Kenkien tulee olla tukevat ja sopivat. Sukat on vaihdettava päivittäin. Epäsopivat jalkineet aiheuttavat hankaumia, kovettumia, asentovirheitä ja vasaravarpaita. Kenkien sisäpuolen kunto tulee tarkistaa aina ennen jalkaan laittamista. Jalkojen muutokset aiheuttavat merkittäviä esteitä liikkumiselle. (Iivanainen & Syväoja 2012, 498-500.)

Kun potilas ei kykene itse syömään, hoitaja avustaa syömisessä. Ennen ruokailua huolehditaan että potilas on hyvässä asennossa, potilaalla on hammasproteesi suussa, kuulolaite ja silmälasit käytössä. Ruokailuun ja syöttämiseen varataan riittävästi

aikaa, jotta potilaan oma osallistuminen on voinnin mukaan mahdollista ja ruokailu hetki koetaan tärkeäksi. (Iivanainen & Syväoja 2012, 514-516.)

Oikein mitoitettu istuimen ja pöydän korkeus helpottavat ruokailemista. Mikäli potilaalla on käytössä voimavaroja, ruokailuvälineet järjestetään toimintakykyä tukevaksi. Esimerkiksi käsien voimattomuuden tai yläruumiin vamman vuoksi potilaan on hankala käyttää yläraajojaan. Ruokailuvälineet valitaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Kevyillä, paksuvartisilla välineillä on helpompi syödä, jos sormissa on vähän voimaa tai yläraajojen nivelissä liikerajoitusta tai kipua. Raskaampia ruokailuvälineitä voi käyttää silloin, kun käsissä on vapinaa tai pakkoliikkeitä. Painavimmat ruokailuvälineet voivat hillitä vapinaa ja helpottaa ruokailua. Tavallista pidemmistä ja kevyemmistä ruokailuvälineistä hyötyvät potilaat, joilla on käsien tai pään liikkeissä rajoitteita tai käsien lihasvoima heikko. Haarukan ja lusikan voi taivuttaa käyttäjälle sopivaksi. Erikoismuotoillut kupit ja lasit voivat helpottaa juomista. Korkeareunaiselta lautaselta on helpompi ruokailla esimerkiksi toisen käden puuttuessa. Myös liukuste lautasen alla helpottaa omatoimista ruokailua. (Hurnasti ym.2010, 238-239; Iivanainen & Syväoja 2012, 514-516.)

Osittain autettavan potilaan ruokailun voi järjestää siten että auttajalla ja potilaalla on molemmilla ruokailuvälineet, joita he vuorotellen käyttävät. Tämä kannustaa potilasta syömään itse. Hoitajan tulee myös istua syötyäessään, jotta hän on samalla tasolla potilaan kanssa ja katsekontaktissa häneen. Näkövammaisen tai heikkonäköisen ruokailun omatoimisuutta lisää kun hoitaja kertoo, mitä lautaselta löytyy ja vertaamaan tarvikkeiden sijaintia pöydällä kellotauluun. (Aejmelaeus ym. 2007, 124-128; Iivanainen & Syväoja 2012, 514-516.) Aina kun mahdollista potilaan tulisi ruokailla pöydän ääressä tuolissa ja mahdollisesti ruokailulle varatussa tilassa. Tapahtumaan liittyy näin säännöllistä liikuntaa sekä vuorovaikutusta toisten kanssa. Myös ruoat potilas voi noutaa ja tarvikkeet palauttaa omatoimisesti voinnin salliessa.

Potilas autetaan WC:hen silloin kun potilaalla on tarvetta. Mikäli potilas ei tunne rakonsa toimintaa, hänet autetaan WC:hen ennen ruokailua ja sen jälkeen. Mikäli mahdollista potilas kävelee itse. WC tiloissa tulee olla riittävä määrä tarvittavia apuvälineitä kuten tukia, kaiteita ja korokkeita. Myös peseytymistilanteiden mahdollisimman suureen omatoimisuuteen on käytettävissä apuvälineitä kuten suihkutuoli, ammelauta, pitkävartiset pesimet, tukikaiteet, liukusteet lattiassa sekä pesuvälineiden varsien paksunnoksia. Laitosolosuhteissa, joka paikkana voi olla potilaalle uusi, tulee omatoimisuuden lisäämiseksikin opastaa potilasta tilojen sijainnista ja käytöstä esimerkiksi:

- missä kylpyhuoneessa potilas voi peseytyä
- missä sijaitsee varattu-kyltti
- miten hanoja käytetään, kylmä ja kuuma vesi
- missä sijaitsee soittokello mahdollista avunpyyntö varten

Vuoteen potilas voi pedata itse, jos hänellä on voimia ja haluja. Tarvittaessa hoitaja avustaa. Vuodepotilas osallistuu voimiensa mukaan ja hoitajien ohjauksessa vuoteen petaamiseen. Hoitajat neuvovat milloin tulee kääntyä tai mistä voi ottaa tukea kääntyessään. (Iivanainen & Syväoja 2012, 523-527.)

4.2.3 Hengitys

Kudosaineenvaihdunnassa tapahtuva kaasujen vaihto tapahtuu keuhkorakkuloissa. Hengityselimistö on tiiviissä yhteydessä toiminnallisesti verenkiertoelimistön kanssa. Niiden tehtävä on huolehtia solujemme energiansaannista. Ne säätelevät myös elimistön happo-, emäs-, lämpö- ja nestetasapainoa. Normaali sisään- ja uloshengityksen ajallinen suhde on 1:2. Aikuinen hengittää normaalisti 12-20 kertaa minuutissa. Hengitystiheyttä ja -sykliä seuraamalla saadaan tietoa elimistön hapen tarpeesta. Kipu, jännittyneisyys, rasitus ja korkea ikä nostavat hengitystiheyttä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 214-215; Kähäri ym. 2007, 79-80; Suvikas ym. 2013, 87.)

Aktiivinen ihminen hengittää luonnostaan tehokkaasti tuulettaen keuhkojen eri osat. Kun keuhkojen toiminta on hyvä, sisään- ja uloshengitys on helppoa ja vaivatonta. Hengitystiet pysyvät puhtaana limanerityksen ja yskimisen avulla. Riski hengitystieinfektioon ja keuhkokuumeeseen vähenee. Hengityksen ja yskimisen tehostaminen on erityisen tärkeää pitkän vuodelevon aikana ja jälkeen tai jos potilaalla on hengityselinsairaus. (Kähäri 2007, 80-81; Kettunen ym. 2009, 154.)

Hengästyminen on normaali ilmiö rasituksessa. Hengenahdistus on oire, jonka potilas tuntee hengitysvaikeutena ja ahdistuksena. Hengenahdistus aiheuttaa potilaalle sekä fyysistä että psyykkistä jännitystä ja ahdistusta. Rentousmenetelmien avulla potilas voi oppia hallitsemaan sairauttaan. Hengitysvaikeuksista kärsivä potilas ohjataan hakeutumaan hengitystä helpottavaan asentoon. Tyypillisin asento on ajurin asento, jossa istutaan ylävartalo etukumarassa, nojataan käsivarsilla polviin tai edessä olevaan pöytään. Potilas voi myös seisoa ja tukea käsillään itseään esimerkiksi seinään tai tuolin selkään. Myös selän suoristaminen ja rintakehän eteen työntäminen voivat helpottaa hengitystä. Vuodepotilas puolestaan autetaan puoli-istuvaan asentoon. Polvien alle laitetaan tyyny vatsalihasten rentouttamiseksi. Tarvittaessa potilas tue-

taan tyynyillä kylkimakuu tai etu- tai takanoja asentoon hengityksen helpottamiseksi. Vuodepotilaan hengitystä voidaan tehostaa vaihtamalla asentoa säännöllisin väliajoin ja kehoittamalla potilasta syviin hengityksiin 5-10 kertaa peräkkäin kerran tunnissa valveilla olo ajan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 238.)

Hengityslihasten kestävyttä harjoitetaan kestävyysliikunnalla. Aina tämä ei ole mahdollista, joten hengityslihaksia voi harjoittaa myös hengitysharjoitusten ja apuvälineiden avulla. Hengitysharjoitukset ovat fysioterapeutin potilaalle ohjaamia ja avustavia hengitystä tehostavia ja avustavia harjoituksia sekä liman irrottamista keuhkoputkista. Harjoituksilla pyritään tehostamaan pallean- ja kylkihengitystä. Potilasta ohjataan suorittamaan harjoituksia omatoimisesti eri tilanteissa ja asennoissa potilaan voinnista riippuen. Fysioterapeutti ohjaa harjoitukset myös hoitohenkilökunnalle, joka toteuttaa harjoituksia päivittäin osana kuntoutumista edistävää hoitotyötä. (Kähäri 2007, 80; Iivanainen & Syväoja 2012, 234-238.)

Parempi hengityslihasten voima ja kestävyys vähentää potilaan hapentarvetta, siirtää happea kehon lihasten käytettäväksi ja parantaa potilaan suorituskykyä, rintakehän liikkuvuutta, tehostaa liman irtoamista ja parantaa elämänlaatua. Hengitysharjoitusapuvälineillä voidaan vastustaa uloshengitystä, tehostaa sisään hengitystä ja parantaa tai ylläpitää hengityslihasten voimaa ja kestävyttä. (Kähäri 2007, 83-84; Iivanainen & Syväoja 2012, 235-240.)

Akuutin sairausvaiheen jälkeen voinnin salliessa aloitetaan PEP-pulloharjoittelu. Harjoituksessa puhalletaan letkun kautta vesipulloon. Potilas on rennossa istuma-asennossa tai selinmakuulla vuoteessa, jossa pääty on kohotettu. Harjoituksessa sisään hengityksen jälkeen potilas puhaltaa hieman tavallista syvemmin keuhkot tyhjiksi pulloon. Harjoitus toistetaan 5-10 kertaa peräkkäin potilaan voinnin mukaan. Puhallussarja toistetaan jopa kerran tunnissa valveillaoloaikana. Harjoituksen tehoa säädellään veden määrällä. Harjoituksessa uloshengityksen vastus saa ilman kulkemaan liman taakse, jolloin lima pääsee liikkumaan kohti ylempiä hengitysteitä ja se voidaan yskiä pois. (Kähäri 2007, 83-84; Iivanainen & Syväoja 2012, 235-240.)

Hoitaja ohjaa potilaalle tehokkaan yskimisen tekniikan. Mitä enemmän potilas jaksaa harjoitella, sitä paremmaksi hengitystoiminta voi muuttua. Myös huulirakohengityksellä saadaan keuhkoihin pulloon puhallusta vastaava tilanne. Ulos hengitetään pitkään ja rauhallisesti huuliraon välistä. Hoitaja voi avustaa potilasta yskimään tukemalla käsillä potilaan keuhkojen alaosa uloshengityksen aikana. Keuhko- ja lihassairauksia sairastavien potilaiden sekä vatsan ja rintakehän alueen leikkauksesta toipuvien

potilaiden yskimiseen kiinnitetään erityisesti huomiota. Yskimistä helpottaa potilaan pystyasento tai vuoteen päädyn kohottaminen. Arkaa leikkaushaavaa tuetaan yskiesä tyynyillä. (Kähäri 2007, 83-84; Iivanainen & Syväoja 2012, 235-240.)

Liman erityistä hengitysteistä voidaan tehostaa myös tyhjennysasunnoilla. Potilas ohjataan asentoon, jossa lima valuu painovoiman vaikutuksesta kohti nielua. Asento-tyhjennyshoito aloitetaan yleensä vasta kun yskiminen, PEP-pulloharjoitukset, hengitysharjoitukset, asentohoidot, runsas juominen ja aktiivinen liikkuminen eivät irrota limaa riittävästi. Mikäli potilaalla on keuhkoputkia hoitava ja avaava lääkehoito, tyhjennyshoito suoritetaan avaavan lääkkeen jälkeen, ennen hoitavan lääkkeen ottamista. Lima voidaan myös imeä hoitajan avustamana limanimukatetrin avulla pois hengitysteistä, mikäli potilas ei kykene yskimään. (Kähäri 2007, 83-84; Iivanainen & Syväoja 2012, 235-238.)

Jos potilaan tila sallii, tulisi hänen olla pystyasennossa, istumassa, seisomassa ja liikkeellä mahdollisimman usein hengitys- ja verenkiertoelimistön harjoittamiseksi. Pystyasento ja liikkuminen tehostavat keuhkotuuletusta ja liman irtoamista hengitysteistä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 238.) Rintakehän liikkuvuutta sekä keskivartalon lihasvoimaa lisäävä voimistelu tehostaa myös yskimistä ja keuhkojen toimintaa. Vatsalihasten harjoitteiden tarkoituksena on myös parantaa vartalon asennon hallintaa ja ryhtiä ja lisäksi potilas oppii erottamaan vatsalihasten ja pallean toiminnan toisistaan.

4.2.4 Aisti- ja neurologiset toiminnot

Aistitoiminnot

Aistien välityksellä ihminen on yhteydessä ympäröivään maailmaan. Aistien välityksellä ihminen saa välttämätöntä tietoa, jota hän tarvitsee arjessaan ja arjen yllättävissä tilanteissa. (Kettunen ym. 2009, 172.)

Näkö on toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen kannalta yksi tärkeimmistä aisteistamme. Ihminen saa 80 prosenttia kaikesta informaatiosta silmillään. Silmä välittää tietoa muodoista, väreistä, määristä, etäisyyksistä ja tunnetiloista. Näkökyvyn heikkeneminen voi johtua silmäsairauksista ja ikääntymisestä. Näkövamma on henkilö, jonka näkö on heikentynyt niin paljon, että se haittaa jokapäiväistä elämää eikä näkökyky ole korjattavissa silmälaseilla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 61-65; Kettunen ym. 2009, 172-174.)

Huono näkökyky voi ilmentyä esimerkiksi pukeutumisvaikeuksina, hygienian hoidon heikentymisenä, tasapainovaikeuksina, kaatumisina ja liikkumisen vähentymisenä. Riski lonkkamurtumille ja masennukselle ja sosiaaliselle eristäytymiselle kasvaa. Myös avuntarve päivittäisissä toiminnoissa lisääntyy. Potilaalla voi olla myös hahmotamisvaikeuksia, vasen ja oikea voivat sekoittua ja silmän ja käden yhteistyö voi olla vaikeaa. Käsi ei kykene tekemään sitä mitä silmä näkee. Hieno- ja karkeamotoriikka voi olla kömpelöä. Näkövammaisen näöntarkkuus, näkökentän laajuus, kontrastien ja värien erottamiskyky voi heiketä. Ongelmana voi olla myös hämäräsokeus ja häikäistymisongelmat. (Iivanainen & Syväoja 2012, 61-65; Kettunen ym. 2009, 172-174; Voutilainen ym. 2002, 154-155.)

Näkövammaisen sekä ikääntyneen toimintakyvyn tukemisessa tulee ottaa huomioon potilaan erityistarpeet. Hyvällä ympäristön suunnittelulla voidaan huomattavasti helpottaa toimintoja. Yksinkertainen sisätilojen pohjaratkaisu, selkeä ja johdonmukainen opastus, helposti erotettavat kohteet esimerkiksi värien ja materiaalien avulla, hyvä kohde- ja yleisvalaistus, ohjaavat äänet ja akustiikka, esteiden ja putoamisvaaran minimointi ja avoimien tilojen järjestäminen pienemmiksi helpottavat näöltään heikentyneen potilaan elämää ja arkea. Myös selkokielineen ohjaus, liikkuessa näkövammaisen opastaminen hieman edellä kulkien, yhteyskäden käyttö, näön ja päivittäisten toimintojen apuvälineet, suurennuslasien varaaminen lukutiloihin sekä tarvittaessa aina silmälasien käyttö päivittäisten toimintojen yhteydessä auttavat selviytymään. (Kettunen ym. 2009, 172-174; Kähäri ym. 2007, 181-185; Voutilainen ym. 2002, 154-157.)

Kuulo on tärkeimpiä aistejamme. Näkö yhdistää ihmisen ympäristöönsä ja kuulo toisiin ihmisiin. Kuuleminen lisää turvallisuutta. Kuulovamma on kommunikaatiovamma ja jo kuulon lievä heikentyminen voi haitata selviytymistä arkielämässä. Huonokuuloisen on henkilö, joka puhuu itse mutta jonka on vaikea saada selvää toisen puheesta. Kuulon heikkeneminen voi olla tilapäistä tai pysyvää. Pysyvään kuulon heikkenemiseen vaikuttavat perintötekijät, meluallistus ja jotkut sairaudet. (Kettunen 2009, 174-176; Väätäinen 2010, 84; Voutilainen ym. 154.)

Huonokuuloiselle on tyypillistä että henkilö ei saa selvää keskustelukumppani sanoista tai kuulee väärin. Huonokuuloisuus rajoittaa sosiaalisia tilanteita. Henkilö alkaa vältellä tilanteita, jossa huono kuulo haittaa kommunikointia. Huonokuuloisen voi olla vaikeaa mieleen painaa suullisia ohjeita, hänellä voi olla myös keskittymisvaikeuksia, jos ympärillä kuuluu paljon häiritseviä ääniä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 58-59.)

Kuulon herkkyys on yksilöllinen ominaisuus. Kuntoutumista tukevassa toiminnassa on tärkeää huomioida potilaan kuulon taso ja kannustaa, ohjata ja auttaa esimerkiksi apuvälineen kuten kuulokojeen käyttöön arjessa. Huonokuuloisen kuntoutumisessa kommunikointia voi auttaa kiireettömällä toiminnalla, poistamalla taustamelun kuten radion tai television äänen, suuntaamalla kasvot puhuessa potilasta kohti, luomalla luottamuksellista ilmapiiriä, puhumalla hitaasti ja riittävän selkeästi ja äänekkäästi. Kommunikoinnissa on myös tarkistettava että potilas on ymmärtänyt puhutun oikein. (Kettunen 2009, 174-176; Kähäri 2007, 186-190.)

Tuntoaistilla havaitaan kosketusta, terävyyttä, pehmeyttä lämpötilaa, painetta, kipua ja kehon asentoa. Tuntoa aistivia aistinsoluja on nivelissä, lihaksissa, iholla ja sisäelimissä. Tuntoaisti jaetaan ihotuntoon, syvätuntoon ja esinetuntoon. Ihotunto jaetaan suojatuntoon ja kykyyn erotella eri tuntolajeja toisistaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 68-69.)

Suojatunnon avulla tunnistetaan kipua, lämpö ja paine. Suojatunnon puuttuessa loukkaantumisristi on suuri esim. käden tai jalan jäädessä puristuksiin tai käsiteltäessä terävää tai polttavaa esinettä. Syvätunnon avulla tunnistetaan raajojen asentoa ja liikkeitä. Asentotunto pitää yllä tasapainoa ja auttaa liikuttamaan raajoja ja kehoa tavoitteiden mukaisesti. Liiketunto ohjaa liikkeitä, aloittaa ja lopettaa liikkeen ja on keskeinen tekijä motorikan säätelyssä. Syvätunnon puuttuessa tarkoituksenmukaisten liikkeiden suorittaminen vaikeutuu. Vaikeuksia voi olla istuma- ja seisomatasapainon säilyttämisessä tai liikkuvien esineiden väistämässä. Esinetunnon avulla tunnistetaan esineitä koskettamalla. Tunnistamiseen tarvitaan kyky yhdistää iho- ja syvätuntoaistimukset. (Iivanainen & Syväoja 2012, 68-69.)

Tuntoaisti saattaa häiriintyä tilapäisesti tai pysyvästi. Tunnottoman kehonosan käyttö tulee huomioida ja ohjata potilasta kuntoutumista edistävässä perushoidossa. Esimerkiksi aivohalvauspotilaalle tulee tarvittaessa ohjata tunnottoman raajan asennon tunnistaminen ja käyttö esimerkiksi katsetta hyväksi käyttäen. Tuntoa tulee myös harjaannuttaa päivittäisissä toiminnoissa ja ohjatussa terapiassa esimerkiksi ihotuntoa stimuloiden lämmön, kylmän ja kosketuksen avulla ja erilaisten asennon hallinnan harjoittelun avulla. Myös hartioiden ja käsien lepuuttaminen on tärkeää, koska tuntopuutos saattaa aiheuttaa vääriä liikemalleja ja jäykistää lihaksia. Jos suun alueella on tuntomuutoksia, ne tulee huomioida ruokailussa ja juodessa. Myös lääkkeellä puudutetun potilaan tuntopuutokset tulee huomioida toiminnoissa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 70-72,93.)

Tasapainoaistin toiminta on keskushermoston, tuki- ja liikuntaelimestä ja aistitoimintojen saumatonta yhteistyötä ja kykyä ennakoida tulevia tilanteita. Tasapainoon vaikuttavat näkö, sisäkorvan tasapainoelin ja asentotunto. (Iivanainen & Syväoja 2012, 72.)

Hoitajan tulee havainnoida mahdolliset tasapainoainin muutokset erityisesti pitkän vuodelevon jälkeen, leikkauksen jälkeen ylösnousuvaiheessa ja käytettäessä uusia liikkumisen apuvälineitä kuten sauvoja ja kyynärkkepejä sekä erilaisten tasapainoon vaikuttavien sairauksien yhteydessä kuten toispuoliaivohalvaus, asentohuimaukset, tuki- ja liikuntaelinsairaudet. (Iivanainen & Syväoja 2012, 72.)

Hyvä pystyasento on yhteydessä hyvään tasapainoon. Seisomatasapainoa hallitaan huojumalla eteen, taakse ja sivuille. Huojuntaa tarkastellaan ihmisen painopisteen ja jalkojen muodostaman tukipinnan suhteena. Tasapainoharjoitukset voivat sisältää esimerkiksi:

- painonsiirto- ja kävelyharjoitteita
- istumasta seisomaan nousun harjoitteita
- stabiilin asennon hallintaan liittyviä harjoitteita
- tanssia ja tanssiaskelien harjoittelua
- kaatumispelkoon liittyviä harjoitteita
- omien kykyjen ja rajoitteiden tunnistamista

Fysioterapeutti ohjaa tasapainon hallintaa kehittäviä omaharjoitteita potilaalle, jolla on sisäkorvan tasapainoelimessä ongelmia esimerkiksi kiertohuimausta. Hoitajat toteuttavat tehtyä suunnitelmaa potilaan kanssa. Hoitaja ohjaa myös tasapainoa tukevien apuvälineiden käytössä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 72.)

Ikääntyneiden heikosta lihasvoimasta johtuvaa kaatumisvaaraa voi vähentää kestävyysharjoittelulla sekä muuttamalla ympäristö turvallisemmaksi käyttäen näön, kuulon ja tasapainon ylläpitoon tarkoitettuja apuvälineitä, huolehtimalla valaistuksesta, hoitamalla kaatuilua aiheuttavia sairauksia ja muuttamalla kaatuiluun altistavaa lääkitystä. Tasapaino paranee vain harjoittelemalla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 72.)

Kipu on subjektiivinen kokemus. Kivun voimakkuutta, laatua tai paikkaa ei voi objektiivisesti mitata. Kipua kokeva potilas on oman kipunsa paras tunnistaja. Kipuherkkyys on erilainen eri ihmisillä. Kipukynnys on raja, jonka yli menevä kipu tuntuu kivuliaalta. Kivun sietämiseen vaikuttavat mieliala, vuorokaudenaika, elämänolosuhteet, opittu kipukäyttäytyminen ja etniset erot. (Iivanainen & Syväoja 2012, 78.)

Akuutilla kivulla tarkoitetaan äkillistä, ohi menevää kipua. Krooninen kipu on kipua, joka on kestänyt yli kuusi kuukautta tai ylittänyt kudonvaurion normaalin paranemisaikaa. Kroonisella kivulla on hyvin laajat haittavaikutukset ihmisen elämään ja toimintakykyyn. Kivun kroonistumista voidaan estää hoitamalla akuutti kipu mahdollisimman hyvin. (Iivanainen & Syväoja 2012, 78.)

Kipu luokitellaan myös syntymekanisminsa ja esiintymisensä mukaan nosiseptiseen eli ärsytyskipuun, neuropaattiseen eli hermovauriokipuun sekä idiopaattiseen eli itsesyntyiseen kipuun. Nosiseptinen kipu voi olla pinta-, syvä-, tai sisäelinkipua. Kivun syynä voi olla tulehdus, kasvain tai verenkierrosta johtuva hapenpuute. Neuropaattinen kipu voi alkaa hermojen mekaanisesta rasituksesta esimerkiksi lihaskireyden, huonon ryhdin, epäedullisten liikkeiden tai tuki- ja liikuntaelimestön pettämisen vuoksi. Potilaan hoidossa virheellinen liikemalli tulee korjata. Idiopaattisen kivun yhteydessä ei esiinny kudon- tai hermovauriota. Kipu voi olla psyykkisperäistä kuten depression tai elämänmuutoksen aktivoimaa. (Kettunen 2009, 144-145.)

Kipu ei ole ikääntymisen luonnollinen seuraus vaan kärsimystä aiheuttava sairauden oire, joka voidaan tunnistaa ja johon voidaan puuttua. Kipua voidaan hoitaa ja sen syy voidaan usein parantaa. Kipu on yleinen ongelma ikääntyneillä ihmisillä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksien vuodeosastoilla 59 % potilaista kärsii jonkinlaisista kivuista ja 22 %:lla potilaista kipu on päivittäistä. Kivun olemassaolo tulee ensisijaisesti selvittää potilaalta itseltään. Ikääntynyt ihminen ei välttämättä mainitse kivusta oma-aloitteisesti. (Voutilainen ym. 2002, 151-153.)

Hoitaja voi poistaa ja ehkäistä kipua lääkityksen avulla ja empaattisella ja ammattimaisella käyttäytymisellä. Kuntoutumista edistävässä hoidossa tärkeää on selvittää kivun syy. Kipupotilaan toimintakykyä voidaan tukea ja potilaan kipua voidaan poistaa ja ehkäistä myös tiedollisella ohjauksella, asento- ja hengitys- ja rentousharjoitusten avulla ja lämpö- ja kylmähoitojen ja liikunnan avulla. Hoitohenkilökunnan tulee keskittyä potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon hoitotoimenpiteiden sijaan. (Iivanainen & Syväoja 2012, 72.) Potilaalle on myös turvattu mahdollisuus lepoon (Terävä 2010, 31). Potilaan kipu on tunnistettava, tunnustettava ja sovitettava kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteiden suuntaiseksi.

Neurologiset toiminnot

Tajunnan taso muodostaa neurologisen potilaan hoidon perustan. Hoitajan on pystyttävä huomioimaan potilaan tajunnan tason muutokset ja siitä aiheutuvat vaatimukset

kuntoutumista edistävälle toiminnalle. Tajunta mittaa aivoverenkiertoa ja aivojen sähköistä aktiivisuutta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 85-86.)

Tajunta merkitsee tietoisuutta itsestä ja ympäristöstä ja tajunnan taso vaikuttaa silmien avaamiseen, puhumiseen ja liikkumiseen. Muutokset voivat näkyä esimerkiksi myös aistitoiminnoissa, älyllisissä toiminnoissa sekä vitaalielintoiminnoissa. Moniin neurologisiin sairauksiin liittyy raajojen lihasvoimien heikkoutta ja liikkeiden vaikeutta. Ongelmia esiintyy usein myös potilaan orientaatioissa, puhumisessa, kielen, kurkunpään, nielun, silmienlihasten ja hengityselinten toiminnoissa, tasapainossa sekä koordinaatioissa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 85-99.)

Keskushermoston vauriota aiheuttavat usein lihasjänteiden lisääntymistä. Muutokset tulee huomioida kuntoutumista edistävissä hoitotyössä asento- ja asennohoidossa, päivittäisissä toiminnoissa, vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja potilaan liikkumisessa ja aktiivisuudessa. Potilaalle on tarkoituksenmukaista opettaa heti alusta alkaen oikeat liikkeet, jotka ovat monimutkaisempien liikkeiden oppimisen edellytys. Potilas tarvitsee paljon hoitajan läsnäoloa ja ohjausta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 85-99.)

Asento- ja asennohoidon tarkoituksena on antaa potilaalle aistimuksia kehosta ja estää virheellisten liikemallien syntyminen. Asennosta toiseen siirtymistä sekä asennon hallintaa on harjoiteltava paljon vuodeosastovaiheen alusta asti. Kävelemistä harjoitellaan tarvittaessa avustettuna, ilman kävelykeppiä. Kävelykeppiin tukeutuminen aktivoi toispuolihalvauspotilaan tervettä puolta ja kävelyasento muuttuu epätasapainoiseksi ja vinoksi. Avustaja tukee potilasta kävelyn aikana vartalollaan ja toisella kädellä lantios- ta ja toisella kädellä halvaantuneesta kädestä, jos mahdollista seisoen hieman kuntoutujan takana. Takaa potilaan halvaantuneen jalan ohjaaminen askeleeseen on paremmin mahdollista. Jos nilkka tai polvi kiertyy pahasti sisäänpäin tai polvi ojentuu liikaa, eikä potilas pysty hallitsemaan tilannetta harjoittelusta huolimatta, käytetään nilkka- ja polvitukea. (Kettunen ym. 2009, 178-180.)

Mikäli potilaan halvaantuneen käden olkanivel laskeutuu nivelkuopasta, tuetaan käsi tukisiteellä tai olkatuella kivun välttämiseksi. Porraskävely aloitetaan nousemalla portaat ylöspäin terve jalka edellä ja alaspäin halvaantunut jalka edellä. Hoitaja varmistaa asennon laskeutumalla aina alemmalle askelmalle. Päivittäisissä toiminnoissa, kuten siirtymisissä, tuoilta nousemisissa, pukeutumisissa ja ruokailussa hoitaja kontrolloi ja ohjaa vartalon hallintaa, ylävartalon kallistumisia, tasapainoa ja oikeita liikemalleja yhteisesti sovittujen kuntoutumista edistävien tavoitteiden mukaisesti. Hoitaja myös

motivoi potilasta toteuttamaan potilaalle tehtyä henkilökohtaista harjoitusohjelmaa säännöllisesti. (Kettunen ym. 2009, 178-180.)

Aivohalvauksesta toipuvan on usein myös vaikea kommunikoida kielen välityksellä. Ongelmia voi olla puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä. Kielelliset ongelmat voivat vaikuttaa myös kuullun ymmärtämiseen, sosiaalisiin taitoihin, lukemiseen, kirjoittamiseen ja ongelmien ratkaisutaitoihin. Kysymysten ymmärtäminen voi olla vaikeaa ja puhe sekavaa. Kielelliset ongelmat aiheuttavat monenlaisia ongelmia arkitilanteissa. Potilas voi ymmärtää väärin tai tulla itse väärin ymmärretyksi. menetetyt tai puutteelliset taidot vaativat sinnikästä harjoittelua arkitilanteissakin. Ohjaamisen tavat ja keinot tulee valita potilaan tilanteeseen sopiviksi. (Kähäri ym. 2007, 197.)

Jos luetun tekstin ymmärtäminen on vaikeaa, ohjauksessa ei kannata käyttää tekstin ymmärtämiseen perustuvaa tiedon siirtoa. Hoitajan rauhallinen, kiireetön työskentely, rauhallinen puhe ja lyhyet, yksikertaiset lauseet ja tutu sanat auttavat potilasta kommunikoinnissa. Potilaan on myös annettava rauhassa ilmaista asiansa. Onnistunut vuorovaikutus motivoi potilasta kuntoutumisessaan. (Kähäri ym. 2007, 197.)

4.3 Kuntoutumista edistävän toiminnan jatkuvuus

Kehittämistyöllä saatujen hyvien käytäntöjen ja toimintamallien jatkuvuuden turvaaminen ja edelleen kehittäminen on haaste sekä lähiesimiehille että keskijohdon esimiehille. Hyvän tason säilyttämisessä on keskeistä lähiesimiehen palautteen antaminen, kannustus, avoimuus, henkilöstön osaamisen johtaminen sekä visioiden ja päämäärien viitoittaminen, mahdollisuuksien näkeminen ja hyvien käytäntöjen jakaminen muille organisaatioille. Hoidon laadun kehittämisen on myös oltava systemaattista. (Vähäkangas & Noro 2009, 97-108.)

Lähijohtajan näkyminen arjessa ja käytännössä juurruttavat kuntoutumista edistävää toimintakäytäntöä tehokkaasti hoitotyöhön. Myös systemaattisen potilaan toimintakyvyn arviointimittarin käyttö vakiinnuttaa toimintakäytäntöjä. (Vähäkangas ym. 2012, 77.) Jatkuvuus turvataan hyvällä suunnittelulla ja toimivalla yhteistyöllä (Suvikas ym. 2013, 355). Kuntoutumista edistävän hoitotyön jatkuvuuden turvaaminen edellyttää moniammatillista hoidonsuunnitteluprosessin kuvaamista ja arviointia, toiminnan toteutumisen arviointia ja seuranta säännöllisesti. Hoitohenkilöstö sitoutuu moniammatilliseen, tavoitteelliseen ja terveyslähtöiseen toimintamalliin. Hoitajilta toimintamallin juurruttaminen edellyttää asiantuntijuuteen kasvamista. (Vähäkangas & Noro 2009, 97-108.)

Lähtökohtana toiminnassa on potilaan aktiivinen oma osallistuminen hoitoon. Asetetut tavoitteet ovat potilaalle tarkoituksenmukaisia. Jatkuvuuden kannalta on tärkeää että potilaalla on oma harjoitteluohjelma, jota toteutetaan säännöllisesti ja systemaattisesti. Hoidon tuloksia arvioidaan moniammatillisesti, säännöllisesti ja johdonmukaisesti. Potilas osallistuu myös itse hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja hoidon tulosten arviointiin. Kirjaamisen tasoa seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Hoidon tuloksia arvioidaan henkilöstöresurssit ja potilasrakenne huomioiden. Tuloksia arvioidaan myös suhteessa kansallisiin hoidon laadun tunnus- ja vaikuttavuuslukuihin. (Vähäkangas & Noro 2009, 97-108.)

Jatkuvuuden turvaamisen kannalta merkittäviä ovat myös toimiva työyhteisö ja toimintaympäristö. Toimivaan työyhteisöön vaikuttavat henkilöstön asenteet, innostus ja motivaatio. Toiminnalla on yhteinen päämäärä ja tehtävät, jotka ovat lähijohtajan toimesta koko henkilöstön tiedossa ja ohjaamassa arjen toimintaa. Toisen henkilön kuunteleminen, arvostaminen näkyy oman asiantuntijuuden tunnistamisena, toisen osaamisen arvostamisena sekä konsultointina. Jatkuvuutta kuntoutumista edistävään toimintaan tuo myös toimintaympäristön tarkoituksenmukaisten työvälineiden saataavuus ja käyttäminen. Ergonomia huomioidaan sekä potilaan että henkilökunnan kannalta. Toimintaympäristö mahdollistaa myös liikkumisen ja ulkona käymisen. (Vähäkangas ym. 2012, 20- 21.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Prosessin vaiheet

Kehittämistehtävän ajatus syntyi Kuopiossa Savonia ammattikorkeakoulun ohjaavan opettajan, opiskelutovereiden sekä usean Kuopion ympäristökunnan fysioterapia osastonhoitajan sekä laitoshoidosta vastaavan fysioterapeutin kanssa käydyistä keskusteluista syksyllä 2012. Syntyi ajatus valmistella opas kuntoutusta edistävän toimintamallin johtamisesta vuodeosaston lähiesimiehille. Kehittämistyöhön liittyvää teoreettista tietoa kerättiin aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta, tutkimuksista, artikkeleista ja selvityksistä. Aineiston hankinnassa käytettiin sähköisiä tiedonhakuporttaaleja (Nelli, Cinahl, PubMed, Linda) sekä Savonian ammattikorkeakoulun, Iisalmen kaupungin ja Lapinlahden kunnan kirjastoja, joiden avulla hankittiin runsaasti kirjallisuutta myös maakuntakirjastoista. Lisäksi aiheesta käytiin lukuisia keskusteluja sekä sähköpostivaihtoa Pohjois-Savon alueen terveyskeskusten fysioterapia osastojen osastonhoitajien sekä vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien kanssa ja kahden vuodeosastolla työskentelevän ja työskennelleen osastonhoitajan sekä yhden palvelupäällikön kanssa. Tiedon haun avulla kerätystä teoreettisesta aineistosta muodostui kehittämistyön viitekehys eli kokonaiskäsitys siitä, mitä asioita aiheeseen liittyy, mikä on nykytilanne, onko aiheesta aikaisempia tutkimuksia ja mitä tuloksia on saatu, mitä aiheesta ennestään tiedetään ja mitä pitäisi tietää.

Kokonaiskäsityksen muodostumisen jälkeen pohdittiin osastonhoitajien, ohjaavan opettajan sekä vuodeosastolla työskentelevien fysioterapeuttien kanssa, mitä asioita esimiehille laadittavan oppaan tulisi sisältää. Vaiheen aikana tutustuttiin erilaisille kohderyhmille kuten ikääntyville, vertaisohjaajille, työterveyshuoltoon, sydänpotilaille sekä eri ammattiryhmille suunnattuja oppaiden ja käsikirjojen sisältöjä. Edellisten lisäksi tutustuttiin muutamaa aikaisempaan esimiehille suunnattuihin johtamisohjelmiin sekä potilaiden sekä potilasryhmien ohjaamiseen ja opastamiseen. Kuntoutumista tukevan lähijohtamisen kannalta keskeisiä ajatuksia poimittiin myös Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen- kirjasta (Vähäkangas ym. 2012). Kirjassaan tekijät antavat esimerkkejä kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtamisen keskeisistä tekijöistä. Teoksessa tutustutaan lähijohtamiseen kuntoutusta edistävän toiminnan kehittäjänä, lähijohtamisen tietopohjaan sekä lähijohtamisen toimintamallin kehittämiseen. Kirja on suunnattu lähijohtajille kuntoutumista edistävän toiminnan johtamisen työvälineeksi. Aineistosta poimittiin keskeiset aiheet kuntoutumista edistävän lähijohtamisen oppaan sisällöksi.

Teoreettisen osion valmistuttua perehdyttiin oppaan laatimisen ja graafisen suunnittelun teoriaan. Pesonen ja Tarvainen (2004) ovat julkaisseet *Julkaisun tekeminen - kirjan* sekä Loiri (2004) *Pieni käytösopas typografian laatijalle*, jotka toimivat kattavina perusteoksina opasta suunniteltaessa. Johdatus typografiaan eri näkökulmista (2011) Helsingin yliopiston viestintälaitoksen verkkoaineisto hyödytti aiheeseen syventymistä. Perehtymisen jälkeen teoriaosaan kirjoitettu teksti tiivistettiin ja muokattiin oppaaseen sopivaksi. Tiivistämisen jälkeen alkoi oppaan graafinen suunnittelu. Suunnitteluvaihe sisälsi oppaan rakenteen ideoinnin, värien ja typografian valitsemisen sekä käytettävien kuvien hankkimisen ja valinnan. Opinnäytetyön tuotoksena kehitetty opas on liitetty aineiston loppuosaan.

5.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Graafinen suunnittelu on viestin välittämistä ja sen vastaanottamista. Vietin vastaanottamiseen ja välittämiseen on julkaisun graafisella rakenteella merkittävä vaikutus. Visuaalinen ilme onnistuessaan välittää lukijalle viestin, jonka kuvaamiseen sanat eivät yksin pysty. Värit, symbolit, teksti, typografia, erilaiset tekstityypit, muodot, kuvat, materiaalit ja toisinaan myös liike toimivat tehosteina graafisessa suunnittelussa. (Shea & Holzschlag 2005, 48.)

Taustatiedoista syntyneen näkemyksen perusteella tehdään suunnitelma, jonka perusteella julkaisun graafinen ilme rakennetaan. Suunnittelu on julkaisun kivijalka, jonka tehtävänä on varmistaa viestin perillemeno. Suunnittelun tulee alkaa seuraavien seikkojen pohdinnasta (Pesonen & Tarvainen 2003, 2-4.):

- Kuka tai mikä on viestin lähettäjä ja millaisen kuvan hän haluaa itsestään välittää?
- Kenelle julkaisu on tarkoitettu?
- Millaisista ihmisistä kohderyhmä koostuu?
- Mikä on julkaisun tarkoitus?
- Mikä on sen keskeinen viesti?
- Millaista toimintaa vastaanottajalta toivotaan?
- Mikä on mielekkäin, tehokkain, toimivin ja taloudellisin väline viestin välittämiseen?
- Millainen on työskentelyaikataulu?

Kun edellä kuvatut asiat on selvitetty, valitaan julkaisun muoto, peruspohja, typografia sekä kuvitus ja värytys.

Typografialla on keskeinen merkitys riippumatta tekstin määrästä. Typografialla tarkoitetaan painotuotteen graafista ulkoasua, joka muodostuu kirjaimen ulkoasusta sekä tekstin asettelusta sekä reunusten määrittelystä. Typografian keinoja ovat myös paperin väri ja julkaisun kuvitus. Typografinen tyyli on tekstityypin, kirjainmuodon, kuvien ja taiton muodostama yhteistulos. Kirjainmuodolla on suuri vaikutus vastaanottajaan. Kirjainmuodot voidaan kokea esimerkiksi hienostuneena, arvokkaina, siroina, mahtipontisina tai vaatimattomina. (Loiri & Juholin 1998, 32-51; Helsingin yliopistopainon verkkosivut; Pesonen & Tarvainen 2003, 12-33.)

Onnistunut typografia on helppolukuista ja sulavaa. Myös kirjainten ja merkkien välit sekä sanojen, rivien ja kappaleiden välit ja pituus vaikuttavat sekä tekstin luettavuuteen että ulkoasuun. Nopea lukija hahmottaa pitempiä kokonaisuuksia ja pysähteele rivillä hidasta lukijaa harvemmin. Valintoja tulee arvioida tapauskohtaisesti ja on hyvä muistaa että tekstin asettelussa kaikki elementit vaikuttavat toisiinsa. (Loiri & Juholin 1998, 32-51; Helsingin yliopistopainon verkkosivut; Pesonen & Tarvainen 2003, 12-34.) Typografian työ on kuin lauseiden pukeminen. Hyvään pukeutumiseen tarvitaan etiketin tuntemus, tilanteen ja tilaisuuden tyylin ymmärtäminen sekä persoonallisuutta ja harkittua rohkeutta (Loiri 2004, 145).

Typografia on myös keino jolla lukija saadaan kiinnostumaan viestin välittämästä asiasta. Viestintää tapahtuu myös emotionaalisesti. Typografian keinoilla voidaan luoda vahvoja visuaalisia tunnelmia. Julkaisua laadittaessa on pidettävä mielessä kohde-ryhmä. Julkaisun perusteella vastaanottaja tekee päätelmiä siitä millainen on julkaisu ja julkaiseva organisaatio. (Loiri & Juholin 1998, 32-51; Helsingin yliopistopainon verkkosivut.)

Korosteiden käyttö ladotussa tekstissä ovat kuin nyanssit ja äänenpainot puhutussa tekstissä tai musiikissa. Niiden käytöllä selkiytetään tekstin viestiä, nostetaan tai painotetaan jotakin kohtaa. Ne ovat myös tehokas keino tunnelman luomisessa. Ilman korosteita laadittu painotuote saattaa olla helppolukuinen mutta vaikeasti jäsenyvä. Korosteet tulee kuitenkin valita tarkoin. Liiallinen korosteiden käyttö saattaa syödä tehon ja lopputulokseksi saattaa jäädä epämääräisen näköinen ladelma. Usein korosteiden käytössä riittää kaksi tapaa, esimerkiksi lihavointi ja kursiivi. (Loiri 2004, 126-128.)

Kuva on tehokas. Kuvan tehtävä on helpottaa julkaisun sisältämän viestin ymmärtämistä ja muistamista. Kuva orientoi lukijaa ja toimii huomion kiinnittäjänä. Kuva täydentää, syventää, pehmentää, koristaa ja tarvittaessa muuttaa tekstin sisältöä. Kuva

voi olla myös informatiivinen ja tuoda tekstin sisältöön lisäarvoa. Kuvaa kannattaa käyttää silloin kun se sisältää tarpeellisen viestin tai tuo tekstiin lisäarvoa tai uuden, kiinnostavan näkökulman. Kuvan käyttö on perusteltua kun se esittää asian selkeämmin ja ytimekkäämmin kuin teksti. Kuvien rinnastuksella ja keskinäisellä sommitte- lulla ja kuvien rajauksilla voidaan jäntevöittää kuvaa, tehostaa sen viestiä tai luoda lisää dramatiikkaa. (Pesonen & Tarvainen 2003, 46-52.)

Väri on voimakas viesti ja sillä on monia toiminnallisia käyttötarkoituksia. Sillä voi- daan järjestellä, erottaa, korostaa ja osoittaa erilaisia asioita. Väreillä on myös vakiin- tuneita ja myös värin ominaisuuksiin perustuvia monia symbolisia merkityksiä. Esi- merkiksi sinistä pidetään etäännyttävänä, viileänä ja rauhoittavana värinä. Punainen koetaan kiihdyttävänä, dynaamisena ja lähelle tulevana värinä. Keltainen on valovoi- mainen väri. Se myös mielletään iloiseksi ja piristäväksi. Oranssi on lämmin ja vihreä rauhoittaa. Vihreä yhdistetään myös luontoon. (Pesonen & Tarvainen 2003, 54-58.)

Värien valinta kannattaa aloittaa suurimmasta ja hallitsevimmasta väripinnasta. Jos- kus esimerkiksi kuvasta voi löytyä värisävy, jota voi käyttää esimerkiksi otsikon tehos- tevärinä. Värivalinnoissa on huomioitava, että myös kuvat tuovat julkaisuun lisää vä- riä. Värien havaitseminen on myös kulttuurisidonnainen ja psyykinen tapahtuma. Siihen vaikuttavat esimerkiksi havaitsijan ikä, kulttuuriympäristö, kokemukset, tavat, tottumukset ja mielikuvitus. (Pesonen & Tarvainen 2003, 54-58.)

Suurin osa painotuotteen kuvista on syytä varustaa jonkinlaisella kuvatekstillä. Erityi- sesti kuvateksti on tärkeä, jos varsinainen teksti liittyy läheisesti kuvaan. Lukija voi näin halutessaan selata teosta ja katsella kuvia. Tunnelmanluojaksi tarkoitetut kuvat on syytä jättää kokonaan tekstittä. Hyvä kuvateksti on riittävän lyhyt ja kattava. Kuva- tekstin fonttikoko voi olla hieman suurempi tai pienempi kuin leipätekstin. Erottuak- seen fontti voi olla myös huomattavasti leipätekstiä lihavampi tai laihempi. (Loiri 2004, 124-126.)

Julkaisu tarvitsee aina jonkinlaisen pinnan, jolle sen osat järjestellään tarkoituksen- mukaisella tavalla. Taittaminen on palapeli, jossa kootaan yhteen teksti ja visuaaliset elementit. Hyvä taitto auttaa lukijaa saamaan selkoa julkaisun sisällöstä. Se herättää kiinnostuksen, motivoi, innostaa ja kertoo mikä on tärkeää. Se ohjaa lukusuuntaa ja kuljettaa lukijaa syvemmälle auttaen ymmärtämään. Taitto jäsentää tietoa, erottaa julkaisun toisista julkaisuista ja viestii monin tavoin lähettäjästään ja myös vastaanot- tajastaan. Muoto palvelee sisältöä. (Pesonen & Tarvainen 2003, 8.)

Kuntoutumista edistävän toiminnan opas vuodeosaston lähiesimiehille- oppaan runko laadittiin Microsoft Word tekstinkäsittelyohjelmalla. Valmis tekstiedosto siirrettiin taitto-ohjelmaan, jolla tehtiin aineiston muokkaaminen, palstoittaminen, kuvitus ja värien valinta. Valmis teos julkaistaan sekä sähköisenä julkaisuna PDF- muodossa että paperiversiona. Oppaan toteuttaminen tapahtui edellä kuvattujen vaiheiden mukaisesti. Oppaan ulkoasun viimeistelyssä oli apuna graafiseen suunnitteluun perehtyneempi henkilö.

Oppaan toteutuksen tausta-ajatuksena oli asioiden selkeä esittäminen ja ryhmittely, tehosteiden hillitty käyttö, helppo käytettävyys sekä luotettavuus. Oppaan kohderyhmänä ovat vuodeosaston lähiesimiehet sekä mahdollisesti osastolla työskentelevät hoitajat. Julkaisumuoto on sekä sähköinen että monistusmenetelmällä valmistettu julkaisu. Kuvat ja asiakokonaisuuksien ryhmittely ovat oppaassa keskeisessä asemassa. Kuvituksen ja asiakokonaisuuksien ryhmittelyn avulla on tarkoitus luoda helposti ja nopeasti katsaus kuntoutumista edistävän toiminnan keskeisiin sisältöihin. Julkaisussa huomioidaan asiakokonaisuudet ja käytettävyys myös paperiversiona.

Oppaan vaikutelmasta haluttiin kevyt ja helposti luettava, asiallinen ja jäsentävä kokonaisuus. Typografian tuli olla helppolukuista ja sulavaa, asetelun väljää. Korosteita kuten lihavoitua ja alleviivausta sekä väriä käytettiin tekstin jäsentymisen helpottumiseksi. Värien valinnalla pyrittiin myös raikastamaan ja keventämään lopputulosta. Kuvia käytettiin selkeyttämään tekstin sanomaa sekä luomaan tunnelmaa ja keventämään oppaan rakennetta. Kuvien avulla pyrittiin tukemaan tekstin antamaa informaatiota erityisesti eri tarvealueiden kuntoutumista edistävän toiminnan esittelyesimerkeissä. Kuviksi valittiin perinteinen valokuva sen helpon saatavuuden, selkeyden vähäisten kustannusten, aitouden sekä muokattavuuden vuoksi. Myös tekijänoikeudelliset seikat vaikuttivat omien kuvien käytön valintaan. Kuvien värit sekä tunnelma pyrittiin säilyttämään alkuperäisen kaltaisina niiden tarjoaman informaation ja tarkkuuden vuoksi.

Oppaan fontiksi valittiin Arial hyvien luottavuusominaisuuksien, monipuolisen käytävyyden sekä tuttuuden vuoksi. Tekstiä pyrittiin elävöittämään erilaisten kirjainvärien valinnalla, muistutuslaatikoiden sekä erilaisten tekstiin sijoitettavien vahventeiden avulla. Tekstin luettavuutta ja jäsentelyä pyrittiin lisäämään myös ydinasioista poimitujen luetteloiden avulla, joita käyttäjä voi käyttää myös muistilistan tavoin. Toteutus-tapa toi oppaaseen elävyyttä ja mahdollisti tekstin napakan tiivistämisen tehokkaaseen muotoon.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön aiheen valikoitumiseen vaikuttivat opinnäytetyön laatijan, kurssimme opiskelijoiden sekä kollegoiden samankaltaiset kokemukset kuntoutumista edistävän toiminnan epätasaisesta ja heikostakin toteutumisesta vuodeosastotyössä. Myös ohjaavan opettajan tuki oli merkittävä. Aihe on myös ajankohtainen sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristössä, jossa etsitään keinoja asiakaslähtöiseen ja potilasta aktivoivaan toimintamalliin. Kehittämistyössä perehdyttiin kuntoutumista edistävään liittyviin tutkimuksiin ja selvityksiin sekä erilaisissa organisaatioissa toteutettuihin kuntoutumista edistävän toiminnan toteutuksiin ja sisältöihin. Johtopäätöksenä voidaan todeta että käsitteenä kuntoutumista edistävä toiminta tunnetaan hyvin, mutta käytännön työssä ja johtamisessa on huomattava ero ja toteuttaminen ja kehittäminen työyhteisöissä on kirjavaa.

Kuntoutumista edistävän toiminnan epätasaisuuteen ja toimintamallin toteutumattomuuteen on olemassa useita tekijöitä. Lähijohtajalla on työtavan toteutumisessa ratkaiseva merkitys. Lähijohtajalla ei kuitenkaan ole käytettävissä selkeää toimintamallia käytännön toteuttamiseen. Kuntoutumista edistävä hoitotyö osastolla on vahvasti riippuvainen lähijohtajan kiinnostuksesta, lähijohtajan sekä henkilöstön osaamisesta sekä käytettävissä olevista resursseista. Toiminnan toteuttamisessa puuttuu usein myös potilaan aktiivinen osallistuminen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Vähäkangas ym., 69-78.)

Kuntoutumista edistävän toiminnan toteutusta tulisi aikaisempaa enemmän lähestyä lähijohtamisen kautta. Lähijohtajalla on mahdollisuudet kehittää ja vakiinnuttaa toimintamalli osastollaan. Huomiota tulisi kiinnittää henkilöstön ja lähijohtajan kuntoutumista edistävän toiminnan osaamiseen sekä yhteisen käsitykseen luomiseen siitä, mitä tarkoittaa kuntoutumista edistävä toiminta omalla osastolla. Myös potilaan osallistuminen alusta lähtien tavoitteelliseen kuntoutumista edistävään toimintaan sitouttaa kaikkia osapuolia. Painopisteen tulisi olla osaamisen kehittämisessä, muutoksen johtamisessa, aktiivisessa hoito- ja kuntoutussuunnitelman käytössä ja seurannassa sekä moniammatillisessa toiminnassa sekä potilaan ja henkilöstön motivoimisessa. (Vähäkangas ym. 2012, 17-19, 69-78.) Lähijohtajan menetelminä korostuvat myös arjessa läsnä oleminen, mahdollisuuksien näkeminen, mieleen palauttaminen sekä avoin tiedonkulku. (Vähäkangas 2010, 7.)

Aineiston luotettavuus

Aiheeseen perehdyttiin hankkimalla aiheeseen liittyviä aineistoja. Keskeisiä tietolähteitä olivat kuntoutumista edistävään toimintaan, toimintakykyyn sekä johtamiseen liittyvät oppikirjat, artikkelit, oppaat, selvitykset sekä internetsivustot. Lisäksi kuntoutumista edistävään toimintaan liittyviä ajatuksia kerättiin fysioterapiaosastojen osastonhoitajien avustuksella sähköpostin ja keskustelujen avulla Siilinjärven, Ylä-Savon Sote kuntayhtymän fysioterapeuteilta, Lapinlahden terveyskeskuksen kuntohoitajalta, Varpaisjärven terveysaseman fysioterapeuteilta, kurssimme opiskelijakollegalta sekä Kuopion Yliopistollisen sairaalan päivystysoastoilla toimivalta fysioterapeutilta ja kuntoutumis- ja kuvantamisyksikön ylihoitajalta ja Ylä-Savon Soten Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosasto 1 ja 3 osastojen osastonhoitajalta sekä aikaisemmin Melton sairaalassa aivohalvauspotilaiden kuntoutumisosastolla toimineelta osastonhoitajalta. Aiheesta keskusteltiin myös palaverissa 16.5.2013 Pohjois-Savon terveyskeskusten fysioterapeuttien ja fysioterapiaosastojen osastonhoitajien kokoontuessa. Materiaalin avulla tutustuttiin kuntoutumista edistävän toiminnan ja johtamisen sekä toimintakyvyn keskeisimpiin käsitteisiin sekä muodostettiin yleiskuva kuntoutumista edistävän toiminnan yleisistä toimintaperiaatteista, nykytilasta ja haasteista. Tiedonhankintaprosessia ohjasi opinnäytetyön sisältöä kuvaava luettelo.

Kehittämistyön tietoperusta muodostui aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta, tutkimuksista, väitöskirjamateriaalista, opinnäytetöistä, artikkeleista, ajankohtaisohjelmista sekä internetmateriaalista. Lähteiden luotettavuutta varmistettiin tiedonhankintavaiheessa käyttämällä luotettavaksi tunnustettuja tiedonhankintaportaaleja (Cinahl, Linda, Nelli ja PubMed). Haastavissa tiedonhankintatilanteissa hyödynnettiin Savonia amk:n kirjaston informaattikkojen ja muun henkilökunnan ammattitaitoa. Tiedonhankintasanojen määrittelyssä käytettiin keskeisimpänä lähteenä Riitta Vuorisen väitöskirjatutkimukseen, Pia Vähäkankaan tutkimukseen (2010) sekä Vähäkankaan ym. (2012) julkaisuun perustuvaa sanastoa.

Aihealueeseen liittyvä runsas tutkimuksellinen tausta kuntoutumista edistävään toiminnasta, johtamisesta ja toimintakyvystä lisäsi kehittämistyössä käytetyn tiedon luotettavuutta. Toimintakykyyn sekä kuntoutumista edistävään toimintaan liittyviä kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia ja selvityksiä hyödynnettiin etenkin kehittämistyön teoreettisen osan laadinnassa. Lähijohtamisen vaikutuksista ja arjen keinoista toimia kuntoutumista edistävää hoitotyön toteutumiseen ja johtamista on tutkittu muista näkökulmista. Kuntoutumista edistävän toiminnan käytännön lähijohtamisesta on tutkimusta ja materiaalia niukasti sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Johtamiseen

liittyvää lähestymistapaa edustavat esimerkiksi Tuula Kivisen väitöskirjatutkimus Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa sekä Lauri Kokkisen pro gradu Henkilöstön johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa, Riitta Vuorisen väitöskirja Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana.

Kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtamista monipuolisesti kuvaa Vähäkankaan ym. 2012 Ikäihmisten Kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen käsikirja. Vähäkangas ym. selvittivät raportissaan interventtioiden avulla kuntoutumista edistävän toiminnan ja lähijohtamisen yhteyttä toiminnan kehittymisessä ja juurtumisessa hoitotyön käytäntöihin arjessa. Käsikirjassa kuntoutumista edistävää hoitotyön ja lähijohtamisen yhteyttä selvitetään uudella tavalla käytännönläheisesti osana toiminnan kehittämistä. Johtamistyöhön liittyvät teokset toimivat keskeisenä tiedonlähteenä sekä motivoijana kehittämistehtävän rakentamisessa. Muita kehittämistyön kannalta merkityksellisiä asiantuntijoita ja lähteitä olivat esimerkiksi Ansa Iivanainen ja Pirjo Syväoja, Virpi Fagerström, Annmari Kainulainen sekä Juha Kinnunen ja Helena Taskinen työryhmineen.

Internetlähteitä tarkasteltiin kriittisesti ja tehtävässä hyödynnettiin vain tarkoin ja asianmukaisin lähdemerkinnöin varustettuja lähteitä. Lähteiden luotettavuutta ja ajan-kohtaisuutta varmistettiin käyttämällä vain tunnettujen organisaatioiden, laitosten ja virastojen laatimia sivustoja. Keskeisempiä tietolähteitä olivat Suomen Kuntaliiton, Sosiaali- ja terveysministeriön, Työterveyslaitoksen, Finlexin ja Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen verkkosivut.

Oppaan hyödynnettävyys ja käytettävyys

Kuntoutumista edistävän toimintaa voidaan käynnistää, hyödyntää ja kehittää kehittämällä henkilöstön ja lähijohtajien osaamista kuntoutumista ja edistävän hoitotyön osalta viimeisimpien tutkimustulosten, hyväksi havaittujen käytäntöjen sekä näyttöön perustuvan toiminnan suuntaisesti. Kuntoutumista edistävän toiminnan käynnistäminen ja käyttöönottoaminen on monivaiheinen, hidas ja pitkäkestoinen prosessi. Jos lähiesimiehellä ei ole kokemusta ja osaamista kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja sen johtamisesta, vaatii toimintaan perehtyminen aikaa. Lähijohtajan sekä koko henkilöstön osaamista on lisättävä ja yhtenäistettävä koulutuksen avulla. Koulutusta aiheeseen sekä kuntoutumista edistävän toiminnan hyötyihin liittyvää aineistoa on tarjolla riittävästi.

Kehittämistyössä muodostuneen oppaan avulla lähiesimies voi hahmottaa keskeiset kuntoutumista edistävään toimintaan liittyvät tekijät ja miksi ja kuntoutumista edistävää toimintaa kannattaa kehittää osastolla. Oppaan avulla esimies saa käsityksen kuntoutumista edistävän toiminnan eri tarvealueiden keskeisistä käytännön toteutuksista sekä toimintaan tarvittavista yleisistä periaatteista. Oppaaseen on tiivistetty apuvälineisiin, motivointiin sekä johtamiseen liittyviä vinkkejä ja tarkistuslistoja. Opasta hyödyntämällä lähiesimies voi yhtenäistää työyksikkönsä kuntoutumista edistävää toimintaa osaksi osaston toimintatapoja. Keskeistä on että lähijohtajalla on organisaation ja esimiesten tuki toiminnan toteutuksen taustalla. Opas on suunnattu lähijohtajan työkaluksi kuntoutumista edistävän toiminnan jalkauttamiseen, mutta sitä voivat hyödyntää myös muut hoitoon osallistuvat tahot esimerkiksi toteuttaessaan omaa hoitotyötään.

Opas ei tarjoa valmista kaikille sopivaa yhtä mallia kuntoutumista edistävästä toiminnasta. Toiminta toteutetaan kussakin yksikössä osaston tarpeiden ja tarvetason mukaisesti. Yksiköiden henkilöstörakenteet, resurssit, osaaminen, toimintaympäristöt ja toimintaperiaatteet ovat erilaisia. Oppaan sisältö on ohjaava. Opasta voidaan soveltaa kunkin osaston tarpeiden mukaisesti. Oppaan testaus käytännössä opinnäytetyön yhteydessä jäi toteutumatta, koska testaus olisi vaatinut runsaasti aikaa. Opiskelun aikataulu ei antanut siihen mahdollisuutta. Myös sosiaali- ja terveydenhuollossa meillä olevat muutokset ja toimintojen uudelleen järjestelyt kuormittavat henkilöstöä, minkä vuoksi esimiestenkin työpanos ohjautuu muutosten hallintaan ja henkilöstön tukemiseen ja muihin tehtäviin. Opasta olisi voinut vielä myös tiivistää tekstin sanomaa yhdistelemällä ja kiteyttämällä erityisesti luetteloissa.

Oppaan valmisteluvaiheessa keskusteltiin Tehy ry:n viestintäosaston vastuuhenkilöiden kanssa oppaan mahdollisesta julkaisemisesta. Valmistuttuaan opas lähtee Tiede- neuvoston arvioitavaksi mahdollista julkaisua varten.

Pohdintaa oppimisprosessista ja jatkotutkimuskohteet

Opinnäytetyö muodostuu teoriaosion sekä lähiesimiehille suunnatusta oppaasta. Teoriatiedon hankinta oli mielenkiintoinen prosessi ja avasi minulle uusia näkökulmia erityisesti kuntoutumista edistävän toiminnan haasteista ja kuntoutumista edistävän toiminnan sisällöstä, ominaispiirteistä käytännön toiminnan ilmiönä ja lähijohtamisesta hoitotyön kannalta osastohoidon arkisessa työssä.

Oppimisprosessi oli laaja-alainen matka tiedon hakemiseen, tiedon sisällön sisäistämiseen ja kootun tiedon tiivistämiseen tehtävän tavoitteiden mukaisesti keskeisiin

asioihin. Matka on ollut pitkä, mielenkiintoinen ja tarpeellinen erityisesti saatavissa olevan kuntoutumista edistävän toiminnan laitoshoidon lähijohtamisen niukan tutkimuksen vuoksi. Erityisesti yllätyin siitä miten paljon haasteita kuntoutumista edistävän toiminnan aloittamiseen ja ylläpitämiseen liittyy ja miten epätasainen on toimijoiden yhteinen käsitys kuntoutumista edistävän toiminnan sisällöstä. Kuntoutumista edistävä toiminta käsitteenä on ollut tuttu jo vuosia kansallisesti ja kansainvälisesti. Myös valtio on sosiaali- ja terveystoimen ohjauksessa voimakkaasti korostanut kuntoutumista edistävää toimintaa eri palvelualoilla osana sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta. Arjen toiminnoissa työote ei kuitenkaan ole vakiintunut kauttaaltaan osaksi potilaslähtöisiä toimintatapoja.

Aiemmin mielsin kuntoutumista edistävän toimintatavan käytännön puutteet enemmän yksittäisten toimijoiden asenteista johtuvaksi. Todellisuudessa organisaation tuki, johtajien sitoutuminen, riittävät resurssit, asenne ja erityisesti osaaminen ja sitä kautta yksiköiden kuntoutumista edistävän toiminnan hyödyntäminen ovat kaiken hyvän potilaslähtöisen kuntoutumista edistävän hoidon lähtökohta. Haasteita toiminnan käytäntöön sitomiseksi on toimintaympäristössä monella tasolla. Valtion ohjaus ja kuntien päättäjät ovat ohjauksen ja päätösten kautta mukana kuntoutumista edistävässä toiminnassa mutta toiminnan käytäntöön jalkauttaminen jää toimijoiden tehtäväksi.

Useat ulkoiset tekijät sekä taloustilanne asettavat myös raamit ja rajoitteitakin sille miten kukin kunta ja organisaatio pystyvät veloitteensa täyttämään. Taloudellisen taustan huomiointi ja sen vaikuttaminen kuntoutumista edistävän toiminnan resurssointiin, organisointiin, toteuttamiseen ja toiminnan sisältöön osastolla on keskeinen tekijä lähijohtamisessa. Kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksena näyttää kuitenkin olevan palveluprosessien toimivuus ja laadukas hoito, jolloin myös tuottavuus on hyvä ja kustannukset kohtuullisia.

Opinnäytetyössä yhtenä näkökulmana olisi voinut olla myös keski- ja lähijohdon toiminnan vaikutusten arviointi kuntoutumista edistävän toiminnan toteutumiseen osastolla. Tekijöiden merkitys lähijohtamiseen on kiistaton ja tarkastelu voisi olla laajempikin. Tekijöiden vaikutusten syvällisempi pohdinta on rajattu opinnäytetyössä nyt kuitenkin välttämättömimpään aiheen laaja-alaisuuden vuoksi.

Opinnäytetyön tekemisen aikana vahvistui käsitys varhaisen kuntoutumista edistävän hoitotyö ja lähiesimiehen roolin merkittävydestä motivoidessa hoitohenkilökuntaa päivittäiseen ja tavoitteelliseen, yhtenäiseen, moniammatilliseen potilaan kuntoutu-

mista edistävään yksilölliseen hoitoon. Laitoshoidossa hoidetaan yhä enemmän hoitoa vaativia potilaita. Varhain aloitetulla kuntoutumista edistävällä toiminnalla, henkilöstön työhyvinvoinnilla ja potilaan sitouttamisella hoitoonsa näyttää olevan merkittävä vaikutus hoitojakson pituuteen ja hoidon tulokseen. Läkkeitä potilaita hoidettaessa erityisesti myös potilaan taustojen tunteminen, omaisten huomioiminen, keskustelu ja avoin tiedonkulku potilasta hoidettaessa ovat kirjavasti käytettyjä, tärkeitä tekijöitä hoidon onnistumisessa ja potilaan motivoitumisessa kuntoutumiseensa.

Kehittämistehtävän toteuttaminen auttoi minua ymmärtämään työn tarkoituksenmukaisen organisoinnin ja yksilön tarpeiden järjestelmällinen arvioinnin olevan mahdollista tavoitteellisesti kun yksiköllä on käytössään pätevä ja luotettava arviointi- ja seuranta järjestelmä. Järjestelmän antamaa tietoa voidaan käyttää hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa ja toiminnan vaikuttavuuden seurannassa.

Kuntoutumista edistävästä toimintamallista tulisi tehdä yhteiset sitovat määrittelyt ja toimintamallit, joita seurataan ja joihin kannustetaan. Kun lähiesimies osaa käyttää mittaria tehokkaasti, se antaa myös työkaluja henkilöstösuunnitteluun, toiminnan suunnitteluun ja vaikuttavuuden ja kustannusten seurantaan. Lähijohtajan on osattava sijoittaa sopivat henkilöt kuhunkin tehtävään kuten omahoitajaksi, saattohoitoon ja vastaanottoon. Työyksikön kehittäminen edellyttää myös olemassa olevien tehtävien ja työnjakojen arviointia määrääjain suhteessa työyhteisön muuttuviin tarpeisiin (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 68).

Yhteisten arvojen merkitys ja vallitsevien arvojen tunnistaminen kuntoutumista edistävän toiminnan toteutumisessa oli yllättävän keskeinen tekijä toiminnan onnistumisessa. Avoimuus yhtenäistää toimintakäytäntöjä, murtaa vanhaa puolesta tekemisen hoitokulttuuria ja luo yhteisen käsityksen myös kuntoutumista edistävän hoitotyön sisällöstä. Keskusteleva ja vuorovaikutuksellinen johtaminen edellyttää lähijohtajan aktiivista läsnäoloa ja positiivista asennetta kuntoutumista edistävään toimintaan arjen hoitotyössä.

Lähijohtajan tehtävä on eettisen työn esiin nostaminen säännöllisesti. Kun esimies ylläpitää keskustelua ja kirkastaa arvoja perustehtävän mukaisesti, muodostuvat yksikköön yhteiset arvot, johon kaikki voivat vaikuttaa ja jokaisen on helpompi sitoutua yhteisiin arvoihin. Esimiehen tulee myös tarvittaessa tehdä näkyväksi osastolla vallitsevia ”kuppikuntia” ja piiloarvoja, mikäli ne ovat ristiriidassa osastolla määriteltyjen julkisten arvojen kanssa. (Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 47-49.)

Kuntoutumista edistävän toiminnan eettisyyskatsauksen sisältöä ja tarvetta pohdin teoriaosaa rakentaessa moneen otteeseen. Aiheen sisältö on kaikille sosiaali- ja terveystoimessa toimiville alalle koulutetuille henkilöille tuttu. Kuntoutumista edistävän toiminnan eettisyys, lähijohtajan arvot ja asenne, työyhteisön arvot ja erityisesti piiloarvot osoittautuivat kuitenkin aineiston perusteella vahvaksi vaikuttajaksi kuntoutumista edistävän toiminnan esteinä tai toimintaa vahvistavina tekijöinä, joten katsoin tarpeelliseksi koota ja tarkastella ja tehdä näkyväksi keskeisiä vaikuttavia tekijöitä etenkin työyhteisön, toiminnan sisällön ja lähijohtamisen kannalta.

Opinnäytetyöhön liittyvän teoria-aineiston perusteella on selvästi todettavissa, että hoitajat kokevat kuntoutumista tukevan toiminnan tärkeäksi. Yllättävää oli että yksittäisten hoitajien asenteissa, ammatillisessa valmiudessa ja osaamisessa on huomattavia eroja. Tiedon puute kuntoutumista edistävän toiminnan hyödyistä, sisällöstä ja käytettävissä olevista apuvälineistä koetaan työotteen käyttöä heikentäväksi tekijäksi. Osaamisen vahvistaminen ja yhtenäistäminen näyttää olevan kulmakiviä työotteen jalkauttamisessa myös hoitajien osalta.

Oppaan laatiminen oli minulle mielenkiintoinen kokemus. Prosessissa vaikeaa oli tiivistää aiheeseen liittyvä runsas tieto nopeasti poimittavaksi arjen käyttöön sopivaksi tietoisuudeksi kuntoutumista edistävän toiminnan keskeisistä tekijöistä. Myös näkökulman valinta vaati paneutumista. Päädyin kuitenkin perusasioihin, jonka pohjalta opasta voi tarvittaessa kehittää eri tarpeisiin. Pyrkimyksenä oli saada aikaan opas ”tarkistuslistaksi” käyttäjälleen kuntoutumista edistävän hoitotyön tärkeimpien osa-alueiden huomioimiseksi toiminnan johtamista, yhtenäistämistä ja esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdyttämistä varten. Johtamisen näkökulma oli myös pidettävä mielessä.

Oppaan graafisen suunnittelun perusteisiin perehdyin omatoimisesti, mutta käytännön toteutukseen tarvitsin ulkopuolista apua. Kuvan käsittely ja ohjelmien käyttö oli minulle vierasta. Atk-asiantuntija ja opettaja Seija Karhunen lupautui avustamaan teknisessä toteutuksessa. Oppaan materiaalin, käytetyt kuvat ja kaaviot hankin, valitsin ja laadin itse. Otetuissa kuvissa malleina toimivat sairaanhoitaja Anu Saarelainen sekä fysioterapeutti Minna Tirkkonen Lapinlahden kunnan terveystoimesta ja valokuvaajana eri tarvealueiden kuvissa oli Jorma Hämäläinen.

Kehittämistehtävän toteuttaminen syvensi näkemystäni kuntoutumista edistävän toiminnan hyödyistä sekä potilaan että hoitajien että organisaation kannalta. Toimintamallin käyttöön sisältyy runsaasti vaikeitakin, hitaasti muutettavia haasteita ja kehit-

tämistarpeita. Kuntoutumista edistävän hoitotyön käyttö vastaa omalta osaltaan hyvin nykyisiin haasteisiin resurssien riittävydestä, kustannustehokkuudesta ja pyrkimyksestä sairastumisen jälkeenkin asua ja tulla toimeen kotona myös ikääntyessä.

Kuntoutumista edistävä toiminta ei ole vastaus kaikkiin ongelmiin, mutta se lisää merkittävästi henkilöstön työhyvinvointia, potilaan toimintakykyä ja osaston potilaiden vaihtuvuutta. Kuntoutumista edistävä toiminta ei vaikuta ainoastaan yksilötasolla vaan on merkittävä tekijä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustehokasta toimintaa. Opinnäytetyöhön motivoitumista lisäsi huomattavasti ymmärryksen lisääntyminen toimintamallin laajasta vaikuttavuudesta. Myös yhteistyökumppaneiden, kollegoiden ja opiskelutovereiden myönteinen asenne ja kannustus oppaan tarpeesta ja aiheen käsittelystä oli työn tekemisen kannalta merkittävää. Opinnäytetyön yhteydessä kertynyttä osaamista voi hyödyntää jatkossa ammatillisesti useissa yhteyksissä sekä muiden hankkeiden toteuttamisessa.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää miten laadittu opas toimii lähijohtajan käytössä. Ovatko valitut aihealueet riittäviä? Ovatko ohjeet ymmärrettäviä? Onko oppaasta hyötyä käytännön toteutuksen suunnittelussa, aloittamisessa, toteutuksessa, perehdyttämisessä ja kehittämisessä? Soveltuuko opas eri toimintaympäristöihin? Miten opasta tulisi kehittää? Lisääkö opas moniammatillista toimintaa ja yhtenäistääkö se käsitystä kuntoutumista edistävän toiminnan sisällöstä osastolla? Mielenkiintoista olisi selvittää myös yhtenäistääkö opas kuntoutumista edistävän hoitotyön kirjaamiskäytäntöjä ja lisääkö opas potilaan osallistamista ja sitoutumista hoitoonsa toiminnan alusta lähtien?

Theseus-tietokantaan liitetään opinnäytetyön opasosio Editan julkaisuneuvottelujen jälkeen.

LÄHTEET

- Aaltonen, M., Forma, L., Rissanen, P., Raitanen, J. & Jylhä, M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing*, 7(2), 191–100.
- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. *Erikoistu vanhustyöhön. Osaamista hyvään arkeen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Sochalski, J. & Silber, JH. 2002. *Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction*. The Journal of American Medical Association, 288(16), 1987-1993.
- Alaranta, H. & Pohjolainen, T. 2003. Teoksessa Alaranta, H, Pohjolainen, T, Salmi-
nen, J & Viikari-Juntura, E. (toim.) *Fysiatría*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Autti-Rämö, I. & Komulainen, J. 2013. *Kuntoutus perustuu tietoon – Kuntoutumisen mahdollistavat asenteet, prosessit, osaaminen ja yksilöllisyys* [verkkoartikkeli]. Lääketieteen Aikakauskirja Duodecim 129, 452-3 [viitattu 11.4.2013]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10857.pdf>
- Ball, J. 2010. *Guidance on safe nurse staffing levels in the UK*. Royal College of Nursing (RCN) [verkkojulkaisu]. [14.4.2013]. Saatavissa: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf
- Buchan, J. & O'May, F. 2000. *Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals* [verkkojulkaisu]. Special Article. Geneva: World Health Organization. [katsottu 12.9.2013]. Saatavissa: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_07.pdf
- Buchan, J. & Dal Poz, M. 2002. *Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence* [verkkojulkaisu]. Bulletin of the World Health Organization [viitattu 12.9.2013]. Saatavissa: [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(7\)575.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(7)575.pdf)
- Burton, CR. 2000. A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing* 32 (1), 174-181.
- Bäckmand, H. & Vuori, I. 2010. *Terve tuki- ja liikuntaelimityö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon* [verkkojulkaisu]. Opas 11. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.
Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80329/d1fa552c-8d7b-4450-92df-2b9605f85604.pdf?sequence=1>
ISBN 978-952-245-362-4 (verkko)
- CNA/NNOC (California Nurses Association/ National Nurses Organizing Committee). 2009. *The Ratio Solution. CAN/NNOC's RN-to-Patient Ratios Work – Better Care, More Nurses* [verkkojulkaisu]. [12.4.2013]. Saatavissa: The Ratio Solution. CAN/NNOC's RN-to-Patient Ratios Work – Better Care, More Nurses.
- Coffman, J.M., Seago, Ann J. & Spetz, J. 2002. Minimum Nurse-To-Patient Ratios In Acute Care Hospitals in California [verkkojulkaisu]. *Health Affairs* 21 (5), 53–64 [12.4.2013]. Saatavissa: <http://content.healthaffairs.org/content/21/5/53.long>

Dahlman, S. & Takanen, M. 2009. *Ikääntyvien ja pitkäaikaisspotilaiden hoito*. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö [luettu 13.1.2013]. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6556/takanen_marjut.pdf?sequence=1

Davies, S. 1994. An evaluation of nurse-led team care within a rehabilitation ward for elderly people. *Journal of Clinical Nursing* 3, 25-33.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. 2000. Self determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist* 55, 68-78.

Eccles, J.S. & Wingfield, A. 2002. Motivational beliefs, values and goals [verkkajulkaisu]. *Annual Review of Psychology* 53, 109 – 32. [viitattu 9.4.2013]. Saatavissa: <http://www.rcgd.isr.umich.edu/garp/articles/eccles02c.pdf>

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. *Vireään vanhuuteen*. Helsinki: Tammi

Engeström, Y. 1992. *Perustietoa opetuksesta*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Euroopan Unioni 2000. Europa portal. *Kansanterveys. Euroopan terveysstrategia* [verkkajulkaisu]. [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/index_fi.htm

Fagerström, V. 2013. *Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä -monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa* [verkkajulkaisu].

Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos, työterveyshuolto. Väitöskirja [viitattu 27.3.2013]. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88075/AnnalesC360Fagerstr%C3%B6m.pdf?sequence=1>
ISBN 978-951-29-5324-0

Furåker, C., Hellström-Muhli & Walldal, E. 2004. Quality of care in relation to a critical pathway from the staff's perspective. *Journal of Nursing Management* 12, 309-316.

Gutenbrunner, C., Ward, AB. & Chamberlain, MA. 2006. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Europa Mediophysica. *Mediterranean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 42 (4), 289-332.

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. *Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito* [verkkajulkaisu]. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 35/2008. Helsinki. Saatavissa: <http://www.tem.fi/files/21000/TEM35.pdf>

Harmonen, M., Suominen, T. & Niiranen, V. 2010. Kirjallisuuskatsaus arvostavaan johtamiseen. *Hoitotiede* 1/2010, 67-78.

Hawes, C., Morris, J., Phillips, CD., Fries, BE., Murphy, K. & Mor, V. 1997. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing* 1997; 26(2), 19-25.

Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.). 2002. *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Tammi.

Helsingin yliopiston viestinnän laitos. Johdatus *typografiaan eri näkökulmista* [verkkoyhteisö]. Helsinki [viitattu 12.9.2013].

Saatavissa: <http://www.valt.helsinki.fi/blogs/titta/post22.htm>

Heikkinen, E. & Rantanen, T.(toim.) 2008. Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Helsingin yliopistopaino. *Graafisen suunnittelun suunnitteluprosessi* [verkkoyhteisö]. [viitattu 18.9.2012].

Saatavissa: http://www.yliopistopaino.fi/fi/graafinen_suunnittelu/suunnitteluprosessi

Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U. & Finne - Soveri, H. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu - Opas laatuun*. Helsinki: Stakes.

Holma, T., Heimonen, S., Voutilainen, P. 2005. Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.): *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Helsinki: Stakes.

Hu, M.-H., Hsu, S.-S., Yip, P.-K., Jeng, J.-S. & Wang, Y.-H. 2010. *Early and intensive rehabilitation predicts good functional outcomes in patients admitted to the stroke intensive care unit* [verkkoyhteisö]. Disability and Rehabilitation 32/2010. United Kingdom. Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.savoniaamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=67d255ad-6c66-4eab-bc93-32969192a227%40sessionmgr111&vid=2&hid=119>

Hurnasti, T., Kanto-Ronkanen, A., Saaranto, E-M. & Ruutiainen, J. 2010. Päivän toiminnot. Teoksessa Salminen, A-L. (toim.). *Apuvälinekirja*. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry, 229-249.

Hätinen S. 2007. *Omaisten osallistuminen iäkkään pitkäaikaispotilaan hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolla*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. *Hoida ja kirjaa*. 7.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ikäinstituutti 2013. Voimaa vanhuuteen [verkkoyhteisö]. Saatavissa: <http://www.voitas.fi/>

Jyrkämä, J. 2004. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, V & Viikkumaa, I. (toim.). *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen* [verkkoyhteisö]. Helsinki: Stakes, 156-160.

Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. *Kuntoutuksen perusteet*. 5.uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy

Kainulainen, A. 2013. *Kuntouttava työote* [verkkodokumentti]. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuntoutus ja Kuvantaminen. [viitattu 30.6.2013.]. Saatavissa:

<https://www.google.fi/#q=annmari+kainulainen+25.3.+2013+Kuntouttava+ty%C3%B6te>

Kajan, E. 1997. *Omaisten osallistuminen vanhuspotilaan hoitoon laitoksessa*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Kansaneläkelaki L 2007/571. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070571?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laitoshoito](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070571?search[type]=pika&search[pika]=laitoshoito)

Kansanterveysasetus A 1992/802. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920802>

Kansanterveyslaki L 1972/66. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kantanen, K., Suominen, T., Salin, S & Åsted-Kurki, P. 2011. *Kirjallisuuskatsaus hoitotyön johtajien johtamisosaamisessa*. Hoitotiede 3/2011, 185-196.

Karjalainen, V. 2004. Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Helsinki: Stakes, 11-25

Karvinen, E., Kalmari, P & Koivumäki, K. 2011. *Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma. Liikunnasta terveyttä ja hyvinvointia* [verkkójulkaisu]. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja; 2011:30. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM30.pdf?lang=fi>

Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. 2010. *Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla*. Helsinki: Edita Prima.

Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M. Priha, E. Toikkanen, J. & Viluksela, M. (toim.) 2009. *Työ ja terveys Suomessa 2009* [verkkokirja]. Helsinki: Työterveyslaitos. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_terveys_2009.pdf

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. 4.uudistettu painos. *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kinnunen, J., Rynnänen, O-P., Taskinen, H. & Kylänen, M. 2010. *Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa. Lähtötilanteen raportti* [verkkójulkaisu]. Helsingin kaupunki, terveyskeskus. Helsingin terveyskeskuksen raportteja 2010:2 [viitattu 30.6.2013].

Saatavissa:

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/e644ad0045760bf5a785a7f7932aa8f9/L%C3%A4ht%C3%B6tilanteen+raportti+tammikuu+2010_korjattu.pdf?MOD=AJPERES

Kivinen, T. 2008. *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa* [verkkójulkaisu]. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja. [viitattu 6.4.2013]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf

Kokkinen, L. 2007. *Henkilöstön johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa* [verkkójulkaisu]. Tampereen Yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. [viitattu 14.1.2013]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01927.pdf>

Kopola, K. 2009. *Eläkkeelle jääneet hoitajat kokevat edelleen työn iloa, työssä-jaksamiseen vaikuttavat motivaatiotekijät*. Kuopion yliopisto. Hoito-tieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Koskinen, S., Pitkälä, K & Saarenheimo, M. 2008. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim.

Korniloff, K. 2008. *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (icf) terveydentilan kuvaajana - Aineistona neljän väitöstutkimuksen fyysisen toimintakyvyn mittaamenetelmät* [verkkojulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Fysioterapian pro gradu-tutkielma [viitattu 9.4.2013]. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18885/URN_NBN_fi_jyu-200808265682.pdf

Kröger, T. 2009. Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.). *Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki*. Vastapaino, 99 – 125.

Kröger, T., Leinonen, A. & Vuorensyrjä, M. 2009. *Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa* [verkkojulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisusarja 6. Loppuraportti. [viitattu 22.2.2013]. Saatavissa: <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2006/106110Loppuraportti.pdf>
ISBN 978-951-39-3691-4
ISSN 1795-8563

Kuntalaki L 1995/365. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 12.4.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>

Kuntaliitto 2011. *Terveydenhuollon laatuopas* [verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Saatavissa: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. *Kuntoutuksella toimintakykyä*. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY

Kärjä, A-M. (toim.) 2013. *Akuutti 12/42* [TV-elokuva]. TV 1 Terveys- ja hyvinvointiohjelmat. Esitetty 10.4.2013.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lahtinen, Y., Rajala, T., Paunio, P. & Liukko, M. 1999. *Suurten kaupunkien RAVA-tutkimus: Vanhuksien toimintakyky ja avuntarve*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.

Laine, J., 2006. *Laatua ja tuotannollisuutta tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta*. Stakes tutkimuksia 151. Helsinki: Stakes.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta L 2000/812. Finlex. Lainsäädäntö. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/2000081>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta L 1992/733. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 1994/559. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=ammattihenkil%C3%B6laki](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=ammattihenkil%C3%B6laki)

Lakanmaa, R.-L. & Leino-Kilpi, H. 2010. Tehohoitopotilaan kuntoutus: tutkimusten kertomaa. Suomen tehohoitoyhdistys ry. *Tehohoito* 1/2010, 27-29.

Loiri, P. & Juholin, E. 1998. *Huom! Visuaalisen viestinnän käsikirja*. Helsinki: Inforviestintä Oy

Loiri, P. 2004. *Pieni käytösopas typografian laatijalle*. Helsinki: Inforviestintä Oy.

Long, AF., Kneafsey, R., Ryan, J. & Berry, J. 2002. The role of the nurse within the multiprofessional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing* 37 (1), 70-78.

Long, AF., Kneafsey, R. & Ryan, J. 2003. Rehabilitation practice: challenges to effective teamworking. *International Journal of Nursing Studies* 40, 663-673.

Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim) 2007. *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita

Lång, A. & Sairanen, T. 2012. *Kirjaamiskäytäntö kuntotuttavan hoitotyön ja ergonomian kannalta* [verkkójulkaisu]. Savonian ammattikorkeakoulu [viitattu 8.9.2013]. Saatavissa: http://www.sotergo.fi/files/193/Arja_Lang_07062012.pdf

Macduff, CN. 1998. Stroke patients' perceptions of hospital nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 7, 442-450.

Marton, F. & Ramsden, P. 1988. 'What does it take to improve learning'? in P. Ramsden (Ed.) *Improving learning*. London: Kogan Page.

Metteri, A. & Haukka-Wackin, T. 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä [verkkokirja]. Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*, 53-68. Helsinki: Stakes. [viitattu 8.1.2013] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1

Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) 2006. *Inhimillisten voimavarojen johtaminen – Hoitotyön vuosikirja 2006*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Moisio, E., Salimäki, A. & Sweins, C. 2006. *Miten palkitseminen muuttuu Suomessa, palkitsemisen haasteet ja tutkimustarpeet*. Työsuojelurahaston selvityksiä, 1:2006.

Mäntynen, R. 2007. *Kuntoutumista edistävä hoitotyöaivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa* [verkkójulkaisu]. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/urn_isbn_978-951-27-0514-6.pdf

Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, J. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi- terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivo- halvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. *Hoitotiede* 1/2009, 23–33.

Mäkitalo, R., Hautala, U., Narikka, J. & Tuukkanen, J. 2010. *Hyvinvointia kestävästi* [verkkajulkaisu]. Valtiovarainministeriö. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/08_muut_julkaisut/20110112Hyvinv/Hyvinvointia_kestaevaesti.pdf

Nair, K.P.S. & Wade, D.T. 2003. Changes in life goals of people with neurological disabilities. *Clinical Rehabilitation* 17, 797-803.

Narikka, J. 2008. *Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen ja hankinta*. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Neiser, J. & Raymond, B. 2002. *Nurse staffing and care delivery models. A Review of the Evidence*. Kaiser permanente institute for health Policy [verkkajulkaisu]. [viitattu 12.4.2013]. Saatavissa: http://www.kpihp.org/wp-content/uploads/2012/12/nurse_staffing.pdf

Nikkilä, J. & Paasivaara, L. 2008. *Arjen johtajuus*. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Nolan, MR., Nolan, J. & Booth, A. 1997. *Preparation for multi professional multi agency healthcare practice: the nursing contribution to rehabilitation within the multidisciplinary team*. Literature review and curriculum analysis, final report to the english national board.

Nolan, J., Nolan, M. & Booth, A. 2001. Developing the nurses' role in patient education: rehabilitation as a case example. *International Journal of Nursing Studies* 38, 163-173.

Nordqvist, B. & Juntunen, R. 2010. Näkeminen. Teoksessa Salminen, A-L. (toim.). *Apuvälinekirja*. Helsinki: kehitysvammaliitto ry, 68-83.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M & Vähäkangas, P. 2005. *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Helsinki: Stakes.

O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Murphy, Tomblin, G., Birch, S. & Meyer, R. 2005. *Nursing Workforce Planning: Mapping the Policy Trail* [verkkajulkaisu]. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland. [viitattu 12.9.2013]. Saatavissa: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Issue2_Workforce.pdf

Olkoniemi, M. 2007. *Tekee itse niin paljo ku pystyy - Kuntotuttava työote hoitohenkilökunnan kokemana* [verkkajulkaisu]. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [luettu 12.1.2013]. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/36123/stadia-1203411224-9.pdf?sequence=1>

Otala, L. 1999. *Osaajana opintiellä: Opas elinikäisen oppimisen matkalle*. Porvoo: WSOY

Partanen, P. 2002. *Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa*. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopio: Kuopion Yliopiston Painatuskeskus.

Pekkarinen, L. 2007. *The Relationship Between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents*. Academic Dissertation. Helsinki: Stakes. Research Report 171. ISBN 978-951-33-2053-9

Perustuslaki 1999/731. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Pesonen, S. & Tarvainen, J. 2003. *Julkaisun tekeminen*. 2. laitos1. painos. Jyväskylä: Degendo Finland Oy.

Rantamäki, T., Kauhanen, J. & Kolari, A. 2006. *Onnistu palkitsemisessa*. Juva: WSOY.

Ross M., Carswell, A. & Dalziel, W. 2002. Family caregiving in long-term care facilities: Visiting and task performance. *Geriatrics today: Journal of Canadian Geriatric Society* 5, 179-182.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön malli. *Gerontologia* 3, 207-216.

Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Gerontologia* 16 (3), 109-119.

Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Lauri, Sirkka(toim.): *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 117-136.

Ruontimo, T. 2012. *Henkilömitoituksella hallittu tulevaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt lukujen takana* [verkkajulkaisu]. Tehyn julkaisusarja B:2/2012. Helsinki: Tehy ry [viitattu 15.10.2012]. Saatavissa: <http://m.tehy.fi/vaikuttajana/julkaisut-ja-tilastot/2012>

Räsänen, R. 2011. *Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille* [verkkajulkaisu]. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto. ISSN 0788-7604 ISBN 978-952-484-468-0
Saatavissa: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72064/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4

Salminen, A-L. 2010 (toim.). *Apuvälinekirja*. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R & Rekola, L. 2011. *Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen*. Helsinki: WSOY.

Scott, C. 2003. *Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues*. Research Reports. Royal Collage of Nursing [verkkajulkaisu]. [13.4.2013]. Saatavissa: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf

Shea, D. & Holzschlag, M. e. 2005. *The Zen of CSS desing*. Kalifornia: Peachpit Press

Simoens, S., Villeneuve, M. & Hurst, J. 2005. *Tackling nurse shortages in OECD countries. OECD health working papers no. 19.* [verkkojulkaisu]. DELSA/ELSAWD/HEA 2005/1. [20.4.2013]. Saatavissa: <http://www.oecd.org/els/health-systems/34571365.pdf>

Sinervo, T. & Elovainio, M. 2002. Johtajat laatutyön tukijoina. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U. & Finne - Soveri, H. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu - Opas laatuun.* Helsinki: Stakes.

Sinervo, T. & Taimio, H. 2011 (toim.). *Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta* [verkkojulkaisu]. Raportti 9/2011. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus [viitattu 9.6.2013]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79977/2103a9f7-1187-44d4-882d-c6a7de91b7e4.pdf?sequence=1>

Sonkin, L., Petäkoski - Hult, T., Rönkä, K. & Södergård, H. 2000: Seniori 2000. *Ikääntyvä suomi uudelle vuosikymmenelle.* Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra. Taloustieto Oy, 22.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. *Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa.* Sosiaali- ja terveysministeriö, perhe- ja sosiaaliosasto [viitattu 7.4.2013]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/rt11501083232/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus* [verkkojulkaisu]. [viitattu 3.4.2013]. Saatavissa: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/laatusuositus/Documents/01_ikaihminen_laatusuositus_2008.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 5.10.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011* [verkkojulkaisu]. [viitattu 12.3.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012-2015.* [verkkojulkaisu]. [viitattu 5.9.2013]. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkostot/Kaste/Documents/OsaohjelmaVI_toimeenpanosuunnitelma.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. *Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.* Ohjausryhmän muistio [verkkojulkaisu]. [viitattu 16.1.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf

Sulander, T. 2005. *Functional Health Behaviours. Trends and Associations among Elderly People 1985-2003.* Academic dissertation. Department of Epidemiology and Health Promotion. National Public Health Institute Helsinki, Finland and Department of Social Policy University of Helsinki. Helsinki.

Suomen Kuntaliitto 2004. *Apuvälinepalvelunimikkeistö, opas terveydenhuoltoon* [verkkójulkaisu]. Helsinki: Kuntatalon paino. [viitattu 8.9.2013]. Saatavissa: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutuserityistyontekijoidennimikkeistot/Documents/Apuv%C3%A4linepalvelunimikkeist%C3%B6_2004.pdf

SFS-EN ISO 9999. 2007. *Vammaisten apuvälineet. Luokitus ja terminologia*. Helsinki: Suomen Standardisoimisliitto SFS.

Suvika, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2013. *Kuntouttava lähihoito*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Suikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2012. *Kuntouttava lähihoito*. 4.-6. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Suikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. *Kuntouttava lähihoito*. Helsinki: Edita

Sydänmaanlakka, P. 2012. *Älykäs johtaminen 7.0. Miten kasvaa viisaaksi johtajaksi*. Helsinki: Talentum Media Oy. ISBN 978-952-14-1613-2

Syvänen, S., Kasvio, A., Loppela, K., Lundell, S., Tappura, S. & Tikkamäki, K. 2012. *Dialoginen johtaminen innovatiivisuuden tekijänä* [verkkójulkaisu]. Helsinki: Työterveyslaitos [viitattu 15.4.2013]. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Dialoginen_johtaminen.pdf

Takala, E.-P., Lehtelä, J. 2009. Ergonomia. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E (toim). *Fysiatrია*. Helsinki: Duodecim, 41-53.

Taskinen, H., Ryyänänen, O.-P. & Kinnunen, J. 2012. *Tuottavuuden lisäämien Helsingin terveyskeskuksessa, Loppuraportti* [verkkójulkaisu]. Helsingin terveyskeskuksen raportteja 2012:1. Helsinki [viitattu 30.6.2013]. Saatavissa: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/ed214a004a01ca6cb504ff4cf46bc83a/TuottavuusLoppuraportti+2011_korjattu_nettiin.pdf?MOD=AJPERES&mod=1958598334

Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 1999. *Fysioterapia*. Helsinki: Oy Edita Ab.

Terveydenhuoltolaki L 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. *Vammaispalvelujen käsikirja. Apuvälineet* [verkkosivut]. [12.3.2013.] Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/apuvälineet/>

Terveyskeskusten vuodeosastohoito 2010. *Tilastoraportti 2/2012* [verkkójulkaisu]. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 28.5.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi-FI/web/fi/tilastot/aiheittain/perusterveydenhuolto/terveyskeskusten_vuodeosastohoito

Terävä, V. 2010. Tehohoidossa olevan potilaan kuntoutus. Suomen tehohoitoyhdistys ry. *Tehohoito* 1/2010, 30–31.

Thomas, A. 2009. Exercise intervention in the critical care unit- what is the evidence? [verkkolehti]. *Physical Therapy Reviews* 14/2011. United Kingdom.

Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.savoniaamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=5fdbbae4-7e4a-4dbb-8d31-032700291f0e%40sessionmgr112&hid=119>

Tilastokeskus 2013. [verkkojulkaisu]. [katsottu 12.9.2013] Saatavissa: https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Tilvis, R. 2001. Vanhus potilaana. Teoksessa Tilvis, R. Hervonen, A., Lehtonen, A & Sulkava, R. (toim.) *Geriatría*. Hämeenlinna: Duodecim, 32-43

Tilvis, R. 2002. Raportteja, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Teoksessa: Aalto, A-M., Hurri, H., Järvikoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. *Kannattaako kuntoutus? - asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*. Helsinki: Stakes, 141–158.

Turja, T., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. *Tutkiva hoitotyö* 4 (1).

Turjamaa, R. 2007. *Kuntotuttava hoitotyö ikääntyvien kotihoidossa – hoitohenkilöstön näkemyksiä täydennyskoulutuksestaan verkko-oppimisympäristössä*. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Turner, DS., Wellard, S. & Bethuse, E. 1999. Registered nurses' perceptions of teaching: constraints to the teaching moment. *International Journal of Nursing Practice* 5, 14-20.

Työterveyslaitos. Ergonomia. *Mitä ergonomia on?*[verkkosivut]. 26.6.2013 [viitattu 30.9.2013].

Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/mita_ergonomia_on/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. Ergonomia. *Ergonomiaa työelämän eri aloille. Terveystieteiden tutkimuskeskus* [verkkodokumentti]. 26.6.2013 [viitattu 30.9.2013]. Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/sivut/default.aspx

Töytäri, O., Koistinen, A-K., Mustonen, M. & Leivo, H. 2010. Liikkuminen. Teoksessa Salminen, A-L. (toim.). *Apuvälinekirja*. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry, 111-147.

Uittomäki, K. 2003. *Kuntouttava työote lisää sisältöä ja vuosia elämään*. Vanhustenhoidon uudet tuulet (2), 20–22.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6 [viitattu 15.1.2013], Helsinki.

Saatavissa: http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terveysvn/esite2002_6.pdf

Valvanne, J. 2012. *Toimintakyvyn heikentyminen* [verkkojulkaisu]. Therapia Fennica.fi. [27.3.2013].

Saatavissa: http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana

Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S.P., Lesaffre, E., Vleugels, A. & Aiken, L. 2009. Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data [verkkojulkaisu]. *International Journal of Nursing Studies* 46(7), 928-939. [13.4.2013]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700208/>

Viitala, R. 2012. *2/7 Johda osaamista!; Osaaminen tiiviisti strategiassa* [video]. Fountain Park Oy [viitattu 29.8.2013]. Saatavissa

<http://www.youtube.com/watch?v=YZPoYrcpvDU>

Julkaistu 13.9.2012.

Voutilainen, P., Isola, A., & Backman, K. 2005. Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. *Hoitotiede* 17(3): 166–175.

Voutilainen, P., Peiponen, A., Noro, A. & Kauppinen, S. 2006. Henkilöstömitoituksen määrittely ja kehittäminen hoitotyön johtajien haasteena ikääntyneiden palveluasumisessa ja pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoavissa yksiköissä. *Premissi* 1/2006 33- 38.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2002. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun*. Oppaita 49. Helsinki: Stakes.

Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S & Virtanen, J. 2005. *Ihmisen hyvä. Etiikka lähihoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Vuorinen, R. 2008. *Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana* [verkkojulkaisu]. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja [viitattu 15.4.2013].

Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66405/978-951-44-7485-9.pdf?sequence=1>

Vähäkangas, P. & Noro, A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa, kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. *Hoitotiede*, 21(2), 97-108.

Vähäkangas, P. 2010. *Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa* [verkkojulkaisu]. Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Terveystieteiden tutkimus [viitattu 16.1.2013]. Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012. *Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen - Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen* [verkkojulkaisu]. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 48/2012 [viitattu 8.1.2013]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-688-5>

Väätäinen, S-M. 2010. Kuuleminen. Teoksessa Salminen, A-L. (toim.). *Apuvälinekirja*. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry, 84-97.

WHO 2006. *Strengthening nursing and midwifery* [verkkojulkaisu]. Fifty-ninth world health assembly. WHA 59.27. Agenda item 11.17. [katsottu 12.9.2012]. Saatavissa: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R27-en.pdf

Wiman, R. 2004. Kumpaa pitäisi kuntouttaa – ihmistä vai yhteiskuntaa? Teoksessa Karjalainen, V & Viikkumaa, I (toim.). *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*, 81-90 [verkkojulkaisu]. 7. lisäpainos. Helsinki: Stakes [viitattu 12.1.2013]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102986/URN_ISBN_978-952-245-782-0.pdf?sequence=1

Yassi, A., Cooper, JE., Tate, RB., Gerlach, S., Muir, M., Trottier, J., et al. 2001. *A Randomized Controlled Trial to Prevent Patient Lift and Transfer Injuries of Health Care Workers*. Spine. 2001; 26:1739-46.

Åsted-Kurki, P., Paunonen, M. & Lehti, K. 1997. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 25 (5), 908-914.

Åstedt-Kurki, P. & Isola, A. 2001. Humor between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing* 35(3),452-458.

