

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

2016

Sirpa Laiho

# ERGONOMIAVASTAAVAN ROOLI TURUN KAUPUNGIN VANHUSTEN HOITOYKSIKÖISSÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja (AMK)

2016 | 46+10

Sirpa Laiho

## ERGONOMIAVASTAAVAN ROOLI TURUN KAUPUNGIN VANHUSTEN HOITOYKSIKÖISSÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ergonomiavastaavan näkemystä yksikkönsä ergonomisista työtavoista sekä arviota muun henkilökunnan potilassiirtotaidoista. Lisäksi tutkittiin ergonomiavastaavan kuvausta siitä, miten hän on toiminut roolissaan viimeisen vuoden aikana ja miten hän näkee roolinsa osana työyksikköä. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida vuosina 2010–2012 tehdyn ergonomisen kehityshankkeen vaikutuksia pitkällä tähtäimellä ergonomiavastaavien näkökulmasta sekä ergonomiavastaavan roolin kehittymistä ja sitä tukevia ja haittaavia tekijöitä. Laajempuna viitekehysenä toimi turvallisuusjohtaminen.

Kyselytutkimus toteutettiin Turun kaupungin hyvinvointitoimialan vanhuspalveluiden ympärivuorokautisissa hoitoyksiköissä. Tutkimus sisältää sekä laadullisia että määrällisiä aineksia ja kyselylomakkeessa hyödynnettiin monipuolisesti strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Tutkimushetkellä yksiköitä oli 47 ja niissä työskenteli 63 ergonomiavastaavaa. Kyselyyn vastasi 23 yksiköstä 29 ergonomiavastaavaa, jolloin vastausprosentiksi saatiin 46 %.

Vastaajat olivat kokeneita hoitajia, työkokemusta vastaajilla oli keskimäärin 15,5 vuotta. Vastaajista 97 % oli suorittanut Potilassiirtojen ergonomiakortti-koulutuksen, mutta silti 76 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ergonomiavastaavan tehtäviin. Yksiköiden kuormitustekijöissä korostuivat asukkaisiin liittyvät syyt ja eniten kuormitusta helpottavaksi tekijäksi koettiin apuvälineet. Henkilökunnan asenteen ergonomisia työtapoja ja apuvälineitä kohtaan kerrottiin olevan myönteisiä ja parantuneen viimeisen vuoden aikana. Ergonomiavastaavan työtä eniten tukevaksi tekijäksi nostettiin lähiesimiehen tuki. Muita työnkuvan toteuttamista edistäviä tekijöitä olivat työkavereiden tuki ja koulutuksen saaminen. Työnkuvan toteuttamista haittaaviksi tekijöiksi koettiin ajanpuute, työkavereiden negatiivinen asenne ja apuvälineiden puute. Vastauksista ilmeni ergonomiavastaavien pyrkimys jakaa tietoa ja ymmärrystä hoitajien työssä jaksamisen ja työturvallisuuden edistämiseksi.

### ASIASANAT:

ergonomia, kuormitustekijät, työskentelytavat, työsuojaus, turvallisuusjohtaminen, riskienarviointi, potilasturvallisuus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Registered Nurse

2016 | 46+10

Sirpa Laiho

## THE ROLE OF ERGO-COACHES IN TURKU CITY'S ELDER CARE UNITS

The purpose of this thesis was to survey the views of an ergo-coach regarding ergonomic working methods in 24-hour Elder Care Units of Turku City Welfare Division and personnel skills in patient handling. The study also explored ergo-coaches' descriptions about their role in the elder care unit as a part of the nursing team and how they had managed to carry out their role during the past year. The aim of the study was to evaluate long-term effects of an ergonomic development initiative which was implemented in 2010-2012. The thesis provides insight from ergo-coaches' point of view about factors that reinforced and hampered the development of their role as ergo-coaches. The theoretical framework of the study contains paragraphs of safety management and ergonomics in healthcare.

The data was gathered using an online questionnaire which included structured questions as well as open questions. The research contains components of both qualitative and quantitative methods. The response rate to the questionnaire was 46-%.

According to the results of the thesis, the respondents were experienced healthcare professionals with an average of 15.5 years of work experience. 97-% of the respondents had an Ergonomic Patient Handling-Card and yet 76-% brought up the need for additional training in order to manage as an Ergo-coach. The results indicated that the most common reasons for increased work load in elder care units were related to patient characteristics. Assistive devices were most commonly described to decrease work load. Personnel's attitude towards ergonomic working methods and assistive devices was portrayed as positive and had improved during last year. The support received from superiors was the main factor which enhanced the development of the ergo-coaches' role. Other factors mentioned were the support of coworkers and education. Factors which hampered the ergo-coaches' work were lack of time, negative attitude of coworkers and shortage of assistive devices. The results of the thesis confirmed the undeniable effort of ergo-coaches to share information and comprehension in order to improve nursing personnel's coping with their work load and to promote safety and health at work.

### KEYWORDS:

ergonomics, workload factors, working methods, safety and health at work, safety management, risk assessment, patient security

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 TURVALLISUUSJOHTAMINEN</b>	<b>7</b>
2.1 Työsuojelun organisaatio	7
2.2 Lait ja asetukset	9
<b>3 ERGONOMIA</b>	<b>12</b>
3.1 Hoitotyön ergonomia	12
3.2 Ergonomiavastaavat	14
3.3 Työtapojen muutos ja riskinhallinta	16
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE</b>	<b>20</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>21</b>
5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	21
5.2 Aineiston analysointi	22
5.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	23
<b>6 TULOKSET</b>	<b>26</b>
6.1 Yksiköiden taustatiedot	26
6.2 Ergonomiavastaavien taustatiedot	28
6.3 Ergonomiset työtavat ja henkilökunnan taidot	29
6.4 Ergonomiavastaavien rooli	35
<b>7 LOPUKSI</b>	<b>39</b>
7.1 Johtopäätökset	39
7.1.1 Ergonomiset työtavat ja henkilökunnan taidot	40
7.1.2 Ergonomiavastaavien rooli	42
7.2 Suositukset	43
<b>LÄHTEET</b>	<b>45</b>

## LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Ergonomiavastaavan työnkuva

## KUVAT

Kuva 1. Turvallisuuskulttuuri.

Kuva 2. STM Riskinhallintamalli.

Kuva 3. TTL Riskinhallintamallin prosessi.

## KUVIOT

Kuvio 1. Vastausten jakaantuminen vanhuskeskuksittain.	26
Kuvio 2. Ergonomiavastaavien määrä yksikössä.	27
Kuvio 3. Vastaajien työkokemus hoitoalalta.	28
Kuvio 4. Kuormitustekijät 2011 (Hellstén 2014) ja 2015.	30
Kuvio 5. Kuormitusta helpottavat tekijät (n=81).	31
Kuvio 6. Apuvälinetilanne (n=29).	33
Kuvio 7. Hankintaehdotukset (n=25).	37
Kuvio 8. Työkavereiden tuki (n=29).	38

## TAULUKOT

Taulukko 1. Hoitosuunnitelmat ja päivittäinen kirjaaminen (n=28–29).	35
Taulukko 2. Ergonomiavastaavan työnkuva (n=28–29).	36

# 1 JOHDANTO

Turun kaupungin hyvinvointitoimialan ympärivuorokautisiin vanhusten asumispalveluiden yksiköihin on vuodesta 2010 asti nimetty ergonomiavastaavia edistämään turvallisten työkäytäntöjen toteuttamista. Vuosina 2010–2012 toteutettiin ergonominen kehittämishanke, jonka tavoitteena oli löytää keinoja parantaa hoitohenkilökunnan työturvallisuutta, työhyvinvointia ja työyhteisöjen ilmapiiriä sekä vähentää sairauspoissaoloja. (Hellstén 2014.) Hankkeen pohjalta Hellstén (2014) kirjoitti väitöskirjan, jossa todettiin ergonomiavastaavien toiminnan vaikiinnuttamisen tukevan tavoitteiden saavuttamista.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tutkia ergonomiavastaavan näkemystä yksikönsä ergonomisista työtavoista sekä arviota muun henkilökunnan potilassiirtotaidoista tällä hetkellä, kun ergonomisesta kehittämishankkeesta on kulunut kolme vuotta. Lisäksi tutkitaan ergonomiavastaavan kuvausta siitä, miten hän on toiminut roolissaan viimeisen vuoden aikana ja miten hän näkee roolinsa osana työyksikköä.

Tutkimuksen tavoite on arvioida vuosina 2010–2012 tehdyn ergonomisen kehittämishankkeen (Hellstén 2014) vaikutuksia pitkällä tähtäimellä ergonomiavastaavien näkökulmasta sekä ergonomiavastaavan roolin kehittymistä ja sitä tukevia ja haittaavia tekijöitä. Laajempaan viitekehykseenä toimii turvallisuusjohtaminen.

Opinnäytetyö alkaa kuvauksella turvallisuusjohtamisen määritelmästä, työsuojelun organisoitumisesta ja työtä ohjaavasta lainsäädännöstä työ- ja potilasturvallisuuteen liittyen. Seuraavaksi tarkastellaan ergonomian määritelmää ja paneudutaan hoitotyön ergonomiaan sekä ergonomiavastaavan työhön turvallisten työtapojen juurruttajana ja käytännön muutosagenttina. Työssä sivutaan kansainvälistä näkökulmaa, sillä ergonomiavastaavan työnkuva tunnustetaan maailmanlaajuisesti.

## 2 TURVALLISUUSJOHTAMINEN

Turvallisuusjohtaminen määritellään kokonaisvaltaiseksi, niin lakisääteisen kuin omaehtoisen turvallisuuden hallinnaksi. Turvallisuusjohtamisessa yhdistyvät toimintatapojen, menetelmien ja ihmisten johtaminen ja se sisältää ajatuksen jatkuvasta turvallisuuden ja terveellisyyden edistämisestä. Hyvä turvallisuusjohtaminen pitää sisällään jatkuvan suunnittelun, toiminnan ja seurannan. Organisaation tapa toimia turvallisuuden suhteen eli turvallisuuskulttuuri vaatii kehittyäkseen sitoutuneen johdon, jotta henkilökunta toiminnallaan edistää tätä kulttuuria. Työsuojelun asiantuntijat tukevat linjaorganisaation turvallisuustyötä. Keskeinen työkalu on riskinarviointi. (Työsuojeluhallinto 2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (2011) riskienhallinnasta ja turvallisuussuunnittelusta todetaan yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten asettavan mittavia haasteita turvallisuuskulttuurin kehittämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä. Turvallisuussuunnittelussa, joka on keskeinen osa johtamista, korostuu laaja-alainen riskien tarkastelu ja niiden hallinnan jäsentäminen. Terveysturvallisuuden työryhmä on kehittänyt riskienhallintamallin, joka on tarkoitettu fyysisten turvallisuusriskien hallintaan ja jota käytetään turvallisuussuunnittelun perustana. Riskinarviointia ja -hallintaa käsitellään tarkemmin kappaleessa 3.3.

### 2.1 Työsuojelun organisaatio

Euroopan Unionissa on kirjoitettu opas *Occupational health and safety risks in the healthcare sector*, jossa paneudutaan terveydenhuoltoalan riskeihin ja niiden ehkäisyyn. Oppaassa todetaan Euroopan tasolla potilaiden siirtotilanteiden ja käsittelyn olevan yksi merkittävimmistä riskeistä, jotka altistavat hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelimestön ongelmille. Oppaassa annetaan ohjeistuksia riskinarvioinnista, apuvälineiden käytön lisäämisestä ja hoitajan ominaisuuksien huomioimisesta työtä suunniteltaessa sekä suuntaviivoja, miten työterveydelli-

nen näkökulma tulisi integroida organisaatioiden toimintasuunnitelmiin. EU:n strategiassa vuosina 2007–2013 tavoitteena oli terveydenhuoltoalalla esiintyvien riskien ja tapaturmien vähentyminen, jonka vaikutuksesta opas kirjoitettiin.

Euroopan unionin toimielimissä valmistellaan suurin osa Suomen uudesta työsuojelulainsäädännöstä, jonka tavoitteena on nykyaikainen, tehokkaasti vaikuttava, näyttöön ja tosiasioihin pohjautuva yhteisölainsäädäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa työsuojelun kehittämisestä, valvonnasta, lainsäädännön laatisemisesta ja työterveyshuollon kehittämisestä. Työsuojeluun luetaan kuuluvaksi työn turvallisuuden ja terveellisyyslisäksi palvelussuhteen ehdot, henkinen hyvinvointi, organisaation ja johtamisen toimivuus, tuottavuus sekä yhteistoiminta. Päävastuu työolojen kehittämisestä on työpaikoilla. Työterveyshuolto, työsuojeluhallinto ja muut asiantuntijapalvelut tukevat työpaikkojen toimintaa ja myös työntekijän on huolehdittava omalta osaltaan omasta ja muiden työntekijöiden turvallisuudesta. (Työsuojelu Suomessa 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva työsuojeluhallinto ohjaa aluehallintovirastojen (AVI) työsuojelun vastuualueita, kehittää ja valmistelee työsuojelun lainsäädäntöä ja työsuojelupolitiikkaa sekä huolehtii kansainvälisestä yhteistyöstä työsuojelun alalla (Työsuojeluhallinto 2015). Kuntajärjestöt ja liitot ajavat työntekijöiden etuja, edistävät käytännön tasolla työntekijän ja työnantajan yhteiskeskustelua tarjoamalla järjestäytyneille työntekijöille luottamusmiehen ja työsuojeluvaltuutetun palveluita liittyen työehtosopimukseen ja työpaikoilla ilmeneviin ongelmatilanteisiin (Superliitto 2016).

Työterveys- ja työturvallisuusjohtamisjärjestelmän (TTT-järjestelmä) avulla organisaatio voi hallita riskejä ja parantaa toimintansa tasoa. TTT-järjestelmän vaatimukset määräytyvät kansainvälisen OHSAS 18001 -standardin mukaan ja OHSAS 18002 -julkaisu puolestaan suosittelee tapoja vaatimusten soveltamiseen. TTT-järjestelmä kytkee työsuojeluasiat osaksi organisaation jokapäiväistä toimintaa. Kansainvälinen standardisointijärjestö ISO on aloittanut työterveys- ja työturvallisuusasioiden johtamista koskevan standardin valmistelun syksyllä 2013. Se tulee aikanaan korvaamaan OHSAS 18001 -julkaisun. (Suomen Standardisointiliitto SFS ry.)



## 2.2 Lait ja asetukset

Suomessa on lukuisia lakeja, säädöksiä, ohjeistuksia ja suosituksia liittyen työ- ja potilasturvallisuuteen sekä hoidon laatuun, jotka viitoittavat ja johdattavat käytännön työtä vaarattomampaan suuntaan ja lisäävät hoitohenkilökunnan sekä potilaan oikeusturvaa. Niitä ovat muun muassa työturvallisuuslaki (738/2002), työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383), terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326), tapaturma- ja ammattitautilaki (24.4.2015/459), laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta (20.1.2006/44), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista (1409/93), valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta (12.6.2008/403) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298). Alla muutamia keskeisimpiä poimintoja Suomen lakipykälistä opinnäytetyön aiheeseen liittyen sekä Hudsonin (2005) artikkeli Journal of Long-Term Effects of Medical Implants–julkaisusta, jossa kerrotaan Amerikan tilanteesta liittyen terveydenhuollon lainsäädäntöön.

Työnantaja on tarpeellisilla toimenpiteillä velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Tässä tarkoituksessa työnantajan on otettava huomioon työhön, työolosuhteisiin ja muuhun työympäristöön samoin kuin työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyvät seikat. (Työturvallisuuslaki 738/2002, luku 2, 8§.) Työtä tulee keventää tarvittaessa apuvälinein. Terveydelle haitalliset käsin tehtävät nostot ja siirrot tulee tehdä mahdollisimman turvallisiksi, mikäli niitä ei voida välttää tai keventää apuvälinein. (Työturvallisuuslaki 738/2002, luku 5, 24§.)

Työterveyshuoltolaissa (21.12.2001/1383) säädetään työnantajan velvollisuudesta järjestää työterveyshuolto sekä työterveyshuollon sisällöstä ja toteuttamisesta. Lain tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa sekä työyhteisön toimintaa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) muistuttaa potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun sekä itsemääräämisoikeuteen. Lain 12§ määrittelee potilasasiakirjojen sisällöstä seuraavaa: Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot.

Terveydenhuoltoalan kansainvälinen toimintaympäristö vaikuttaa merkittävästi myös suomalaiseen hoitotyöhön. EU-tason lainvalmistelutyö vaikuttaa kansallisen lainsäädäntömme lisäksi suomalaisten sairaanhoitajien asemaan. Potilaat hakevat terveydenhoitoa ja hoitohenkilökunta hakeutuu avoimemmin töihin muihin EU-maihin, jonka vuoksi EU-maiden terveydenhuoltojärjestelmät ja terveyspolitiikka ovat yhä enemmän kytköksissä toisiinsa. Terveydenhuoltoteknologian kehittyminen on huimaa ja odotukset tulevaisuuden hoitomahdollisuuksista kasvavat jatkuvasti. (Sairaanhoitajat 2014.)

Amerikan Texasissa vuonna 2006 tuli voimaan laki, joka velvoittaa sairaalat ja hoitokodit laatimaan suunnitelman koskien turvallisia potilassiirtoja. Laki määrää tunnistamaan, arvioimaan ja kehittämään metodeja, joilla voidaan hallita potilaan ja hoitajan loukkaantumisriskiä nosto- ja siirtotilanteissa. Käsien tehtävien nostojen ja siirtojen sanotaan olevan epätoivottavia ja tehottomia. Verrattuna muihin aloihin terveydenhuoltoala on jäljessä teknologian hyödyntämisessä kuormituksen vähentämiseksi. Terveydenhuoltoalalla on luotettu hoitohenkilökunnan jaksavan raskasta fyysistä työtä, jota voitaisiin huomattavasti keventää koneiden avulla, minkä vuoksi riski hoitajan tai potilaan loukkaantumiseen on hyvin merkittävä. Amerikan mainitaan olevan jälkijunassa verrattuna esimerkiksi Australiaan tai Englantiin, joiden todetaan olevan edelläkävijöitä modernin teknologian käytössä potilassiirtoja tehtäessä sekä lakien noudattamisessa, jotka kieltävät potilaiden käsien tehtävät nostot ja siirrot. Texasin ollessa ensimmäinen osavaltio, joka sai lain säädettävä, muut osavaltiot tekevät edelleen töitä aiheen parissa. Mainittakoon vielä, että Kalifornia oli lähellä saada lainsäädännön aikaiseksi ennen Texasia. Kuvernööri Arnold Schwarzenegger

käytti kuitenkin veto-oikeuttaan, sanoen uskovansa jo olemassa olevien sää-  
dösten suojelevan hoitohenkilökuntaa riittävästi. (Hudson 2005.)

### 3 ERGONOMIA

Ergonomia-käsite tulee kreikan kielen sanoista *ergo* = työ ja *nomos* = luonnonlait. Ergonomia tutkii ihmisen ja toimintajärjestelmän vuorovaikutusta ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskyvyn parantamiseksi. Ergonomialla pyritään sopeuttamaan työtä, työvälineitä ja –ympäristöä vastaamaan ihmisen tarpeita ja ominaisuuksia samalla edistään turvallisuutta ja tehokkuutta. Ergonomia on tietoa ihmisen rakenteista, kyvyistä, tarpeista, toimintatavoista ja -mekanismeista, jotka on otettava huomioon suunniteltaessa tai sovitettaessa toimintaympäristöä ihmiselle. Selvittämällä ja tarkkailemalla ihmisen toimintaa ja käsityksiä, voidaan havaita oleellisia puutteita ympäristössä tai toiminnassa ja sitä myöden muodostaa inhimilliset tavoitteet toimintatavan tai -ympäristön muutokselle. Eurooppalaisessa ergonomia-ajattelussa korostuu kuormittumisen säätely ja ihmiselle optimaalisen kuormitustason etsiminen. Nykyään painotusta voi luonnehtia työsuojelua, työterveyttä ja työviihtyvyyttä korostavaksi, vaikka aikoinaan lähtökohtana on ollut myös tehostaa ihmistyötä hyväksyttävän terveusriskin puitteissa. (Launis & Lehtelä 2011,19–27.)

#### 3.1 Hoitotyön ergonomia

Hoitotyön fyysistä kuormittavuutta on tutkittu ergonomisten interventioiden kautta mittaamalla alkutilanne, toteuttamalla interventio ja raportoimalla havaitut muutokset. Moni tutkimus keskittyy fyysisen kuormituksen tunnistamiseen, energeettiseen (syketaajuus, hapenkulutus, MET-arvo) mittaamiseen ja vähentämiseen tai optimoimiseen. Tässä työssä tulisi ymmärtää kuormitus laajempänä käsitteenä, ei vain fyysisenä taakkana vaan myös hoitajan kokeman henkisen painon ilmaisijana.

Hoitotyön fyysinen ja henkinen kuormittavuus on lisääntynyt 2000-luvulla. Monet kuormitustekijät ilmenevät tuki- ja liikuntaelimestön oireiluina ja sairauksina lisäten sairauspoissaoloja ja johtavat hoitohenkilökunnan varhaiseen eläköity-

miseen. Hoitotyön työkäytäntöjen kehitys perustuu ymmärrykseen hoitotyön kuormituksesta ja riskeistä erilaisissa avustustilanteissa sekä niiden vähentämisestä pääasiassa ergonomian keinoin. Hoitohenkilökunnan tulee sitoutua työpaikalla yhteisesti sovittuihin potilaan avustusperiaatteisiin, jotta hoidon laatu ja työturvallisuus voidaan taata. (Tamminen-Peter ym. 2011, 5, 16-17.)

Laajassa kyselytutkimuksessa Sosiaali- ja terveysalan työoloista kahden vuosikymmenen ajalta tunnistettiin tekijöitä, joiden aiheuttama kuormitus koettiin hyvin yleisesti aiempaa suuremmaksi ja joiden kielteinen kehityssuunta oli selvästi havaittavissa koko tutkimusajan. Tekijöitä olivat asiakkaiden moniongelmaisuus, asiakkaista tunnettu vastuu ja väkivallanuhka. Tulosten mukaan nämä olivat juuri niitä tekijöitä, jotka rasittivat palvelutaloissa työskenteleviä eniten. Lisäksi huomattiin, että tiedonkulku johdon ja alaisten sekä eri työyksiköiden välillä on heikentynyt selvästi aiemmasta. Henkilöstön kuvattiin kokevan vaikutusmahdollisuutensa vähäisiksi koskien työpaikalla tapahtuvia muutoksia. Kunta 10 - tutkimus toi esille samansuuntaisia tuloksia. (Laine ym. 2011, 35, 129-130.)

Käsin tehtävien nostojen ja siirtojen tiedetään lisäävän hoitajan loukkaantumisen riskiä sekä pahimmillaan voivan aiheuttaa potilaalle kipua, mustelmia, ihorikkoja, hiertymiä ja murtumia. Turvallisten ja luotettavien potilassiirtoon tarkoitettujen nostimien sekä kitkaa poistavien materiaalien käytön potilassiirroissa on todettu estävän edellä kuvattua turhaa brutaaliutta. Toistuvasti on todistettu, että hoitohenkilökunnan tai erityisten nostotiimien käyttäessä sähköisiä potilasnostimia suurin osa hoitajien tuki- ja liikuntaelimestöön kohdistuvista tapaturmista ja vammautumisista pystytään estämään, mikä tuo huomattavia kustannussäästöjä. (Hudson 2005.)

Hoitotyö etenkin vanhustenhuollossa on fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavaa (Fagerström ym. 2011, 5). Ergonomisessa avustamisessa pyritään löytämään keinoja inhimilliseen toimintaan, jotta toimintajärjestelmä, -ympäristö ja apuvälineet tukisivat sekä avustajan että avustettavan vuorovaikutusta siten, että avustaminen tapahtuisi molemmille osapuolille turvallisesti ja terveellisesti. Reiman ym. (2008) mukaan (ks. Fagerström 2013, 22, 39) ergonomiseen avustamiseen liittyviä työkäytäntöjä voidaan kehittää organisaation sosiaalisten rakenteiden

avulla. Kehitystyön onnistumiseen vaikuttavat hoitajien käsitykset asiasta ja organisaation aikaisemmat työkäytännöt.

Monitahoisessa ja kattavassa tutkimuksessa Hong Kongin yliopistossa (Szeto G.P.Y ym. 2012, 420) pyrittiin edistämään kotihoidossa työskentelevien hoitajien ergonomiaa sekä vähentämään tuki- ja liikuntaelimestön ongelmia. Intervention keinoja olivat yksilöllinen ohjaus aidoissa potilastilanteissa, hoitajan fyysistä kuntoa parantava päivittäinen harjoitusohjelma ja ergonomian perusteiden opetus. Aiemmissa interventioissa (Hartvigsen ym. 2005, Kluijstra 2010, Knibbe ym. 2007) on toteutettu lähinnä ryhmämuotoista koulutusta. Yksilöllisen ohjauksen etuina nähtiin mahdollisuus antaa välitöntä palautetta sekä korjata hoitajan väärä työasento, jolloin oppiminen oli käytännönläheisempää. Lisäksi fyysistä kuntoa parantava harjoitusohjelma edisti tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien vähentymistä.

### 3.2 Ergonomiavastaavat

Turun kaupungin ympärivuorokautisissa vanhusten hoitoyksiköissä on nimetty ergonomiavastaavia vuodesta 2010 alkaen. Turussa aiemmin käytössä ollut nimike oli nosto- ja siirtovastaava eli yksiköissä on pitkään ollut olemassa vastuuhenkilökäytäntö.

Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa rakennettiin vastuuhenkilöverkosto vuosina 1994–2004 liittyen potilassiirtojen turvallisuuteen ja hoitohenkilökunnan kuormituksen vähentämiseen. Toimintaa kutsuttiin PAST-toiminnaksi, joka tulee sanoista potilaan avustamis- ja siirtotavat. Vastuuhenkilöä kutsuttiin pastilaiseksi. Pastilaisten tehtävänä oli kouluttaa työtovereitaan. (Rantsi & Hämäläinen 2006.)

Nykyisen ergonomiavastaavan työnkuvaan (liite 3) on määritelty kuuluvaksi muun muassa henkilöstön koulutustarpeen seuraaminen ja koulutuksen toteuttaminen potilassiirtotilanteisiin ja apuvälineiden käyttöön liittyen. Lisäksi työnkuvaan kuuluu apuvälinetilanteen kartoittaminen ja esimiehen informointi esiin nousseista tarpeista.

Potilassiirtojen ergonomiakortti -koulutus on valtakunnallinen opintokokonaisuus, jonka sisältöön kuuluu teoriaopintoja, käytännön harjoittelua siirtotilanteissa sekä apuvälineiden käytön opettelua. Ergonomiavastaavana toimivan hoitajan olisi suositeltavaa todentaa osaamisensa suorittamalla tämä standardoitu koulutus. Työterveyslaitos on kehittänyt Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa (Työturvallisuuskeskus).

Ergonomiavastaavan tulisi toimia osastonhoitajan tai esimiehen apuna, hänelle suotujen valtuuksien ja velvollisuuksien puitteissa, ergonomisten työtapojen edistämiseksi. Työnkuvaan voi kuulua esimerkiksi ergonomisen työskentelyn ohjaus, avustustaitokoulutusten suunnittelu ja organisointi sekä apuvälineiden kunnan seuranta ja hankinta. (Fagerström 2013, 154-155)

Kansainvälisessä tutkimuksessa yksilön ja organisaation tekijöiden vaikutuksista ergonomisten apuvälineiden käyttöön (Koppelaar ym. 2014) ergonomiavastaavaan viitataan seuraavilla termeillä: Ergo coach, a peer leader, lifting coordinator, back injury resource nurse, lifting specialist ja mobility coach. Tärkeä askel ergonomisten työtapojen toteutuksen prosessissa on tunnistaa työkäytäntöjen muutosta estävät tekijät, joista useat näyttäytyvät niin yksilötasolla kuin laajemminkin toimintaympäristön tarkastelussa. Tutkimuksessa tunnistettuja yksilötason tekijöitä olivat muun muassa koetun tarpeen ja tiedon puute. Organisaatiotasolla tekijöitä olivat ajanpuute, pakollisen käytännön puuttuminen koskien nostolaitteiden käyttöä ja työntekijän yhteys apuvälineisiin, jotka yhdessä haittasivat ergonomiavaimennuksen lisäävien apuvälineiden käytön toteutumista työyksikössä.

Tanskalaisessa yliopistossa on myös tutkittu ergonomiavastaavan työn vaikutuksia yksikön työkäytäntöihin. Ergonomiavastaavan tehtäviin kuului nostaa esiin yksikössä esiintyvät, kuormitusta lisäävät tekijät ja yrittää löytää niihin ratkaisuja. He antoivat kollegoille neuvoja paremmista työskentelyasunnoista ja heitä konsultoitii opetustilaisuuksiin. Tärkeimpänä pidettiin asennemuutosta – jos hoitohenkilökunta koki fyysisen rasituksen vähentyvän, he olivat motivoitu-

neita muuttamaan työtapojaan ergonomisemmiksi. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että ergonomiavastaavat olivat arvokas osa työtiimiä ja heidän työpanoksellaan sekä ennaltaehkäistiin että vähennettiin poissaoloja ja vammautumisia. (Kluifstra 2001.)

### 3.3 Työtapojen muutos ja riskinhallinta

Ruuhilehto (2007) esittää *johtamisen* olevan vastaus kysymykseen, miten saadaan ihminen muuttamaan työtapojaan, sillä suomalaisessa kulttuurissa on totuttu johtamaan sekä asioita että ihmisiä. Työsuojeluhallinnon (2014) kuva 1 turvallisuuskulttuurin sisällöstä havainnollistaa, että menetelmiä ja toimintatapoja tai ihmisiä johtaessa tulisi kiinnittää huomiota eri asioihin.



Kuva 1. Turvallisuuskulttuuri (Työsuojeluhallinto 2014).

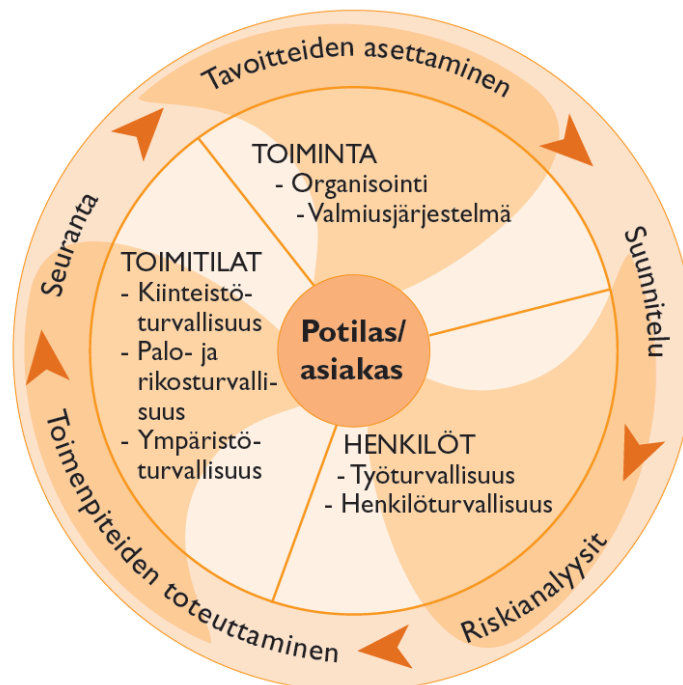
Työpaikan turvallisuuskulttuurin tulisi rakentua soveltamalla tietoa siitä, mikä ohjaa ihmisen käyttäytymistä ja miten hän arvioi ja tunnistaa työhönsä liittyvät riskit. Ihmisen käyttäytymiseen vaikuttaa suuresti, enemmän kuin hän itse kuvittelee, sosiaalinen ympäristö ja ryhmän sisällä vallitsevat arvot. Työyhteisössä vallitseva kulttuuri määrittää pitkälti miten riskeihin ja riskin ottoon, toi-



saalta myös turvallisten työkäytäntöjen edistämiseen, suhtaudutaan. Turvallisten työtapojen juurruttamista hankaloittavat usein johdon antamat ristiriitaiset viestit niiden arvosta. Jos johto korostaa tehokkuuden ja muualta tulevien vaatimusten täyttämistä tärkeämpänä arvona kuin vaarojen huomioimista, tietoinen riskinotto lisääntyy. Yleistyvät pienet muutokset työtavoissa ja arvoissa johtavat työyhteisön ja yksilön hiljaiseen hyväksyntään ja turvallisten työmenetelmien rajojen venymiseen. (Ruuhilehto 2007.)

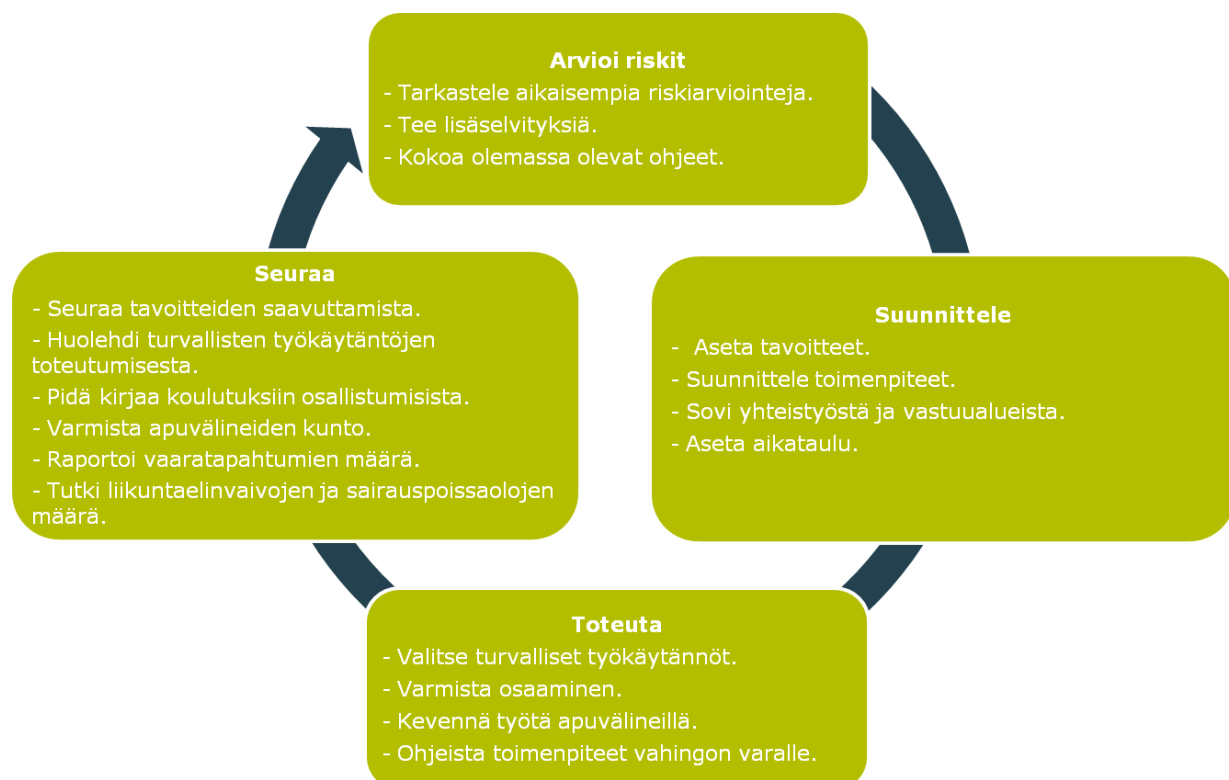
Työnantajan ja työntekijöiden on yhteistoiminnassa ylläpidettävä ja parannettava työturvallisuutta työpaikalla. Työntekijöiden on osaltaan toimittava yhteistyössä työnantajan ja työntekijöiden edustajien kanssa tämän lain mukaisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Työntekijällä on oikeus tehdä työpaikan turvallisuutta ja terveellisyyttä koskevia ehdotuksia työnantajalle ja saada niihin palautte. (Työturvallisuuslaki 738/2002, luku 3, 17§.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) selvityksessä on kehitetty kuvan 2 mukainen, terveydenhuollon laitosturvallisuuden riskienhallinnan malli.



Kuva 2. STM Riskinhallintamalli (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011, 10)

Työterveyslaitoksen julkaisussa Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalle (2011) esitellään samankaltainen malli (kuva 3), joka perustunee työterveys- ja turvallisuusjohtamisjärjestelmään eli OHSAS 18001 -standardiin. Hallintamallin sisältö rakentuu ”Arvioi – Suunnittele – Toteuta – Seuraa” -menettelyyn, jonka organisaatio voi muokata itselleen sopivaksi yhteistyössä työterveyshuollon ja työsuojelun edustajien kanssa. Arviointivaiheessa tarkastellaan aiempia riskiarvioin- teja ja kootaan jo olemassa olevat ohjeistukset. Suunnitteluvaiheessa asetetaan tavoitteet, aikataulu ja toimenpiteet. Toteutus pitää sisällään suunniteltujen toi- menpiteiden toteuttamisen turvallisilla työkäytännöillä, työn keventämisen apu- välinein sekä ohjeistuksen miten toimia vahingon sattuessa. Seurannassa mita- taan tavoitteiden saavuttamista, pidetään kirjaa koulutuksiin osallistumisista, raportoidaan vaaratapahtumien määrä ja vaikutus sairauslomien esiintyvyyteen. (Tamminen-Peter ym. 2011, 7-9.)



Kuva 3. TTL Riskinhallintamallin prosessi (Tamminen-Peter ym. 2011,9)

Työterveyslaitoksen julkaisemassa raportissa *Fyysisten riskien hallintamallin juurtuminen osaksi vanhustenhuollon turvallisuusjohtamista* (Fagerström ym. 2013) toteutettiin kolme vuotta kestänyt monimenetelmäinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollon organisaatioissa. Fyysisten riskien hallintamallin tarkoituksena oli tukea työpaikan turvallisuutta edistävää ilmapiiriä, helpottaa työntekijöitä kuormittavassa työssä ja auttaa työnantajaa huolehtimaan työturvallisuuslain velvoitteista. Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että yksilötasolla tapahtui positiivisia muutoksia. Myös potilaan apuvälinetarpeesta ja avustustavoista keskusteltiin enemmän ja kirjaamiseen kiinnitettiin enemmän huomiota. Sen sijaan organisaatiotasolla ei havaittu suuria muutoksia ja fyysisten riskien hallintaan liittyvien tavoitteiden muodostaminen yksiköissä oli puutteellista. Vaikka kaikilla interventio-osastoilla oli nimetyt ergonomiavastaavat, toimenkuvan toteutus oli hyvin riippuvainen valittujen henkilöiden aktiivisuudesta ja annetuista resursseista. Raportissa todettiin myös, että osassa yksiköistä johto edellytti ergonomiavastaavien verkostoitumista keskenään, minkä huomattiin edistävän koulutusten suunnittelua ja toteutusta.

Fagerströmin (2013:132-133) monitasoisen, kontrolloidun interventiotutkimuksen mukaan myönteisiä muutoksia työyhteisöissä edistivät esimiesten tuki, yhteisöllisyys, kannusteet, asukkaiden kuntoutuminen ja hoitajan kokemus oma-kohtainen hyöty. Tutkimuksessa todentui osastonhoitajien tai lähiesimiesten merkittävä rooli ergonomisten avustustapojen juurruttamisesta käytännön työhön. Työyhteisön suhtautuminen vaikuttaa ergonomisen avustamisen toteutumiseen ja jotta suhtautuminen olisi myönteistä, tulisi työyhteisössä olla avoin ja keskusteleva ilmapiiri. Jokainen hoitaja voi omalla suhtautumisellaan edistää hyvien käytäntöjen toteutumista.

## **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia ergonomiavastaavan näkemystä yksikkönsä ergonomisista työtavoista sekä arviota muun henkilökunnan potilassiirtotaidoista. Lisäksi tutkitaan ergonomiavastaavan kuvausta siitä, miten hän on toiminut roolissaan viimeisen vuoden aikana ja miten hän näkee roolinsa osana omaa työyksikköään.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten ergonomiavastaavat kuvaavat ja arvioivat työyksikköjensä ergonomisia työtapoja ja henkilökunnan potilassiirtotaitoja?
2. Miten ergonomiavastaavat ovat toimineet roolissaan viimeisen vuoden aikana ja miten he näkevät roolinsa?

Tutkimuksen tavoite on arvioida vuosina 2010–2012 tehdyn ergonomisen kehittämishankkeen (Hellstén 2014) vaikutuksia pitkällä tähtäimellä ergonomiavastaavien näkökulmasta sekä ergonomiavastaavan roolin kehittymistä.

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimusmenetelmät jaetaan yleisesti laadullisiin eli kvalitatiivisiin sekä määrällisiin eli kvantitatiivisiin lähestymistapoihin, jotka eivät sulje toisiaan pois. Menetelmätarkastelun vastakkainasettelusta on päästy irti; nykyään jaottelun sijaan keskitytään siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä halutaan tietää ja miten tämä tieto saadaan parhaiten esiin. (Kananen 2014.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on antaa uusi tapa ymmärtää ilmiötä. Siinä tutkitaan pääasiassa prosesseja ja ilmiöitä, jotka ovat liian monimutkaisia määrällisen tutkimuksen tilastollisille analyyseille (Kananen 2014, 19). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan ihmisen käsitystä, motivaatiota, kokemusta ja tulkintaa tutkimuksen kohteena; se kuvaa muun muassa ihmisen näkemystä, uskomusta ja asennetta. Määrällinen tutkimus sen sijaan mittaa nimensä mukaisesti määriä. Sen avulla mitataan muuttujia, käytetään tilastollisia menetelmiä ja tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54-66).

Tässä tutkimuksessa on sekä laadullisia että määrällisiä aineksia. Tutkimuksessa oli monipuolisesti eri laatuksia kysymyksiä, joilla saatiin laajasti tietoa ergonomiavastaavien näkökulmasta työhönsä ja käsityksistä yksikkönsä nykytilasta. Hirsjärven (2009:195) mukaan kyselytutkimuksen etuna voidaankin pitää sen tehokkuutta ja mahdollisuutta kerätä laaja tutkimusaineisto.

Tutkimusmenetelmä oli sähköinen Webropol-kysely (liite 1). Kysely perustui osittain vuonna 2011 toteutettuun kyselyyn (Hellstén 2014) sekä aiheesta tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen. Kysymykset olivat linjassa tutkimusongelmien kanssa ja kohdennettu niin, että vastaukset toivat vastauksia tutkimusongelmiin. Tutkimuksessa kysyttiin ergonomiavastaavien näkemyksiä ja kokemuksia avoimilla kysymyksillä, joka tuki laadullista lähestymistapaa. Henkilökunnan taitoja sekä ergonomisia työtapoja käsitteleviä avoimia vastauksia on jäsenneilty laa-

dullisesti. Kyselyssä oli myös strukturoituja 5-portaiseen arviointiasteikkoon perustuvia kysymyksiä ja dikotomisii kyllä/ei -kysymyksiä, joilla saatiin kohdennettua tietoa ja joita täydennettiin avoimin jatkokysymyksiin mahdollisimman kattavan vastauksen saavuttamiseksi. Strukturoidut kysymykset koskivat ergonomiavastaavan tehtävänkuvaa ja kirjaamisen sisältöä. Lisäksi kysely sisälsi yksikköön ja ergonomiavastaavaan liittyviä taustakysymyksiä.

Sähköinen kysely lähetettiin kaikille Turun kaupungin vanhuspalveluiden hoitoyksiköissä työskenteleville nimetyille ergonomiavastaaville sähköpostitse. Vastaushetkellä yksiköitä oli 47 ja jokaisessa yksikössä oli yksi tai kaksi nimettyä ergonomiavastaavaa, yhteensä 63 vastaajaa.

Kysely tarkastettiin ennen lähettämistä vastaajille. Pilotitijat (yksi hoitotyön ammattilainen sekä yksi aiheeseen täysin perehtymätön henkilö) arvioivat kysymysten selkokieliisyyttä, motivoivuutta ja ajankäyttöä kyselyyn vastaamiseen. Kysymykset todettiin selkeiksi, mutta osittain haastaviksi niiden laajuuden vuoksi. Kyselyyn vastaamiseen arvioitiin kuluvan noin 45 minuuttia ja se mainittiin saatekirjeessä.

Varsinainen kysely lähetettiin ergonomiavastaaville vuoden 2015 toukokuun toisella viikolla. Vastausaika annettiin kolme viikkoa ja kahden viikon jälkeen lähetettiin muistutusviesti vastaamisesta.

## 5.2 Aineiston analysointi

Kyselyn vastausprosentti oli 46 %. Vastauksia saatiin 23 yksiköstä ja vastaajia oli yhteensä 29, joista kaksi työskenteli varahenkilöinä eli he eivät sijoittuneet varsinaisesti mihinkään yksikköön. Aineiston analysoinnissa käytettiin suoria frekvenssi- ja prosenttijakaumia kuvaamaan tulosten jakautumista vastaajamäärän kesken. Yksiköiden taustatietoja koottaessa huomioitiin, että varahenkilöiden vastaukset eivät sijoittuneet mihinkään yksikköön.

Yksiköiden ja vastaajien taustatietoja analysoitaessa laskettiin keskiarvot hoitajamiehityksestä, yksikön asukaspaikkaluvusta, Potilassiirtojen ergonomiakortti –

koulutuksen käyneestä henkilökunnasta sekä ergonomiavastaavien määrästä yksiköissä. Vastaajien keskimääräinen työkokemus hoitoalalta oli 15,5 vuotta ja he olivat toimineet ergonomiavastaavan roolissa keskimäärin 3,3 vuotta.

Vastaukset kuormitustekijöistä pisteytettiin ja muutettiin prosenteiksi ja tuloksia verrattiin vuonna 2011 toteutettuun kyselyyn (Hellstén 2014). Vastauksia kuormitusta helpottavista ja toimivista tekijöistä ei pisteytetty eikä vertailtu aiempaan tutkimukseen, koska niitä ei aiemmin ollut kysyty.

Vastaukset avokysymyksiin on luokiteltu soveltuvin osin ja aineiston tuloksia on havainnollistettu kuvioin. Prosentuaaliset vastaukset hoitosuunnitelmien sisällöstä ja päivittäisen kirjaamisen toteutumisesta sekä ergonomiavastaavan työnkuvan toteutumisesta on koottu taulukoihin.

### 5.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta (reliabeliutta) ja pätevyyttä (validiutta) arvioidaan eri käsitteiden kautta laadullisissa ja määrällisissä tutkimuksissa. Hirsjärven (2009: 231-232) mukaan reliabelius ja validius ovat lähinnä määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytettäviä käsitteitä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta mittaavia kriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Yleisesti kyselytutkimuksen eduiksi luetaan mahdollisuus kerätä laaja tutkimusaineisto ja hyvin suunnitellun kyselylomakkeen analysoinnin helppous käyttäen tilastollisia menetelmiä. Heikkouksina mainittakoon luotettavuuteenkin vaikuttavia tekijöitä. Kyselytutkimuksen tekijän ei ole mahdollista varmistua siitä, miten huolellisesti ja rehellisesti vastaajat ovat pyrkineet vastaamaan. Väärinymmärryksiä voi syntyä, sillä kyselyyn vastaaja tulkitsee kysymykset oman ajattelunsa kautta. Kato vastaajissa on myös tulosten luotettavuuteen vaikuttava asia. (Hirsjärvi ym. 1997, 195–204.)

Tutkimusta tehdessäni olen pyrkinyt tarkkuuteen ja selkeyteen koko prosessin sekä erityisesti tulosten analysoinnin kuvaamisessa, mikä kohentaa tutkimuk-

sen luotettavuutta. Tutkimuksen reliabelius toteutuu kuormitustekijöiden verrattavuudessa vuoden 2011 kyselyyn (Hellstén 2014). Kysely voitaisiin toistaa uudessa tutkimuksessa ja tulokset analysoida samoin menetelmin kuin tässä tutkimuksessa. Tutkimuksen pätevyyttä pohdittaessa voidaan todeta, että tutkimusaineistosta saatiin laaja kuvaus ergonomiavastaavien näkemyksestä yksiköiden ergonomisista työtavoista sekä muun henkilökunnan potilassiirtotaitojen ja asenteiden muutoksesta verrattuna aiempaan. Lisäksi aineistosta saatiin kattava kuvaus ergonomiavastaavien toimimisesta viimeisen vuoden aikana roolisaan ja roolin kehittymisestä. Näin ollen tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset.

Tutkimuksen refleksiivisyyteen liittyy oma taustani ja olen tietoisesti pyrkinyt ehkäisemään sen vaikutusta tutkimuksen tekemiseen. Olen toiminut ergonomiavastaavana usean vuoden ajan ja olen mukana ergonomisten työtapojen kehittämisprojektissa, joka kohdistuu tutkittaviin yksiköihin pitkällä aikavälillä. Opintovapaa antoi etäisyyttä toteuttaa tutkimus, vaikka täyttä objektiivisuutta en voinut saavuttaa taustani vuoksi. Toisaalta työtaustani lisäsi mielenkiintoani aiheeseen ja antoi ymmärrystä varsinkin avoimien kysymysten vastausten analysoinnissa, sillä termit ja todellisuus vastausten taustalla ovat oman kokemuksen myötä paremmin käsiteltävissä.

Vanhusten asumispalveluiden johtajan hyväksynnällä tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa organisaation tutkimuslupatyöryhmältä. Hakemuksen liitteenä oli tutkimussuunnitelma. Saatekirjeessä (liite 2) otettiin huomioon arvostava kielenkäyttö ja informoitiin vastaajia tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä anonymitteetistä. Vastausmäärää pyrittiin maksimoimaan lähettämällä muistutus viikkoa ennen vastausajan päättymistä. Kyselylomakkeen kysymyksiä muotoiltaessa kiinnitettiin huomiota selvyyteen, spesifiyteen ja kysymyksen pituuteen – mieluummin lyhyt kuin pitkä. Kysymyksiä oli lukumäärältään paljon, mutta vastausten laatua pyrittiin parantamaan kertomalla vastaajille ennakkoon vastaamiseen tarvittava aika sekä kysymysten määrä.

Suhteellisen alhainen vastausprosentti (46 %) ei mielestäni vaikuta tutkimuksen sisällön luotettavuuteen, sillä tuloksissa käsitellään kyselyyn vastanneiden er-



gonomiavastaavien näkemyksiä yleistämättä tuloksia laajemmin koskemaan kaikkia ergonomiavastaavia.

Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Tutkimuksen tuloksilla saatiin tietoa ergonomiavastaavien näkemyksistä ja niistä voitaneen tulkita muutostarpeita käytännön työhön.

## 6 TULOKSET

Vastausprosentti kyselyyn oli 46 % (29/63). Kaksi vastaajista oli varahenkilöitä eli he kiertävät eri osastoilla, jonka vuoksi he eivät sijoittuneet mihinkään yksikköön. Heidän vastauksiaan ei laskettu yksiköitä koskeviin tuloksiin. Neljästä yksiköstä oli vastannut kaksi ergonomiavastaavaa: kyseisten yksiköiden hoitaja sekä asukasmäärät kuten myös Potilassiirtojen ergonomiakortti -koulutuksen suorittaneet sekä ergonomiavastaavien määrä laskettiin mukaan vain kerran, jotta saatiin yksikkökohtaisia keskiarvoja.

### 6.1 Yksiköiden taustatiedot

Vastanneita yksiköitä oli yhteensä 23. Kaikista neljästä vanhuskeskuksesta vastattiin kyselyyn. Suurin osa vastauksista tuli vanhuskeskuksista 2 ja 3 (kuvio 1).

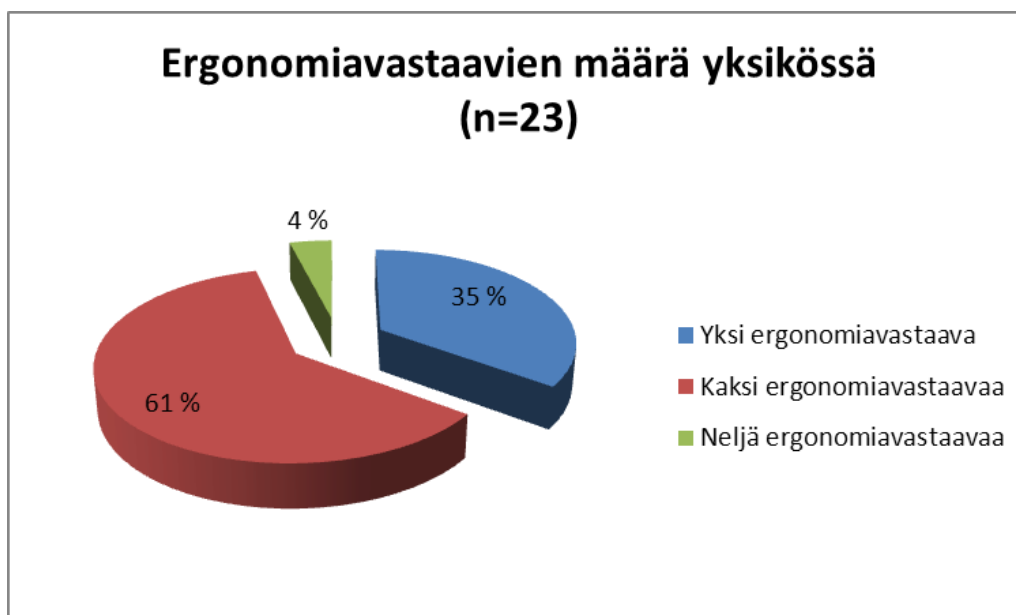


Kuvio 1. Vastausten jakaantuminen vanhuskeskuksittain.

Työyksiköiden ( $f=23$ ), joissa kyselyyn vastanneet ergonomiavastaavat työskentelivät, yhteenlaskettu hoitajamäärä oli 428. Yksikössä työskenteli keskimäärin 19 hoitajaa, pienin yksikkö oli 8 hoitajan ja suurin 35 hoitajan miehittämä. Asukaspaikkoja oli yhteensä 643. Keskimäärin yksikössä oli 28 asukaspaikkaa, pienin yksikkö oli 12-paikkainen, suurin 57-paikkainen.

Potilassiirtojen ergonomiakortti -koulutuksen suorittaneita hoitajia työskenteli yksiköissä yhteensä 42 eli vastanneista yksiköistä 9,8 % henkilökunnasta oli suorittanut korttikoulutuksen. Keskimäärin Potilassiirtojen ergonomiakortti -koulutuksen oli suorittanut 1,8 hoitajaa per yksikkö. Yhdessä yksikössä ei ollut yhtäkään koulutuksen suorittanutta, enimmillään yksikössä työskenteli neljä korttikoulutettua hoitajaa.

Vastanneissa yksiköissä työskenteli yhteensä 40 ergonomiavastaavaa, keskimäärin 1,7 ergonomiavastaavaa per yksikkö. Kahdeksassa yksikössä (35 %) työskenteli yksi ergonomiavastaava, 14 yksikössä (61 %) työskenteli kaksi ergonomiavastaavaa ja yhdessä yksikössä (4 %) työskenteli 4 ergonomiavastaavaa (kuvio 2).



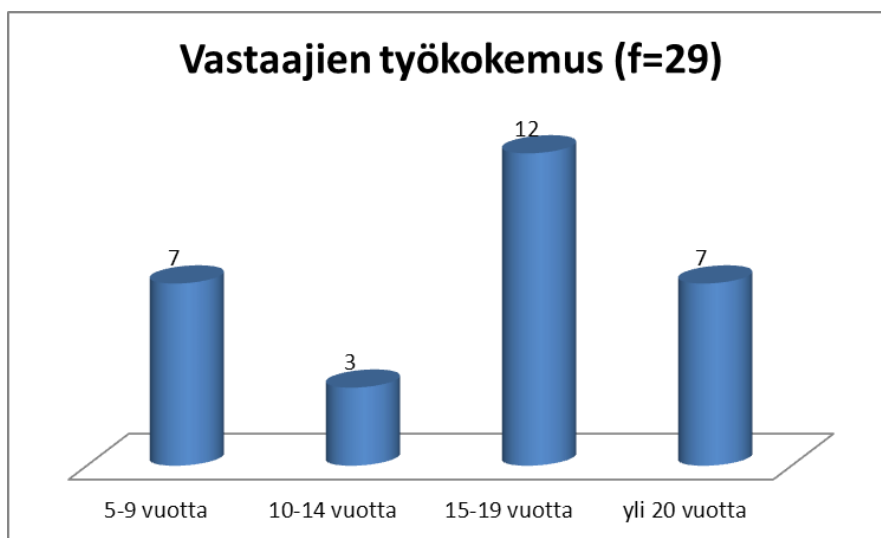
Kuvio 2. Ergonomiavastaavien määrä yksikössä.

Neljässä yksikössä oli kolme Potilassiirtojen ergonomiakortti -koulutuksen käynnyttä hoitajaa ja kaksi ergonomiavastaavaa. Kahdessa yksikössä oli kaksi koulutuksen käynnyttä ja yksi ergonomiavastaava. Yhdessä yksikössä oli yksi koulutuksen käynyt ja kaksi ergonomiavastaavaa. Yhdessä yksikössä ei ollut yhtään koulutuksen käynnyttä, mutta kaksi ergonomiavastaavaa. Muissa yksiköissä koulutuksen käyneiden ja vastaavien määrä oli sama.

## 6.2 Ergonomiavastaavien taustatiedot

Kaikilla vastaajilla (n=29) oli hoitotyön 2. asteen koulutus.

Vastaajien vähimmäistyökokemus hoitoalalta oli 5 vuotta ja pisin työkokemus oli 34 vuotta. Vastaukset luokiteltiin neljään luokkaan: 5-9 vuotta, 10–14 vuotta, 15–19 vuotta ja 20 vuotta tai yli. Puolella vastaajista oli työkokemusta 10–19 vuotta. Keskimäärin vastaajilla oli työkokemusta 15,5 vuotta. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastaajien työkokemus hoitoalalta.

Suurin osa vastaajista (20/29) oli toiminut ergonomiavastaavan roolissa yli vuoden, mutta alle 5 vuotta. Keskimäärin vastaajat olivat toimineet ergonomiavastaavina 3,3 vuotta. Osa vastaajista ilmoitti toimineensa ergonomiavastaavana yli 5 vuotta, jopa 10 vuotta. Aiemmin yksiköihin oli nimetty nosto- ja siirtovastaavia ja vuonna 2010 nimike oli muuttunut ergonomiavastaavaksi.

97 % vastaajista (n=29) oli suorittanut Potilassiirtojen ergonomiakortti -koulutuksen.

Muuta ergonomiavastaavan tehtäviin valmentavaa koulutusta oli 50 %:lla vastaajista (n=22). Vastauksiin sisältyi:

- nosto- ja siirtokoulutusta
- kaupungin sisäisiä koulutuksia Työterveyslaitoksen järjestäminä
- apuvälinekauppa Respectan järjestämä Håkan Skenheden –koulutus, joka sisälsi tietoa siirtämisen apuvälineistä ja ergonomiasta
- Durewall - (kinesteettiset menetelmät) ja kinestetiikka -koulutusta
- Liikunta hoitotyössä –koulutus (oppiaineina ergonomia ja fyysinen kuormitus)
- lähihoitajan tutkinnon kuntoutus –moduuli,
- vanhustyön erikoisammattitutkinto
- urheiluhierojan koulutus

Vastaajista (n=29) 76 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ergonomiavastaavan tehtäviin. Kysyttäessä, millaista lisäkoulutus voisi olla, vastaajista enemmistö (16/23) toivoi käytännön harjoittelun kertaamista. Käytännön harjoitteluun kuuluu siirtotekniikoiden ja apuvälineiden käytön fyysistä harjoittelua. Kinestetiikka – koulutusta toivoi neljä vastaajaa, lisäksi kaivattiin tietoa uusimmista apuvälineistä, toisten ergonomiavastaavien kokemuksista sekä vertaistukea yhteisten palaverien muodossa.

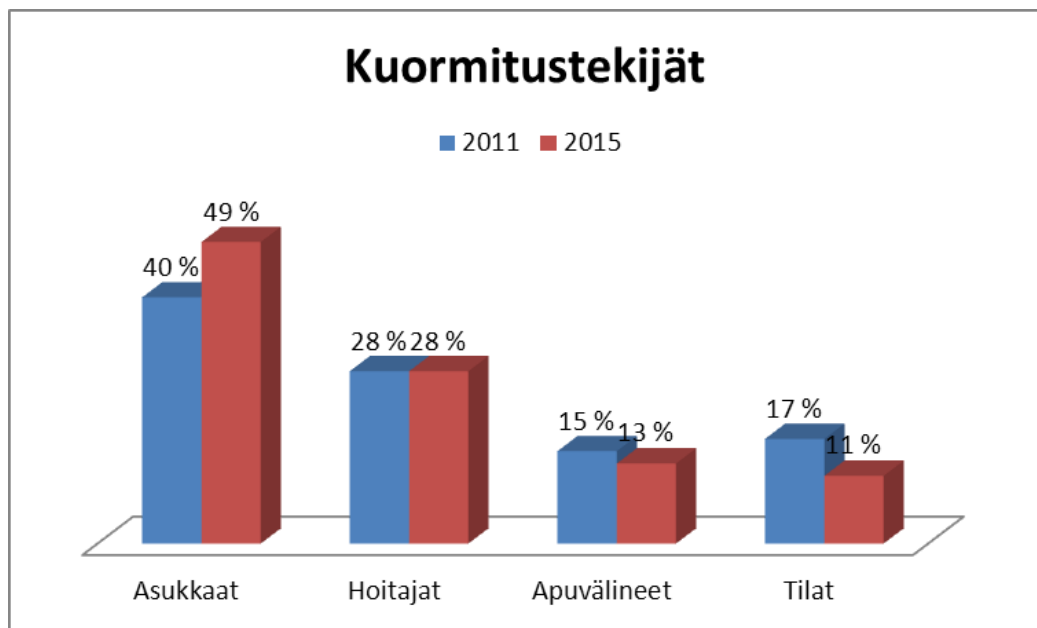
### 6.3 Ergonomiset työtavat ja henkilökunnan taidot

Vastaukset (n=29–23) tärkeimmistä kuormitustekijöistä ja ongelmista yksikössä luokiteltiin neljään luokkaan: asukkaisiin, hoitajiin, apuvälineisiin ja tiloihin liittyviksi tekijöiksi. Luokitus on muuten sama kuin Hellstènin (2014) tutkimuksessa, mutta luokka ”Muihin syihin liittyvät tekijät” jätettiin pois.

**Asukkaisiin** liittyviin kuormittaviin tekijöihin valikoituivat vastaukset, joissa kuvattiin asukkaan ominaisuuksia (mm. raskas, aggressiivinen, jäykkä, voimavaroiton, liikkumaton, vastusteleva, ylipainoinen) sekä siirto- ja syöttämistilanteita. **Hoitajiin** liittyviin ongelmiin vastaajat kuvasivat resurssipulaa (sairaslomat sekä

alimiehytys), tuke- ja liikuntaelinsairauksia, selkäkipua ja puutteellisia taitoja. **Apuvälineisiin** ja **tiloihin** luokiteltiin kuuluvaksi vastaukset, joissa mainittiin apuvälineiden puutteesta tai epäkäytännöllisyydestä (mm. vuodehoidot ei- korkeussäädettävissä sängyissä) sekä tilojen ahtaudesta.

Vastaukset pisteytettiin seuraavasti: 1. tärkeimmät = 3 pistettä, 2. tärkeimmät = 2 pistettä, 3. tärkeimmät = 1 piste. Pisteet jakautuivat seuraavasti: asukkaisiin liittyvät tekijät 76 pistettä, hoitajiin liittyvät tekijät 43 pistettä, apuvälineisiin liittyvät tekijät 20 pistettä ja tiloihin liittyvät tekijät 17 pistettä. Yhteiskuormituspisteet olivat siis 156. Pisteet muutettiin prosenteiksi jakamalla luokan pisteet kokonaispistemäärällä. Samalla tavalla muutettiin vuoden 2011 kyselyn (Hellstén 2014) pisteet prosenteiksi, jotta tuloksia voitiin verrata. Yhteiskuormituspisteet vuonna 2011 olivat 466. Vertailu osoitti tulosten olevan samansuuntaiset. Asukkaisiin liittyvät kuormittavat tekijät olivat nousseet 9 %, hoitajiin liittyvät kuormitustekijät olivat pysyneet samana, apuvälineisiin liittyvä kuormitus oli laskenut 2 % ja tiloihin liittyvät ongelmat olivat laskeneet 6 %. (Kuvio 4.)

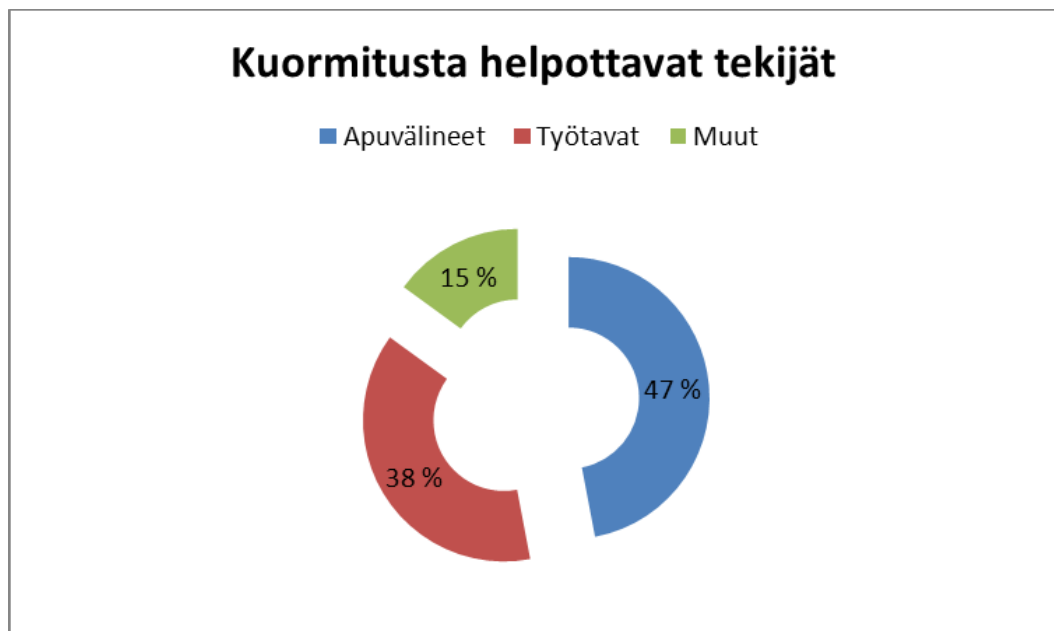


Kuvio 4. Kuormitustekijät 2011 (Hellstén 2014) ja 2015.

Kysymyksessä toimivista, kuormitusta vähentävistä työkäytännöistä vastaukset luokiteltiin kolmeen luokkaan: apuvälineisiin, työtapoihin ja muihin syihin liittyvät

tekijät. Apuvälineisiin liittyvät tekijät -luokkaan valikoituivat vastaukset, joissa oli selkeästi kerrottu tietyn apuvälineen, laitteen tai apuvälineiden käytettävissä olon ja tarpeenmukaisen käytön vaikuttavan kuormitukseen helpottavasti. Työtapoihin liittyviin tekijöihin valikoituivat vastaukset, joissa kerrottiin parityöskentelystä, yhteisistä toimintatavoista ja muusta työssä tapahtuvasta toiminnasta. Vastaukset laskettiin yhteen (n=81) ja prosentuaalinen jakauma laskettiin kaikista vastauksista.

**Apuvälineisiin** liittyvät kuormitusta helpottavat tekijät (47 %) olivat nostolaitteiden (liinanostin sekä seisomanojanostin) saatavuus ja käyttö, sähköisesti säädettävät vuoteet (jotka helpottivat päivittäisiä hoitotoimenpiteitä kuten hygieniahoitoa) sekä sähköisesti säädettävät suihkutuolit. **Työtapoihin** liittyvät kuormitusta helpottavat tekijät (38 %) olivat parityöskentely, yhteisesti sovitut toimintatavat, avun saaminen pyydettyäessä sekä ergonomisten työtapojen huomioiminen. **Muita kuormitusta helpottavia tekijöitä** (15 %) vastattiin olevan asukkaiden oikea lääkitys, riittävä aika työn tekemiseen, koulutus ja tiedon lisääminen, asennemuutokset, asukkaiden omien voimavarojen hyödyntäminen sekä käytännölliset tilat. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Kuormitusta helpottavat tekijät (n=81).

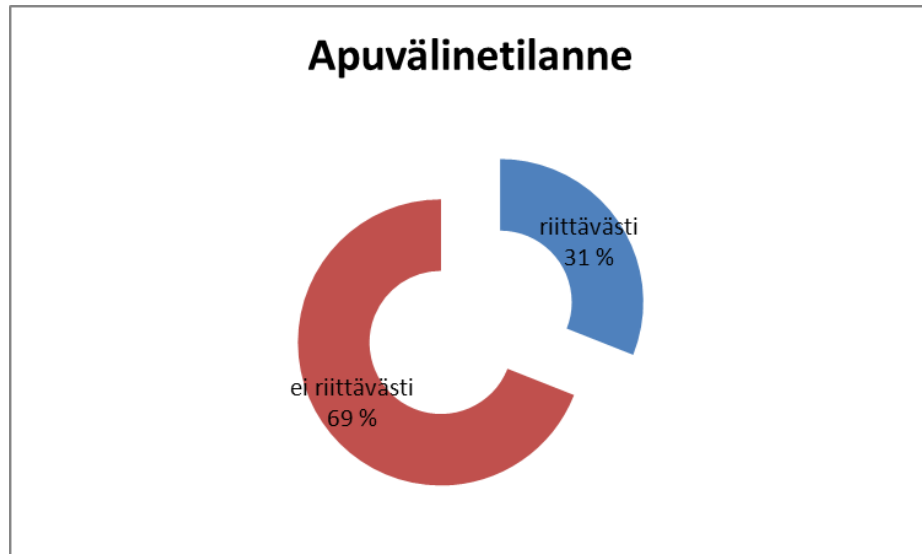
Vastaajien (n=28) mukaan yksiköihin oli hankittu viimeisen vuoden aikana yhteensä kuusi henkilönostinta, kaksi seisomanojanostinta ja kolme siirtymistasoa (ReTurn-kauppanimi). Muita apuvälineitä oli hankittu eri määriä, mm. siirto/kääntölevyjä, talutus/kävely/siirtovöitä, liukulautoja ja korokkeita, sähköisesti säädettäviä suihkutuoleja, suihkusänky sekä siirtoliinoja.

Vastaajat (n=29) kuvasivat tällä hetkellä käytössä olevien apuvälineiden ominaisuuksia (esim. käyttökelpoisuus, ajanmukaisuus, turvallisuus) ja kertoivat yksiköiden tarpeista hankintojen suhteen. Vajaa puolet vastaajista koki apuvälinetilanteen hyväksi, vaikka joitain puutteita oli. Eniten tarvetta oli liinanostimille ja seisomanojanostimille. Vastauksissa mainittiin myös asukkaiden huonontunut sekä vaihteleva kunto, jonka vuoksi apuvälineiden tarve oli lisääntynyt ja monipuolistunut.

Vastaajien arvioidessa apuvälineiden käyttökelpoisuutta huomio kiinnittyi yhteensopimattomuuteen, eli esim. seisomanojanostin ei sopinut yhteiskäyttöön suihkutuolin kanssa tai liinanostin ei sopinut yhteiskäyttöön sähköisesti säädettävän sängyn kanssa. Ajanmukaisuuteen liittyen suurimmassa osassa vastauksista mainittiin laitteiden olevan vanhoja ja päivityksen tarpeessa. Turvallisuuteen liittyen mainittiin nostimien ”jonotuksesta” eli kun sama nostin oli käytössä usealla osastolla tai useassa kerroksessa, sen käyttöä jonotettiin ja nostinta siirrettiin kerrosten välillä. Samoin suihkusängyistä mainittiin, että koko talon käytössä oli kaksi sänkyä ja yksi siirtopatja, jonka tulisi olla käytössä suihkusänkyyn siirrettäessä. Huoltojen mainittiin kestävän usein pitkään, jolloin osasto on ilman huoltoon lähetettyä laitetta. Osaa rikkimenneistä laitteista ei enää saatu korjattua ja uutta hankintaa jouduttiin odottamaan pitkään. Uusi hankinta venyi, koska kilpailutus kyseisistä laitteista oli kesken.

Vastaajista 31 % (n=29) oli sitä mieltä, että yksikössä oli riittävästi potilassiirtojen apuvälineitä, kun taas 69 %:n mielestä yksikössä ei ollut riittävästi apuvälineitä (kuvio 6).





Kuvio 6. Apuvälinetilanne (n=29).

Kysyttäessä, mitä potilassiirtojen apuvälineitä yksiköistä puuttui, vastauksista nousi päällimmäiseksi tarpeeksi seisomanojanostimet. Toiselle sijalle nousivat henkilönostimet, liukulaudat ja siirtymätasot (ReTurn - kauppanimi). Kolmanneksi eniten tarvetta oli nostimien liinoille sekä siirto/kävelyvöille.

Vastaajat (n=29) kertoivat henkilökunnan hallitsevan hyvin apuvälineiden käytön, mutta potilassiirtojen osaamisessa oli puutteita. Vastauksista nousi vahvasti kertauksen ja tiedon lisäämisen tarve sekä jatkuva muistuttaminen ergonomisemmista työtavoista. Mainittiin myös, että jos tarvittava apuväline oli jo käytössä muualla, niin siirto toteutettiin ilman sitä. Vastauksissa korostettiin, että tilanne on mennyt parempaan suuntaan, henkilökunta oli sisäistänyt uudet ohjeistukset ja aktiivisuus potilassiirtojen turvalliseen toteuttamiseen oli lisääntynyt.

71 % vastaajista (n=29) kuvasi henkilökunnan asennoitumista apuvälineiden käyttöön pääosin hyväksi. Asenteiden kerrottiin parantuneen viime vuosina. Apuvälineitä käytettiin, jos ne olivat lähellä, ja niiden hyödyllisyys oli ymmärretty. Sovituista työtavoista pidettiin kiinni ja asukkaan apuvälinetarvetta arvioitiin aktiivisesti. 29 % vastaajista kertoi osan henkilökunnasta kokevan, että apuvälineen käyttö vie liikaa aikaa, varsinkin jos se täytyi hakea paikalle. Koettiin myös, että työt saatiin tehtyä nopeammin ilman apuvälinettä. Näiden asenteiden

mainittiin olevan vanhanaikaisia ja muuttuneen, kun apuvälinettä oli käytetty ja huomattu sen hyödyllisyys käytännössä.

90 % vastaajista (n=29) koki työtapojen muuttuneen ergonomisempaan suuntaan viimeisen vuoden aikana. Kysyttäessä, miten työtavat olivat muuttuneet ergonomisemmiksi, yleisimmin mainittiin apuvälineiden käytön monipuolistuminen sekä parityöskentelyn lisääntyminen. Apuvälineiden käyttötarvetta oli verrattu asukkaan toimintakykyyn ja siirtotilanteeseen aiempaa aktiivisemmin. Henkilökuntaa oli koulutettu ja tiedon lisääntymisen myötä hoitajat kiinnittivät enemmän huomiota omaan työasentoonsa ja välttivät haitallista fyysistä rasitusta. Yhteisiä toimintatapoja oli luotu pohtimalla avustustapoja ja siirtotilanteita yhdessä ja sovitusta tavoista pidettiin myös kiinni.

54 % vastaajista (n=24) koki, että viimeisen vuoden aikana yksiköissä on tehty muutakin kuormitusta vähentävää toimintaa. Avoimet vastaukset luokiteltiin uusiin työtapoihin, resursseihin ja apuvälineisiin liittyviksi tekijöiksi. **Uusiin työtapoihin** sisältyi työnjakoon ja – järjestykseen liittyviä tekijöitä, esim. yhteisellä sopimuksella kaikkia vuodepotilaita ei nostettu samaan aikaan istumaan, jokaisen asukkaan siirrosta oli tehty suunnitelma ja parityöskentelyä lisätty, aamupeut ja osittainen pukeminen suoritettiin vuoteessa, jotta hoitajan työskentelyasento säilyi ergonomisempana, kuin jos toimet olisi tehty wc:ssä. **Resursseihin** liittyviä tekijöitä olivat henkilökunnan lisääminen sekä eri vuoroissa olevan henkilökuntamäärän huomioiminen verrattuna työtehtävien määrään, esim. ilta-vuorossa oli vähemmän henkilökuntaa, jolloin suurin osa siirroista pyrittiin suorittamaan aamuvuoron aikana. **Apuvälineitä** oli hankittu, mm. nostoliinoja sekä liu'uttamista edistäviä pienapuvälineitä. 46 % vastaajista koki, ettei yksikössä ole toteutettu muita toimia kuormituksen vähentämiseksi.

**Ergonomisia työtapoja haitanneita tekijöitä** mainittiin vastauksissa (n=25) huomattavasti enemmän kuin edistäviä tekijöitä. Haitanneet tekijät luokiteltiin asenteisiin, resursseihin ja muihin syihin. Asenteista mainittiin kiireen kokemus ja uuden vastustaminen. Resurssitekijöiksi luokiteltiin sairaslomista johtuva vajaamiehitys, rahanpuute ja henkilökunnan yhteisen ajan puute kouluttamista varten. Muita ergonomisten työtapojen toteutumista haitanneita tekijöitä olivat

tiedon puute ja tiedonkulun vaikeudet vuorosta toiseen ja eri ammattikuntien välillä sekä puutteelliset tilat ja apuvälineet.

**Edistävinä tekijöinä** koettiin hyvä yhteishenki, motivaatio, hoitajien positiivinen ja vastaanottava asenne, tiedon lisääntyminen sekä esimiehen tuki. Positiivisena koettiin myös yhteinen keskustelu apuvälineiden käytöstä, mikä osaltaan madaltaa niiden käyttöönottokynnystä.

Vastaajat (n=28–29) kuvasivat hoitosuunnitelmien sisältöä ja päivittäisen kirjaamisen toteutumista asukkaiden toimintakykyyn ja heidän avustamiseensa liittyen. (Taulukko 1, vihreällä värillä nostettu esiin suurimmat prosenttiosuudet vastauksista.) Vastaajista yli 90 % oli sitä mieltä, että hoidon tavoitteet löytyvät hoitosuunnitelmista tai päivittäisestä kirjaamisesta erittäin usein / jatkuvasti tai usein. Vastaajista yli 80 %:n mukaan avustustarve ja käytössä olevat apuvälineet löytyivät kirjauksista erittäin usein / jatkuvasti tai usein. Toimintakyvyn vaihtelusta eri vuorokauden aikoina sekä lääkkeiden vaikutuksesta toimintakykyyn tai avustustarpeeseen löytyi kirjauksia yli puolen vastaajista mukaan vain silloin tällöin tai harvoin.

Taulukko 1. Hoitosuunnitelmat ja päivittäinen kirjaaminen (n=28–29).

	erittäin usein tai jatkuvasti	usein	silloin tällöin	harvoin	ei lainkaan
hoidon tavoitteet	71 %	21 %	7 %		
asukkaan toimintakyky	62 %	28 %	10 %		
avustustarve	46 %	43 %	7 %		4 %
toimintakyvyn vaihtelut eri vuorokauden aikoina	17 %	28 %	48 %	3,50 %	3,50 %
lääkkeiden vaikutus toim.kykyyn tai avustustarpeeseen	14 %	18 %	32 %	25 %	11 %
käytössä olevat apuvälineet	55 %	31 %	10 %	4 %	
hyvät ja toimivat käytännöt / avustustavat	24 %	28 %	41 %	4 %	4 %

#### 6.4 Ergonomiavastaavien rooli

Kysyttäessä ergonomiavastaavan työtä tukevia tekijöitä tärkeimmälle sijalle oli asetettu useimmin esimiehen tuki (11/29), toiseksi tärkeimmälle sijalle useimmin työkavereiden tuki ja muiden ergonomiavastaavien vertaistuki (11/22) ja kol-

mannelle sijalle useimmin koulutuksen saaminen ja tiedon jakaminen muille sekä oma kiinnostus aiheeseen (7/17).

Kyselyyn vastanneet ergonomiavastaavat mainitsivat tärkeimmäksi toimintaa haittaavaksi tekijäksi useimmin (10/26) ajanpuutteen toteuttaa laajaan työnkuvaan kuuluvia tehtäviä. Toiseksi tärkeimmäksi koettiin useimmin (7/18) muun henkilökunnan negatiivinen ja vähättelevä asenne uusia työtapoja ja ergonomiavastaavan toimintaa kohtaan. Kolmanneksi merkittävimpänä mainittiin useimmin (4/7) apuvälineiden puute ja niiden huollon järjestämisen vaikeus.

Vastaajat (n=29) kuvasivat ergonomiavastaavan työnkuvan toteutumista viimeisen vuoden aikana. (Taulukko 2, vihreällä värillä nostettu esiin suurimmat prosenttiosuudet vastauksista.) Vastaajista yli 50 % kertoi ohjanneensa ergonomista työskentelyä tai opastaneensa ergonomisia työtapoja työn ohessa erittäin usein / jatkuvasti tai usein, mutta varsinaisia koulutushetkiä yksikössä oli järjestänyt 59 % vastaajista silloin tällöin tai harvoin. Ergonomiavastaavista 80–90 % kertoi pohtineensa asukkaan apuvälinetarvetta tai avustustapaa erittäin usein / jatkuvasti tai usein. Omasta ajankäytöstä työnkuvan toteuttamiseen vastaajista yli 50 % oli pitänyt kirjaa harvoin tai ei lainkaan.

Taulukko 2. Ergonomiavastaavan työkuva (n=28–29).

	erittäin usein tai jatkuvasti	usein	silloin tällöin	harvoin	ei lainkaan
ohjannut ergonomista työskentelyä	13 %	45 %	35 %	3,50 %	3,50 %
ohjannut ja opastanut ergonomisia työtapoja	7 %	48 %	39 %	3,50 %	3,50 %
järjestänyt kertaus- ja koulutushetkiä	4 %	10 %	38 %	21 %	28 %
seurannut apuvälineiden käyttöä	14 %	55 %	28 %		4 %
seurannut apuvälineiden kuntoa	39 %	46 %	14 %		
osallistunut koulutuksiin	10 %	35 %	28 %	24 %	4 %
informoinut lähiesimiestä	4 %	31 %	24 %	31 %	10 %
pohtinut asukkaan apuvälinetarvetta	38 %	41 %	17 %	4 %	
pohtinut asukkaan avustustapaa	41 %	52 %	7 %		
koonnut tietoa omasta ajankäytöstä		17 %	24 %	41 %	17 %

Vastaajista 56 % (14/25) on tehnyt hankintaehdotuksia viimeisen vuoden aikana, mutta hankinta ei ole toteutunut. Vastaajista 24 % (6/25) on tehnyt hankintaehdotuksia ja ne ovat toteutuneet kokonaan tai osittain. Vastaajista 20 % (5/25) ei ole tehnyt hankintaehdotuksia. Syiksi, miksei hankintaehdotuksia ole

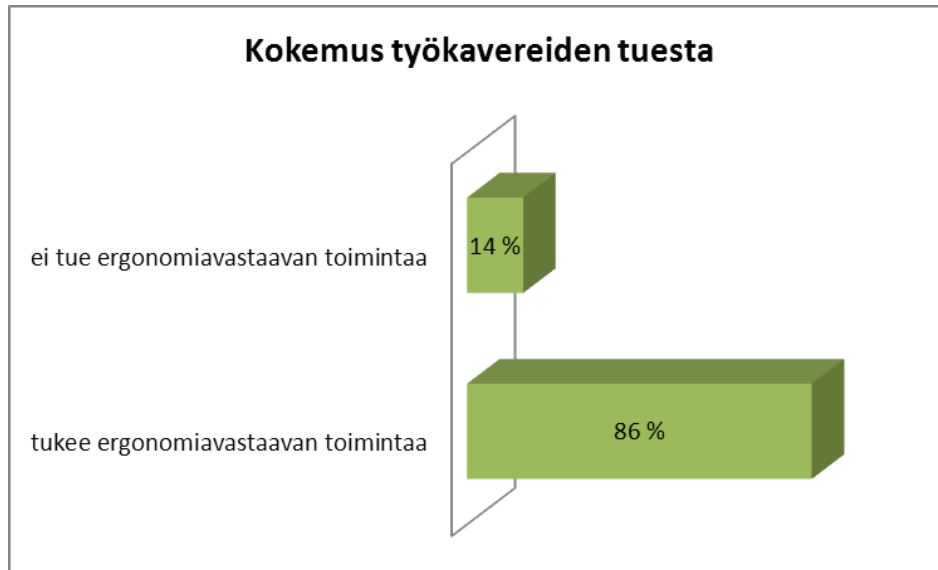
tehty, mainittiin apuvälinetilanteen olleen ajan tasalla sekä tietoisuus siitä, että täytyi säästää rahaa. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Hankintaehdotukset (n=25).

Kyselyyn vastanneet ergonomiavastaavat (n=25) kokivat pystyvänsä vaikuttamaan työyksikön toimintakäytäntöihin ja asenteisiin olemalla esimerkkinä, noudattamalla sovittuja sääntöjä, kannustamalla, positiivisella asenteella ja jakamalla omaa osaamistaan parityöskentelyssä ja ohjaamalla muuta henkilökuntaa. He myös kyseenalaistivat huonoja ergonomisia ratkaisuja ja tarvittaessa kieltäytyivät työskentelemästä vaarallisella tavalla. Vastauksista ilmeni halu jakaa tietoa ja ymmärrystä hoitajien työssäjaksamisen ja turvallisuuden edistämiseksi.

86 % vastaajista (n=29) koki työkavereiden tukevan toimintaansa ergonomiavastaavana. 14 % vastasi, ettei saa tukea työkavereilta. (Kuvio 8.) Työkavereilta saatu tuki muotoiltiin kannustukseksi, positiiviseksi asenteeksi, innokkuudeksi oppia uutta, hyväksi palautteeksi ja mielipiteen kysymiseksi. Tärkeäksi koettiin yhteiset keskustelut apuvälinetarpeesta tai avustustavasta, neuvon, ohjauksen ja ehdotusten kysyminen ja niiden toteuttaminen sekä tiedon vieminen eteenpäin. Yksi ergonomiavastaava vastasi työkavereiden tukevan toimintaansa yrittämällä parhaansa.



Kuvio 8. Työkavereiden tuki (n=29).

Ergonomiavastaavista 17 vastasi kysymykseen, minkä muiden tahojen kanssa he tekevät yhteistyötä yksikkönsä ergonomian kehittämiseksi. Yhteistyökumppaneina mainittiin Respecta, työterveyshuolto, oman työyksikön fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja apuvälinelainaamo. Lisäksi mainittiin ergonomiavastaavien kertauspäivät, palaverit sekä yleisesti muiden yksiköiden työntekijät. Yhteistyön kuvattiin olevan ajatusten ja kuulumisten vaihtoa, keskustelua apuvälinevaihtoehtoista ja siirtotavoista.

Ergonomiavastaavista 23 vastasi kysymykseen jatkosuunnitelmistaan kuormitustekijöiden vähentämiseksi ja ergonomian kehittämiseksi. Jatkosuunnitelmista yleisin oli kouluttaminen ja kertaaminen osastotuntien muodossa eli tiedon jakamisen jatkaminen. Oman osaamisen ylläpito ja ergonomiaan liittyviin koulutuksiin osallistuminen oli myös useammalla suunnitelmassa. Apuvälineiden hankkimisen yrittämistä jatketaan ja apuvälinetarvetta arvioidaan jatkuvasti.

## 7 LOPUKSI

Tämän opinnäytetyön valmistumisprosessi on ollut kuten kaikki remonttini: aikataulu on venynyt huomattavasti alkuperäisestä suunnitelmasta, lisää työtä on löytynyt matkan varrelta yllättävästi ja apua on tarvittu huomattavasti. Kiitos kuuluu kaikille matkan varrella työn valmistumista tukeneille, he kyllä tunnistavat itsensä.

Tutkimuksen tuloksia käytettiin kansainvälisessä monitieteellisessä Work2015 -konferenssissa elokuussa 2015.

### 7.1 Johtopäätökset

Lopullinen vastausprosentti oli 46 %, joka mielestäni osaltaan kuvastaa tilannetta Turun kaupungin vanhusten hoitoyksiköissä – alle puolessa on aktiivisia toimijoita ergonomiavastaavina. Yksiköiden taustatiedoista käy ilmi, että aktiivisimmat vastaajat löytyivät vanhuskeskuksista 2 ja 3. Turun kaupungin vanhuspalveluiden yleisenä tavoitteena on ollut lisätä Potilassiirtojen ergonomiakortti – koulutuksen suorittanutta hoitohenkilökuntaa niin, että jokaisessa yksikössä olisi vähintään yksi koulutuksen suorittanut hoitaja. Kyselyn perusteella tämä näytti pääosin toteutuvan.

Puolella vastaajista oli vastaustensa mukaan täydentävää koulutusta ergonomiavastaavan tehtäviin, mutta 76 % koki siitä huolimatta kaipaavansa lisäkoulutusta. Tarvetta oli käytännön harjoitusten kertaamiselle ja vertaistuelle, jotta ergonomiavastaavan varmuus toteuttaa kouluttamista ja ohjaamista omassa työyksikössä kehittyisi. Työterveyslaitos on järjestänyt kerran vuodessa yhteisen tapaamisen kaikille ergonomiavastaaville, mutta muu yhteistoiminta on pitkälti ollut riippuvaista vastaavien omasta aktiivisuudesta sekä erityisesti toimintaan myönnettävistä resursseista.

### 7.1.1 Ergonomiset työtavat ja henkilökunnan taidot

Asukkaisiin liittyvät kuormitustekijät (mukaan lukien siirtotilanteet) olivat nousseet 9 % vuodesta 2011 ja niiden koettiin olevan suurin kuormitusta aiheuttava tekijä. Alaluvussa 3.1 mainittiin kyselytutkimuksesta sosiaali- ja terveysalan työoloista, joissa tulokset olivat samansuuntaiset – asiakkaiden moniongelmaisuus oli kuormittavin tekijä.

Alaluvun 6.3 lopussa taulukossa 1. kuvataan hoitosuunnitelmien ja päivittäisen kirjaamisen sisältöä ja siinä käy ilmi, ettei asukkaiden lääkityksen vaikutusta toimintakykyyn tai avustustarpeeseen juurikaan huomioida, ainakaan kirjaamisen tasolla. Myös asukkaan toimintakyvyn vaihtelut eri vuorokauden aikoina jäävät huomiotta. Useisiin kuvatuista kuormitustekijöistä, liittyen asukkaan ominaisuuksiin (aggressiivinen, jäykkä, vastusteleva), voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa lääketieteen keinoin. Tarkka kirjaaminen on yksi päätöksenteon välineistä, joilla hoitotyössä tehdään muutoksia hoitolinjaan.

Eettiseltä kannalta voidaan pohtia, onko oikein hoitaa lääkityksellä potilaan käyttöhäiriöitä, jotta hoitohenkilökunta kuormittuisi vähemmän? Toisaalta potilaan oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon toteutuu vain, jos hoitohenkilökunta saa tehdä työnsä parhaalla mahdollisella tavalla. Osa hoitohenkilökunnasta tuntui kokevan avuttomuutta ja turvattomuutta johtuen keinottomuudesta aggressiivisen potilaan edessä, joka ei vastaa työturvallisuuslain vaatimusta työntekijän turvallisuudesta työtä tehdessä.

Hoitosuunnitelmiin kerrottiin kirjattavan hyvin (yli 80 % usein tai erittäin usein/jatkuvasti) hoidon tavoitteet, asukkaan toimintakyky, avustustarve sekä käytössä olevat apuvälineet. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää osaltaan potilasasiakirjojen sisällöksi tarpeelliset tiedot potilaan hoidon suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi, johon rakenteinen kirjaaminen Pegasos-järjestelmässä perustuukin.

Kuormitusta helpottavista tekijöistä apuvälineisiin liittyvät tekijät oli suurin vastattu ryhmä. Viimeisen vuoden aikana yksiköihin oli hankittu lisää apuvälineitä ja



vajaa puolet vastaajista kokikin apuvälinetilanteen hyväksi. Toisin sanoen yksiköissä on panostettu apuvälineiden hankintaan ja hoitohenkilökunta on huomionut sen, eli voi olettaa fyysisten kuormitustekijöiden vähentyvän tulevaisuudessa. Huomioitavaa on, että asukkaiden huonontunut sekä vaihteleva kunto asettaa haasteita apuvälineiden hankintaan, sillä valikoiman tulisi olla monipuolinen ja riittävä vastaamaan muuttuviin tilanteisiin asukkaan tarpeissa. Toistaiseksi ei ole olemassa mittaria, joka määrittäisi yksiselitteisesti riittävän tason yksiköiden apuvälinevaraukselle. Tutkimuksessa ilmeni, että jos tarvittava apuväline ei ole helposti käytettävissä, siirto toteutetaan ilman sitä. Tällainen käytös kertoo mielestäni kehittämistarpeista yksikön turvallisuuskulttuurin omaksumisessa tai todellisesta tarpeesta useammalle apuvälineelle, jotta työnteko on sujuvaa. Apuvälineiden ominaisuuksista korostui yhteensopimattomuus muiden apuvälineiden tai sänkyjen kanssa. Tähän kiinnitetään jatkossa huomiota uusia laitteita hankittaessa ja tulevaisuudessa, vanhan apuvälinekannan poistuessa, tilanne tulee paranemaan.

Henkilökunnan kuvattiin hallitsevan hyvin apuvälineiden käytön, mutta potilassiirtojen osaamisessa oli puutteita. Hyväksi siirtotaidoksi määritellään siirtotilanteen suunnittelu ja riskinarviointi etukäteen, tarvittavien apuvälineiden valinta ja niiden oikea käyttö, asukkaan voimavarojen aktivointi ja hyödyntäminen sekä kyky toimia muuttuvassa tilanteessa (Tamminen-Peter ym. 2007, 25). Pelkkä apuvälineiden oikea käyttö ei siis takaa hyvää potilassiirtoa, vaan siirtotaito on paljon laajempi kokonaisuus.

Valtaosan vastaajista (71 %) mukaan asenteet apuvälineiden käyttöä kohtaan olivat myönteisiä ja parantuneet viimeisen vuoden aikana huomattavasti. Kluiifstran (2001) mukaan asenteiden muutos on tärkeintä työtapojen muutoksen edistämiseksi. Molempien tutkimusten tuloksena todetaan hoitohenkilökunnan asenteiden ergonomisia työtapoja ja apuvälineiden käyttöä kohtaan muuttuvan myönteiseksi, kun muutoksesta saatava hyöty koetaan omakohtaisesti, eli kun huomataan kuormituksen vähentyvän. Koppelaarin ym. (2014) kansainvälisessä tutkimuksessa pidettiin tärkeänä tunnistaa ergonomisia työtapoja estävät tekijät.

Yksilötasolla näitä tekijöitä mainittiin olevan koetun tarpeen ja tiedon puute, joka on tulokseltaan yhteensopiva tämän tutkimuksen kanssa.

Työtapojen koettiin muuttuneen ergonomisempaan suuntaan koulutuksen ja tiedon lisääntymisen myötä. Vastaajista 90 % oli huomannut muutoksen apuvälineiden käytön monipuolistumisena ja parityöskentelyn lisäämisenä. Oleelliseksi muutoksen juurisyysiksi nostaisin yhteisten toimintatapojen pohtimisen ja sovi- tuista linjoista kiinni pitämisen, liittyen työjärjestykseen ja suunnitelmallisuuteen.

### 7.1.2 Ergonomiavastaavien rooli

Ergonomiavastaavan roolia tukevat tekijät olivat pääosin samoja, kuin Fagerströmin (2013) interventiotutkimuksessa todetut, myönteisiä muutoksia työyhteisössä edistävät tekijät. Yhteisiä tekijöitä mainittiin olevan esimiehen tuki, yhteisöllisyys eli työkavereiden ja muiden ergonomiavastaavien tuki sekä hoitajan kokema omakohtainen hyöty, joka todentui omana kiinnostuksena aiheeseen, koulutuksen saamisena ja tiedon jakamisena muille.

Haittaavana tekijänä koettiin ajanpuute toteuttaa laajaa ja vaativaa työnkuvaa, joka nostaakin esille tarpeen tarkastella työnkuvan sisältöä kriittisesti. Ergonomiavastaavan työnkuvan toteutumista tarkasteleva taulukko 2. alaluvussa 6.4 kertoo karkeasti viimeisen vuoden tilanteen. Yli 50 % vastausten mukaan ergonomisen työskentelyn ja uusien työtapojen ohjaus pääosin työn ohessa toteutui usein tai erittäin usein/jatkuvasti, mutta yli 40 % vastasi varsinaisten erillisten koulutushetkien järjestämisen toteutuneen vain harvoin tai ei lainkaan. Apuvälineiden käyttöä ja kuntoa sekä asukkaan tarvetta apuvälineille ja avustustavalle oli seurattu hyvin, mutta omaa ajankäyttöä ja lähiesimiehen informoin- tia yksikön tilanteesta olisi syytä parantaa. Hankintaehdotuksia oli tehty kiitettä- västi, mutta suurin osa niistä ei ollut toteutunut.

Ergonomiavastaavien kokemus vaikutusmahdollisuuksista työyksikön toiminta- tapoihin ja kokemus työkavereiden tuesta oli myönteistä. Tukemalla näitä posi- tiivisia huomioita yksiköt tuovat esille ja edistävät suotavia arvoja ja oletettavasti juurruttavat ergonomiset työtavat käytäntöön.

## 7.2 Suositukset

Viitaten ergonomiavastaavien haluun saada koulutusta ja vertaistukea sekä tutkimuksiin, joiden mukaan yhteistoiminnan ja verkostoitumisen on todettu tukevan ergonomisten työtapojen juurtumista, suosittelen yksiköissä toimivien ergonomiavastaavien toteuttavan säännöllisiä tapaamisia keskenään sekä keskustasolla. Oletan, että tapaamisten mahdollistamiseen kuluvat resurssit saataisiin moninkertaisesti takaisin hoitohenkilökunnan tietotaidon lisääntymisen ja hyvien työkäytäntöjen juurtumisen kautta. Ergonomiakortti -koulutuksen tuoma laaja oppi on omiaan lisäämään tietotasoa yksiköissä, jolloin turvallisten käytäntöjen edistäminen ei jäisi yksinään ergonomiavastaavan harteille.

Turvallisuusjohtamisen hengessä aggressiivisten potilaiden hoitoon on saatava keinoja, jotta hoitohenkilökunnan kokemus turvattomuudesta työtä tehdessä vähenee. Mitä aggression takana on? Kipua, pettymystä, surua vai muita vaikeita tunteita? Hoitohenkilökunnan kohdatessa potilaita elämän loppusuoralla olisi tarpeen järjestää työnohjausta, missä henkilökunta pääsee käsittelemään vaikeita tilanteita. Työnohjaus on toistaiseksi lain mukaan pakollista mahdollistaa vain mielenterveystyössä (Mielenterveysasetus 21.12.1990/1247, 1§) mutta vanhuspalveluiden monipuolinen asiakasmateriaali asettaa haasteita hoitajien psyykkisen jaksamisen näkökulmasta.

Tulevaisuudessa kustannustehokkuus ja luovat ratkaisut tulevat olemaan suosiossa, mutta tarve apuvälineille on kiistaton. Uskon, että rahallinen sijoitus, joka apuvälineisiin panostetaan, maksaa itsensä takaisin hoitajien sairauslomapäivien vähentymisenä ja asiakastyytyväisyytenä, jota ei voi rahalla mitata. Sen sijaan, että apuvälineitä lainataan yksiköstä toiseen, näkisin järkevänä, että yksiköt varustettaisiin monipuolisesti niillä apuvälineillä, joilla asukkaita pystytään avustamaan tilojen rajoissa. Toisin sanoen, huomiota tulisi kiinnittää asukkaiden sijoittamiseen sellaisiin yksiköihin, joissa heidän tarpeisiinsa pystytään vastaamaan. Seinät eivät siirry. Jos yksikön tiloissa ei mahduta käyttämään nostolaitetta, jonka asukkaan kunto vaatii, ollaan auttamattomasti umpikujassa.

Sujuva yhteistyö esimiehen kanssa on oleellista, jotta ergonomiavastaavan työnkuvan toteuttaminen mahdollistuu optimaalisesti. Kyselyn tuloksissa todetaan esimiehen olevan tärkein ergonomiavastaavan työtä tukeva tekijä. Esi- miesten tulisikin olla valveutuneita ja hyödyntää osaavaa ja innostunutta henki- lökuntaa sekä suoda heille valtuudet todella vaikuttaa työkäytäntöihin, ettei tär- keä työ jää vain puheen tasolle.

Ergonomiavastaavan työnkuva tulisi päivittää realistisemmaksi. Ergonomisten työkäytäntöjen ohjaaminen työn ohessa tuntuu olevan toimintaa joka toteutuu, mutta erillisten koulutushetkien järjestämiseen tulisi löytää ratkaisu, jotta yksiköt olisivat tasa-arvoisessa asemassa. Tämä toteutuisi ulkopuolista kouluttajaa käyttämällä. Hankintaehdotusten tekeminen on aikaa vievä prosessi ja koska aika on arvokasta, olisi järkevää tarkastella, mitkä syyt estävät hankintojen to- teutumisen, ja tarvittaessa muuttaa hankintaprosessia tuottavammaksi.

## LÄHTEET

Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä. Monitoroitu kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.

Fagerström, V., Laine, M. & Järvinen, M. 2011. Fyysisten riskien hallintamallin juurtuminen osaksi vanhustenhuollon turvallisuusjohtamista, Loppuraportti, Turku: Työterveyslaitos.

Hellstén, K. 2014. Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhustenhoidossa. Seurantatutkimus ergonomisen kehittämistyön tuloksista. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hudson, M-A. 2005. Texas Passes First Law for Safe Patient Handling in America: Landmark Legislation Protects Healthcare Workers and Patients from Injury Related to Manual Patient Lifting. Teoksessa: Journal of Long-Term Effects of Medical Implants. Viitattu 25.5.2016 > <http://www.dl.begellhouse.com/journals/1bef42082d7a0fdf,65ba68260702c400,24e19bef7c53e86b.html>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kluijstra, M. 2001. "Ergocoach", can they decline physical load? Univesity Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands.

Koppelaar, E., Knibbe, JJ., Miedema, HS. & Burdorf, F. 2011. Individual and organisational determinants of use of ergonomic devices in healthcare. Occup Environ Med 68:659-665, BMJ Journals. Viitattu 25.3.2015.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M. & Suomi, R. 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Helsinki: Työterveyslaitos.

Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta 20.1.2006/44.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Launis, M. & Lehtelä, J. 2011. Ergonomia. Tampere: Työterveyslaitos.

Mielenterveysasetus. 21.12.1990/1247.

Rantsi, H. & Hämäläinen, K. 2006. PAST- toiminta (Potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja. Oulu: ODL Terveys Oy Työterveys OYS-tiimi.

Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P. (toim.) 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. VTT. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ruuhilehto, K. 2007. KEVEYTTÄ TYÖHÖN Euroopan työterveys- ja työturvallisuusviikon Keski-Suomen alueseminaari Jyväskylässä 26.10.2007.

Sairaanhoitajat 2014. Viitattu 28.5.2016 [www.sairaanhoitajat.fi](http://www.sairaanhoitajat.fi) > Sairaanhoitajaliitto > Kansainvälinen yhteistyö.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollonjohdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15.

Suomen standardoimisliitto SFS ry. Viitattu 25.5.2016 [www.sfs.fi](http://www.sfs.fi) > Julkaisut ja palvelut > Tuotteet valokeilassa > OHSAS 18001 Työterveys- ja työturvallisuusjohtaminen.

Superliitto 2016. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super. 2016. Viitattu 28.5.2016 [www.superliitto.fi](http://www.superliitto.fi) > Työelämässä.

Szeto G.P.Y., Wong T.K.T., Lawb R.K.Y., Lee E.W.C., Lau T., So B.C.L., Lawc S.W 2012. Elsevier Ltd and The Ergonomics Society. Viitattu 31.5.2016 [www.elsevier.com/locate/apergo](http://www.elsevier.com/locate/apergo).

Tamminen-Peter, L., Moilanen, A. & Fagerström, F. 2011, Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla, 2., korjattu painos, Helsinki: Työterveyslaitos.

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I., Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen, opettajan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:6. Helsinki: Yliopistopaino.

Tapaturma- ja ammattitautilaki 24.4.2015/459.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Työsuojelu Suomessa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:2. Helsinki: Yliopistopaino.

Työsuojeluhallinto 2014. Turvallisuusjohtaminen. Viitattu 5.5.2015 [www.tyosuojelu.fi](http://www.tyosuojelu.fi) > Työsuojelutoiminta työpaikalla > Turvallisuusjohtaminen.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Työturvallisuuskeskus. Viitattu 24.5.2016 [www.sotergo.fi](http://www.sotergo.fi) > Potilassiirtojen Ergonomiakortti – historia.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista 1409/93.

Valtioneuvoston asetus työvälaineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta 12.6.2008/403.

## **LIITTEET**

### **Liite 1. Kyselylomake**

#### YKSIKÖN TAUSTATIEDOT

Vanhuskeskus + yksikkö

Kuinka monta hoitajaa yksikössäsi työskentelee?

Kuinka monta asukaspaiikkaa yksikössäsi on?

Kuinka monta Potilassiirtojen ergonomiakortti-koulutuksen suorittanutta työntekijää yksikössäsi on?

Kuinka monta ergonomiavastaavaa yksikössäsi on?

#### ERGONOMIAVASTAAVAN TAUSTATIEDOT

Ammattinimikkeesi: vaihtoehdot lähihoitaja, perushoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, muu mikä?

Työkokemuksesi hoitoalalta? \_\_\_ vuotta

Miten kauan olet ollut ergonomiavastaavana yksikössäsi?

Onko Sinulla Potilassiirtojen ergonomiakortti? KYLLÄ / EI

Mitä muuta ergonomiavastaavan tehtäviin valmentavaa koulutusta Sinulla on?

Tarvitsetko lisäkoulutusta ergonomiavastaavan tehtäviin? KYLLÄ/ EI

Jos, niin millaista?

## ERGONOMISET TYÖTAVAT JA HENKILÖKUNNAN TAIDOT

1. Mitkä ovat, tietojesi mukaan, tärkeimmät kuormitustekijät ja ongelmat yksikössäsi? Mainitse tärkeysjärjestyksessä kolme, tärkein ensimmäiseksi.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

2. Mitkä ovat tärkeimmät toimivat, kuormitusta vähentävät työkäytännöt yksikössäsi? Mainitse tärkeysjärjestyksessä kolme, tärkein ensimmäiseksi.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3. Onko yksikköosi hankittu seuraavia potilassiirtojen apuvälineitä viimeisen vuoden aikana?

a. henkilönostin (liinanostin) KYLLÄ, montako? / EI

b. seisomanojanostin (esim. Sarita) KYLLÄ, montako? / EI

c. siirtymistaso (esim. ReTurn) KYLLÄ, montako? / EI

d. muita apuvälineitä KYLLÄ, mitä? / EI

4. Minkälaiseksi arvioit tällä hetkellä yksikössäsi käytössä olevat potilassiirtojen apuvälineet suhteessa tarpeisiinne? (esim. käyttökelpoisuus, ajanmukaisuus, turvallisuus)



5. Onko yksikössäsi riittävästi potilassiirtojen apuvälineitä?

KYLLÄ

Ei, mitä puuttuu?

6. Miten kuvailisit henkilökunnan osaamista apuvälineiden käytössä sekä heidän potilassiirtotaitojaan?

7. Miten kuvailisit henkilökunnan asennoitumista apuvälineiden käyttöön työyksikössäsi?

8. Onko työtapoja muutettu ergonomisempaan suuntaan viimeisen vuoden aikana?

KYLLÄ, miten?

Ei, miksi?

9. Onko viimeisen vuoden aikana tehty jotain muuta kuormitusta vähentävää?

KYLLÄ, mitä?

Ei

10. Mikä on haitannut / edistänyt ergonomisten työtapojen toteutumista?

11. Löytyykö hoitosuunnitelmista ja päivittäisestä kirjaamisesta pääsääntöisesti seuraavat asiat?

(1 = ei lainkaan, 2 = harvoin, 3 = silloin tällöin, 4 = usein, 5 = erittäin usein tai jatkuvasti):

- a. hoidon tavoitteet
- b. asukkaan toimintakyky
- c. avustustarve
- d. toimintakyvyn vaihtelut eri vuorokauden aikoina
- e. mahdollinen lääkkeiden vaikutus toimintakykyyn ja avustustarpeeseen
- f. käytössä olevat apuvälineet
- g. hyviksi ja toimiviksi todetut käytännöt / tavat

### ERGONOMIAVASTAAVAN ROOLI

12. Mitkä seikat ovat tukeneet toimintaasi ergonomiavastaavana? Mainitse tärkeysjärjestyksessä kolme, tärkein ensimmäiseksi.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

13. Mitkä seikat ovat haitanneet / estäneet toimintaasi ergonomiavastaavana? Mainitse tärkeysjärjestyksessä kolme, tärkein ensimmäiseksi.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

14. Ovatko seuraavat tehtävät sisältyneet työhösi viimeisen vuoden aikana?

Arvioi, kuinka usein.

(1 = ei lainkaan, 2 = harvoin, 3 = silloin tällöin, 4 = usein, 5 = erittäin usein tai jatkuvasti):

a) Olen ohjannut ergonomista työskentelyä työkavereille / uusille työntekijöille / opiskelijoille

b) Olen ohjannut ja opastanut ergonomisia työtapoja jokapäiväisessä hoitotyössä

c) Olen järjestänyt kertaus- tai koulutushetkiä yksikössä avustus- ja siirtotaitoihin liittyen

d) Olen seurannut apuvälineiden käyttöä

e) Olen seurannut apuvälineiden kuntoa

f) Olen osallistunut koulutukseen oman osaamiseni ajan tasalla pitämiseksi

g) Olen informoinut lähiesimiestä henkilökunnan koulutuksen tarpeesta avustus- ja siirtotaitoihin liittyen

h) Olen pohtinut asukkaan apuvälinetarvetta

i) Olen pohtinut asukkaan avustustapaa

j) Olen koonnut tietoa omasta ajankäytöstäni ergonomiavastaavan työnkuvan toteutukseen

15. Oletko tehnyt apuvälineiden hankintaehdotuksia viimeisen vuoden aikana?

KYLLÄ, onko hankinta toteutunut?

EN, miksen?

16. Miten koet pystyväsi vaikuttamaan työyksikkösi toimintakäytäntöihin ja asenteisiin omalla toiminnallasi?

17. Koetko työkavereiden tukevan toimintaasi?

KYLLÄ, miten?

EN

18. Minkä muiden tahojen kanssa teet yhteistyötä yksikkösi ergonomian kehittämiseksi? Minkälaista?

19. Mitä jatkosuunnitelmia sinulla on kuormitustekijöiden vähentämiseksi ja ergonomian kehittämiseksi yksikössäsi?

## Liite 2. Saatekirje

Turun kaupunki, Hyvinvointitoimiala

Arvoisa ergonomiavastaava!

Teen opinnäytetyötä ergonomiavastaavien roolista Turun kaupungin vanhusten hoitoyksiköissä ja haluaisin kuulla **näkemyksiäsi ja kokemuksiasi työstäsi**.

Lupa aineiston keruuseen on saatu vanhusten asumispalveluiden johtajalta huhtikuussa 2015.

### **Vastaathan 31.5 mennessä!**

Kyselyssä on taustatietojen lisäksi 19 pääasiassa avointa kysymystä, joihin toivon Sinulta vapaamuotoista vastausta. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista, mutta Sinun vastauksesi antaa arvokasta tietoa ergonomiavastaavan työn näkökulmasta.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset raportoidaan niin, ettei henkilöllisyys paljastu.

Tulokset raportoidaan organisaatiossa ja niitä hyödynnetään kehittämistyössä.

Ohjeita kyselyn täyttämiseen:

Kun aloitat, älä lopeta. Kyselyyn tulee vastata kerralla, eli varaa itsellesi vastausrauha.

Aikaa kyselyyn vastaamiseen on syytä varata n. 45min.

**Yksiköllä** tarkoitetaan työpaikkaasi, osastoasi missä toimit ergonomiavastavana.

Jos teitä on useampi ergonomiavastaava samassa yksikössä, toivon teidän vastaavan kyselyyn erikseen, jotta saan mahdollisimman paljon näkökulmia aiheeseen.

LINKKI KYSELYYN:

Jos Sinulla on jotain kysyttävää tai kommentoitavaa kyselyyn liittyen, ota yhteyttä [sirpa.laiho@turku.fi](mailto:sirpa.laiho@turku.fi) tai 0405498717.

Opinnäytetyön ohjaaja on Marjo Salmela, yliopettaja, Turku AMK / Terveys ja hyvinvointi.

KIITOS jo etukäteen vastauksistasi!

Ystävällisin terveisin, Sirpa Laiho, sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

## Liite 3 Ergonomiavastaavan tehtävät

- ohjaa ergonomista työskentelyä työkavereille, uusille työntekijöille
- opastaa ja ohjaa pääosin jokapäiväisen hoitotyön yhteydessä
- organisoii kertaustapahtumia avustus- ja siirtotaitojen päivittämiseksi ja taitojen säilymiseksi
- kerää apuvälinehankintatoiveita sekä tekee hankintaehdotuksia
- seuraa apuvälineiden käyttöä ja kuntoa sekä huolehtii apuväline- ja laiterekisteristä
- osallistuu koulutuksiin oman osaamisensa ajan tasalla pitämiseksi
- seuraa henkilöstön koulutuksen tarvetta ja informoi esimiestä esille nousseista koulutustarpeista
- pohtii yhdessä asukkaan omahoitajan kanssa asukkaan apuvälinetarvetta ja avustustapaa
- seuraa toimintakyvyn ja avustamisen kirjaamista
- kokoaa toimintamallin seurantaan varten tietoa apuvälineiden käytöstä ja sovittujen käytäntöjen toteutumisesta osastolla sekä omasta ajankäytöstään opastukseen ja ohjaukseen

### Ergonomiavastaavan valtuudet:

- suunnittelee osaston aiheeseen liittyvät koulutukset
  - saa puuttua yhteisen sopimuksen mukaan, jollei organisaation turvallisuusohjeita ja yhdessä sovittuja käytäntöjä noudateta
  - kannustaa ergonomisiin ratkaisuihin ja informoi osastonhoitajaa hoitokäytännöistä
  - valtuus puuttua myös muihin ergonomisiin ongelmakohtiin
- ### Osaamisen ylläpito ja yhteistyöverkosto
- osallistuu oman osaamisensa ajan tasalla pitämiseksi tarvittaviin koulutuksiin
  - on suositeltavaa, että hän on todentanut osaamisensa Potilassiirtojen Ergonomiakortilla.
  - liittyy potilassiirtoergonomian tiedonvälitysverkostoon ja osallistuu verkostoseminaareihin mahdollisuuksien mukaan
  - verkottuu oman organisaationsa sisällä toisten vastaavien kanssa ja osallistuu ergonomiavastaavien yhteisiin tapaamisiin, joita esim. työfysioterapeutti kutsuu koolle vähintään kerran vuodessa

- toimii yhteistyössä kuntoutuksen- ja apuvälineasiantuntijoiden kanssa
- seuraa apuvälineiden kehitystä esim. osallistumalla messuille

Tamminen-Peter ym. 2010. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Työterveyslaitos.