



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# TANO-malli työterveyshuoltoon - kotihoitotyön kuormitustekijät

Salovaara, Johanna

2015 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Yksikkö

## TANO-malli työterveyshuoltoon -kotihoitotyön kuormitustekijät

Johanna Salovaara  
1200372  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2015

Salovaara Johanna

### TANO -malli työterveyshuoltoon -kotihoitotyön kuormitustekijät

Vuosi	2015	Sivumäärä	45
-------	------	-----------	----

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda Tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen eli TANO -malli työterveyshuoltoon kotihoitotyön kuormitustekijöistä. Tavoitteena oli TANO -mallin kautta auttaa työterveyshuoltoa suunnitelmallisemmin kohdentamaan tiedon antamista, neuvontaa ja ohjausta oikeille kohderyhmille sekä miettimään vaikuttavampia ohjausmenetelmiä sekä sisältöjä. Opinnäytetyön teoriassa kuvataan kotihoitotyön kuormitustekijöitä ja Tano-malli. Tiedonanto ohjaus ja neuvonta eli TANO kuuluu lakisääteiseen työterveyshuollon toimintaan ja tulee määritellä toimintasuunnitelmassa.

TANO-malli kehitettiin laadullisin tutkimusmenetelmin ja aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu toteutettiin tammikuussa 2015. Haastattelun ensimmäisenä teemana oli tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen tilanne nyt, kenelle sitä toteutetaan, miten tarpeet, tavoitteet ja sisällöt on määritelty aiemmin. Toisena teemana oli tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen kehittäminen. Miten terveydenhoitaja näkee työn ja asiakaskunnan muuttuneen. Vaikuttaako se tiedonannon, ohjauksen ja neuvonnan sisältöihin ja kohderyhmiin, mitä kehittämisen aiheita terveydenhoitaja näkee kotihoitotyössä. Mitä sisältöjä tulisi painottaa tiedonannon, ohjauksen ja neuvonnan toteuttamisessa ja minkälaisia ohjausmenetelmiä tulisi käyttää.

Haastattelutilanne nauhoitettiin sekä litteroitiin. Saatu aineisto analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Luokittelurunkona toimi haastattelun teemat. Haastattelun tulosten mukaan TANO -toimintaa toteutetaan lähinnä yksilöille terveystarkastusten ja sairausvastaanottojen yhteydessä ja toiminnasta puuttuu suunnitelmallisuus. TANO -malli laadittiin teorian kautta sekä haastattelussa esiin nousseiden tarpeiden perusteella ja kaikki kohderyhmät otettiin huomioon. Lisäksi malliin sisällytettiin aikataulutus, vastuuhenkilöt ja ehdotuksia sisällöistä ja käytettävistä menetelmistä. Työterveyshuollon arvioinnin jälkeen tehtiin pieniä muutoksia tarpeisiin ja tarkennuksia TANOn sisältöihin.

Kehittämishaasteina jatkossa voisi olla kaikille työterveyshuollon asiakkaille TANO -mallin luominen. Ennakkoselvityksiä tulisi tehdä työyhteisöön tarpeiden määrittämiseksi. TANO -malliin liittyvää koulutusta tulisi lisätä työterveyshuollon toimijoille. Ohjausmenetelmät tulisi saada nykyaikaisemmaksi ja osallistavammiksi. Työterveyshuollon toimijoiden tulisi saada ryhmäohjauskoulutusta tai mahdollisuus käyttää ulkopuolisia kouluttajia.

TANO, tiedonanto, ohjaus ja neuvonta, TANO-malli, kotihoitotyö, kuormitustekijät, työterveyshuolto, työn muutos, työssä jaksaminen, työhyvinvointi

Salovaara Johanna

**ICA-matrix for occupational health services - the workload of home care work**

Year	2015	Pages	45
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to create Informing, counseling and advising or ICA-model for occupational health care of the workload of homecare work. The aim was to help by the ICA - model the occupational healthcare to systematically allocate informing, counseling and advising to the right target group and to contemplate more effective counseling methods and its contents. The theory of the dissertation shows the load factors of the homecare work and the ICA-matrix. Informing, counseling and advising or ICA is part of the statutory occupational healthcare and it needs to be defined in the action plan.

The study was implemented as a qualitative research methods and the data was collected with a theme interview. The theme interview was carried out in January 2015. The first theme was informing, counseling and advising, to whom is it carried out, how are the needs, goals and contents defined before. The second theme was developing informing, counseling and advising ICA-activities. How does the occupational nurse see the change in work and in clients? Does it have an impact for the contents and target groups of informing, counseling and advising, what topics does the nurse see for developing home care work. Which contents should be emphasized carrying out informing, counseling and advising and what kind of instruction methods should be used?

The interviewing situation was recorded and transcribed. The gained material was analyzed by theory based analyzing method. The themes of the interview worked as a classification frame. By the results of the interview, ICA-activities are mostly carried out to individuals during physical examination and medical practice and orderliness was missing from ICA-activities. ICA-model was formed out in the study and interview on the basis of the needs, which had risen and all the target groups were taken into consideration. Also the scheduling, persons in charge and the proposals for the contents and the methods to be used were included in the model. After the evaluation of the occupational health service small changes in the needs and focusings were made in the contents of ICA-model.

In the future ICA- model could be the creation of the model to all the customers of the occupational health service as developing challenges. The advance reports should be made to the work community to determine needs. The education, which is related to the model should be added to the actors of the occupational health service. The instruction methods should be made more modern and to increase participation. The actors of the occupational health service should get more education to group control or a possibility to use outside trainers.

ICA, informing, counseling and advising, ICA -model, home care work, occupational health services, change at work, work load factors, coping at work, welfare at work

## Lakiluettelo

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Valtioneuvoston asetuksessa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuol-  
lon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 10.10. 2013/708

Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 22.12.1993/1409.

## Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta, tarve ja tarkoitus .....	7
2	Teoreettinen viitekehys.....	8
2.1	Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset kuormitustekijät .....	8
2.2	Kotihoitotyön muutokset.....	11
2.3	Työn muutoksen vaikutukset työkykyyn .....	12
2.4	Työkyky ja sen edistäminen .....	13
2.5	Vastuu työhyvinvoinnista .....	15
2.5.1	Työterveyshuolto .....	15
2.5.2	Työntekijä .....	15
2.5.3	Työntekijä .....	16
2.6	Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus eli TANO työterveyshuollossa .....	16
3	Opinnäytetyön tavoitteet .....	20
4	Opinnäytetyön kehittämisprosessi ja tutkimukselliset menetelmät .....	21
4.1	Kehittämisprosessi .....	21
4.2	Tutkimukselliset menetelmät .....	22
4.2.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	22
4.2.2	Laadullinen tutkimusmenetelmä .....	22
4.2.3	Teemahaastattelu .....	23
4.2.4	Aineiston analyysi.....	24
4.3	Haastattelun tulokset .....	24
5	TANO -malli .....	26
5.1	Asiakasanalyysi .....	27
5.2	Kohderyhmä.....	27
5.3	Tavoitteet .....	28
5.4	Toiminta.....	28
5.4.1	Toimintatilanne ja osallistujat .....	28
5.4.2	Sisältö .....	28
5.4.3	Menetelmät .....	29
5.5	Toteuttamisaikataulu, vastuuhenkilöt ja seuranta .....	30
6	Pohdinta .....	30
6.1	Tulosten tarkastelu .....	30
6.2	Luotettavuus ja etiikka .....	32
6.3	Kehittämisehdotukset .....	34
	Lähteet .....	36
	Liitteet .....	40

## 1 Opinnäytetyön tausta, tarve ja tarkoitus

Kuulin ensimmäisen kerran TANOsta eli tietojen antamisesta, neuvonnasta ja ohjauksesta puhuttavan terveydenhoitajaopintojen aikana työterveyshuollon luennoilla keväällä 2014. Opettaja esitteli TANO -tutkimusta, jossa todettiin TANO -toiminnan suunnitelmallisuuden toteutuvan vielä vähäisesti työterveyshuolloissa. Tarkoitukseni oli suuntautua työterveyshuoltoon syventävän harjoittelun kautta, joten kiinnostuin aiheesta. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus on keskeinen työterveyden edistämisen keino. Usein se saatetaan kokea arkisena, jokatapäiväisenä ja itsestään selvänä toimintana (Palmgren, Jalonen, Kaleva, Leino & Romppanen 2007, 7.) Oman työkokemukseni kautta olen kokenut, että työterveyshuollon keinot eivät ole aina olleet riittäviä työntekijöiden toimintakyvyn tukemisen kannalta. Toimintakyvyn tiedetään olevan tärkein ominaisuus työntekijälle. On siis työnantajan ja työntekijän etu, että työntekijän työkyky säilyy koko työuran ajan hyvänä (Ilmarinen 2005).

Työterveyslaitos on tutkinut ja kehittänyt TANO -toimintaa vuodesta 2003 lähtien laajassa neliosaisessa tutkimushankkeessa. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää, mitä TANO -toiminta oikeastaan on ja miten sitä voisi kehittää entistä vaikuttavammaksi. Usein TANO -toiminnan on ajateltu olevan yksilöiden tai ryhmien terveystasvatusta sen sijaan, että se keskittyisi työyhteisöjen toimivuuden lisäksi koko organisaation hyvinvointiin. Tutkijat haluavatkin määrittää TANO -toiminnan asiakkaiden oppimista tukeväksi ja käynnistäväksi työterveyshuollon prosessiksi. Ensimmäisessä osatutkimuksessa löydettiin vain vähän viitteitä TANO -toiminnan suunnitelmallisuudesta, seurannasta tai arvioinnista. (Palmgren ym. 2007, 86-89.)

Neljännän osatutkimuksen tulokset osoittavat, että selkeästi kohdennettu, systemaattinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus on tuloksellista ja vaikuttavaa. TANO- mallin mukainen toiminta vaikutti erityisesti työolojen parantumiseen, henkilöstön osallistumiseen yhteistyöhön terveyshuollon kanssa, työympäristöön sekä työmenetelmiin ja -välineisiin. Vaikutukset säilyivät puolen vuoden seuranta-ajan. TANO-toiminta lisäsi myös työkyvyn tuen toimintamallien noudattamista työpaikoilla. (Palmgren, Jalonen, Kaleva & Tuomi 2012, 132.)

Talustilanteen vuoksi kunnat ovat taipuvaisia vähentämään sekä lomauttamaan kotihoidon työntekijöitä, jolloin kuormitus lisääntyy työpaikoilla (Paljärvi 2012, 63). Työkyvyttömyyseläkkeellä vuonna 2013 oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi 120 000 ihmistä (Työkyvyttömyyseläkettä saaneet 2014). Maksetuista sairauspäivärahoista 20.5 % kului sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille vuonna 2012 ja 36.2 % sairauspäivärahoista maksettiin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi työstä poissaoleville (Kelan sairausvakuutuslasko 2013).

Kunta-alan työntekijöiden sairauspoissaolojen keskiarvo vuonna 2012 oli 10.9 päivää vuodessa/työntekijä, kun kaikilla palkansaajilla luku on 7.1. Työntekijän korkeampi ikä ja naissukupuoli lisäsi jonkin verran sairauspoissaolojen määrää. (Kunta-alan työolobarometri 2013.)

Psyykkistä ylikuormitusta aiheuttavat mm. jatkuva kiire, henkilöristiriidat, liian vaikeat työtehtävät ja suuri vastuu sekä samanaikaisuuden paineet työssä (Haapakorpi & Haapola 2008, 35, 51-57). Lisäksi psyykkistä ylikuormitusta aiheuttavat työn epäselvät tavoitteet, liiallinen tai liian vähäinen työmäärä, kasvavan tietomäärän hallinta, kehittyminen, palaute ja toistuvat määräaikaisten palvelusuhteiden (Keveyttä työhön. Työstressi ja kuormitus haltuun 2013). Työnantajan ja työterveyshuollon on tunnettava työpaikan psyykinen ja sosiaalinen tilanne, jotta ongelmia voidaan ehkäistä ennalta (Palmgren, Ahola, Kauppinen, Kauhanen, Koroma & Ylä-Outinen 2014, 149).

Oman kokemukseni perusteella olen päättellyt työn kuormitustekijöiden olevan yhteydessä työilmapiiriin, työssä jaksamiseen sekä näiden kautta sairaslomiin ja työntekijöiden vaihtuvuuteen. Osa kuormitustekijöistä olisi ehkäistävissä varhaisella puuttumisella, työterveyshuollon ja työnantajan hyvällä yhteistyöllä, työntekijöiden tiedon ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämisellä sekä omien vahvuuksien tiedostamisella ja vahvistamisella. TANO -malli työkaluna on toimiva ja sille on selkeästi tarvetta työterveyshuolloissa. Haluan toimia työterveyshuollon vaikuttajana ja toimijana tulevaisuudessa tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen suunnitelmallisuutta lisäämällä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda tietojenannon, neuvonnan ja ohjauksen ns. TANO -malli työterveyshuoltoon kotihoitotyön kuormitustekijöistä. Opinnäyte työ hyödyttää tulevaisuudessa työterveyshuoltoa, kotihoittoa ja muita työterveyshuollon asiakkaita. Kun TANO -toiminta on suunnitelmallista, on työnantajan, työntekijän sekä työterveyshuollon helpompi lähteä suunnittelemaan työntekijän työssä jaksamisen tukemista ja ennaltaehkäiseviä toimintamalleja siihen.

## 2 Teoreettinen viitekehys

### 2.1 Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset kuormitustekijät

Työn fyysisiin kuormitustekijöihin kuuluu ruumiillisesti raskas työ. Suurilla lihasryhmillä tehtävä ruumiillinen työ, jossa tarvitaan paljon energiaa liikuttamaan kehoa, kuormittaa verenkiertoelimistöä. Myös painavien taakkojen käsittelyssä suuret lihasryhmät ovat käytössä. Lisänä on staattisten ja dynaamisten liikkeiden vaihtelu taakkojen työntämisessä, vetämisessä sekä nostamisessa. Tämä lisää selän kuormitusta. Jatkuva paikallaan istuminen on myös kuormitustekijä, joka staattisuudellaan lisää haitallista asentokuormitusta ja yleensä vaikuttaa niskan

seutuun. Toistotyö ja voimankäyttö, kyynärvarren voimakkaat kierto- ja puristusliikkeet sekä ranteiden ääriasennot lisäävät käsien rasittumista ja jopa riskiä sairastua ammattitauteihin. (Ketola & Lusa 2007.) Toistuvissa taakkojen käsittelyssä myös selän lihaksiin ja nivelsiteisiin, luihin ja rustopintoihin kohdistuu suuria jännitys- sekä puristusvoimia. Tämä aiheuttaa mekaanisia vammoja tuki- ja liikuntaelimistön rakenteisiin. Vaurioita voi syntyä jo yksittäisestä ylikuormittumisesta tai väsymisestä toistokuormituksessa pienemmillä kuormilla. Oireet eivät aina ilmaannu heti kuormittumisen jälkeen. (Karppinen, Liira & Riihimäki 2011, 304-318.)

Parantainen ja Soini (2011, 10) toteavat, että monilla terveydenhuollon paikoilla potilasnostot ovat suurin fyysinen riski ja käsien nostaminen on yleistä. Nostolaitteet ja muut siirtymisen apuvälineet oikein käytettynä vähentäisivät kuormitusta oleellisesti. Työ- ja elinkeinoministeriön tutkimuksessa kotihoidon työntekijöistä yli puolet ilmoitti työn olevan henkisesti ja fyysisesti kuormittavaa. Fyysisiä kuormitustekijöiksi kotihoidon työntekijät kokivat raskaat potilassiirrot ja avustamiset ahtaissa tiloissa (Haapakorpi & Haapola, 2008, 54-90). Fyysiset kuormitustekijät lisääntyvät huonokuntoisempien asiakkaiden myötä (Karppinen, Liira & Riihimäki 2011, 304-318).

Valtioneuvoston päätöksen käsien tehtävistä nostoista (1409/1993) mukaan työnantajan on annettava työntekijän käyttöön laitteita ja välineitä, jotta työntekijän ei tarvitse käsitellä taakkoja. Työpisteet on järjestettävä siten, että nostot ja siirrot ovat mahdollisimman turvallisia. Erityisesti selän vahingoittumisen vaaran välttämiseksi tai vähentämiseksi on ryhdyttävä asianmukaisiin toimiin. Lisäksi on varmistettava, että työntekijät saavat riittävästi opastusta ja ohjeistusta taakkojen oikeasta käsittelystä sekä vaarasta, jolle he ovat alttiina, mikäli nostoja ei suoriteta oikein. Asetuksen mukaan työntekijä voi olla vaarassa, jos hän ei ole fyysisesti sopiva kyseiseen tehtävään, hänen käyttämänsä vaatteet, jalkineet tai muut henkilökohdalliset varusteet ovat kyseiseen työhön sopimattomia tai hän ei ole saanut riittävästi tai sopivaa tietämystä ja opetusta. (Valtioneuvoston päätös käsien tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1993.)

Edellisessä kappaleessa mainitut asiat voivat toteutua oikealla ergonomian avulla. Ergonomian tarkoituksena on tutkia ihmisen ja toimintajärjestelmän vuorovaikutusta sekä kehittää ihmisen hyvinvointia ja järjestelmää suorituskyvyn parantamiseksi. Ergonomian avulla työ, työvälineet, työympäristö saadaan vastaamaan ihmisen tarpeita. Ergonomian tarkoitus on parantaa ihmisen turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia sekä tehdä työstä häiriötöntä ja tehokasta. (Mitä ergonomia on? 2014.)

Nykyään puhutaan paljon psykososiaalisista kuormitustekijöistä, millä tarkoitetaan jatkuvaa kiirettä, henkilöristiriitoja, liian vaikeita työtehtäviä ja suurta vastuuta sekä samanaikaisuuden paineita työssä (Haapakorpi & Haapola 2008). Psykososiaaliset tekijät työssä vaikuttavat

kuormitukseen biomekaanisesti asennon huonontumisen kautta, fysiologisesti lisäämällä lihaskäynnitystä tai heikentäen työntekijän selviytymistä esim. selkävaivasta ja sitä kautta lisäten subjektiivista kipua (Karppinen ym. 2011, 304-318). Psykkiset kuormitustekijät liittyvät yleensä työhön ja sen sisältöön. Työntekijän lisäksi kuormittumiseen vaikuttavat työolosuhteiden kokonaistilanne ja kuormitusta vähentävät asiat. Oleellista kuormittumisen tunteen syntymisessä on yksilön tarpeiden ja ympäristön vaatimusten tai tarjoamien mahdollisuuksien välinen ristiriita. (Työstressi 2014.) Työn asettamat runsaat vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki ennakoivat psyykkistä pahoinvointia ja masennusoireilun syntymistä (Ahola, Kivistö & Vartia 2006, 43-46.)

Sosiaaliset kuormitustekijät liittyvät työyhteisön vuorovaikutussuhteisiin. Terveydelle haitallisia kuormitustekijöitä kotihoitotyön kannalta ovat yksin työskentely, heikko tiedonkulku ja yhteistyön sujumattomuus työpaikalla. Myös epäjohtonmukainen esimiestyö ja kielteisiä tunteita herättävät vuorovaikutustilanteet asiakastyössä lisäävät kuormitusta. (Työstressi 2014.) Työssä kuormittuminen on yksilöllistä. Vaatimukset voivat johtua työympäristöstä, mutta myös työntekijän itselleen asettamista vaatimuksista. Kuormitustekijät sen sijaan johtuvat ainoastaan työstä ja työympäristöstä. (Psykososiaalinen kuormitus 2015.) Liiallisen kuormittumisen ja stressin oireet voivat näkyä työpaikalla korkeina poissaololukuina, työntekijöiden jatkuvana vaihtuvuutena, työyhteisön ristiriitoina sekä suorana palautteena työntekijöiltä. Yksilöllisempiä oireita saattavat olla työntekijän käyttäytymisen muuttuminen, lisääntyneet poissaolot, lisääntynyt päihteiden käyttö, aggressiivisuus, ylivilkkaus, väsymys, kynnisyys, välinpitämättömyys ja suuret painonvaihtelut. (Keveyttä työhön. Työstressi ja kuormitus haltuun 2013.) Työnantajan ja työterveyshuollon on tunnettava työpaikan psyykinen ja sosiaalinen tilanne, jotta ongelmia voidaan ehkäistä ennalta (Palmgren ym. 2014, 149).

Työ- ja elinkeinoministeriön tutkimuksen mukaan kotihoitotyössä koettiin henkisesti raskaaksi yksin tekeminen, työn pakkotahtisuus erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin, asiakkaiden tyytymättömyys palveluihin, ristiriidat omaisten kanssa ja mahdolliset ristiriidat organisaation ja omien ihanteiden sekä eettisen ajattelun välillä (Haapakorpi & Haapola 2008). Lisäksi kotihoitotyön kuormittavuutta lisäävät taustalla olevat muutokset ja keskeneräisyydet ja hallitsematon kiireen tuntu. Jatkuva muutos on vähentänyt myös esimiesten työhyvinvointia. Aikaa menee paljon ristiriitatilanteiden selvittämiseen, kasaantuvien toimistotöiden selvittelyyn ja työn suunnitteluun. (Tolonen 2011, 33.) Terveiden kannalta haitallisia tekijöitä pitkään jatkuessaan kotihoitotyön kannalta ovat jatkuva kiire, työn määrää tai tahdin säätelyn vaikeus ja jatkuvat muutokset. (Työstressi 2014) Lisäksi psyykkistä ylikuormitusta työssä aiheuttaa kasvavan tietomäärän hallinta ja toistuvat määräaikaiset palvelusuhteet (Keveyttä työhön. Työstressi ja kuormitus haltuun 2013).

## 2.2 Kotihoitotyön muutokset

Kotihoidon toiminta perustuu kansanterveyslakiin (66/1972), sosiaalihuoltolakiin (710/1982) ja -asetukseen (607/83), sekä valtakunnalliseen ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevaan laatusuositukseen (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013). Toiminta käsittää yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista ja tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvetys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä tukevia palveluja. Kotihoidon tarkoituksena on mahdollistaa kotona asuminen, tukea sitä ja parantaa asiakkaiden elämänlaatua. (Paljärvi 2012, 19-21.)

Kuntien kiristyvän talouden vuoksi kotihoitoon pääsevien kriteerit ovat tiukentuneet, jolloin palveluja kohdennetaan eniten tarvitseville. Kotihoidon asiakkaat ovatkin enemmän hoivaa ja hoitoa tarvitsevia. Yli 75-vuotiaiden osuus kasvaa ja erityisesti kuulo-, näkö- ja muistamattomuusongelmat ovat lisääntyneet. Kriteerien tiukentuminen näkyy myös niin, että nuoremmatkin kotihoidon asiakkaat ovat huonokuntoisempia kuin aikaisemmin. (Paljärvi 2012, 65.)

Monien kaupunkien ja kuntien sivuilta ovat luettavissa samat, mutta kovin laajasti tulkittavat kriteerit kotihoidon palveluiden myöntämiselle. Kriteereinä ovat muun muassa asiakkaan toimintakyvyn selkeä alentuminen ja että hän tarvitsee apua päivittäisissä perustoiminnoissa. Päivittäisiä perustoimintoja ovat ruokailu, hygienian hoito, WC-käynnit, pukeutuminen, muu perushoito ja lääkehoidon toteutus. Yhtenä kriteerinä on se, että asiakas tarvitsee sairautensa ja alentuneen toimintakyvyn vuoksi sairaanhoitoa, eikä kykene käyttämään avoterveydenhuollon palveluja. Mikäli asiakas on omaistensa hoidossa ja omaiset tarvitsevat jaksakseen kotihoitoon tukea, voidaan kotihoitopalveluita myöntää osaksi hoitoa. Asiakkaalle on myönnettävä kotihoidon palvelut, jos hän on ollut sairaala- tai vuodeosastohoidossa ja kotona selviytymisen edellytykset on selvitetty hoitoneuvottelussa ennen kotiutumista (Loitomaa & Moisanen-Mustonen 2012).

Samojen kriteerien yhteydessä tuodaan esiin, että palvelujen järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu ja että alueelliset olosuhteet voivat vaikuttaa siihen, miten palvelut toteutetaan (Loitomaa & Moisanen-Mustonen 2012). Esimerkkinä Akaan kaupunki, jossa rajataan palveluita työmäärän lisääntyessä. Jos kotihoidon asiakkaan säännöllinen ja jatkuva kotihoidon tarve on 4-5 käyntiä päivässä tai kotihoidon työtunteja kertyy yli 80 tuntia kuukaudessa, pidetään asiakkaan ja omaisten kanssa hoitoneuvottelu ja arvioidaan onko asiakkaan hoito tarkoituksenmukaisempaa järjestää esim. palvelutalossa. (Kotihoito 2012.) Tampereen kaupungin kotihoidon kriteerien mukaan mahdollisen kotihoidon ja asiakkaan kotiutumisen estävän resurssivajeen toteaminen ei voi perustua alueellisten kotihoidon tiimien omaan ilmoitukseen. Kotihoidon johdon tulee pystyä toteamaan se objektiiv-

sesti tarkastelemalla mm. kotihoitopiireittäin asiakkaiden lukumäärää, palvelutunteja, työn järjestelyjä ja työsuoritteita kokonaisuudessaan. (Kotihoidon kriteerit 2007.)

Kotiin annettavan palvelun kustannusten ei tule ylittää laitoshoidon tai yksityisen palveluntuottajan antaman palvelun kustannuksia. Käyntejä kotona voi olla enintään 4-5 x/vrk, joista yksi yökäynti tai enintään 70 h/kk. Asiakkaan tulee pääsääntöisesti kyetä liikkumaan/siirtymään yhden avustamana apuvälineitä käyttäen ja hänen on kyettävä pääsääntöisesti syömään itsenäisesti. Satunnainen ja tilapäinen kodinhoito-apu ohjataan pääsääntöisesti yksityisille palveluntuottajille. (Kotihoidon kriteerit 2007.)

Kunnat ja kaupungit rajaavat siis itse tarjoamansa kotihoidon palvelunsa ja määrittelevät, milloin resursseja ei ole riittävästi, jolloin asiakkaat voidaan ohjata palvelutaloihin, laitoksiin tai yksityisen palveluntuottajien piiriin. Tämä antaa myös toisin päin mahdollisuuden siihen, että työnantaja voi kuormittaa työntekijöitensä vapaasti, kun tehtävälle työn määrälle yhtä työntekijää kohti ei ole määrätty ylärajaa. Yläraja määrittyy usein sen perusteella, kuinka hyvin kunnalla tai kaupungilla on mahdollisuus siirtää asiakkaita palvelutaloihin tai laitoksiin ja onko rahaa palveluseteleihin, joilla yksityisten palveluntuottajien palvelut maksetaan vaihtoehtona kunnan tuottamille palveluille (Palveluseteli 2012).

Taloustilanteen vuoksi kunnat ovat taipuvaisia vähentämään sekä lomauttamaan kotihoidon työntekijöitä. Toimitilojen supistusten ja tiimitilojen keskittämisten vuoksi työmatkoihin käytetty aika on lisääntynyt eivätkä työnantajat ole välttämättä kyenneet hankkimaan kulkuvälineitä vastaamaan tarvetta. Asiointiapu, siivous ja vaatehuolto ovat vähentyneet, kun taas ruokailussa auttaminen, hygieniasta huolehtiminen ja lääkehoito ovat lisääntyneet työtehtävissä. (Paljärvi 2012, 97.)

Kotihoidon henkilöstörakenne on tänä päivänä sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja-, ja lähihoitajapainotteinen. Kodinhoitajien ja kotiavustajien määrä on vähenemään päin. Kotihoitajia ja -avustajia on myös pyritty oppisopimuskouluttamaan lähihoitajiksi. Tarkoituksena on vastata muuttuneeseen palveluntarpeeseen hoidollisten tehtävien lisääntyessä. (Paljärvi 2012,75.) Kotihoitotyötä toteutetaan tiimeissä, minkä vuoksi jatkuvat poissaolot ja henkilökunnan vaihtuvuus hankaloittavat työn organisointia. Tämä lisää paineita sekä vaatii joustavuutta tiimin muilta jäseniltä. Työn määrää saatetaan joutua säätelemään lyhyelläkin aikavälillä työntekijöiden poissaolojen vuoksi, asiakaskunnan lisääntyessä tai asiakkaan hoitoisuuden lisääntyessä yhtäkkiä. (Haapakorpi & Haapola 2008, 52-61.)

### 2.3 Työn muutoksen vaikutukset työkykyyn

Työn pääpaino on 1900-luvun aikana siirtynyt pikkuhiljaa fyysisestä henkiseen. Työstä on ansaitsemiskeinon lisäksi tullut itsensä toteuttamisen väline. Myös ulkoinen ohjaaminen ja valvonta on vähentynyt ja korvautunut itseohjautuvuudella. (Ahola ym. 2006, 17-18) Työntekijään kohdistuu tällöin jatkuvasti lisääntyvä suurempi vaatimustaso ja uuden tiedon käsittelyn haaste. Liialliset vaatimukset tässä suhteessa heikentävät luovaa ajattelua. Oikean ja oleellisen tiedon löytäminen vaikeutuu. (Katajainen, Lipponen, Litovaara 2008, 28-29). Tämä nykyistä enemmän älyllisyyttä vaativa työskentelytapa vaatii oikeanlaista ravintoa, riittävää lepoa ja fyysistä harjoittelua. Ympäristön tarjoamat mahdollisuudet ja resurssit vaikuttavat myös älylliseen työtapaan. (Ojala 2011, 20-22.) Nykyajan ihmisillä tiedetään univajeeseen lisääntyneen ja tänä päivänä 10-20 % työssäkäyvistä ihmisistä kärsii noin kahden tunnin päivittäisestä univajeesta. Unesta tingitään ja käytetään siitä jäävää aikaa yliaktiiviseen toimintaan työssä ja vapaa-aikana. Univajeeseen tiedetään lisäävän virheitä ja taipumusta ottaa taloudellisia riskejä. (Katajainen ym. 2008, 30-32.)

Työn muutos ja hyvinvointi tietoyhteiskunnassa -tutkimuksessa on verrattu keskenään työpaikkoja, joissa vastuuta ja vaikutusmahdollisuuksia on annettu paljon ja joissa vastuuta on vähän. Kiireen tuntu ja kireät aikataulut eivät häiritse vastuullisilla työpaikoilla yhtä paljon kuin yrityksissä, joissa vastuuta ja vaikutusmahdollisuuksia ei juurikaan ole. Vastuullisilla työpaikoilla oli myös vähemmän sairauspoissaoloja kiireen vuoksi. Ei vastuuta tai vaikutusmahdollisuuksia -yrityksissä kiire aiheutti myös työuupumusta ja virheitä enemmän. Vastuullisilla työpaikoilla johtamisessa korostuu tuen ja kannustuksen antaminen, avoimuus ja palkitseminen. Kanssakäyminen lisää konflikteja, mutta toisaalta johto kykenee käsittelemään niitä. (Ylöstalo 2002.)

Työn asettamat liialliset vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja sosiaalisen tuen puute ennustavat henkistä pahoinvointia sekä ennakoivat depressiivisen oireilun lisääntymistä. Lisäksi työn kuormittavuuden lisääntyessä, riski sydän- ja verisuonitauteihin kohoaa. Mitä suurempi epäsuhta suhteessa ponnisteluihin ja työn palkitsevuuteen, sitä suurempi oli riski sydän- ja verisuonitautisairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. (Ahola ym. 2006, 41-52) Kun henkilöstöllä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä liittyviin asioihin sekä oppimiseen, pystyy työpaikka joustavasti ja nopeasti mukautumaan muuttuviin olosuhteisiin ja työyhteisö kykenee myös käyttämään uudet avautuvat mahdollisuudet hyväkseen. Henkilöstön hyvinvointi menestyvissä yrityksissä liittyy yleensä henkilöstön voimakkaaseen työpanokseen. (Ylöstalo 2002.)

## 2.4 Työkyky ja sen edistäminen

Työkyky on moniulotteinen asia, eikä määriteltävissä tänä päivänä pelkästään terveydentilan perusteella. Ihmisen sairaudetkaan eivät aina heikennä ihmisen toimintakykyä, mikäli ympä-

ristön muutoksilla voidaan parantaa tilanne ilman, että sairauksissa tapahtuu paranemista. Terveyttä voisi kuvata toiminnallisuutena niin, että työntekijä on terve, jos hän pystyy parhaalla mahdollisella tavalla käyttämään voimavarojaan siinä ympäristössä, missä hän toimii. Vastaavasti työkyvyttömyys kuvataan usein sairaudeksi, kun työterveyshuoltoon tullaan kertomaan oireista. Sen sijaan kyse voi olla osaamisen puutteesta, huonoksi koetusta johtamisesta, heikosta motivaatiosta tai perheen ongelmista. (Seuri, Iloranta & Räsänen 2011, 217).

Toimintakyky on ihmisen tärkein pääoma työssä. Yrityskään ei voi tehdä tulosta, mikäli työntekijän työkyky on huono. Työkyky säilyy, kun kaikki kerrokset tukevat toisiaan. Mikäli nämä eivät ole tasapainossa, työkyky heikkenee. Tämän vuoksi on yrityksen eli työnantajankin etu huolehtia työntekijän työkyvyn ylläpitämisestä. Ihmisen työkyky muodostuu työn vaatimusten ja voimavarojen tasapainosta. Työkykyä voidaan kuvata rakennelmana, jossa eri kerroksia. (Ilmarinen 2005.)

J. Ilmarisen kehittämä työkyky -talomalli jakaa työkyvyn neljään kerrokseen. Ensimmäisessä kerroksessa perustana ovat terveys ja toimintakyky sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Toisessa kerroksessa on osaaminen, peruskoulutus, tiedot ja taidot. Työntekijän oletetaan ylläpitävän tietojaan ja taitojaan. Elämänikäistä oppimista pidetään tärkeänä. (Ilmarinen 2005). Kolmannessa kerroksessa sijaitsevat arvot, asenteet ja motivaatio. Ihmisen asenteet ja motivaatio vaikuttavat suoraan työn suorittamiseen. Hyvin motivoituneen tai työtänsä arvostavan työntekijän työkyky vahvistuu. Vastaavasti, jos työ ei vastaa odotuksia tai tunnu työntekijästä palkitsevalta, se heikentää työkykyä. Omassa elämässä vaikuttavat asenteet tuodaan työelämään. (Mitä työkyky on? 2014.) Myös yhteiskunnassa tapahtuvat uudistukset, kuten eläkeuudistus ja lait vaikuttavat kolmanteen kerrokseen. Neljännessä kerroksessa ovat johtaminen, työyhteisö ja työolot. Työkykytoiminta kuuluu johtajien ja esimiesten vastuulle ja heidän tehtävänä on kehittää toimintaa. (Ilmarinen 2005). Kerrosten yhteensovitus ja tasapaino tulisi turvata työn muuttuessa. Esimiehillä ja työnantajalla on kehittämisvastuu pääasiassa neljännessä kerroksesta eli työoloista ja työstä, mutta myös yksilöllä on vastuu huolehtia omista voimavaroistaan. (Mitä työkyky on? 2014.)

Työkykyä ylläpitävässä toiminnassa yhteistyöllä on merkittävä rooli. Eri toimijoita ovat mm. työterveyshuolto ja työsuojelu, jotka erityisosaamisellaan lisäävät ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä työkyvyn ylläpitämiseksi. Yksilöön vaikuttavat myös ympärillä olevat verkostot, kuten perhe, sukulaiset, ystävät sekä yhteiskunnan rakenteet ja säännöt. Vastuu yksilöstä jakaantuu yksilön, yhteiskunnan ja työnantajan kesken. (Mitä työkyky on? 2014.)

”Työhyvinvointi on Suomessa selvästi uudempi termi ja selkeästi epämääräisempi ja vaikeammin määriteltävissä” (Seuri 2013, 73). Hyvinvointia syntyy tekemällä mielekästä työtä. Se on sekä yksilön että yhteisön kokemus, johon vaikuttavat molemmat osapuolet yhdessä. Työ-

hyvinvointi tarvitsee pohjaksi hyvän johtajuuden, työtä tukevat rakenteet, osaamista ja työn hallintaa, luottamusta ja osallisuutta. Se nostattaa innostusta ja yhteisöllisyyttä ja antaa puhtia tehdä tuloksellista työtä, kehittyen ja kehittäen. Työhyvinvoinnin voidaan ajatella olevan pohjana pitkille työurille. (Mitä työhyvinvointi on? 2013.)

## 2.5 Vastuu työhyvinvoinnista

### 2.5.1 Työterveyshuolto

Työterveyshuolto on työterveyshuoltolakiin (1383/2001) perustuvaa ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Työnantajalla on järjestämisvastuu työterveyshuollosta riippumatta työpaikan työntekijöiden määrästä. Ajatuksena on, että työnantaja käyttää työterveyshuollon asiantuntemusta työturvallisuuslain mukaisten perusvelvoitteiden järjestämiseksi. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001.) (Työterveyshuolto 2014.)

Työnantajan on omalla kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Työterveyshuolto tulee järjestää ja toteuttaa siinä laajuudessa kuin työstä, työjärjestelyistä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista johtuva tarve edellyttää, siten kuin työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädetään.

Työterveyshuollon tarkemmat tavoitteet määritellään yhdessä työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon kanssa. Työnantaja voi valita, järjestääkö itse palvelut, ostaako terveyskeskuksesta vai yksityiseltä. Työterveyshuollosta tehdään kirjallinen sopimus, josta tulee näkyä palveluiden laajuus ja sisältö ja sopimus pitää olla myös työntekijöiden nähtävissä. Toimintasuunnitelmaan on määriteltävä, työterveyshuollon osuus työpaikan työsuojelutoiminnassa. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708//2013.) Työterveyshuollon toimintamuotoja ovat työpaikkaselvitysten ja toimenpide-ehtotusten tekeminen, työterveyshuollon toimintasuunnitelman laatiminen, terveystarkastusten tarpeen määrittely ja toteutus, ergonomisten selvitysten tekeminen, ammatilliseen kuntoutukseen ohjaaminen, työkykyä ylläpitävän toiminnan suunnittelu ja toteutus, vajaakuntoisten työssä selviytymisen seuranta. Työnantaja voi ostaa myös sairaanhoitopalveluja osaksi työterveyshuoltoa. (Palmgren ym. 2014, 109-110.)

### 2.5.2 Työnantaja

Työnantajan velvollisuuksiin kuuluu tarkkailla ja seurata työympäristöä, työmenetelmiä, työntekijöiden fyysistä sekä psyykkistä turvallisuutta ja terveyttä sekä työyhteisön sosiaalista toimivuutta. Henkilöstösuunnittelua tulee toteuttaa niin, että työ on oikein mitoitettu suhteessa työntekijöiden määrään. Väkivallanuhkaa varten on laadittava varautumiskeinot, ohjeistus, tarvittavat suojaimet, hälytyskeinot sekä jälkihoito-ohjeet. Työterveyshuollon tiedossa on työpaikan kuormitus- sekä riskitekijät sekä yleisellä tasolla työntekijöiden terveydestä. Tätä tietoutta tulisi työnantajan hyödyntää sekä pyrkiä vähentämään tai poistamaan kuormitustekijöitä sekä vaaratekijöitä, jotka uhkaavat työntekijän terveyttä vakavasti. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Työnantajien velvollisuuksiin kuuluu myös perehdyttäminen sekä työhönopastus työpaikan olosuhteisiin ja oikeisiin työmenetelmiin huomioiden työhön tulijan lähtötaso ja ominaisuudet. Myös työpaikan muuttuneet olosuhteet ja työntekijöiden pitkät poissaolot tulee huomioida uudelleenperehdytyksenä. Työnantajan tulee laatia varhaisen tuen tai puuttumisen malli liittyen epäasialliseen käyttäytymiseen, poissaoloihin, töiden tekemättä jättämisiin, sääntöjen noudattamatta jättämisiin, virheisiin sekä laatia puuttumisrajat ongelmille. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

### 2.5.3 Työntekijä

Työntekijälläkin on vastuu huolehtia itsestään pitämällä huolta terveydestään ja jaksamisestaan terveillä elämäntavoillaan ja siitä, että toimii työssään ohjeiden ja määräysten mukaisesti, noudattaa turvallisia työtapoja, järjestystä, siisteyttä sekä huolellisuutta. Työpaikalla tulee käyttäytyä asiallisesti ja muita ihmisiä kunnioittavasti sekä ilmoittaa kaikista mahdollisista epäkohdista esimiehelle. Mikäli työstä aiheutuu vaaraa itselle tai muille, on sen tekemisestä oikeus pidättäytyä. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

## 2.6 Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus eli TANO työterveyshuollossa

Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus on työterveyshuollon lakisääteistä toimintaa ja sitä tulee antaa työn terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä työntekijöiden terveyttä koskevissa asioissa. Työntekijällä on oikeus saada selvitys työnsä kuormittavuudesta perustelluista syistä. Vaikka lähes kaikkiin toimintoihin työterveyshuollossa sisältyy tietojen antoa, neuvontaa ja ohjausta, toteutetaan sitä myös omana erillisenä suunnitelmallisena toimintonaan. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001.) Tarkoituksena on auttaa työntekijöitä, työnantajaa ja muista asiakastoimipaikan toimijoita omaksumaan tietoja, taitoja ja asenteita sekä toimintatapoja joilla on merkitystä yksiköiden ja koko toimipaikan työterveydelle ja turvallisuudelle. (Palmgren ym. 2014, 238-242.)

Valtioneuvoston asetuksessa (708/2013) hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, ilmenee tarkasti tietojen annon, neuvonnan ja ohjauksen sisällöt. Työterveyshuollon tietojenantovelvollisuus koskee työntekijöitä, työnantajia, työsuojeluvaltuutettua ja työpaikan työsuojelutoimikuntaa. Sisältöjä ovat hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan työssä- ja työpaikalla esiintyvät terveysvaarat ja -haitat, niiden merkitys ja niiltä suojautuminen sekä ensiapujärjestelyt, ammattitaudit ja työtapaturmat sekä niiden ehkäisy ja muu työhön liittyvä sairastavuus. Lisäksi sisältöihin kuuluu päihteiden väärinkäytön ehkäisy ja päihdeongelman varhainen tunnistaminen sekä hoito ja hoitoon ohjaus. Työmenetelmiin, työjärjestelyihin ja työaikoihin sekä työpaikan olosuhteisiin ja niiden muutoksiin liittyvät terveysvaarat ja -haitat sekä niiden hallinta on myös osa hyvää työterveyshuoltokäytäntöä. Tärkeitä ovat myös työhön liittyvän fyysisen ja henkisen väkivallan ehkäiseminen ja hallinta sekä terveelliset ja turvalliset työmenetelmät ja ennen kaikkea työn, työympäristön ja työyhteisön parantaminen sekä työntekijän terveyden ja työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista 708/2013.)

Tilanteet, joissa tietoa, neuvontaa ja ohjausta on annettava ovat mm. työtä aloittaessa ja tarvittaessa työn kestäessä, työttömyyden uhatessa, terveystarkastusten yhteydessä terveysvaaroista ja ohjaus terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin ja henkilökohtaisten suojainten käyttöön, vajaakuntoisten kuntoutusta koskevissa asioissa, jos työpaikan järjestelyillä tai työterveyshuollon toiminnalla ei voida riittävästi tukea työntekijän työkykyä. Lisäksi tietoa, neuvontaa ja ohjausta on annettava työterveyshuoltotoimintaa aloittaessa ja toiminnan eri vaiheissa tavoitteista ja sisällöistä. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista 708/2013.)

Tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta suunnitellaan, kuten muutakin toimintaa työterveyshuollossa. Suunnitelma kirjataan toimintasuunnitelmaan ja tavoitteet määräytyvät asiakkaiden tarpeiden ja valtakunnallisten terveystieteiden linjausten mukaan. (Palmgren ym. 2014, 141-148.) Suunnitelmassa kuvataan tavoitteet, asiakasryhmät- tai henkilöt, pääsisällöt, menetelmät, toimintayhteydet tai -tilanteet, joissa tietojen antoa, neuvontaa ja ohjausta toteutetaan, toiminnasta vastaavat ja siihen osallistuvat työterveyshuollon ammattilaiset ja asiantuntijat sekä mahdolliset yhteistyökumppanit. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista 708/2013.) Jotta toiminta olisi vaikuttavaa edellyttää se hyvää yhteistyötä asiakastoimipaikan eri toimijoiden kanssa sekä verkostoitumista. Lisäksi hyvä ammatillinen työterveyshuollon tietopohja ja menetelmien hallinta on oleellista. (Palmgren ym. 2014, 141-148.)

Tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta (TANO-toimintaa) on tutkittu ja kehitetty Työterveyslaitoksella vuodesta 2003 lähtien laajassa tutkimushankkeessa. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää, mitä TANO -toiminta oikeastaan on ja miten sitä voisi kehittää entistä

vaikuttavammaksi? Usein TANO -toiminnan on ajateltu olevan yksilöiden tai ryhmien terveyskasvatusta sen sijaan, että se keskittyisi työyhteisöjen toimivuuden lisäksi koko organisaation hyvinvointiin. Tutkijat haluavatkin määrittää TANO -toiminnan asiakkaiden oppimista tukeväksi ja käynnistäväksi työterveyshuollon prosessiksi. Tulokset osoittavat, että selkeästi kohdennettu, systemaattinen tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus on tuloksellista ja vaikuttavaa. Kyseisessä tutkimuksessa TANO- mallin mukainen työterveyshuollon terveyskasvatus ja -viestintä vaikutti erityisesti työolojen parantumiseen, henkilöstön osallistumiseen yhteistyöhön työterveyshuollon kanssa, työympäristöön sekä työmenetelmiin ja -välineisiin. Vaikutukset säilyivät puolen vuoden seuranta-ajan. TANO-toiminta lisäsi myös työkyvyn tuen toimintamallien noudattamista työpaikoilla. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista 708/2013.) (Palmgren ym. 2012.)

Toimintaprosessiin osallistuvat kaikki työterveyshuollossa toimivat henkilöt, mutta pääsääntöisesti työterveyshoitaja, työterveyslääkäri, työfysioterapeutti ja työpsykologi. Käytännössä TANO-prosessi (Taulukko 1.) toteutuu sisältyen muihin työterveyshuollon toimintoihin kuten, terveystarkastus, sairaanhoitokäynti, työpaikkaselvitys, työsuojelukokous, toimintasuunnitelmapalaveri, työkykypalaveri, ensiapukurssi. Tano-toiminnan tavoitteena on asiakkaiden terveysosaaminen, jota tarvitaan työntekijän terveyden ja työkyvyn sekä työyhteisöjen toimivuuden ja työorganisaatioiden hyvinvoinnin säilymisessä ja edistämässä. TANO -toiminnan sisältö tulee olla työterveyshuoltolain (708/2013) mukaista, mutta suunnitelmaan valitaan työpaikan sen hetkisten tarpeiden mukaiset sisällöt. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista 708/2013.) (Palmgren ym. 2008, 25-29)

Tietojen antamisessa, neuvonnassa ja ohjauksessa käytetyt ohjausmenetelmät ovat TANO-tutkimuksen mukaan olleen tähän asti kapea-alaisia ja perinteisiä ja koskettavat lähinnä yksilöasiakkaita. Työterveyshuollon henkilöstö kokee, ettei osaamista ole riittävästi sisältöihin, menetelmiin tai tavoitteellisen ja suunnitelmallisen TANO-toiminnan toteuttamiseksi. Suunnitelmallinen toiminta edellyttää, että TANO-toiminnalle valitaan vastuuhenkilöt ja sovitaan seurantamenetelmistä ja seuranta-ajan pituudesta eri toimintojen kohdalla. (Palmgren ym. 2008, 78-85.)

Työpaikkaselvitys	Terveystarkastus	Yhteistyö työsuojelun kanssa	Ja niin edelleen	
TANO-toiminta -osapuolet -kohdealue -tavoite -sisältö -menetelmät jne.	TANO-toiminta -osapuolet -kohdealue -tavoite -sisältö -menetelmät jne.	TANO-toiminta -osapuolet -kohdealue -tavoite -sisältö -menetelmät jne.	TANO-toiminta -osapuolet -kohdealue -tavoite -sisältö -menetelmät jne.	TANO-toiminta -osapuolet -kohdealue -tavoite -sisältö -menetelmät jne.
Esimerkiksi työpaikkakäynti	Esimerkiksi työhönsijoitus-tarkastus	Esimerkiksi Työsuojelutoimikunnan kokous	Ja niin edelleen	Muut, mitkä?

Taulukko 1: Työterveyshuollon TANO-prosessi (, ym. 2008, 27).

Terveysteen ja työhyvinvointiin vaikuttavat asiat eivät ole yksin työntekijöiden vastuulla tai muutettavissa, vaan ne edellyttävät kollektiivista vastuuta ja toimia sekä yrityksen johdon ja muiden päätöksentekijöiden toimia. Työterveyshuollon moniammatillisuus antaa hyvän pohjan TANO-toiminnan kehittämiseksi. TANO-malli (Taulukko2) on kehitetty suunnittelun ja arvioinnin apuvälineeksi työterveyshuoltoon ja ja sen tehtävä on auttaa ratkaisemaan näitä ongelmia ja kehittämään toimintaa entistä vaikuttavammaksi (Palmgren ym. 2008, 28).

MATRIISIN OSA-ALUEET	YKSILÖASI- AKKAAT	RYHMÄT JA TYÖYHTEI- SÖT	TYÖNANTAJA JA MUUT TOIMIJAT
ASIAKASANALYYSI -tarve, perustelut			
KOHDERYHMÄ -tarkempi kohderyhmä			
TAVOITE -tiedot, taidot, asenteet, toiminta			
TANO-TOIMINTA Toimintatilanne ja osallistujat -missä tilanteissa: esim. kokous, kou- lutus, terveystarkastus -työterveyshuollon ammattihenkilöt,			

asiiantuntijat ja heidän roolinsa -muut toimijat ja yhteistyökumppanit (asiakasorganisaatiosta, muualta) Sisältö -asisisältö tarkemmin Menetelmät -mitä menetelmiä käytetään			
<b>SEURANTA JA ARVIOINTI</b> -toteutumisen seuranta -työterveyshuollon itsearviointi asiakaspalaute, asiakkaan kokema hyöty -tavoitteiden saavuttaminen, vaikutusten arviointi <b>KEHITTÄMISTARPEET JA JATKO-TOIMET</b>			
<b>TOTEUTTAMISAIKATAULUT JA VASTUUHENKILÖ</b>			

Taulukko 2: TANO -malli - TANO-toiminnan suunnittelun, seurannan ja arvioinnin apuväline (Palmgren ym. 2008, 28).

### 3 Opinnäytetyön tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on luoda tietojen annon, neuvonnan ja ohjauksen ns. TANO -malli työterveyshuoltoon kotihoitotyön kuormitustekijöistä. TANO malli on työkalu työterveyshuollon ammattilaisille. TANO eli tietojen anto, neuvonta ja ohjaus on pakollista työterveyshuollon työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaista toimintaa. Tavoitteena on, että työterveyshuollon TANO -toiminta saataisiin työterveyshuoltolain edellyttämällä tasolle. Tämä edellyttää, että toiminta on suunnitelmallista, vastuuhenkilöt on määritelty ja arviointia tapahtuu säännöllisesti. TANO- mallia voidaan hyödyntää työterveyshuollon asiakasyritysten toimintasuunnitelmaa laatiessa. Tarkoituksena on lisätä tietoisuutta työterveyshuollossa TANO -mallista ja sen käyttökelpoisuudesta myös muille työterveyshuollon asiakkaille alasta riippumatta.

Henkilökohtaisena tavoitteenani on työterveysosaamisen lisääminen. Tavoitteenani on myös toiminnallisen opinnäytetyön avulla lisätä asiantuntemustani työterveyshuollon toiminnasta ja siellä käytettävistä työmenetelmistä. Lisäksi tavoitteenani on edistää tutkimusosaamistani. Tutkimus- ja kehittämisosaaminen antaa hyvää pohjaa jatkokouluttautumiselle, mikä kuuluu tulevaisuuden tavoitteisiini.

## 4 Opinnäytetyön kehittämisprosessi ja tutkimukselliset menetelmät

### 4.1 Kehittämisprosessi

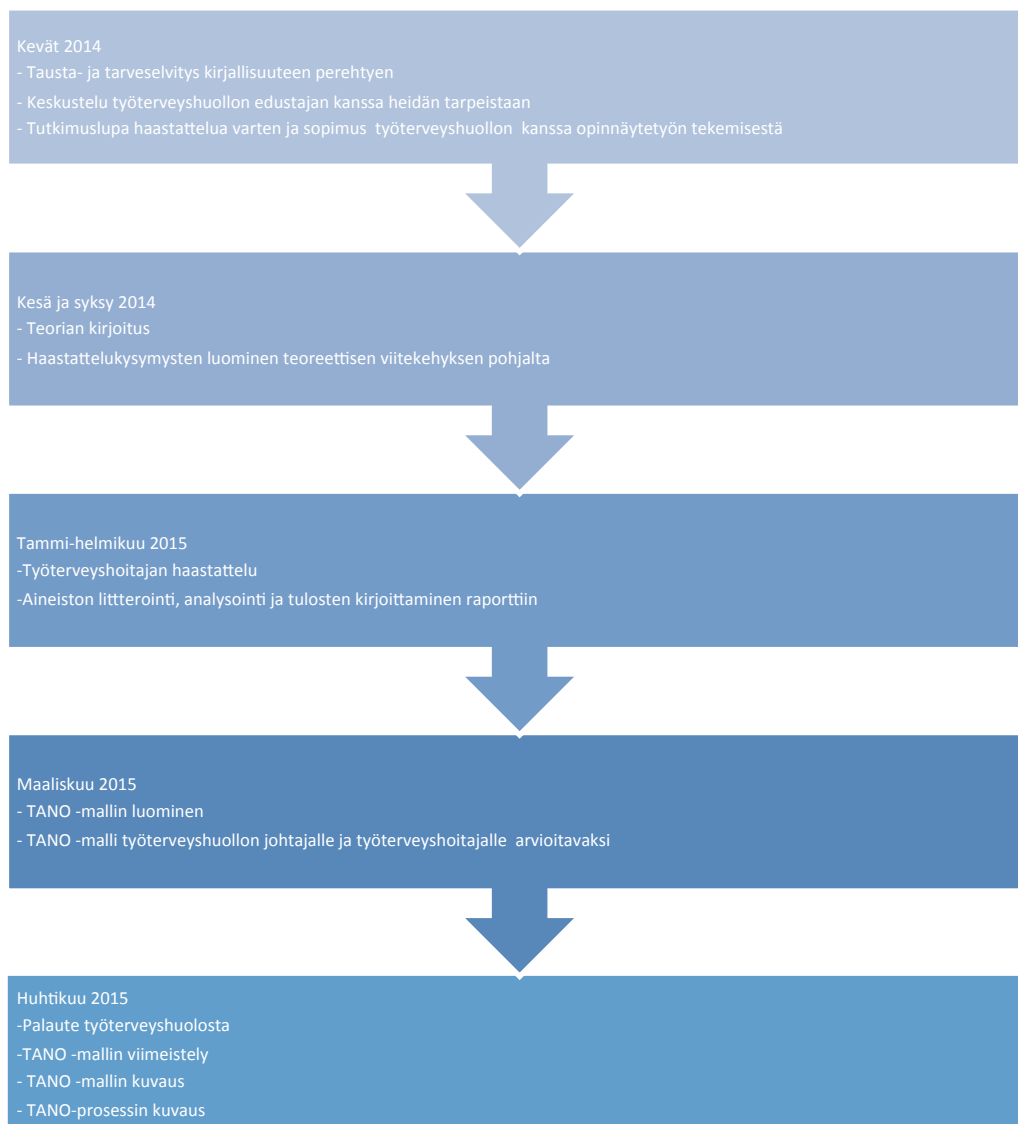
Keväällä 2014 otin sähköpostitse yhteyttä työterveyshuollon johtajaan. Kerroin, että minua kiinnostaa TANO -mallin toteuttaminen ja että mielenkiintoinen aihe olisi kotihoitotyön kuorimitustekijät. Sovimme palaverin toukokuulle, jossa esittelin aiheanalyysini ja toiveeni työterveyshoitajan haastattelusta. Työterveyshuollon johtaja lupasi varmistaa, että työterveyshoitaja jonka vastuualueeseen kotihoito kuuluu, on halukas antamaan haastattelun. Varmistettuaan tämän, sovimme tekeväni heidän käyttöönsä TANO -mallin liittyen kotihoitotyön kuorimitustekijöihin. Sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä sekä tutkimuslupahakemuksen haastattelua varten toimitin postitse työterveyshuollon johtajalle ja hain työterveyshuollon vastaanotosta allekirjoitetut paperit sekä toimitin ne Laureaan tutoropettajalleni toukokuussa.

Työterveyshoitajan kanssa sovimme haastattelun ajankohdaksi alustavasti syksyn 2014. Haastattelun ja TANO-mallin perustaksi kirjoitin teoreettista viitekehystä kesän ajan sekä alkusyksystä. Haastattelurungon ja kysymykset valmiiksi joulukuussa 2014. Olin jo aiemmin ollut yhteydessä sähköpostitse työterveyshuollon johtajaan ja työterveyshoitajaan kertoakseni työn viivästyisestä. Työterveyshoitajan kanssa sovimme haastattelun tammikuulle 2015.

Tammikuussa 2015 toimitin haastattelukysymykset sähköpostitse hänelle viikkoa ennen haastattelua ja kerroin nauhoittavani haastattelun analysointivaihetta helpottaakseni. Kerroin huomioivani tietosuojan, eikä haastateltavan nimi tulisi missään vaiheessa esiin. Haastattelu tapahtui 15.1. 2015 työterveyshoitajan huoneessa ja kesti noin tunnin. Nauhoitettua materiaalia sain 41 minuuttia.

Aineiston litteroinnin toteutin itse helmikuussa 2015. Luokittelurunkona käytin haastattelun teemoja. Teemojen alle keräsin haastattelusta lauseita, jotka pelkistin. Aineistosta nousseet tulokset kirjoitin raporttiin. Maaliskuussa aloitin TANO -mallin luomisen kirjoittamaani teoriaan ja haastattelun tuloksiin pohjautuen. Valmiin mallin toimitin sähköpostitse työterveyshuollon johtajalla sekä työterveyshoitajalle arviointia ja toimenpide-ehtotuksia varten.

Huhtikuussa 2015 sain palautteet työterveyshuollon johtajalta ja työterveyshoitajalta. Työterveyshuollon johtajan toiveiden pohjalta tein vielä pieniä muutoksia malliin. Työterveyshoitaja ei nähnyt tarvetta tehdä malliin muutoksia.



Kuva 1: Kehittämisprosessi

## 4.2 Tutkimukselliset menetelmät

### 4.2.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on tavoitella työelämässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista sekä toiminnan järjeistämistä. Halusin toteuttaa opinnäytetyönä jotain konkreettista ja työelämälähtöistä. Laadullinen tutkimusmenetelmä toimii tässä tilanteessa, jossa tarkoitus on toteuttaa tilaajan toiveisiin ja näkemyksiin sopiva idea. Toiminnallisessa opinnäytetyössä määrällistä menetelmää on hyvä käyttää, jos tarvitsee kerätä tietoa toiminnallisen osuuden tueksi. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.)

### 4.2.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Toteutin TANO-mallin laadullisin tutkimusmenetelmin. Tarvitsin tutkimustietoa TANO -toiminnan toteutumisesta yleisellä tasolla sekä TANO -mallin toimivuudesta. Lisäksi halusin perustella TANO-toiminnan merkitystä kotihoitotyön kuormitustekijöihin vaikuttamisessa. Tärkeätä oli selvittää tutkimukseen perustuen, mitä todettuja kuormitustekijöitä kotihoitotyössä on. Kuormitustekijöiden vaikutukset ihmiselimistölle oli myös kartoitettava, jotta TANO -toiminnan sisältöjä voisi kuvata paremmin TANO -malliin.

Laadullisessa eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa on kyseessä prosessi, jonka välineenä on tekijä itse. Tulkintaa voidaan tehdä pitkin tutkimusprosessin etenemistä. Aineistonäkökulma on yhdistävä tekijä laadullisille menetelmille ja yleensä tuotetaan tekstitietoa numeraalisen sijaan. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 13-24.) Laadullinen lähestymistapa sopi työhön, koska tarkoitukseni oli saada kokemustietoa tarkoin valitulta yksilöltä. Tarve keskustelunomaisuuteen ja vuorovaikutukseen tuki myös päätöstäni käyttää laadullista menetelmää tiedon hankintaan.

#### 4.2.3 Teemahaastattelu

Teemahaastattelulla tarkoitetaan sitä, että teemat ovat tarkoin etukäteen mietityt ja tutkimusasetelmaan perustuvat. Teemahaastattelussa ei kysymyksillä ole tarkkaa muotoa eikä järjestystä, mutta haastattelu ei ole täysin vapaata keskustelua. Haastattelijalla on vastuu siitä, että haastateltava pysyy asiassa. Tutkimusaineistoa on hankala jäsenellä, mikäli haastateltava ei ole onnistunut pitämään haastattelun sisältöä tarkasti teemojen sisällä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48). Haastattelulla oli tarkoitus saada kokemustietoa kotihoidosta vastaavan työterveyshoitajan näkökulmasta kotihoidon TANO-toiminnasta sekä kotihoitotyön kuormitustekijöistä. Halusin vahvistaa tutkimustietoon perustuvaa hypoteesiani TANO -toiminnasta työterveyshuolloissa.

Haastattelun teemat muodostuivat TANO -malliin perustuen. Ensimmäisenä teemana oli tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen tilanne nyt. Mitkä ovat TANO -toiminnan kohderyhmät kotihoidossa? Miten ongelmat, tavoitteet ja sisällöt on määritelty aiemmin ja onko tiedonantoon, neuvontaan ja ohjaukseen liittyviä tarpeita selvitetty aiemmin? Toisena teemana oli tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen kehittäminen. Miten terveydenhoitaja näkee työn ja asiakaskunnan muuttuneen? Vaikuttaako se tiedonannon, ohjauksen ja neuvonnan sisältöihin ja kohderyhmiin? Mitä kehittämisen aiheita terveydenhoitaja näkee TANO -toiminnassa? Mitä sisältöjä tulisi painottaa tiedonannon, ohjauksen ja neuvonnan toteuttamisessa ja minkälaisia menetelmiä tulisi käyttää?

Työterveyshoitajan kanssa sovimme alustavasti haastattelun ajankohdaksi syksyn 2014. Haastattelurungon ja kysymykset sain valmiiksi joulukuussa 2014. Olin jo aiemmin ollut yhteydessä sähköpostitse työterveyshuollon johtajaan ja työterveyshoitajaan kertoakseni työn viivästy-

sestä. Työterveyshoitajan kanssa sovimme haastattelun tammikuulle 2015. Tammikuussa 2015, viikkoa ennen sovittua tapaamista, toimitin haastattelukysymykset sähköpostitse hänelle. Kerroin sähköpostissa nauhoittavani haastattelun analysointivaihetta helpottaakseni. Lisäksi kerroin huomioivani tietosuoja-asiat, eikä hänen nimensä tulisi missään vaiheessa esiin. Haastattelu tapahtui 15.1.2015 työterveyshoitajan huoneessa ja kesti noin tunnin. Nauhoitettua materiaalia sain 41 minuuttia.

#### 4.2.4 Aineiston analyysi

Litterointi tarkoittaa puheen ja kuvan muuntamista tekstiksi. Jos litteroinnissa kiinnostus kohdistuu enemmän asiasisältöihin kuin haastateltavan ei-sanalliseen viestintään, voi litteroinnissa jättää esimerkiksi taukojen pituudet ja katseiden suunnat merkitsemättä. Puhe puretaan kuitenkin sanasta sanaan. Laadullisessa haastattelussa on tarkoitus tehdä analyysi litteroinnin pohjalta. Muutoin käytetään nauhojen keskustelua ja litteroinnista vain tarkistetaan asioista tarvittaessa. Litteroinnin yhteydessä tapahtuu myös tulkintaa, joten on viisasta säilyttää nauhoitettu haastattelu mahdollista asioiden tarkistusta varten. (Ruusuvoori 2011, 424-428.) Litteroin työn itse suoraan nauhurista kirjoittamalla tekstinkäsittelyohjelmalla Word-tiedostoksi. Tallensin haastattelun sekä litteroinnin Laurean opiskelijoiden työasemalle omaan henkilökohtaiseen kansioon.

Teorialähtöinen sisällönanalyysi tarkoittaa sitä, että analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen tai teoriaan. Analyysirunko muodostetaan tällöin kyseiseen viitekehykseen tai teoriaan perustuen. Tässä tapauksessa haastattelun perustana toimi TANO -malli, joten haastattelurunko toimi myös analyysirunkona. Luokittelu lähtee siitä, että aineistosta poimitaan systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmiöitä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 114.) Nämä ilmiöt eli haastateltavan lauseet pelkistin eli poistin ylimääräiset täytesanat. Hirsjärven ja Hurmeen (1998) mukaan luokittelu on osa analyysia. Tarkoitus on luoda pohja, jonka mukaan haastatteluaineistoa voidaan myöhemmin tulkita, yksinkertaistaa ja tiivistää. Keräsin yhteen samoja asioita tarkoittavat lauseet ja valitsin kyseiselle luokalle otsikon niiden aiheen mukaan. Laadullisessa tutkimuksessa tulkintaa tehdään koko prosessin ajan. Teoriaan perustuen olin jo tehnyt tulkintoja liittyen TANO -toimintaan ja haastattelun tuloksista nousi selkeästi muutama teema. Nämä tulokset esittelen seuraavassa kappaleessa.

#### 4.3 Haastattelun tulokset

Terveystieteiden laitoksen mukaan TANOa eli tiedonantoa, ohjausta ja neuvontaa toteutetaan enimmäkseen yksilöille terveydenhoitajan vastaanotolla terveystarkastusten ja sairauskäyntien yhteydessä. Esimiestasolla sitä toteutetaan perusturvan yhteistyöryhmän kokouksissa, joissa on ylin johto läsnä. TANOa toteutetaan myös työsuojelukokouksissa, joissa on myös kotihoi-

don ohjaaja ja vastaavia sairaanhoitajia mukana. Ryhmille TANOa on toteutettu lähinnä tarpeen mukaan tietyn alueen tiimille. Näin on tehty esimerkiksi muutostilanteessa, antamalla muutostilanteesta tai työnohjausta työterveyspsykologin toimesta. Kotihoidon muutostilanne on juurikäynnissä, kun neljä aluetta yhdistettiin vuoden 2014 lopussa kahdeksi. Terveystoimittaja on käynyt työpaikalla tiimeissä kertomassa, työterveyshuollon palveluista muutosvaiheen tukena. Ajatuksena oli ohjata työntekijöitä varaamaan aikaa psykologin, fysioterapeutin, lääkärin sekä terveydenhoitajan vastaanotolle tarpeen mukaan.

TANOa on toteutettu myös työhyvinvointi - iltapäivien yhteydessä. Iltapäiviä on toteutettu kahdelle tiimille 12:sta ja työterveyshuoltoa edustivat työpsykologi, työterveyshoitaja ja työfysioterapeutti. TANOa on toteutettu tarvittaessa työpaikkaselvitysten yhteydessä viiden vuoden välein tai tiheämmin, jos työtavat tai tilat ovat muuttuneet. TANO toteutuu myös yksilön työkyky- tai työterveysneuvottelujen yhteydessä. Työtä räätälöidään ja mietitään työssä pärjäämisen keinoja.

Tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen tarpeet, on määritelty tähän asti niin, että työnantaja tuo esiin ongelmia, joita nousee esimerkiksi muutostilanteissa. Ongelmia on otettu esiin myös perusturvan yhteistyöryhmässä ja työsuojelukokouksissa. Lisäksi on pidetty tarpeen mukaan joitain palaverieja, joissa ovat olleet mukana kotihoidon ohjaaja, vastaavat sairaanhoitajat, työsuojelu ja työterveyshuolto. Lisäksi ongelmia tulee esiin terveydenhoitajan vastaanotolla. Sairauspoissaolot käydään perusturvan yhteistyöryhmässä läpi. Niistä saattaa nousta ongelmia tietoisuuteen. Tikka-kysely tehdään ennen työpaikkaselvitystä ja niissä saattaa nousta myös ongelmia esiin. Tavoitteita TANO -toimintaan ei oltu työterveyshoitajan tiedon mukaan määritelty, eikä seuranta tai arviointia myöskään ollut tapahtunut siinä määrin kuin Valtioneuvoston asetuksessa (708/2013) hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista on määritetty.

TANO:n sisällöt ryhmiä varten on mietitty tilannekohtaisesti esiin nousseiden asioiden perusteella yhdessä työntäjän kanssa. Yksilöiden kanssa työlähtöisen terveystarkastuksen yleiset sisällöt sekä sairausvastaanotolla esiin tulleet asiat ovat ohjanneet lisäksi TANO:n sisältöjä. Ohjausmenetelmät ovat perinteisiä ja koskettavat lähinnä yksilöasiakkaita. Ryhmiä ohjataan myös pitkälti luentojen ja siinä esiintyvän keskustelun kautta. Tarveselvityksiä ei ole työpaikalle tehty sisäilmakartoitusta lukuun ottamatta. Terveystoimittajan mukaan kotihoidotyö on muuttunut kiireisemmäksi ja asiakkaat vaikeampihoitoisiksi. Työtehtävät ovat muuttuneet sairaanhoidollisimmiksi eikä asiakkaan luona vietetä kuin toimenpiteiden vaatima aika. Kodinhoidollisia töitä ei juurikaan ole lukuun ottamatta tiskausta, roskien vientiä ja sängyn petaamista. Hänen mukaansa sen tulisi vaikuttaa TANO:n sisältöihin.

Terveystoimittaja näki tarpeina yleisen jaksamisongelman työpaikalla, kotihoidotyön voimakkaan muutoksen aiheuttaman perusasioiden hajanaisuuden, tiimihengen puutteen, ergonomi-

an ja esimiesten jaksamisen. Lisäksi TANOa tulisi kohdentaa hänen mielestään työnantajan suuntaan ja erityisesti ylemmälle johdolle. Terveystoimijan mukaan työntekijät kokivat, ettei ylempi johto kykene ymmärtämään ja ottamaan huomioon työntekijöiden tilannetta tällä hetkellä. Alustavasti on suunniteltu pienryhmämuotoista sisällöltään työhyvinvointia ja jaksamista edistävää toimintaa kotihoidon koko henkilöstölle. Vetäjinä toimisivat työterveyshoitaja ja työpsykologi. Ergonomian sisältöjä tulisi myös painottaa hänen mielestään. Työterveydestä usein ohjataan työntekijät tules-, selkä- ja painonhallintaryhmät, joita järjestää kaupunki. Työnantaja ei ole ollut kyseisten ryhmien järjestämisestä kiinnostunut kustannussyistä.

## 5 TANO -malli

MATRIISIN OSA-ALUEET	YKSILÖASIAKKAAT	RYHMÄT JA TYÖYHTEISÖT	TYÖNANTAJAT JA TOIMIJAT
ASIAKASANALYYSI:	Muutostilanne, kiire, vaihtelevat työympäristöt, raskaat potilasnosotot	Koko henkilöstö, tiimien toimivuus, tiedonkulku, osallistuvuus	Työnantaja ja lähiesimiehet. Johtajuus muutoksessa, tieto työhyvinvoinnista ja työkyvystä
KOHDERYHMÄ	Kotihoidon työntekijät	Tiimit ja vastaavat sairaanhoitajat	Työsuojelu, ylin johto, kotihoidon ohjaaja sekä vastaavat sh:t
TAVOITTEET:	Kuormitus, vaaratekijät, tunnistus ja keinot	Varhaisen tuen mallin tunteminen, työkykyongelmientiedostaminen, puheeksiotto	Tietää työntekijän tarpeet, kuormituksen vaikutukset. Toimii hyvinvointia tukevalla tavalla.
TOIMINTA: Toimintatilanne, osallistujat:	Terveystoimijan terveystarkastukset, sairausvastaanotto, tarv. psykologi, fysioterapeutti tai lääkäri	Muutos- ja työhyvinvointiryhmät, ergonomiakoulutus ja ohjaus koko henkilöstölle. Työterveyshoitaja, työfysioterapeutti tai psykologi vetäjänä.	Palaverit, muutosjohtamis- ja työhyvinvointikoulutukset. Läsnä työnantajan edustajat, työterveyshoitaja, lääkäri, työfysioterapeutti, työpsykologi, ulkopuoliset asiantuntijat, kouluttajat
Sisältö:	Kuormitustekijät, terveyshaittojen ennaltaehkäisy ja voimavarojen vahvistus	Työkyky ja työhyvinvointi, muutos, oma vastuu, varhaisen tuen periaatteet. Siirtotekniikat, apuvälineet, omatoiminen oppiminen, perehdytys	Kotihoitotyön sisältö ja haasteet työntekijöillä. Muutos ja vaikutus työkykyyn. Esimiehenä muutoksessa, varhainen puuttuminen, mistä saan tukea, puheeksiotto.
Menetelmät:	Keskustelu, terveys-suunnitelma, seuranta-käynnit. Psyk.seulat, AUDIT ja kognit. työkalut. Kuntotestit, kehonkoostumus. RR-mittaus, dm-riski, BMI, ym.	Työhyvinvoinnin kuntokartoitus, itsehoito- ja rentoutumismenetelmät, pienryhmätyöskentely, siirtotekniikoiden harjoittelu.	Työhyvinvointikysely, draama, muutosjohtajuus ja työhyvinvointikoulutus, työhyvinvointiryhmän perustaminen.

TOTEUTTAMISAIKA-TAULU JA VASTUUHENKILÖT	Jatkuvaa toimintaa, työterveyshoitaja, työterveyslääkäri, työfysioterapeutti ja työpsykolgi	Vuoden aikana, työterveyshoitaja, työterveyslääkäri, työfysioterapeutti ja työpsykolgi sekä työnantajan edustaja	Vuoden aikana, työterveyshoitaja, työterveyslääkäri, työfysioterapeutti ja työpsykolgi, työnantajan edustaja
SEURANTA JA ARVIOINTI	Asiakaskysely, yksilöiden seurantakäynnit, työterveyshuollon itsearviointi	Tiimeissä arviointi vuoden välein, vastaaville sh:lle palaute sekä sh:n itsearviointi	Arviointi perusturvan yhteistyö- sekä työsuojelun palaverissa vuoden välein
KEHITTÄMISTARPEET JA JATKOTOIMET	Arvioinnin perusteella	Arvioinnin perusteella	Arvioinnin perusteella

Taulukko 3: TANO malli tiivistettynä

### 5.1 Asiakasanalyysi

Asiakasanalyysina toimi tässä työssä luomani tutkimukseen perustuva teoreettinen viitekehys sekä työterveyshoitajan haastattelu. Haastattelusta saamani tulokset tukivat tutkimustiedon perusteella saatua tietoa TANO-toiminnasta työterveyshuolloissa, kotihoitotyön tilanteesta ja kuormitustekijöistä työssä. Yksilöasiakkailta eli kotihoidon työntekijöillä tarpeita olivat psyykinen kuormitus muutostilanteessa, tunnekuorma sekä yksityöskentely. Uhkatekijöinä olivat työn muutos ja työn kuormittavuus. Halusin painottaa haastattelussa esiin tulleita asioita, koska ne koskettavat juuri tällä hetkellä kyseisen työterveyshuollon tilannetta. Työterveyshuollon johtajan toiveesta lisäksi kuitenkin vielä tarpeiksi asiakasuhkatilanteet, osaamisen, yllättävät tilanteet ja niissä konsultointiapu. Tutkimuksen mukaankin kyseiset tarpeet ovat tärkeitä kuormitustekijöitä kotihoitotyössä. Haastattelun perusteella ryhmällä ja työyhteisöillä nousi esiin tiimien ja koko henkilöstön yhteistyö, tiimien toimivuus ja tiedonkulun tehostaminen. Myös työntekijöiden osallistumisen ja tiimihengen lisäämisen työterveyshoitaja koki tärkeäksi. Työnantajan ja muiden toimijoiden osalta selkeiksi tarpeiksi nousi johtajuus muutostilanteissa, työkyky- ja työhyvinvointiosaaminen. (Palmgren ym. 2012, 93-95.)

### 5.2 Kohderyhmä

Haastattelun sekä TANO-tutkimuksen perusteella kohderyhmien osalta korostui tarve tiedonantoon, neuvontaan ja ohjaukseen ryhmille, yhteisöille sekä työnantajalle. Myös yksilöille nousi haastattelun kautta tarve suunnata tiedonantoa, neuvontaa ja ohjausta, joten heidät sisällytin myös TANO-malliin. Yksilöillä tarkoitetaan työntekijöitä, ryhmällä tässä kotihoidossa kahta hiljattain muodostunutta isoa tiimiä sekä vastaavia sairaanhoitajia. Työnantajalla tarkoitetaan tässä työsuojelutoimikuntaa, sosiaali- ja terveysjohtajaa, koti- ja asumispalveluiden päällikköä, kotihoidon ohjaajaa sekä kotihoidon vastaavia sairaanhoitajia. (Palmgren ym. 2005, 78-88.)

### 5.3 Tavoitteet

Sekä tutkimus että haastattelun tulokset tukivat seuraavien tavoitteiden tärkeyttä. TANO - malliin tavoitteiksi muodostui yksilön osalta terveyden ja hyvinvoinnin kannalta merkityksellisten psyykkiset ja fyysiset oireet. Myös kuormitus- ja haittatekijöiden tunteminen omassa elämässä sekä työssä on tärkeä tavoite. Työntekijän tulisi myös tietää, mihin asioihin voi itse vaikuttaa ja mihin ei. Työntekijällä tulisi olla tiedossa hallinnan keinoja ja ne pitäisi pystyä viemään käytännön työhön. Koko henkilöstön osalta tavoitteena on tuntea työpaikan varhaisen työkyvyn tukemisen periaatteet malli. Jokaisen tulisi myös tunnistaa uhkaavat työkykyongelmat. Lisäksi vastaaville sairaanhoitajille tuli tavoitteiksi työntekijän työhyvinvoinnin tarpeiden tunnistaminen, puheeksiottokeskustelun käytäntöjen tunteminen sekä toiminta varhaisen työkyvyn periaatteiden mukaisesti. Esimiesten tulisi oppia käyttämään vertaistukea hyödykseen. Työnantajalle tavoitteiksi nousi tietää työn vaikutuksen muutokset työntekijän jakamiseen. Työnantajan tulee ottaa erilaisissa suunnitelmissa riittävästi huomioon työhyvinvointia tukevat tekijät ja antaa mahdollisuus alaisille toimia sen mukaan. Lisäksi työnantajan tulee olla selvillä työntekijöiden tarpeista ja heitä kuormittavista tekijöistä. (Palmgren ym. 2007, 86-88)

### 5.4 Toiminta

#### 5.4.1 Toimintatilanne ja osallistujat

TANO- tutkimuksen mukaan yksilöiden kohdalla toimintaan osallistuja on hänen lisäksään enimmäkseen työterveyshoitajan terveystarkastuksissa ja sairausvastaanotoilla. Myös lääkärin, fysioterapeutin tai psykologin vastaanotolla tulisi toteuttaa suunnitelmallisesti TANOa. Ryhmille eli koko henkilöstölle toimintaa tulisi mielestäni toteuttaa pienryhmissä sekä joitain asioita vastaavien sairaanhoitajien omissa palavereissa ja koulutuksissa. Toiminnan vetäjinä olisivat tarpeen mukaan työterveyshoitaja tai psykologi. Ergonomiaohjauksen osalta työfysioterapeutti voisi toteuttaa sitä ryhmille yleisenä koulutuksena sekä asiakas- ja/ tai työtilannekohtaisesti. Työnantajan TANO -toimintaan sopivia tilanteita ovat perusturvan yhteistyöryhmän ja työsuojelutoimikunnan kokoukset, kotihoidon esimiespalaverit. Työhyvinvointi- ja muutuskoulutukset ovat myös hyvä tapa lisätä TANOa. Läsnä tarpeen mukaan työnantajan edustajat, työterveyshoitaja, lääkäri, työfysioterapeutti, työpsykologi, ulkopuoliset asiantuntijat ja kouluttajat. (Palmgren ym. 2007. 86-88.)

#### 5.4.2 Sisältö

Työntekijöille TANO:n sisällöksi muodostui tutkimukseen sekä haastatteluun perustuen kotihoitotyön, työympäristön sekä oman elämän kuormitustekijöiden tunnistaminen. Lisäksi työn-

tekijä tarvitsee tiedonantoa, ohjausta ja neuvontaa työterveyshaittojen ennaltaehkäisemiseksi ja omien voimavarojen vahvistamiseen. Nämä asiat tulee ottaa esiin sekä psyykkisten että fyysisten kuormitustekijöiden kautta. Myös koko henkilöstölle annettavaksi TANOn sisällöksi muodostui psyykkisen kuormituksen osalta tietous työkyvyn ja hyvinvoinnin muodostumisesta ja jatkuvan muutoksen vaikutuksesta niihin (Tolonen 2011, 33). Koko henkilöstön on tärkeä tietää, mitä tarkoittaa varhaisen työkyvyn periaatteet. Myös oman vastuun tunteminen ja ottaminen työhyvinvoinnista ja työn kehittämisestä tulee sisällöissä esiin. (Työn organisointi ja hyvinvointisosaali- ja terveysalalla -esimerkkinä vanhusten kotihoito 2008.)

Työntekijöille suunnatun ergonomiakoulutuksen ja perehdytyksen osalta TANOn sisältöjen tarve muodostui pitkälti teoriaan pohjautuen. Sisällöiksi muodostui siirtotekniikoiden päivitys, selkärangan ja lihaksiston toiminnan tuntemus, nostojen ja siirtojen vaikutukset kehoon. Lisäksi toimintakyvyn vaatimukset suhteessa työn vaatimuksiin. (Työn organisointi ja hyvinvointisosaali- ja terveysalalla -esimerkkinä vanhusten kotihoito 2008.) Eri apuvälineiden tuntemus ja käyttömahdollisuus työpaikalla sekä omatoiminen tiedonhaku ja oppiminen tutkittuun tietoon perustuvien lähteiden kautta. Työnantajiin kohdistuvan TANOn sisällöiksi nousi kotihoitotyön sisältöjen ja haasteiden tunteminen tänä päivänä työntekijän näkökulmasta. Lisäksi työnaantajan tulisi tietää ja tunnistaa jatkuvan muutoksen vaikutukset työkykyyn ja työhyvinvointiin. Mikä on henkilöstön työkyky ja hyvinvointi tällä hetkellä. Esimiestyön tukemiseen liittyen sisältöjä ovat muutos- ja työhyvinvointijohtajuus, mistä saan itse tukea, hallitsenko puheeksioton. Ergonomiaan ja fyysisiin kuormitustekijöihin liittyen työnantajan tulee ymmärtää myös varhaisen tuen ja ennaltaehkäisyn sekä työhyvinvoinnin taloudellisesta kannattavuudesta. (Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1993.)

#### 5.4.3 Menetelmät

Yksilöille psyykkisiin kuormitustekijöihin liittyviä TANOn menetelmiä ovat keskustelut, joita voidaan toteuttaa terveydenhoitajan tai työpsykologin vastaanotolla 1-5 kertaa/ongelma. Terveydenhoitajan tulee laatia yhdessä asiakkaan kanssa asiakaslähtöinen terveystuunnitelma ja siihen tulee liittyä myös seurantakäynnit (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuolto-käytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013). Tietoa yksilöllisen terveystuunnitelman pohjaksi tulee kerätä tarpeeksi laajasti. Tarpeiden kartoitukseen käyvät erilaiset seulat, kuten BDI masennuksen, BBI-15 työuupumuksen sekä AUDIT päihteiden käytön tunnistamiseen. Lisäksi menetelmiin kuuluu fyysisen terveyden mittarit, kuten laboratoriotestit, verenpainemittaus ja diabetesriskikartoitus. TANO- menetelmät liittyen ergonomiaan ovat tarpeiden kartoitus esimerkiksi kuntotestein tai kehonkoostumusmittauksella. Neuvonta itsehoito-keinoista oman terveyden ja kunnan hoitoon sekä tavoitteiden asettaminen. Seuranta- ja arviointikäynnit kuuluvat myös fysioterapeutin työn menetelmiin. (Palmgren ym. 2014, 242-249.)

Ryhmille menetelmiksi valitsin oman työhyvinvoinnin kuntokartoituksen, itsehoitokeinot ja rentoutumismenetelmät pienryhmissä. Lisäksi työyhteisön ilmapiiriin liittyvät kehittämissryhmät, vaikutusmahdollisuuksien ja omien kiinnostuksen kohteiden kartoitus. Ergonomian osalta valitsin menetelmiin ergonomiaperehdytysten sisältöjen miettimisen ryhmissä ja perehdytyksen vastuuhenkilöiden valitsemisen. Lisäksi potilaan siirtotyössä käytettävien apuvälineiden käytön ja siirtotekniikoiden harjoittelu. Ohjausmenetelmien tulisi olla mahdollisimman osallistavia ryhmille.

Johdon TANO:n menetelmiksi halusin työhyvinvoinnin ja työyhteisön vahvuuksien selvityksen kyselyllä. Lisäksi johto tarvitsee koulutusta muutosjohtajuudesta sekä työhyvinvointikoulutusta. Tärkeää olisi myös perustaa työhyvinvointityöryhmä ja sen voisi perustaa esimerkiksi työhyvinvointipajapäivänä. Työhyvinvointipajassa voisi myös pohtia, miten työntekijöitä vastuutetaan omien voimavarojen vahvistamiseen, työn- ja työympäristön kehittämiseen ja mitä työkaluja työnantaja voi siihen tarjota. Ohjausmenetelmien tulisi olla mahdollisimman osallistavia sekä konkreettisia.

## 5.5 Toteuttamisaikataulu, vastuuhenkilöt ja seuranta

Jotta TANO-toiminta olisi vaikuttavaa, pitää sen olla suunnitelmallista ja sitä on arvioitava säännöllisesti vastuuhenkilöiden toimesta (Palmgren ym. 2008, 90-94). Työterveyshuollon yksilöille suunnatun TANO:n seuranta ja arviointi on jatkuvaa toimintaa ja siitä vastuussa ovat työterveyshoitaja, lääkäri, työpsykologi sekä työfysioterapeutti yhteistyössä. Seuranta tulee tehdä asiakaskyselyin, seurantakäynnein sekä työpaikkakäynnein. Lisäksi työterveyshuolto tekee TANO-mallin osalta itsearviointia kerran vuodessa moniammatillisena ryhmänä. Koko henkilökunnan sekä johdon osalta TANO -mallin toiminta olisi tarkoitus toteuttaa vuoden aikana TANO -mallin hyväksymisestä. Vastuuhenkilöitä ovat työterveyshuollon toimijat sekä työnantajan edustajat. Kehittämistarpeita ja jatkotoimia pohditaan edellisessä kappaleessa mainittujen vastuuhenkilöiden toimesta vuoden päästä TANO -mallin käyttöönotosta.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli TANO -mallin tuottaminen työterveyshuoltoon kotihoitotyön kuormitustekijöistä. TANO -tutkimus osoittaa, että TANO -toiminnan suunnitelmallisuus, seuranta tai arviointi on vähäistä työterveyshuolloissa. Lisäksi kohderyhmänä oli enimmäkseen yksilö ja vain vähäisesti koko työyhteisö tai työnantaja. (Palmgren ym. 2007, 78-88.) Viimeisen TANO -tutkimuksen tulokset osoittavat, että selkeästi kohdennettu, systemaattinen tietojen

antaminen, neuvonta ja ohjaus on tuloksellista ja vaikuttavaa. TANO- mallin mukainen toiminta sai aikaan muutoksia, jotka vaikuttivat erityisesti työolojen parantumiseen, henkilöstön osallistumiseen yhteistyöhön terveyshuollon kanssa, työympäristöön sekä työmenetelmiin ja välineisiin. TANO-toiminta lisäsi myös työkyvyn tuen toimintamallien noudattamista työpaikoilla. (Palmgren, Jalonen, Kaleva & Tuomi 2012, 132.)

Kiristyvän taloustilanteen vuoksi kunnat ovat taipuvaisia vähentämään kotihoidon työntekijöitä ja tiukentamaan kotihoitoon pääsevien kriteerejä. Asiakkaat ovat raskaampia hoitaa lisäntyneen hoivan ja hoidon tarpeen vuoksi. (Paljärvi 2012, 63) Kunta-alan työntekijöiden sairauspoissaolojen keskiarvo vuonna 2012 oli 10.9 päivää vuodessa/työntekijä, kun kaikilla palkansaajilla luku on 7.1. Naissukupuoli ja korkeampi ikä lisäsi jonkin verran sairauspoissaolojen määrää. (Kunta-alan työolobarometri 2013.) Sairauspoissaolojen lisääntyminen sekä työntekijöiden vähentäminen lisäävät kuormitusta ja kiirettä kotihoidon työpaikoilla.

Kun kiire työssä lisääntyy, laatu alkaa kärsiä, ajankäyttö on tehotonta, virheitä syntyy enemmän, työtapaturmat lisääntyvät, stressi, uupumus ja sairastaminen lisääntyvät, yhteistyö heikkenee, kehittäminen ja uudistaminen jää pois. Työntekijät eivät ehdi pitää huolta henkisesti ja fyysisestä terveydestään. Työtahdin kiristyminen heikentää oman työn hallintamahdollisuuksia. (Katajainen ym. 2008, 26-28.) Lisäksi työn kuormittavuuden lisääntymisen tiedetään lisäävän riskiä sydän- ja verisuonitauteihin sairastumiseen. Mitä suurempi epäsuhta suhteessa ponnisteluihin ja työn palkitsevuuteen on, sitä suurempi on riski sydän- ja verisuonitautisairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. (Ahola ym. 2006, 45.)

Oman työkokemukseni perusteella kiire ja työn muutos on lisääntynyt kotihoitotyössä. Tiedetään, että työn laatu kärsii kiireessä, jolloin riski vakaviin virheisiin kasvaa. Kuntien säästötoimien vuoksi uusia työntekijöitä palkataan vähemmän eikä pois lähteneiden työntekijöiden tilalle aina palkata uutta työntekijää. Kuormitus kohdistuu jäljelle jääviin työntekijöihin ja tämä lisää riskiä sairauspoissaolojen lisääntymiselle. Hoitotyössä sairauspoissaolot liittyvät voimakkaasti tuki- ja liikuntaelämistön sairauksiin ja tapaturmiin. (Kelan sairausvakuutusilasto 2013). Mielestäni tämän vuoksi ergonomiaperehdytykseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Työntekijä voi olla vaarassa, jos hän ei ole saanut riittävää tai sopivaa tietämystä ja opetusta. (Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1993.)

Työterveyshoitajan haastattelun tuloksista kävi ilmi, että kyseisen työterveyshuollon TANO -toiminnasta puuttuu suunnitelmallisuus, vastuuhenkilöt ja säännöllinen arviointi. Tärkeimpinä TANOn tarpeina työterveyshoitaja näki yleisen jaksamisongelman työpaikalla, muutosten aiheuttamien perusasioiden hajanaisuuden, tiimihengen puutteen, ergonomian ja esimiesten jaksamisen. Kohderyhminä ovat lähinnä yksilöt terveystarkastuksissa ja sairaskäynneillä. Työyhteisöön, työnantajalle ja työsuojelun edustajille suuntautuva TANO oli vähäistä. työterve-

yshuolloissa. TANO-tutkimuksen sekä haastattelun tulosten perusteella oli tarpeellista kohdentaa TANOa nykyistä enemmän työnantajan suuntaan ja erityisesti ylemmälle johdolle (Palmgren ym. 2008, 78-88). Vaikka työterveyshuolto oli yrittänyt viedä työnantajalle tietoa työntekijöiden jaksamisongelmasta ja työkykyisyyden vähenemisestä, se ei ollut vaikuttanut työnantajan toimintaan. Ryhmille tiedonantoa, ohjausta ja neuvontaa oli toteutettu vain osalle henkilökunnasta.

Työterveyshuollossa tavoitteita oli laadittu lähinnä tilannekohtaisesti sen mukaan, mitä ongelmia työnantaja toi esiin erilaisissa palaverissa ja työkykyneuvotteluissa. Jonkun verran TANO -toiminnan tavoitteisiin vaikuttivat myös työntekijöiden tarkastuksissa tai sairausvastaanotolla esiin tuomat tarpeet. Näiden esiin nousseiden tarpeiden perusteella järjestettiin joitain ryhmätapaamisia osalle 12:sta tiimistä. Ohjausmenetelmät ovat olleet perinteisiä yksilönohjaukseen liittyviä. Ryhmiä oli ohjattu luennoimalla ja keskustelun kautta. Tämä näyttäisi olevan yleinen toimintatapa työterveyshuolloissa TANO-tutkimuksen mukaan (Palmgren ym. 2008, 45-46). Työterveyshoitajan haastattelusta saamaani tieto tuki TANO-tutkimuksesta saatua tietoa. Jotta TANO-toiminta olisi työterveyshuoltolain (1383/2001) edellyttämälle tasolla, pitäisi toimintaan saada lisää suunnitelmallisuutta, vastuuhenkilöt määriteltyä ja säännöllinen arviointi. Tämän perusteella päätettiin TANO -mallin olevan hyödyllinen työväline kyseiseen työterveyshuoltoon.

Oma ymmärrykseni tiedonantoon, ohjaukseen ja neuvontaan lisääntyi valtavasti. Työtä aloittaessani koin astuvani täysin vieraalle alueelle. Ensimmäisessä työterveyshuollon harjoittelusani syksyissä 2014 kaksi työterveyshuollon työntekijää nauroivat kysyessäni, miten he toteuttavat tiedonantoa, ohjausta ja neuvontaa. Siinä kohtaa ymmärsin, että olen tekemässä opinäytetyötä tarpeellisesta aiheesta.

## 6.2 Luotettavuus ja etiikka

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseen ei ole luotu yhtä selkeitä kriteereitä, kuin määrälliseen tutkimukseen. Laadullista tutkimusta on silti mahdollista arvioida. Menetelmät ovat aina tutkijan valitsemia ja menetelmät vaikuttavat aina tutkimustuloksiin. Arviointi kohdistuu tällöin tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analyysiin ja tutkimuksen raportointiin. Aineiston valitsemisessa tulisi noudattaa tarkoituksenmukaisuusperiaatetta ja tutkimusraportista tulee näkyä, minkä periaatteen mukaisesti tutkittavat on valittu. (Kananen 2008, 121-123.) Raportista tulee näkyä myös mitä haastatteluteemoja haastateltavalle on esitetty. Liian suppeat teemat saattavat vaikeuttaa tutkittavan oman näkemyksen esiin tuloa. Liian laajat teemat saattavat tuottaa liikaa haastattelumateriaalia, jolloin raportista joutuu rajaamaan paljon pois. Luotettavuusongelmia saattaa syntyä esimerkiksi aineiston analyysin

aikana tehdyistä virhetulkinnoista. Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta edustaa aina tutkijan omaa näkemystä, jossa ovat mukana hänen tunteensa ja ajatuksensa. (Kananen 2008, 129.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää mahdollisimman tarkka ja totuudenmukainen kuvaus selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Laadullisen tutkimuksen pätevyyttä voidaan kohentaa käyttämällä tutkimuksessa useita tutkimusmenetelmiä. (Hirsjärvi, Remes ja Saja-vaara 2009, 213-214.)

Yhden työterveyshoitajan haastattelu oli TANO-mallin tuottamisessa tarkoituksenmukaista, koska hän oli kotihoidon vastuuhoitaja ja tunsu tämän työn hyvin. Lisäksi hän osasi kertoa, miten TANO-toiminta toteutuu kyseisessä työterveyshuollossa. TANO -malli perustuu TANO -tutkimukseen kautta luotuun valmiiseen TANO -malliin, minkä olen kuvannut työhöni. Kotihoitotyön tilanteeseen ja kuormitustekijöihin olen perehtynyt käyttämällä mahdollisimman asiantuntevia, näyttöön perustuvia ja tuoreita lähteitä. Haastattelun toteutin luomalla haastattelurungon. Pysin saaman teemat riittävän laajoiksi, jotta kaikki tarvittavat asiat saadaan käsiteltyä, mutta rajaamaan aihetta, jotta saamani materiaali koskisi vain TANO-mallin laadintaan tarvittavaa tietoutta. Nauhoitin haastattelun ja litteroin sen sanasta sanaan. Aineiston analyysissä hain samaa merkitseviä ilmiöitä tai lauseita ja kokosin ne luokittelurunkoon, joka noudatti haastattelun teemoja. Kirjasin koko kehittämisprosessin vaihe vaiheelta tarkasti raporttiin. Kirjasin myös työterveyshoitajan haastattelun tulokset raporttiin.

Tutkimusetiikka tarkoittaa eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista ja edistämistä. Tutkimusetiikan näkökulmasta ja tässä työssä huomioitavia hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat mm. rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja tutkimustyön kriteerit täyttäviä. Viestinnän tulee olla vastuullista ja avointa. Toisten tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa ja antaa kunnia heidän saavutuksilleen. Tutkimustyö suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012.)

Hain tutkimusluvan työterveyshuollon hoitajan haastattelua varten. TANO- mallin tuottamisesta tehtiin kirjallinen sopimus työterveyshuollon kanssa. Mallin luovuttamiseen työterveyshuollon käyttöön tehtiin rinnakkainen käyttöoikeussopimus (oikeus tekijällä, Laurealla ja työterveyshuollolla käyttää tuotetta tietyillä ehdoilla). Viestitin työterveyshuollon johtajalle ja työterveyshoitajalle säännöllisesti TANO -mallin ja opinnäytetyön edistymisestä sähköpostitse. Olen pyrkinyt tuomaan asiat mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti esiin niiden merkitystä muuttamatta. Olen kunnioittanut muiden tutkijoiden tekemää tutkimustyötä kirjaamalla lähdemerkinnät tarkasti. Raportti on laadittu Laurean opinnäytetyön ohjeistuksen mukaisesti.

Kehittämistyön yhtenä haasteena oli oma kokemukseni kotihoidon työstä sekä lähihoitajana että sairaanhoitajan sijaisena. Työn sisällöistä ja kuormitustekijöistä minulla oli oma ennak-

kokäsitykseni. Osaltaan tämä auttoi hahmottamaan tutkimusongelmaa, tarvittavaa teoretietoa ja laatimaan haastattelukysymyksiä. On mahdollista, että ennakkokokäsitykseni on vaikuttanut teoreettisen viitekehukseen ja aineiston valintaan, vaikka olen tietoisesti yrittänyt pitää itseni analyttisenä aineiston suhteen. Pidin kuitenkin mielessäni sen, että kyseessä on työterveyshoitajan oma kokemus ja hänen asiakasyritykseensä liittyvä tilanne. Yritin välttää johdattelevia kysymyksiä tai omien mielipiteiden tuomista tilanteisiin. Litteroitua materiaalia käsitellessäni, huomasin, että olin osannut jossain kohtaa tarkentaa kysymystä kokemustiedon kautta. En kuitenkaan ollut tuonut kysymyksenasettelussa omia mielipiteitäni esiin.

Lisäksi kehittämistyön haasteena oli se, että TANO-toiminta oli minulle käytännössä vieras alue. Asia oli teoriassa käsitelty työterveyshuoltoon liittyvillä luennoilla koulussa, mutta en ollut toteuttanut tai nähnyt sitä toteutettavan työelämässä. Aihetta olisi ollut helpompi lähestyä vasta työterveyshuollon harjoittelun jälkeen, kun asia olisi konkretisoitunut minulle. Aikataulullisesti tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista. Olisin laatinut osan kysymyksistä kohdennetummin vielä TANOon ja saanut enemmän tietoa kyseisen työterveyshuollon TANO-toiminnan toteutumisesta. Nyt keskityin enemmän kotihoitotyön kuormitustekijöihin, jotka ovat tietysti tärkeä osa TANO-mallin laatimisen kannalta. Jäin myös pohtimaan, että terveydenhoitaja ei ollut kerinnyt tutustumaan ja valmistautumaan etukäteen lähettämiini kysymyksiin. Tunnin kestävän haastattelun aikana on mahdollista, että osa kysytyistä asioista ei muistunut mieleen. Onko työn tekemisen taustalla kuitenkin suunnitelmallisuutta, vastuuhenkilöt ja arviointia, mutta se tapahtuu niin, ettei sitä osaa ajatella olevan tietoista TANO-toimintaa.

### 6.3 Kehittämisehdotukset

Jatkossa voisi selvittää, miten TANO -malli on toiminut työterveyshuollossa ja onko se tuonut lisää vaikuttavuutta tiedonantoon, neuvontaan ja ohjaukseen. Lisäksi TANO-mallit kannattaisi laatia jokaiselle asiakkaalle osana toimintasuunnitelmaa ja päivittää toimintasuunnitelmapalaverien yhteydessä vuosittain. Jotta TANOon saataisiin lisää vaikuttavuutta tulisi työtä tehdä moniammatillisesti työterveyshuollossa ja tehdä ennakkoselvityksiä ja kyselyitä työyhteisöön tarpeista. TANO -mallin käyttöön liittyvää koulutusta voisi lisätä työterveyshuollon toimijoille, jotta siitä tulisi päivittäisessä työssä huomioitava työkalu. Koulutusta tarvittaisiin myös ryhmänohjaukseen ja eri ohjausmenetelmistä. Koulutuksissa ja työhyvinvoinnin selvittelyssä kannattaisi hyödyntää myös ulkopuolisia asiantuntijoita.

Valtioneuvoston asetuksessa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (708/2013, 5 §) todetaan, että työterveysyksiköllä on oltava hyvää työterveyshuoltokäytäntöä noudattava kirjallinen laatujärjestelmä. 2014 voimaan tullessa 15 §:ssä laatujärjestelmän viimeinen käyttöönot-

topäivä on 1. päivänä tammikuuta 2016 (708/2013). Tämän tulisi taata myös TANO- mallin käyttöönottoon hyvät edellytykset.

Ohjausmenetelmien tulisi jatkossa olla osallistavampia. Osallistavana menetelmänä voisi kokeilla mm. Learning cafeta eli oppimiskahvilaa. Se on keskusteluun, tiedon luomiseen ja siirtämiseen tarkoitettu yhteistoimintamenetelmä, joka soveltuu noin 12 hengen ja suuremmille ryhmille. (Heikkinen 2012.) Myös draamaa voisi kokeilla ohjauksellisena menetelmänä. Se vaatisi ulkopuolista kouluttajaa, mutta voisi toimia työnantajan muutos- tai hyvinvointikoulutuksessa ja auttaa hahmottamaan työntekijöiden tilannetta. (Draamakoulutus 2015.) Työntekijöitä tulisi vastuuttaa oman työkyvyn ylläpitämiseen ja aktiiviseen tiedonhankintaan työhön, työympäristöön ja omaan hyvinvointiin liittyvissä asioissa. Hyvä esimerkki omaehtoiseen tiedonhankintaan on Työterveyslaitoksen Ergonomiaratkaisupankki, josta voi löytää terveydenhuollon ergonomian ongelmiin valmiiksi mietittyjä ratkaisuja (Terveydenhuollon ergonomiaratkaisut 2015).

## Lähteet

### Painetut lähteet

Ahola, K., Kivistö, S. & Vartia, M. 2006. Työterveyspsykologia. Helsinki: Työterveyslaitos.

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 35/2008. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistokustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karppinen, J., Liira, H. & Riihimäki, H. 2011. Selkäsairaudet. Työperäiset sairaudet. Helsinki: Työterveyslaitos

Katajainen, A, Lipponen, K. & Litovaara, A. 2008. Voimaa! Oman tarinani mahdollisuudet. Helsinki: Duodecim.

Otala, L. 2011. Älyllinen kunto. Tuottavuutta työhön. Helsinki: WSOY.

Palmgren, H., Ahola, M., Kauppinen, U., Kauhanen, T., Koroma, J. & Ylä-Outinen. 2014. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Toim. J. Uitti. Helsinki: Työterveyslaitos.

Palmgren, H., Jalonen, P., Jurvansuu, H., Kaleva, S. & Tuomi, K. 2008. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuolloissa. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 35. Helsinki: Työterveyslaitos.

Palmgren, H., Jalonen, P., Kaleva, S., Leino, T. & Romppanen, V. 2007. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuollon työssä. Tapaustutkimus TANO-toiminnasta nuorten työterveyden edistämiseksi. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 33. Helsinki: Työterveyslaitos.

Palmgren, H., Jalonen, P., Kaleva, S & Tuomi, K. 2012. Vaikuttava TANO-toiminta. Vertailututkimus työterveyshuollon tietojen antamisesta, neuvonnasta ja ohjauksesta (TANO) asiakasyrityksissä. Helsinki: Työterveyslaitos ja kirjoittajat.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 39. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Parantainen, A. & Soini, S. 2011. Riskinarvioinnilla turvallisuutta terveydenhoitoalalle. Helsinki: Työterveyslaitos.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimustieteen lähtökohdat. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Toim. M. Paunonen & H. Julkunen-Vehviläinen. Helsinki: WSOY.

Ruusuvuori, J. 2011. Litteroijan muistilista. Teoksessa Haastattelun analyysi. Toim. J. Ruusuvuori, P. Nikander & Hyvärinen, M. Tampere: Vastapaino.

Seuri, M. 2013. Työterveys 2.0. Järjestelmämme on muututtava. Jyväskylä: Docendo.

Seuri, M., Iloranta, M. & Räsänen, K. 2011. Kumppanina työterveyshuolto. Helsinki: Tietosana.

Tolonen, A. 2011. Kotihoidon kehitysrastiriitoja ja uusia toimintamalleja. Teoksessa J. Mäkitalo & E. Paso (toim.). Muutostyössä. Työterveysyhteistyötä muuttuvissa töissä. Verve, Työterveyslaitos, TYÖLÄS- ja TYÖLÄS-hankkeiden rahoittajat: Euroopan sosiaalirahasto, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

## Digitaaliset lähteet

Heikkinen, H. 2012. Learning cafe eli oppimiskahvila. Innokylä. Viitattu 12.4.2015.  
<https://www.innokyla.fi/web/malli109421>

Hyvä tieteellinen käytäntö 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 9.5.2014.  
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Ilmarinen, J. 2005. Pitkää työuraa. Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 9.6.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8407.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8407.pdf)

Kelan sairausvakuustilasto. 2013. Kela. Viitattu 6.4.2014.  
[http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/\(WWWAllDocsById\)/A57170CD0ADB76FFC2257C1A002CF4F1/\\$file/Kelan\\_sairausvakuustilasto\\_2012.pdf](http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/(WWWAllDocsById)/A57170CD0ADB76FFC2257C1A002CF4F1/$file/Kelan_sairausvakuustilasto_2012.pdf)

Ketola, R. & Lusa, S. 2007. Fyysinen kuormitus työssä ja sen arviointi. Työterveyslääkäri 2007;25(3):119-122. Suomen työterveyslääkäriyhdistys r.y. Viitattu 24.2.2015.  
[http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=tll00457](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=tll00457)

Keveyttä työhön. Työstressi ja kuormitus haltuun. 2013. Valtion työmarkkinalaitos. Valtiovarainministeriön julkaisut. Viitattu 25.6.2014.  
[http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/06\\_valtion\\_tyomarkkinalaitos/Keveytt\\_tyhn\\_esite\\_finaali\\_netti.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/06_valtion_tyomarkkinalaitos/Keveytt_tyhn_esite_finaali_netti.pdf)

Koskinen, S., Lundqvist, A, ja Ristiluoma, N. (toim.) 2011. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti. 68/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.4.2015.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf)

Kotihoidon kriteerit. 2007. Tampereen kaupunki. Viitattu 23.9.2014.  
<http://www.tampere.fi/tiedostot/5nP1mBhQn/kotihoidonkriteerit.pdf>

Kotihoidon kriteerit. 2014. Heinäveden kunta. Viitattu 23.9.2014.  
[http://www.heinavesi.fi/?siteid=suomi&id=Kotihoidon\\_kriteerit](http://www.heinavesi.fi/?siteid=suomi&id=Kotihoidon_kriteerit)

Kotihoito. 2012. Akaan kaupunki. Viitattu 23.9.2014.  
<http://www.aka.fi/@Bin/3185616/kotihoidon+kriteerit.pdf>

Kunta-alan työolobarometri. 2013. Työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometrin 2012 kunta-työpaikkojen osatarkastelu. Työturvallisuuskeskus TTK. Viitattu 6.4.2014.  
[http://www.ttk.fi/files/2983/Kunta-alan\\_tyolobarometri\\_2012.pdf](http://www.ttk.fi/files/2983/Kunta-alan_tyolobarometri_2012.pdf)

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi.2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu 23.9.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf)

Loitomaa, T. & Moisanen-Mustonen, V. 2012. Kotihoidon palvelusisältö ja kriteerit. Viitattu 23.9.2014. [http://www.rauma.fi/sosiaali-ja\\_terveyspalvelut/Sosiaalipalvelut/Vanhuspalvelut/kotihoito/Kotihoidon\\_palvelusisalto\\_ja\\_moyntamisen\\_perusteet.pdf](http://www.rauma.fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/Sosiaalipalvelut/Vanhuspalvelut/kotihoito/Kotihoidon_palvelusisalto_ja_moyntamisen_perusteet.pdf)

Mitä ergonomia on? 2014. Työterveyslaitos. Viitattu 11.12.2014.  
[http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/mita\\_ergonomia\\_on/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/mita_ergonomia_on/sivut/default.aspx)

Mitä työhyvinvointi on? 2013. Valtiokonttori. Kaikupalvelut. Viitattu 19.7.2014.  
<http://www..fi/download/noname/{A4F5B6D4-5214-4E69-871E-0C32822804BE}/86126>

Mitä työkyky on? 2014. Työterveyslaitos. J. Ilmarisen Työkykytalo -malli. Viitattu 9.6.2014.  
[http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tykytoiminta/mita\\_on\\_tyokyky/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/sivut/default.aspx)

Draamakoulutus. 2015. Ohjaamo. Viitattu 18.3.2015. <http://www.ohjaamoon.fi/21>

Palveluseteli. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.9.2014.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palveluseteli](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palveluseteli)

Psykososiaalinen kuormitus. 2015. Työturvallisuuskeskus. Viitattu 24.2.2015  
[http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu/psykososiaalinen\\_tyokuormitus](http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu/psykososiaalinen_tyokuormitus)

Terveydenhuollon ergonomiaratkaisut. 2015. Ratkaisupankki- Työterveyslaitos. Viitattu 12.4.2015  
<http://www.ttl.fi/fi/ratkaisupankki/Sivut/default.aspx?luokka=Ergonomia&aihealue=Terveydenhuollon%20ergonomiaratkaisut>

Työhyvinvoinnin työkalut. 2015. Etera. Viitattu 12.4.2015.  
<https://www.etera.fi/tyonantaja/tyohyvinvointi/tyohyvinvoinnin-tyokalut>

Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. 2014. Eläketurvakeskus. Findikaattori. Tilaskokeskus ja Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 6.4.2014. <http://www.findikaattori.fi/fi/76>

Työstressi. 2014. Työterveyslaitos. Viitattu 24.2.2015  
<http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/stressi/tyostressi/sivut/default.aspx>

Työterveyshuolto. 2014. Työsuojeluhallinto. Viitattu 13.12.2014.  
<http://www.tyosuojelu.fi/fi/tyoterveyshuolto>

Ylöstalo, P. 2002. Yritysten strategiat ja hyvinvointi. Työn muutos ja hyvinvointi tietoyhteiskunnassa. Toim. M. Härmä & T. Nupponen. Sitran raportteja 22. Viitattu 16.3.2015.  
<http://www.sitra.fi/julkaisut/raportti22.pdf>

## Liitteet

Liite 1 Työterveyshoitajan haastattelukysymykset .....	41
Liite 2 Työterveyshuollon TANO -malli -kotihoitotyön kuormitustekijät .....	42

## Liite 1 Työterveyshoitajan haastattelukysymykset

### Tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen tilanne nyt:

- Miten tiedonantoa, neuvontaa ja ohjausta toteutetaan tällä hetkellä kotihoitoon yksilöille, ryhmille ja työyhteisöille, työntajalle ja muille asiakasorganisaation toimijoille?
- Miten tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen ongelmat/tarpeet kotihoidossa on määritelty tähän asti?
- Miten tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen tavoitteet on määritelty tähän asti?
- Miten tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen sisällöt on määritelty aikaisemmin?
- Onko tiedonantoon, neuvontaan ja ohjaukseen liittyvää tarveselvitystä tehty kotihoitoon aiemmin?

### Tiedonannon, neuvonnan ja ohjauksen kehittäminen:

- Miten näet kotihoidon työn, työympäristön ja asiakaskunnan muuttuneen?
- Vaikuttaako se mielestäsi tietojen annon, neuvonnan ja ohjauksen sisältöihin, kohde-ryhmiin?
- Millä tavalla? Mitä ongelmakohtia, kehittämisen aiheita tai tarpeita näet kotihoidon työssä?
- Minkälaista tietojen annon, neuvonnan ja ohjauksen sisältöjä pitäisi painottaa?
- Minkälaisia menetelmiä mielestäsi tulisi käyttää tiedonantoon, neuvontaan ja ohjaukseen?

## Liite 2 Työterveyshuollon TANO -malli -kotihoitotyön kuormitustekijät

MATRIISIN OSA-ALUEET	YKSILÖASIAKKAAT	RYHMÄT JA TYÖYHTEISÖT	TYÖNANTAJAT JA MUUT TOIMIJAT
<b>ASIAKASANALYYSI:</b> Työpaikan analyysi -tarve/ongelmat -perustelut	Psyykinen kuormitus muutostilanteissa: - tunnekuorma, yksintyöskentely, uhkatekijöinä työn muutos ja työkuormittavuus - asiakasuhkatilanteet - kiire -osaaminen -yllättävät tilanteet, toimintatavat, konsultointiapu	Koko henkilöstö, tiimien välinen yhteistyö, tiimien toimivuus, tiedonkulun tehostaminen ja osallistumisen lisääminen, tiimihengen lisääminen	Ylin johto ja lähiesimiehet: Johtajuus muutostilanteissa, työkyky ja työhyvinvointi
	Ergonomia: -fyysisesti raskaat potilassiirrot ja nostot, vaihtelevat työolosuhteet ja apuvälineet - tapaturmariskit	Ergonomiatietous ja tiimin yhteiset toimintatavat	-Tieto työskentelyta-voista, olosuhteista ja ergonomista kotihoitotyössä. -Ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen sekä puuttuminen
<b>KOHDERYHMÄ:</b> -tarkempi kohde-ryhmä	Kotihoidon työntekijät	Kotihoidon molemmat tiimit, vastaavat sairaanhoitajat	Työsuojelutoimikunta, sosiaali- ja terveysjohtaja, koti- ja asumis- ja sairaalapalveluiden päällikkö, kotihoidon ohjaaja ja kotihoidon vastaavat sairaanhoitajat.
<b>TANO-TAVOITTEET</b>	Työntekijä - tunnistaa terveyden ja hyvinvoinnin kannalta merkittävät psyykkiset ja fyysiset oireet sekä kuormitus-, vaara- ja haittatekijät. - tietää, mihin voi itse vaikuttaa ja mihin ei voi vaikuttaa. - tietää hallinnan keinoja ja käyttää niitä työssään	Koko henkilöstö - tietää työpaikalla olevan varhaisen työkyvyn tukemisen periaatteet -mallin - tunnistaa uhkaavat työkykyongelmat  Vastaavat sairaanhoitajat - tunnistavat työntekijöiden työhyvinvoinnin tarpeita - osaavat puheeksiotokeskusteluiden käytännöt ja toimivat työkyvyn tukemisen periaatteiden -mallin mukaisesti (linkki prosessikuvaukseen - osaavat käyttää vertaistukea hyödykseen	Työnantaja - tietää työn muutosten vaikutukset työntekijän jaksamiseen - ottaa erilaisissa suunnitelmassa riittävästi huomioon työhyvinvointia tukevat tekijät - antaa mahdollisuuden toimia työhyvinvointia tukevalla tavalla. - on selvillä työntekijöiden tarpeista ja siitä, mikä kuormittaa työntekijöitä
<b>TANO-TOIMINTA:</b>			

<p>Toimintatilanne, osallistujat Psyykkinen kuormitus:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työterveyshoitajan toteuttamat terveystarkastukset henkilökunnalle työnäkökulmasta terveys- ja toimintakyky huomioiden.</li> <li>- Työterveyshoitajan sairausvastaanotot</li> <li>-Tarvittaessa työpsykologin, työfysioterapeutin ja työterveyslääkärin vastaanotoilla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Muutos-ryhmät ja työhyvinvointiryhmät kotihoidon kahdelle tiimille, vastaaville sairaanhoitajille. Työpsykologi ja työterveyshoitaja mukana.</li> <li>-Palaveri työntekijöiden ja esimiesten kanssa, mitä he tarvitsevat/toivovat työkyvyn tueksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Perusturvan yhteistyöryhmä, työsuojelutoimikunnan kokoukset, kotihoidon esimiespalaverit. Läsnä työterveyshoitaja, työpsykologi, työterveyslääkäri sekä työfysioterapeutti. Isommissa palavereissa kaikki, pienemmissä tarpeen mukaan.</li> <li>-Muutosjohtamiskoulutus ja työhyvinvointikoulutus</li> <li>- Mukana tarpeen mukaan ulkopuolisia asiantuntijoita ja kouluttajia.</li> </ul>
<p>Ergonomia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tarvittaessa työfysioterapeutin ja työterveyslääkärin vastaanotoilla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergonomiakoulutus kotihoidon kahdelle tiimille työfysioterapeutin vetämänä.</li> <li>-Ergonomiaohjaus asia- kas/työtilannekohtaisesti tarpeen mukaan työfysioterapeutin kanssa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Perusturvan yhteistyöryhmä, työsuojelutoimikunnan kokoukset, kotihoidon esimiespalaverit. Läsnä työterveyshoitaja, työpsykologi, työterveyslääkäri sekä työfysioterapeutti. Isommissa palavereissa kaikki, pienemmissä tarpeen mukaan.</li> </ul>
<p>TANO-TOIMINTA Sisältö: Psyykkinen kuormitus:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kotihoitotyön, ympäristön ja oman elämän kuormitustekijöiden tunnistaminen.</li> <li>-Terveyshaittojen ennaltaehkäiseminen ja omien voimavarojen vahvistaminen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mistä työkyky ja työhyvinvointi muodostuu</li> <li>-Muutosten vaikutukset työkykyyn</li> <li>-Oma vastuu työhyvinvoinnista ja työn kehittämisestä</li> <li>-Varhaisen työkyvyn tukemisen periaatteet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kotihoitotyön sisältö ja haasteet tänä päivänä työntekijän näkökulmasta</li> <li>- muutoksen vaikutukset työkykyyn ja työhyvinvointiin</li> <li>-henkilöstön työkyky ja hyvinvointi</li> <li>- Esimiehenä muutoksessa</li> <li>-mistä saan tukea, hallitsenko puheeksioton</li> </ul>
<p>Ergonomia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kotihoitotyön, ympäristön ja oman elämän kuormitustekijöiden tunnistaminen.</li> <li>-Terveyshaittojen ennaltaehkäiseminen ja omien voimavarojen vahvistaminen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Siirtotekniikoiden päivitys, selkärangan ja lihaksiston toiminta, nostojen ja siirtojen vaikutukset, työntekijän toimintakyvyn vaatimukset suhteessa työn vaatimuksiin, apuvälineet ja käyttömahdollisuus työpaikalla,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-varhaisesta puuttumisesta ennaltaehkäisyyn, työhyvinvointi kannattaa taloudellisesti</li> </ul>

		omatoiminen tiedonhaku ja oppiminen - ergonomiaperehdytys uusille työntekijöille	
<b>Menetelmät:</b> Psyykinen kuoritus:	- Tarpeen mukaan keskustelu 1-5 kertaa, motivointi, neuvonta, ohjaus, kannustus asiakaslähtöisesti, terveys-suunnitelma, seurantakäynnit. Motivoiva haastattelun keinot.  -Masennus-, ja työuupumusseudat ja kognitiiviset työkalut asioiden käsitteelyyn.  - fyysisen terveyden kartoitus, verenpainemittaus, diabetesriskilomake, BMI, lab.kokeet	- Oman työhyvinvoinnin kuntokartoitus, itsehoitokeinot ja rentoutumismenetelmät pienryhmissä - Miten toimin työhynteisössä parantaen työilmapiiriä ja kehitäten työtä, vaikutusmahdollisuuksin ja omien kiinnostuksen kohtien kartoitus, osallistavat menetelmät	Työhyvinvoinnin ja vahvuuksien selvitys kyselytutkimuksella.  Muutosjohtajuus koulutus -eläkevakuutus-yhtiön luento/ koulutus - draaman avulla kotihoitotyön tilanteen hahmottaminen ja tilanteiden ratkominen  Työhyvinvointijohtajuuskoulutus -työhyvinvointipaja - työhyvinvointiryhmän perustaminen
<b>Ergonomia:</b>	Tarpeiden kartoitus esim. kuntotestit, kehonkoostumusmittaukset. Itsehoitokeinot oman terveyden ja kunnon hoitoon, tavoitteiden asettaminen, motivointi, seuranta- ja arviointikäynnit.	- Ergonomia sisällöt, tiedonhaku ratkaisuista - Ergonomiaperehdytyksen sisällöt ja vastuuhenkilöt -Potilaansiirtotyössä käytettävien apuvälineiden käytön ja siirtotekniikoiden harjoittelu. - osallistavat menetelmät	-Ideointipaja, miten vastuutamme henkilöstöä omien voimavarojen vahvistamiseen, työn- ja työympäristön kehittämiseen ja mitä työkaluja työnantaja voi siihen tarjota
<b>TOTETUTUMISAIKATAULU JA VASTUHENKILÖT</b>	-Jatkuvaa toimintaa -Työterveyshoitaja, työpsykologi, työfysioterapeutti ja työterveyslääkäri moniammatillisesti	-Vuoden aikana -Työterveyshoitaja, työpsykologi, työfysioterapeutti ja työterveyslääkäri yhdessä työnantajan kanssa	-Vuoden aikana -Työterveyshoitaja, työpsykologi, työfysioterapeutti ja työterveyslääkäri yhdessä työnantajan kanssa
<b>SEURANTA JA ARVIOINTI</b>	-Asiakaskysely, yksilöiden seuranta-käynnit ja työpaikkakäynnit (jatkuva seuranta) -Työterveyshuollon itsearviointi määräajoin (vuoden välein)	-Tiimeissä arviointi pienryhmissä (vuoden välein) -Vastaavat sairaanhoitajat keräävät palautteen ja arvioivat yhdessä henkilöstön tilannetta ja omaa tilannettaan (vuoden välein)	Perusturvan yhteistyöryhmän ja työsuojelutoimikunnan palaverissa (vuoden välein)
<b>KEHITTÄMISTAR-</b>	Tämä täytetään	Tämä täytetään vu-	Tämä täytetään vuoden

PEET JA JATKO- TOIMET	vuoden päästä tapahtuvan arvioinnin perusteella	den päästä tapahtuvan arvioinnin perusteella	päästä tapahtuvan arvioinnin perusteella
--------------------------	---	--	--