

# TURVALLISUUS, OSAAMINEN JA TYÖHYVINVOINTI HOITOTYÖSSÄ

ANJA TANTTU TOIM.



Turvallisuus, osaaminen ja  
työhyvinvointi hoitotyössä

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA 223

ANJA TANTTU (TOIM.)

# Turvallisuus, osaaminen ja työhyvinvointi hoitotyössä

**jamk.fi**

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA -SARJA  
Toimittaja • Teemu Makkonen

© 2016

Tekijät & Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Anja Tantt (toim.)

TURVALLISUUS, OSAAMINEN JA TYÖHYVINVOINTI HOITOTYÖSSÄ

Kannen kuva • iStock  
Ulkoasu • JAMK / Pekka Salminen  
Taitto ja paino • Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print • 2016

ISBN 978-951-830-430-5 (Painettu)  
ISBN 978-951-830-431-2 (PDF)  
ISSN-L 1456-2332

#### JAKELU

Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjasto  
PL 207, 40101 Jyväskylä  
Rajakatu 35, 40200 Jyväskylä  
Puh. 040 552 6541  
Sähköposti: [julkaisut@jamk.fi](mailto:julkaisut@jamk.fi)  
[www.jamk.fi/julkaisut](http://www.jamk.fi/julkaisut)

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	7
ABSTRACT .....	8
JOHDANTO .....	9

Anja Tanttu & Kari Jaatinen

1 TYÖTURVALLISUUDEN JA TYÖHYVINVOINNIN KEHITTÄMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA .....	12
---	----

Anja Tanttu, Maarit Jakobsson, Kari Jaatinen, Pirjo Mäki-Natunen,  
Sanna Sihvonen & Niilo Kuokkanen

2 TURO VAIHE VAIHEELTA – KOHTI UUTTA TOIMINTAMALLIA .....	17
2.1 TURO-hankkeen käynnistyminen .....	17
2.2 Riskien arviointiprosessi osana TURO-hanketta .....	19
2.3 Projektiryhmä kehittämisen keskiössä .....	23
2.4 Esimiesvalmennukset ja johtamisen kehittäminen.....	27
2.5 Hoitotyön ergonomian kehittäminen.....	28
2.5.1 Hoitotyön ergonomian haasteet.....	28
2.5.2 Hoitotyön ergonomian kehittämisen tarve Seututerveyskeskuksessa ja kotihoidon yrityksissä.....	30
2.5.3 Hoitohenkilöstön koulutukset .....	32
2.5.4 Hoitajien työergonomian kehittämistyön tulokset .....	42
2.6 Kaatumisen ehkäisy osana turvallisuuden edistämistä .....	61

Kari Jaatinen

3 TURVALLISUUSJOHTAMINEN JA TURVALLISUUSTYÖRYHMÄT TERVEYSASEMILLA.....	71
---	----

Kari Jaatinen, Päivi Jokiranta, Anja Tanttu, Sanna Sihvonen &  
Pirjo Mäki-Natunen

4 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	77
4.1 ”TURO-hanke terveyskeskussairaalan osastoilla” .....	77
4.2 TURO-hankkeen vaikutuksia Seututerveyskeskuksessa .....	82
4.3 Päätösseminaarin tuotoksia.....	84
4.4 Johtopäätökset .....	90

ASiantuntijat / Kirjoittajat .....	98
LIITTEET .....	100
Liite 1. Care Thermometer, potilaan toimintakyvyn luokittelumalli .....	100
Liite 2. Ergonomiavastaavan tehtävät .....	102

# TIIVISTELMÄ

Anja Tantt (toim.)

Turvallisuus, osaaminen ja työhyvinvointi hoitotyössä  
(Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja, 223)

TURO-hankkeen tavoitteena oli henkilöstön työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen edistäminen sekä turvallisuusosaamisen kehittäminen. Hankkeen tarkoituksena oli luoda toimintamalli turvallisen hoivatyön toteuttamisesta, arvioinnista ja seurannasta.

Hankkeessa keskityttiin pieneen osaan turvallisuusosaamisen kentästä. Esimiestyössä painotettiin turvallisuusjohtamisen osaamisen kehittämistä ja riskien ja vaarojen arviointiin liittyvien prosessien yhtenäistämistä ja riskien ja vaarojen arvioinnin liittämistä organisaation muuhun kehitystyöhön. Henkilöstön työn ja osaamisen kehittämisessä keskityttiin työn kuormittavuuden arvioinnissa esille tulleiden tekijöiden, työtapojen, työmenetelmien ja työympäristön kehittämiseen. Seututerveyskeskus oli samaan aikaan ottamassa käyttöön HaiPro-raportointimenettelyä, joten HaiPron käyttöönotto ja TURO-hankkeen toiminnot limittyivät onnistuneesti toisiinsa.

Hankkeen aikana luotiin toimintamalli turvallisen hoivatyön toteuttamisesta, arvioinnista ja seurannasta. Toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi olivat mm. henkilöstön hoitotyön ergonomiaan, kaatumistapaturmien ehkäisyyn ja ergonomiavastaavien tehtäväkuviin liittyvät koulutukset ja työpajat, esimiesvalmennukset ja turvallisuustyöryhmien perustaminen kaikkiin terveyskeskuksiin.

Avainsanat: työhyvinvointi, turvallisuusjohtaminen, hoitotyön ergonomia, kaatumistapaturmien ehkäisy

# ABSTRACT

Anja Tanttu (toim.)

Turvallisuus, osaaminen ja työhyvinvointi hoitotyössä

(Wellbeing at work and safety know-how in nursing)

(Publications of JAMK University of Applied Sciences, 223)

The aim of the project was to promote wellbeing at work and improve safety know-how in nursing. The main goal of the project was to build an operations model on how to plan, implement and assess nursing in a safe way and build safety culture among employees.

The project focused on certain parts of the broad safety know-how field. In the field of management, the emphasize was in leading the safety know-how and controlling risks and danger at work. This includes unifying the development work of different departments and attaching the risk management to other development work of the organization.

The work and know-how among employees was focused in assessing work load, its results and improving ergonomics in working positions, -habits, -methods and the working environment. In the same time the region's health care unit took a new HaiPro-reporting procedure into use and the functions of HaiPro and TURO were successfully linked together.

During TURO-project, an operations model on how to plan, implement and assess nursing in a safe way and build safety culture among employees was built.

Procedures to achieve the goals were trainings on nursing ergonomics, preventing falling injuries and trainings for nurses responsible for the ergonomics, coaching managers and forming safety groups in health care centers.

Keywords: wellbeing at work, safety know-how, nursing ergonomics, preventing falling injuries



## JOHDANTO

Tämä julkaisu on kuvaus Keski-Suomen alueellisen ESR-rahoitteisen Turvallisuusosaamisen ja työhyvinvoinnin kehittäminen TURO-hankkeen toteutuksesta ja tuloksista. Hankkeen taustalla oli sosiaali- ja terveysalalla tunnistettu tarve vahvistaa henkilöstön työhyvinvointia ja tukea työssä jaksamista alan rajallisten resurssien, vähenevän työvoiman ja väestön ikääntymisen myötä kasvavan palvelutarpeen vuoksi. Hankkeen tarkoituksena oli luoda toimintamalli turvallisen hoivatyön toteuttamisesta, arvioinnista ja seurannasta sekä edesauttaa yhteisen turvallisuuskulttuurin kehittymistä henkilöstön keskuudessa.

TURO-hankkeen taustalla oli sosiaali- ja terveysalalla tunnistettu tarve vahvistaa henkilöstön työhyvinvointia ja tukea työssä jaksamista alan rajallisten resurssien, vähenevän työvoiman ja väestön ikääntymisen myötä kasvavan palvelutarpeen vuoksi. Työhyvinvointiin kohdistuvat riskitekijät hoitoalalla, työntekijöiden ikääntyminen ja samalla fyysisen työkyvyn heikkeneminen, rakenteelliset muutokset kuntasektorilla sekä työn organisatoristen muutosten tuottavat uusia osaamisen tarpeita. Uusia työntekijöiden työhyvinvointia ja työkyvyn ylläpitämistä tukevia toimintamalleja ja toimenpiteiden systemaattisesta seurantaa tarvitaan. (von Bonsdorf, Koskinen & Seitsamo 2011.)

Hankkeen suunnitteluvaiheessa todettiin, että on tärkeää huolehtia siitä, että toimintaympäristön olosuhteet mahdollistavat turvallisen työn tekemisen, laadukkaan asiakaspalvelun ja turvallisen hoidon. Tämä edellyttää osaamista, joka sisältää työturvallisuuteen liittyvien riskien tunnistamisen, niiden hallinnan ja ennalta ehkäisevien, turvallisten työtapojen ottamisen osaksi arkityötä.

Hankkeessa julkisen sektorin toimijoina olivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitos Seututerveyskeskuksen viiden terveysaseman hoitohenkilöstö ja heidän lähiesimiehensä sekä ylin johto. Lisäksi toimijoina olivat kotihoidon palveluita tuottavien yritysten Hyvän Olon Piste Oy:n ja Visita Oy:n henkilöstö ja esimiehet. Hanketta hallinnoi Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikkö (Kuvio 1.).



Kuvio 1. TURO-hankkeen toimijat kartalla

Hankkeessa keskityttiin tiettyihin osa-alueisiin laajasta turvallisuusosaamisen kentästä. Esimiestyössä painotettiin turvallisuusjohtamisen osaamisen kehittämistä ja riskien ja vaarojen arviointiin liittyvien prosessien yhtenäistämistä eri yksiköissä ja riskien ja vaarojen arvioinnin liittämistä organisaation muuhun kehitystyöhön, esimerkiksi työterveyshuollon tekemisiin työpaikkakäynteihin. Henkilöstön työn ja osaamisen kehittämisessä keskityttiin työn kuormittavuuden arvioinnissa esille tulleiden työergonomisten tekijöiden, työtapojen, työmenetelmien ja työympäristön kehittämiseen. Seututerveyskeskus oli samaan aikaan ottamassa käyttöön HaiPro-raportointimenettelyä ja työkalua, joten HaiPron käyttöönotto ja TURO-hankkeen toiminnot limittyivät hankkeen aikana onnistuneesti toisiinsa.

Toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi olivat mm. henkilöstön hoitotyön ergonomiaan ja kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvät koulutukset, ergonomiavastaavien tehtäväkuviin liittyvät koulutukset ja työpajat, esimies-

valmennukset ja turvallisuustyöryhmien perustaminen kaikkiin terveyskeskuksiin. Keskeiseksi foorumiksi ja yhteistyön sekä kehittämisen rakenteeksi hankkeessa muodostui säännöllisesti kokoontunut projektiryhmä.

*Loppuraporttia varten haastateltiin hankkeen loppuvaiheessa kaikki laitoshoidon osastonhoitajat (ryhmähaastattelu), laitoshoidon ylihoitaja ja Seutu-terveyskeskuksen potilasturvallisuuskoordinaattori. Lisäksi aivan hankkeen lopussa haastateltiin eri terveysasemien turvallisuustyöryhmien työskentelyyn osallistuneita henkilöitä. Raportin loppuun koottiin myös päätösseminaarissa puhuneiden osastonhoitajien ja ergonomiavastaavien tekstiä. Raportin lopussa olevat ”kursivoidut lainaukset” ovat suoria lainauksia näistä haastatteluista ja esityksistä.*

Anja Tanttu

## LÄHTEET

von Bonsdorf, M., von Bonsdorf M.B., Koskinen. S., Seitsamo, J. 2011. Kuntatyöntekijöiden työkyky ja fyysinen toimintakyky pitkittäistutkimuksen valossa. KEVA

# 1 TYÖTURVALLISUUDEN JA TYÖHYVINVOINNIN KEHITTÄMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Anja Tanttu & Kari Jaatinen

Terveysalalla työskentelevien työhyvinvointi poikkeaa muiden kunta-alan työntekijöiden työhyvinvoinnista. Työhyvinvoinnin ylläpitämiseen ja kehittämiseen ei henkilöstön mukaan panosteta riittävästi. Ajankohtaisia työhyvinvointiin kohdistuvia riskitekijöitä alalla ovat työntekijöiden ikääntyminen ja samalla fyysisen työkyvyn mahdollinen heikkeneminen, kuntasektorin rakenteelliset uudistukset sekä työn organisatoristen muutosten myötä tulevat uudet osaamisen tarpeet. KEVA:n toimintaympäristötutkimuksen perusteella sosiaali- ja terveysalalla on pulaa työntekijöistä, erityisesti vanhustenhuollossa. Työpaikoilla on otettu käyttöön työhyvinvointia tukevia toimintamalleja ja työntekijöiden työhyvinvointia ja työkyvyn säilymistä seurataan systemaattisesti. (von Bonsdorff, Koskinen & Seitsamo 2011.)

Hoitotyön fyysinen kuormitus aiheuttaa työntekijöillä erityisesti tuki- ja liikuntaelimistön oireita. Fyysisen kuormituksen rinnalle on viime vuosina nousut työn psyykkinen kuormitus. Kuormittavinta työ on vanhusten ja muiden paljon apua tarvitsevien asiakkaiden perushoitotyössä osastoilla ja palvelutaloissa. Kuormitusta aiheuttaa erityisesti työn fyysinen raskaus. Myös väkivallan uhkaa koetaan useammin kuin toimialalla keskimäärin. Asiakkaista ja potilaista koettu vastuun lisääntyminen aiheuttaa lisäkuormitusta. Suuret potilasmäärät koetaan edelleen kuormittaviksi, ja toimivia potilassuhteita on vaikea saavuttaa. Työtä ei pystytä tekemään niin hyvin kuin halutaan. Sekä työhön että työaikoihin liittyvät vaikutusmahdollisuudet ovat erittäin niukat. (Laine, Kokkinen, Kaarlela-Tuomaala, Valtanen, Elovainio, Suomi, & Keinänen 2011.)

Eryityisesti 55–64-vuotiaat työntekijät kokevat työn fyysisesti raskaaksi. Työssä esiintyy usein tuki- ja liikuntaelimistöä kuormittavia työasentoja tai raskaita nostoja. Kumarat tai hankalat selän asennot sekä yksipuoliset toistuvat työliikkeet ovat yleisiä. Kotihoidon työssä kiirettä koetaan enemmän kuin useilla muilla sektoreilla, ja kiireen kokemus on viime vuosina lisääntynyt. Tunne työn ruumiillisesta raskaudesta on sen sijaan vähentynyt. (Laine ym. 2011.)

Viime aikoina työhyvinvointiin liittyvässä keskustelussa onkin painotettu strategista toimintaa. Työhyvinvointi on liitetty työyhteisön kustannuksiin, tuottavuuteen, laatuun ja viime kädessä sen perustehtävän onnistumiseen.

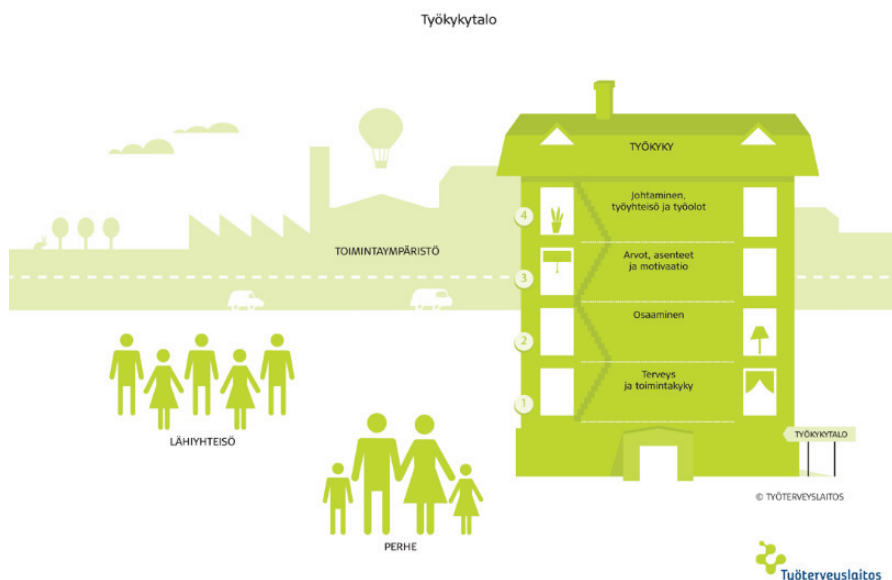
Työhyvinvointi tuottaa säästöjä sairauslomapäivien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrien vähentymisenä, työprosessien sujumisena, asiakastyytyväisyytenä ja työyhteisön hyvänä maineena. (Aura, Ahonen, Hussi & Ilmarinen 2014.)

Työelämän kestävä kehittäminen ja laadullisesti kestävä tuottavuuskasvu ovat mahdollisia samanaikaisina ja toisiaan tukevin prosesseina kehittämistoimenpiteiden seurauksena. Tämä edellyttää kuitenkin sekä työelämäinnovaatioita että työhyvinvoinnin tai työstä saatavan hyvinvoinnin lisääntymistä. Työelämän laadun kasvu edellyttää parempia oppimis- ja kehittymismahdollisuuksia, vaikutusmahdollisuuksien lisääntymistä, työelämän sosiaalisen toimivuuden lisääntymistä ja työhyvinvoinnin lisääntymistä. (Alasoini 2011.)

## TYÖKYKY

Työkyky rakentuu työntekijän voimavarojen ja työn vaatimusten välisestä tasapainosta. Voimavarat muodostuvat terveydestä ja toimintakyvystä, koulutuksesta ja osaamisesta sekä arvoista ja asenteista. Työ pitää sisällään työympäristön, työyhteisön, työn sisällön, työn vaatimukset ja työn organisoinnin. Työhön liitetään myös työn johtaminen eli esimiestyö. Juhani Ilmarinen kuvaa työkykyä rakennelmana, jossa on eri kerroksia. Terveys sekä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky muodostavat työkyvyn perustan. Muutokset toimintakyvyssä ja terveydessä heijastuvat työkykyyn. Toimintakyvyn vahvistuminen mahdollistaa työkyvyn kehittämisen ja terveyden heikkeneminen luo uhkan työkyvylle. (Ilmarinen 2005, 79–80.)

Työkyvyn ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttää esimiehen ja työntekijän yhteistyötä. Työkykyyn osaltaan vaikuttaa myös työyhteisö, jonka kyky tukea yksittäisen työntekijän jaksamista voi olla merkittävä. Keskeisissä rooleissa ovat myös työterveyshuolto ja työsuojeluorganisaatio. (Mts. 9–80.)



Kuvio 2. Työkykymalli. ([ttl.fi/ergonomia/työhyvinvointi](http://ttl.fi/ergonomia/työhyvinvointi))

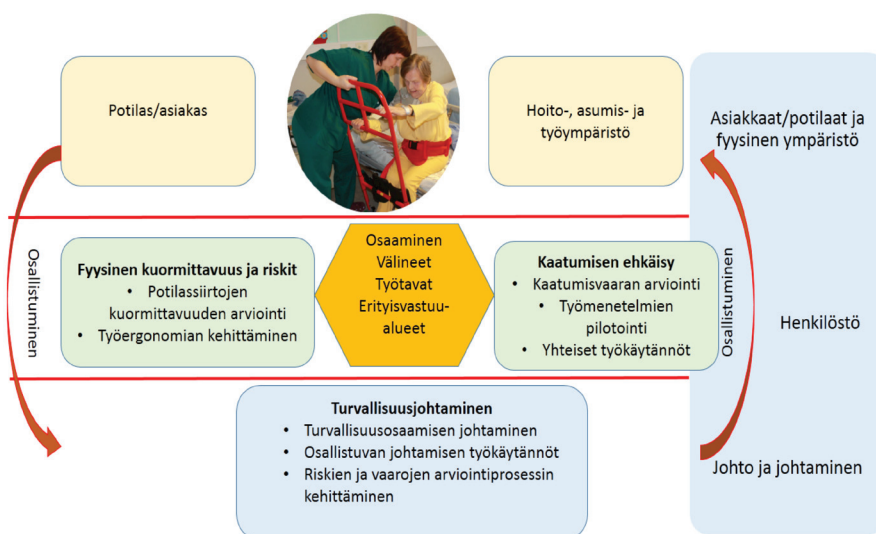
Yksilön työkykyyn vaikuttavat monin eri tavoin myös perhe ja lähiyhteisö. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen on noussut tärkeäksi. Työkyvyssä on ensisijaisesti kysymys työn ja ihmisen voimavarojen välisestä tasapainosta. Alentunut työkyky ei tarkoita ”huonoa työntekijää”. Syy alentuneeseen työkykyyn voi johtua mistä tahansa työkykytalon kerroksesta. Kyseessä voi olla huonosti organisoitu tai väärin mitoitettu työ, joka ei vastaa henkilön osaamista ja voimavaroja. Alentunut työkyky voi johtua myös huonosta esimiestyöstä tai työyhteisöstä. Siksi on tärkeää, että alentuneen työkyvyn syyt selvitetään ja tehdään tarvittavat parannukset. Syyt huonoon tulokseen voivat tulla myös kaikista kerroksista. Silloin on tehtävä suunnitelma erilaisten korjaustoimenpiteiden järjestyksestä ja ajoituksesta. On muistettava, että yksilön työkykyyn voidaan vaikuttaa koko työiän ajan. (Mts. 79–80.)

## OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Osaaminen voidaan määritellä yksilön kyvyksi suoriutua tehtävästä, parantaa tai kehittää työtään ja ratkaista ongelmia. Strateginen osaaminen on puolestaan sitä, että organisaatiossa osataan määritellä sen strategian saavuttamisen kannalta oleelliset asiat. Organisaation osaaminen on organisaation jaettu ja yhteinen näkemys tai käsitys toiminnan kannalta tärkeistä asioista tai yhteisesti omaksuttu toimintatapa. (Ojala 2008; Viitala 2005.)

Organisaation oppiminen edellyttää osaamis- ja muutostarpeen tiedostamista sekä yksilö- että yhteisötasolla. Yksilön hankkimaa ja sisäistämää tietoa jaetaan työyhteisössä ja muodostetaan uutta yhteistä näkemystä, uutta tietoa sovelletaan käytäntöön ja kokemuksia tästä jaetaan ja kokemuksista opitaan yhteisötasolla. Kaikki tämä edellyttää rakenteita, jotka tukevat ja mahdollistavat oppisen, jakamisen ja uuden tiedon soveltamisen. Rakenteisiin liittyy aikoja, paikkoja ja tiloja, missä oppiminen ja kriittinen reflektio voi tapahtua. (Mt.)

Työhyvinvointi, työkyky ja ammatillinen osaaminen liittyvät kiinteästi toisiinsa ja muutokset yhdessä osatekijässä heijastuvat välttämättä muutoksina muihin osatekijöihin. TURO-hankkeessa lähdettiin liikkeelle yksittäisten työntekijöiden – sekä esimiesten että hoitohenkilökunnan – turvallisuusosaamisen kehittämisestä unohtamatta kuitenkaan työympäristöä, työvälineitä ja laitteita (Kuvio 3.). Samalla pyrittiin turvaamaan erilaisten foorumeiden olemassaolo ja toiminta siten, että pystyttiin jakamaan opittua ja keskustelemaan asioista. Osaamisen jakamista tapahtui sekä terveysasemakohtaisesti että eri terveysasemien välillä tavoitteena oppivan organisaation toimintaedellytysten luominen. Työtapojen kehittämisen lisäksi keskeiseksi tavoitteeksi nähtiin sekä työntekijöiden että esimiesten asenteisiin vaikuttaminen pysyvän muutoksen aikaansaamiseksi ja jatkuvan kehittämisen varmistamiseksi.



Kuvio 3. TURO-hankkeen toimenpiteet

## LÄHTEET

Aura, O., Ahonen, G., Hussi, T. & Ilmarinen, J. 2014. Strateginen hyvinvoinnin johtaminen. Helsinki: Työterveyslaitos.

Alasoini, T. (2011). Hyvinvointia työstä – Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? TEKES raportti 76. Helsinki.

von Bonsdorf, M., von Bonsdorf M.B., Koskinen, S., Seitsamo, J. 2011. Kuntatyöntekijöiden työkyky ja fyysinen toimintakyky pitkittäistutkimuksen valossa. KEVA

Ilmarinen, J. 2005. PITKÄÄ TYÖURAA! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Helsinki: Työterveyslaitos, STM.

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

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOYPro.

Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Infoviestintä.

[www.ttl.fi/ergonomia/työhyvinvointi](http://www.ttl.fi/ergonomia/työhyvinvointi)



## 2 TURO VAIHE VAIHEELTA – KOHTI UUTTA TOIMINTAMALLIA

Anja Tantt, Maarit Jakobsson, Kari Jaatinen, Pirjo Mäki-Natunen,  
Sanna Sihvonen & Niilo Kuokkanen

### 2.1 TURO-HANKKEEN KÄYNNISTYMINEN

Anja Tantt & Maarit Jakobsson

TURO-hankkeen suunnittelu alkoi vuoden 2011 syksyllä JAMKin asiantuntijoiden ja useiden mahdollisten työelämäkumppaneiden vuoropuhelulla. Hankkeeseen osallistuvat työyhteisöt ja hankkeen rahoitus varmistuivat alkuvuodesta 2012. Hankesuunnitelma sisälsi hankkeen vaiheistuksen mukaisen suunnitelman hankkeen etenemisestä, toimenpiteistä ja koulutuksista. Suunnitelman konkretisoimiseksi ja muuttamiseksi käytännön toimenpiteiksi tarvittiin lukuisia keskusteluja JAMKin, Seututerveyskeskuksen johdon ja kahden yrittäjän kesken.

Keväällä 2012 hankkeen käynnistyessä JAMKin ja Seututerveyskeskuksen johdon edustajat tapasivat useita kertoja. Keskusteluissa tarkennettiin hankesuunnitelmaa, saatiin tietoa ja opittiin eri toimijoiden tilanteista ja tarpeista sekä edesautettiin hanketiedottamisen etenemistä Seututerveyskeskuksen eri yksiköissä. Seututerveyskeskuksen ylin johto määritteli organisaation kehittämistarpeita ja tarkensi osallistuvia työyksiköitä. Tapaamisissa lähiesimiesten kanssa nousi esille monia hankkeen toteutuksessa huomioitavia asioita ja haasteita.

Seututerveyskeskuksen johto ja lähiesimiehet toivat voimakkaasti esille nuoren, vasta reilun vuoden ikäisen ja moninaisen organisaation kehitys- ja muutosvaiheen. Voidaan olettaa, että kun 1.1.2011 perustetun uuden organisaation pari ensimmäistä vuotta meni välttämättömien hallinnon ja talouden prosessien yhtenäistämiseen, niin vuoden 2012 loppupuolella esimiehillä alkoi olla aikaa käytännön hoitotyön ja toiminnan muutoksen johtamiseen ja osaamisen kehittämiseen (vrt. Viitala 2005). Saattoi olla juuri sopiva vaihe lähteä kehittämään hoitohenkilökunnan ja johdon osaamista ja rakentamaan siltaa yksilön uudistuvan osaamisen ja Seututerveyskeskuksen strategisten tavoitteiden välille, mitä voidaan pitää osaamisen johtamisen tärkeimpänä tavoitteena.

Viidellä eri puolella Keski-Suomea sijaitsevalla terveysasemalla oli kaikilla omanlaisensa historia, nykytilanne ja kehityshaasteet. Kaikilla oli omanlai-

sensa fyysiset tilat, henkilökuntarakenteet ja osaamisen taso, toimintamallit ja käsitykset perustehtävästä, potilasrakenteet, johtamisjärjestelmä ja toimintakulttuuri. ”... siel on olemassa .... joissakin kohti .... välillä on vanhoja ristiriita-asioita tai muuta ... pystytäänkö kuitenkin nyt tämän hankkeen kautta tekemään yhteistyötä ....” Ainakin johdon sanoittamana tahtoa oppimiseen ja muutokseen kuitenkin oli.

Käynnistysvaiheen keskustelut olivat elintärkeitä sekä johdon sitoutumisen turvaamiseksi, että hankesuunnitelman onnistuneeksi jalkauttamiseksi (vrt. Stenvall & Virtanen 2007). Keskusteluissa todettiin, että henkilöstön koulutustarvetta ja nykyistä osaamista on syytä arvioida ja koulutukselle on asetettava selkeät tavoitteet, jotka pohjautuvat riskien arviointiin ja osaamistarvekartoitukseen. Keskusteluissa todettiin, että henkilöstön sitoutuminen kehittämistyöhön ja koulutuksiin saadaan vain siten, että henkilöstöä kuullaan ja osallistetaan hankkeen toteuttamiseen alusta alkaen. (vrt. Tamminen-Peter 2010.)

Syysystä 2012 alkaen JAMKin ja Seututerveyskeskuksen välisen, hankkeen toteuttamista tarkentavan ja suuntaavan keskustelun foorumiksi vakiintui hankkeen projektiryhmäksi nimetty ryhmä. Projektiryhmän toiminta on kuvattu tarkemmin luvussa 3.2. Projektiryhmä kehittämisen keskiössä.

*Kotihoitoa tuottavien yritysten tarpeet olivat keskenään erilaisia ja poikkesivat merkittävästi Seututerveyskeskuksen eri yksiköiden tarpeista. Käynnistysvaiheessa keskusteltiin erikseen molempien yrittäjien kanssa heidän olemassa olevista kehittämistarpeistaan ja tarkennettiin hankesuunnitelmassa olevia toimenpiteitä.*

*Yritysten pääpaino kehittämistyössä oli hoitohenkilöstön turvallisuusosaamisen kehittäminen ja yhteisten toimintatapojen luominen hoitotyöhön. Kotihoidon työn haasteina korostuvat asiakkaan koti työympäristönä, sen ergonomiset vaatimukset ja yksin työskentely. Esimiestyön kehittäminen jäi kotihoidon yritysissä vähemmälle huomiolle.*

*Yritysten työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden kehittämistä tuettiin hankkeen aikana myös työnohjauksellisella prosessilla. Työnohjauksellinen ryhmä kokoontui kymmenen kertaa ja paneutui keskusteluihin ja toiminnallisiin menetelmiin mm. työyhteisön toiminnan, yhteistyön ja vuorovaikutuksen kehittämiseen sekä ammatillisen kehittymisen tukemiseen. Oman ja toisten työyhteisön jäsenten vahvuuksien tunnistamiseen ja palautteen antamiseen kiinnitettiin huomiota. Uuden toiminnan käynnistyessä pohdittiin*

*omaa ja yhteisön tuen merkitystä ja yhteisöllisyyden voimistamista. Uuden toiminnan tuomat haasteet edellyttivät uutta asennoitumista ja syvällistä pohdintaa omista työtavoista ja kokonaisvaltaista hoitotyön ootetta, huomioiden myös omaiset. Työyhteisön kiinnittyminen ja motivoituneisuus prosessiin avoimuuden kautta mahdollisti tiiviimmän yhteistyön vaativissa työtehtävissä.*

*Prosessin tavoitteena oli entistä vahvempi, omatoimisempi ja hyvinvoinnistaan sekä turvallisuudestaan huolehtiva työyhteisö.*

## LÄHTEET

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.

Tamminen-Peter, L., Moilanen, A. & Fagerström, V. 2010. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Helsinki: Työterveyslaitos.

Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Infoviestintä.

## 2.2 RISKIEN ARVIOINTIPROSESSI OSANA TURO-HANKETTA

Kari Jaatinen

Riskien ja vaarojen arviointi (jatkossa RVA) oli yksi osa Seututerveyskeskuksen ja yrityksistä toisen eli Hyvän Olon Pisteiden kokonaisturvallisuuden nykytilan kartoittamista hankkeen käynnistyessä. RVA-prosessi myös toi kaivattua ja arvokasta tietoa TUROn tavoitteiden ja toiminnan tarkentamiseksi.

Riskien ja vaarojen arviointeja on Suomen sairaaloissa ryhdytty tekemään vasta 2000-luvun loppupuolella, joten RVA on terveydenhuollossa melko uusi ja vielä huonosti tunnettu työväline ja prosessi (Parantainen, Soini & Salminen 2010).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin johtoryhmä on 18.12.2006 hyväksynyt Keski-Suomen Sairaanhoitopiirin Riskienhallintaohjelman. Ohjelmassa todetaan mm., että vuosittain laaditaan toimenpidesuunnitelma, jossa selvitetään seuraavan kolmen vuoden aikana toteutettavat riskienhallintatoimenpiteet. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on muokannut omaan käyttöönsä Riskien

arviointi työpaikalla -mallin vuonna 2007. Mallissa työn ja työpaikan asioita ja olosuhteita arvioidaan luokittelemalla ne ensin mahdollisina vaaratekijöinä kolmeen kategoriaan: kyllä/ei/ei tietoa. Sen jälkeen mahdolliset vaara- tai haittatekijät luokitellaan todennäköisyyden ja seurausten vakavuuden riskiintaulukoinnilla yhteensä yhdeksään eri lohkoon ja sitä kautta viiteen eri merkittävyyskategoriaan: merkityksetön, vähäinen, kohtalainen, merkittävä ja sietämätön riski. Riskit ja vaaratekijät on jaettu viiteen luokkaan: fyysiset kuormitustekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen ja ergonomia, kemialliset vaaratekijät sekä henkinen kuormittuminen. (KSSHP jory 18.12.2006, ks. myös <http://www.ttk.fi/riskienarviointi>)

TURO:n käynnistyessä syksyllä 2012 Seututerveyskeskuksen sairaaloissa tehtiin parhaillaan riskien ja vaarojen arviointia. Seututerveyskeskuksen johto oli käynnistänyt RVAn tekemisen ja prosessi oli hiukan eri vaiheessa eri yksiköissä. RVA-kokonaisuuden ”henkiset riskit ja vaarat -osio” oli tehty kaikissa sairaaloissa jo hiukan aiemmin. Sairaanhoidopiirin liikelaitoksena Seututerveyskeskus noudattaa hallinnossaan ja toiminnassaan soveltuvin osin Keski-Suomen sairaanhoidopiirin ohjeistuksia, määräyksiä ja toimintamalleja. Seututerveyskeskuksen potilasturvallisuuspolitiikan mukaan RVA tehdään työpaikoilla kahden vuoden välein.

Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan (Parantainen ym. 2010) RVA on työläs toteuttaa paperisen lomakkeiston avulla. Onnistunut toteutus edellyttää selkeää ja jämäkkää ohjeistusta ja jokaisen työntekijän perehdyttämistä lomakkeistoon ja toimintamalliin. Yhteenvetojen koonti paperilomakkeista vie aikaa ja aiheuttaa myös tulkintaongelmia. Yksilötason vastauksista on kyettävä tulkitsemaan työyhteisötason riskit ja vaarat ja analysointia on jatkettava edelleen tulosyksikötasolle (eli tässä tapauksessa Seututerveyskeskuksen laitoshoidon) ja edelleen koko organisaation (koko Seututerveyskeskuksen) tasolle.

RVA-prosessia ei useinkaan onnistuta toteuttamaan kovin hyvin ensimmäisellä kerralla, vaan se vaatii harjaantumista sekä esimiehiltä että työntekijöiltä. RVA-prosessien suurimmaksi ongelmaksi on todettu prosessin pysähtyminen tiedonkeruuseen. Tiedonkeruun vaiheesta ei päästä eteenpäin, koska vastuut ja tehtäväkuvat ovat epäselviä, tiedonkulku takkuu ja moniammatillista yhteistyötä kerätyn tiedon hyödyntämiseksi ei osata tehdä. Ensimmäinen RVA-kierros tulisi osata hyödyntää oppimisprosessina sekä johdolle että henkilöstölle. Työterveyslaitos (Parantainen ym. 2010) listasi RVA-prosessin onnistumisen edellytyksiä:

- Vastuiden ja tehtävien selkeä määrittely
- Tulosten moniammatillinen käsittely
- Tiedonkulun varmistaminen «ylös, alas ja sivuille»
- Vaara-, haitta- ja kuormitustekijöiden tunnistaminen sellaisella tarkkuudella, että päästään kiinni ongelmien perimmäisiin syihin
- Termien auki keriminen ja konkreettiset kriteerit riskien suuruuden määrittämiselle
- Henkilöstön osallistaminen ja motivointi
- Epäselvien asioiden avaaminen keskusteluihin ja tarvittaessa asiantuntijoiden tuella
- Prosessin säilyttäminen työyksiköissä, eli siellä missä arjen työkin tehdään
- Seurantajärjestelmä

Myös Seututerveyskeskuksen laitoshoidon RVA-prosessi eteni hitaasti ja vaiheittain. Yhteistä ymmärrystä RVA-prosessin etenemiselle osana TURO-hanketta lähdettiin hakemaan projektiryhmän kokouksissa alkusyksystä 2012 käydyissä keskusteluissa. Prosessia aikataulutettiin niin, että RVAn osiot ”yleiset riskit sekä fyysinen kuormittuminen ja ergonomia” tehdään lokakuun 2012 loppuun mennessä. Henkiseen kuormittumiseen liittyvä RVA-kartoitus oli tehty kaikissa yksiköissä jo aiemmin. Lokakuun alussa tilannetta edelleen tarkennettiin ja sovitusta aikataulusta päätettiin pitää kiinni.

Joulukuussa 2012 tilanne päivitettiin projektiryhmän kokouksessa ja todettiin, että aikataulu ei ollut pitänyt. Samalla sovittiin, että kaikki RVAn osiot tehdään v. 2013 maaliskuun loppuun mennessä. Todettiin myös, että jatkossa olisi hyvä, jos RVasta tehtäisiin kevyt päivitys aina työterveyshuollon työpaikkaselvitykseen liittyen. Kevyessä päivityksessä tarkistettaisiin, että edellisen RVA-prosessin esille nostamiin riskeihin ja vaaroihin on puututtu riittäväällä tavalla. Samalla tosin todettiin ongelmana se, että työterveyshuollolla ja Seututerveyskeskuksella työnantajana ei ole selkeää sopimusta tai suunnitelmaa työpaikkaselvitysten tekemisen aikatauluista eri yksiköissään. Keskeiset osat RVA-prosessista saatiinkin toteutettua kevään 2013 aikana.

RVA-prosessista saatujen kokemusten pohjalta RVA-prosessista tehtiin mallinnus Seututerveyskeskuksen käyttöön huhtikuussa 2013. Mallinnuksen pohjalta käydyssä keskustelussa tuotiin esille mm., että RVA-prosessi on syytä kytkeä selkeästi johtamisen vuosikelloon ja työterveyshuollon työterveyshuoltolain mukaisten työpaikkaselvitysten aikatauluihin. Todettiin myös, että työsuojeluvaltuutetun ja työsuojelupäällikön roolit on syytä huomioida erityisesti tiedotuksen osalta ja että RVA on huomioitu hyvin Seututerveyskeskuksen uudessa hallintosäännössä. Lisäksi pohdittiin potilasturvallisuusvastaavan roolia RVA-prosessissa ja mietittiin, miten RVA-prosessi alkaa, etenee ja päättyy koko Seututerveyskeskuksen kokonaisuudessa.

RVA-prosessin mallinnusta tarkennettiin ja selvennettiin projektiryhmässä käydyissä keskusteluissa. Tämän jälkeen prosessikuvaus on vapaasti Seututerveyskeskuksen käytettävissä ja edelleen muokattavissa. Prosessikuvauksen päivitys ajalta toukokuu 2013 on liitteenä 1.

*HyvänOLON Piste Oy:n riskien ja vaarojen arviointi toteutettiin erillisenä ja yrityksen tarpeisiin räätälöitynä prosessina. Yleisesti käytössä olevat RVA-mallit (ks. esim. <http://www.ttk.fi/riskienarviointi>) ovat raskaita ja monivaiheisia prosesseja ja soveltuvat huonosti asiakkaan kotona tehtävän työn arviointiin. HyvänOLON Piste Oy:n käyttöön kehitettiin hankkeen aikana oma, kotihoitoon paremmin soveltuva RVA-lomakkeisto ja toimintamalli.*

*Yrityksen kaikki työntekijät ja myös yrittäjät täyttivät RVA-lomakkeet. JAMK:n asiantuntijat tekivät arvioinneista yhteenvedon, minkä jälkeen koko työyhteisön kesken käytiin palaute- ja arviointikeskustelu yhteenvedon tuloksista. Keskustelussa sovittiin korjaavista ja ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä ja tilanteen seurannasta. Lomakkeisto on jatkossa yrityksen käytössä.*

## LÄHTEET

<http://www.ttk.fi/riskienarviointi>. Viitattu 15.12.2014.

Parantainen, A., Soini, S., Salminen, S. 2010. Työn turvallisuuden edistäminen sairaaloissa – onnistuneen riskienhallinnan edellytykset ja kriittiset kohdat. Hankkeen loppuraportti. Turku: Työterveyslaitos. Viitattu 10.12.2014. [http://www.tsr.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=13109&name=DLFE-5077.pdf](http://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-5077.pdf).

## 2.3 PROJEKTIRYHMÄ KEHITTÄMISEN KESKIÖSSÄ

Kari Jaatinen

TURO-hankkeen jätävän etenemisen kannalta keskeiseksi tekijäksi ja foorumiksi muodostui hankkeen projektiryhmä. Ryhmän ytimen muodostivat Seututerveyskeskuksen kaikkien viiden terveystieteiden sairaalan osastonhoitajat, laitoshoidon ylihoitaja ja projektipäällikkö JAMKista sekä kolme projektiasiantuntijaa JAMKista. Lisäksi ryhmän työskentelyssä oli asiantuntijoina mukana potilasturvallisuuskoordinaattori, työsuojeluvaltuutettu ja työpsykologi sekä koordinoiva fysioterapeutti. Eri aiheisiin liittyen ryhmässä kävi vierailevia asiantuntijoita esimerkiksi sairaanhoitopiiristä ja myös projektiryhmän jäsenet pitivät pyydettyjä asiantuntijapuheenvuoroja kokouksissa.

Seuraavassa tarkastellaan projektiryhmän toimintaa pääosin kokousmuistioden kautta. Kaikista projektiryhmän kokouksista tehtiin keskustelumuistio-tyyppiset laajajakot muistiinpanot. Muistiot jaettiin kaikille osallistujille.

Projektiryhmän ensimmäinen kokous pidettiin 4.9.2012. Pääosan ajasta vei varsin laaja ja syvälinenkin yleiskeskustelu hankkeen tavoitteista, toteutuksesta ja sisällöistä. Ryhmällä oli selkeä tarve täsmentää eri toimijoiden rooleja, pohtia hankkeen onnistumisen arviointikriteereitä, miettiä keinoja henkilökunnan motivoimiseksi ja sitouttamiseksi pitkäjänteiseen kehittämiseen sekä varmistaa hankkeen kiinnittymistä Seututerveyskeskuksen laitoshoidon muuhun kehittämistyöhön ja johtamisen kehittämiseen. Keskustelussa todettiin, että osaamista tarvitaan lisää sekä johdolle että työntekijöille. Tarvitaan myös muutosagentteja ja resursseja muutoksen tekemiseen. Yksiköiden ja osastojen erilaisuus tiedostettiin hyvin. Todettiin myös se, että Seututerveyskeskuksen ensimmäisen puolentoista yhteisen vuoden aikana on tehty, muutettu ja kehitetty paljon, mutta monet muutokset ovat olemassa vasta paperilla tai suunnitelmina, eivät niinkään käytännön työssä ja toiminnassa.

*”... tähän on mahdollisuus siihen, että me tästä asiasta ruvetaan jotenkin luomaan niitä yhteisiä merkityksiä ja asioita ja sitä semmosta suunnitelmallisuutta siihen meidän työhön.”*

Projektiryhmä päätti kokoontua keskimäärin kahden kuukauden välein JAMKin tiloissa kahden tunnin työkokouksiin. Puheenjohtajana toimi JAMKin projektipäällikkö ja muistiot kirjoitti JAMKin projektiasiantuntija. Asialista laadittiin yhteistyössä ylihoitajan kanssa ja ennen muistioden hyväksymistä niistä pyydettiin vielä kommentit kaikilta osallistujilta. Seuraavat kokoukset

pyrittiin sopimaan pitkälle etukäteen. Sovittuja kokousaikoja ei juurikaan jouduttu siirtämään, ja ryhmän ytimen muodostaneet jäsenet olivat paikalla kokouksissa lähes aina.

Projektiryhmässä käsiteltiin kaikki hankkeen keskeiset tapahtumat ja asiat. Paljon aikaa käytettiin siihen, että henkilöstökoulutuksille ja muulle käytännön kehittämistoiminnalle saatiin sovittua ajat, paikat, osallistujat ja fokusoidut sisällöt. Ajankäyttö käytännön järjestelyiden sopimiseen kannatti, sillä koulutus- ja kehittämiskokonaisuudet saatiin toteutettua läpi tavoitteiden mukaisesti. Yhteinen ymmärrys ja sitoutuminen onnistuu vai dialogin kautta. Kuten Seikkula & Arnkil (2013, 35–36) toteavat, ilman esimiesten vahvaa sitoutumista kehittämishanke ei voi onnistua.

Monet asialistan aiheista muodostuivat kestoaiheiksi, toisin sanoen ne toistuivat ja pysyivät listalla kokouksesta toiseen. Kestoaiheiksi nousseissa oli tärkeitä ja vaativia asioita, mutta myös monia vaatimattomampia aiheita. Sanattomaksi sopimukseksi muodostui tavoite saada pohdittaviin asioihin kaikkien hyväksymä, kestävä ja ”oikea” ratkaisu, ei niinkään saada asioita pois listalta ja kerralla valmiiksi. Keskustelua ei haluttu rajoittaa, vaikka aika olikin aina rajallinen ja turhautumista ja kärsimättömyyttäkin tuli esille. Kestoaiheiden joukossa oli myös sellaisia, joita kaikki ydinryhmään kuuluneet eivät kokeneet merkityksellisiksi ja joihin sitoutuminen ja motivoituminen tuntui olevan haasteellista. Joitakin keskusteluja kuihtui pois tai ne eivät johtaneet mihinkään lopputulokseen. Oli myös keskusteluja, joiden lopputulos oli jotakin aivan muuta, kuin mistä keskustelu käynnistyi tai mitä alussa tavoiteltiin. Asialistan viimeisiä aiheita ei yleensä ehditty käsitellä, vaan ne siirrettiin yhteisestä sopimuksesta seuraavaan kokoukseen. Tämä huomioitiin myös asialistan rakenteessa: etukäteen tärkeiksi ajatellut asiat sijoitettiin listan kärkeen ja listan loppuun sijoitettiin aiheita, joiden siirtyminen eteenpäin ei muodostanut ainakaan merkittävää ongelmaa projektisyklin ja tavoitteiden toteutumisen kannalta.

Projektiryhmälle muodostunut kokouskulttuuri ja toimintamalli ei välttämättä noudattanut Niipolan ja Rauramon (2008) kuvaamaa perinteistä hyvää kokouskäytäntöä, vaan enemmänkin Vehviläisen (2014) kuvaaman ohjauksellisen ryhmän toimintaperiaatteita. Hankekehittämiseen toimintamalli sopi kuitenkin hyvin, koska moneen käsiteltävään asiaan ei ollut olemassa helppoja vastauksia ja eteenpäin pääsy edellytti tutkivaa orientaatiota ja ongelmanratkaisua.

Oleellinen tekijä kokouskäytännössä oli myös se, että ydinryhmään kuulunut ylihoitaja saattoi olla projektiryhmän kokouksissa ”jäsenen” roolissa, eikä esimiehen, puheenjohtajan tai tilannejohtajan roolissa, mikä oli ylihoitajan



normaali rooli monissa työyhteisön sisäisissä kokouksissa: *”... on tavallaan halunnu niinku olla siinä vaan ... mukana siinä kokonaisuudessa .... esittää ehkä välillä tyhmiä kysymyksiäkin ... aiheuttaa semmosta pohdintaa.”* Tarpeen tullen ylihoitaja kuitenkin saattoi ottaa tilannejohtajuutta ja sanoa asiasta painavan sanansa.

Projektiryhmän tiiviin yhteistyön aikana – lähes 2 vuotta – projektiryhmälle muodostuneen toimintakulttuurin ominaisia piirteitä tai tekijöitä olivat mm. dialogisuus, luottamus ja avoimuus sekä rohkeus sanoa, kokeilla ja epäonnistua. Myös jäsenten vertaisuus vahvistui ryhmän työskentelyssä. Omista erilaisista taustoistaan ja organisaatioistaan tulleet osastonhoitajat ja ylihoitaja vahvistivat omaa ja toistensa asiantuntijuuttaan johtamis- ja kehittämistyössään ja samalla sekä projektiryhmän että laitoshoidon johtoryhmän jäsenenä. Kun (yhteisinä asioina) uusille asioille ei ollut yhtä selkeää ratkaisua- tai toimintamallia, voitiin testata samankaltaisuuksia ja vahvistaa jokaisen kykyä harkita sitä, mikä toimii itselle ja omassa työyhteisössä. Ajattelun autonomia kehittyi ja vahvistui ja toimijuus säilyi jokaisella itsellään. Samalla vahvistui uskallus olla eri mieltä ja myös sanoa se ääneen, joten kokouksissa myös ”säröiltiin” (Malinen 2000) aikuisen oppimista edistävällä tavalla.

Alun perin ehkä hallinnollisemmaksi suunnitellusta projektiryhmästä muodostui kaikille osallistujille työssä oppimisen foorumi. Keskusteltavien asioiden luonne ja sisältö sekä muodostunut keskustelukulttuuri, vertaistuki ja kollektiivinen reflektio edesauttoivat projektiryhmää muodostamaan osastonhoitajille sosiaalisen tuen yhteisön sopivasti irrallaan työorganisaatiosta ja päätöksentekoon ja hallinnointiin keskittyvistä vastaavista kokouskäytännöistä ja fyysisistä tiloista. Tikkamäen (2006) mukaan kokouksen melko tarkka dokumentointi keskustelumuiistoilla (huolimatta keskustelun informaalisuudesta) auttaa oman ja toisten toiminnan ja puheen pohdintaa ja uudelleenarviointia. Tämä toteutui myös TURO-hankkeen projektiryhmän kokouksissa, kuten eräs projektiryhmän jäsen toteaa: *”... on kuitenkin luonut sitä semmosta yhteistyötä, ja keskustelua ja yhteisiä linjauksia, säännönmukaisuutta, tai suunnitelmallisuutta toimintaan ... on opittu niinku hankkeessa olemista ... ja sitten taas sisällöllisesti viety asioita eteenpäin.”*

Ryhmän ja toimintakulttuurin vahvuus testattiin alkuvuodesta 2014, kun laitoshoidon ylihoitaja erään työyhteisökokouksen päätteeksi kertoi vaihtavansa työpaikkaa. Hetkeen liittyvä syvä järkytys oli lähes käsin kosketeltavaa. Järkytys ei kuitenkaan vienyt projektiryhmältä toimintakykyä, vaan siivet kantoivat eteenpäin ilman johtajaakin. Seuraava projektiryhmän kokous meni normaalin kaavan mukaan, samoin kun jonkin ajan kuluttua ensimmäinen ilman ylihoitajaa pidetty kokous.

Ammattikorkeakoulun tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnan kehittämisen ja työelämän kehittämisen ja oppimisen näkökulmasta projektiryhmän kehityskulkua voidaan ajatella koulutuksen ja työelämän välisen rajavyöhykkeen onnistuneena hyödyntämisenä ja ylittämisenä sekä molemminpuolisena oppimisena (vrt. Komonen 2007). Oppijoina ja saajina eivät olleet pelkästään osastonhoitajat, vaan yhtä lailla hankkeessa työskennelleet JAMKin asiantuntijat. Ammattikorkeakoulun ja työelämän toimintajärjestelmien välille muodostuvaa rajavyöhykettä on vaikea saada pitkäjänteiseksi vuorovaikutuksen areenaksi siten, että rajanylityksiä tapahtuu, eri osapuolten äänet kuullaan ja syntyy uusia innovatiivisia ratkaisuja. TURO:n projektiryhmän työskentely ja aikajänne osoitti, että tämä on kuitenkin mahdollista.

## LÄHTEET

Komonen, K. 2007. Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehittämistoiminta oppimisympäristönä. *Työelämän tutkimus* 2, 107–117.

Niipola, S. & Rauramo, P. 2008. Hyvät kokouskäytännöt työpaikan arjessa. *Työturvallisuuskeskus*. Helsinki: Edita Prima.

Seikkula, J., Arnkil, T. 2013. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Tikkamäki, K. 2006. Työn ja organisaation muutoksissa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press. Viitattu 21.11.2014. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67625/951-44-6650-0.pdf?sequence=1>.

Vehviläinen, S. 2014. Ohjaustyön opas. Yhteistyössä kohti toimijuutta. Helsinki: Gaudeamus.

Malinen, A. 2000. Towards the Essence of Adult Experiential Learning. A Reading of the Theories of Knowles, Kolb, Mezirow, Revans and Schön. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. SoPhi.

## 2.4 ESIMIESVALMENNUKSET JA JOHTAMISEN KEHITTÄMINEN

Kari Jaatinen

Johtajana kasvaminen ja kehittyminen on päättymätön prosessi. Pitkä ura johtajana paitsi kasvattaa ja kehittää, usein myös urauttaa. TURO-hankkeen käynnistyessä Seututerveyskeskuksen laitoshoidon johtoryhmässä kiteytyi yhteen laskien useiden vuosikymmenten johtamiskokemus ja samalla aimo annos uutuutta ja tuoreutta. Silloisessa kokoonpanossaan Seututerveyskeskuksen laitoshoidon johtoryhmä oli uusi ja tuore. Osa osastonhoitajista oli kyllä pitkään johtanut omaa yksikköään, mutta eri työnantajan palveluksessa. Osa oli vasta hiljattain aloittanut työt nykyisessä yksikössään. Myös osastonhoitajien ikä ja esimieskokemuksen pituudet vaihtelivat suuresti. Tästä lähtökohdasta ajatellen johtamisen ja esimiestyön kehittäminen oli yksi merkittävä TUROn tavoite ja samalla myös keino hankkeen kokonaistavoitteiden saavuttamiseksi.

Esimiesvalmennusten suunnittelu lähti osallistujien tarpeista. Osastonhoitajilta ja ylihoitajalta pyydettiin ehdotuksia valmennusten teemoista, lukumäärästä ja ajoituksesta, ja ne luvattiin toteuttaa, kunhan ne ovat TUROn tavoitteiden mukaisia. Esimiesvalmennuksia toteutui kaikkiaan neljä, ja näistä viimeisin oli yhteinen laitoshoidon, avohoidon ja suun terveydenhuollon esimiehille. Pituudet vaihtelivat puolesta päivästä kokonaiseen päivään. Varsinaisten esimiesvalmennusten lisäksi ja niihin liittyen TUROn kautta tuotettiin muita koulutuksellisia tai valmennuksellisia elementtejä useisiin esimiesten työkokouksiin ja vastaaviin tapaamisiin.

Ensimmäisen esimiesvalmennuksen otsikko oli ”Turvallisuusosaamisen johtaminen”. Valmennuksella pyrittiin tuottamaan esimiehille yhteinen tietopohja ja orientaatio sekä turvallisuusjohtamisen että TURO-hankkeen keskeisiin sisältöihin ja tavoitteisiin. Valmennuksen aikana keskusteltiin mm. työsuojelun, riskien ja vaarojen arvioinnin sekä riskienhallinnan, turvallisuusjohtamisen ja sen menetelmien sekä roolien, vastuiden ja työnjaon teemoista.

Toinen valmennuspäivä painottui osallistuvan ja osallistavan johtamisen teemoihin. Päivän aikana pohdittiin mm. sitä, että mitä osallistuminen ja osallistaminen itse asiassa on ja tarkoittaa, miksi se on tärkeää sekä mikä on osallistumisen, kehittämisen ja työhyvinvoinnin yhteys. Valmennuksen aikana tehtiin pieniä harjoituksia ja jaettiin kokemuksia jo käytössä olevista osallistumisen tavoista ja menetelmistä.

Kolmas valmennus käsitteli strategisen muutosjohtamisen teemoja ja oli kiinteässä yhteydessä laitoshoidon BSC-työskentelyyn eli tasapainotetun

tuloskortin käyttöönoton valmisteluun. Esillä oli myös luottamuksen teema: miten luottamusta rakennetaan ja miten se menetetään. Puhuttiin myös muutostavastarinnan käsitteestä ja vastarinnan muuttamisesta muutoksen voimavaraksi. Ylihoitajan vetämää laitoshoidon BSC-prosessia sparrattiin lyhyesti myös muutamassa muussa yhteydessä.

Viimeisessä esimiesvalmennuksessa toukokuussa 2014 oli mukana kaikkien Seututerveyskeskuksen tulosityksiköiden esimiehiä. Tässä vaiheessa myös Seututerveyskeskuksen avohoito ja suun terveydenhuolto olivat tulleet mukaan TURO-hankkeeseen ja pääosa hankkeen toimenpiteistä oli jo tehty. Päivän aikana keskusteltiin laajasti hankkeen tuloksista ja vaikuttavuudesta mm. hoitajille tehdyn palautekyselyn kautta, tehtiin tilannekatsaus vielä kesken oleviin osioihin ja tehtiin sopimuksia asioista ja toimenpiteistä, joilla turvataan TUROn tavoitteiden etenemistä ja pysyvyyttä hankkeen päättymisen jälkeen.

## 2.5 HOITOTYÖN ERGONOMIAN KEHITTÄMINEN

### 2.5.1 HOITOTYÖN ERGONOMIAN HAASTEET

Anja Tanntu & Pirjo Mäki-Natunen

Hoitotyön on todettu olevan sekä fyysisesti että psyykkisesti kuormittavaa. Hoitotyö sisältää liikkumista, usein toistuvia etukumaria ja kiertyneitä työasentoja sekä hoitotilanteissa että potilaiden liikkumista avustaessa. Nämä toistuvat etukumarat ja kiertyneet asennot lisäävät selkävaivojen riskitekijöitä. Pelkästään toistuva virheellinen asentokuormitus aiheuttaa selkäkipuja. Lisäksi potilaan avustaminen ja nostaminen lisäävät kudosten vaurioitumisriskiä ja tapaturmia. Kuormittavimpia työasentoja ovat potilaan avustaminen pyörätuolista wc-istuimelle ja takaisin pyörätuoliin, pyörätuolista vuoteeseen ja vuoteesta pyörätuoliin tehtävät siirrot sekä avustaminen vuoteessa ylöspäin. (Tamminen-Peter 2013.)

Eniten sairauspoissaloja sosiaali- ja terveysalan ammateissa on kodinhoitajilla: 29 päivää vuodessa, laitoshuoltajilla 27 päivää ja lähihoitajilla 26 päivää. Sairaanhoidajilla poissaoloja on keskimäärin 18 päivää vuodessa. On tärkeätä muistaa, että potilaan liikuntakyky ja aktiivisuus vaikuttavat oleellisesti siihen, miten kuormittavaa hoitotyö on. (Tamminen-Peter 2013). Hellstenin (2014) mukaan vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä työskentelevien työntekijöiden työn kuormittavuutta ja työhön liittyviä riskejä arvioitaessa työskentelyä eniten haittasivat alaselän, niska-hartiaseudun sekä ranteiden ja käsien vaivat.

Hoitotyön fyysiset kuormitustekijät tunnetaan ja tunnistetaan. Toimenpiteiden kohdistaminen yksin tälle alueelle ei kuitenkaan riitä tilanteen korjaamiseksi. On pyrittävä hallitsemaan ihmisen ja koko hänen toimintaympäristönsä välistä vuorovaikutusta. On tehtävä sekä fyysinen työ ihmiselle sopivaksi että suunniteltava työtilat ja laitteet helposti ja luotettavasti käytettäviksi. Ergonomia jaetaan kolmeen osa-alueeseen: fyysinen ergonomia käsittelee pääasiassa työasentoja ja -liikkeitä, fyysistä kuormitusta ja työpaikan suunnittelua, kognitiivisen ergonomian aiheita ovat mm. ihmisen muisti, havaintokyky ja esimerkiksi ihmisen ja tietokoneen vuorovaikutus, organisaatioergonomia puolestaan tarkastelee organisaation ja teknisen järjestelmän yhteensopivuutta, kuten työaikajärjestelyä, työnjakoa ja osaamista. (www.iea.cc) Fyysisen työergonomian lisäksi työprosesseihin pureutuvan organisaatio-ergonomian myötä hoitotyön kehittämisessä saavutetaan laaja-alaisempi ja kokonaisvaltaisempi tulos.

Fagerströmin (2013) tutkimuksen mukaan hoitotyön fyysistä kuormittavuutta on mahdollista vähentää, kun kehitetään ergonomisempaa toimintaympäristöä, hankitaan ja hyödynnetään apuvälineitä sekä edistetään hoitajien turvallisia avustamistapoja. Vastaavia tuloksia on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Rantsi 2006; Tamminen-Peter 2005).

Tuki- ja liikuntaelimestön kuormittumista vähentäviä ja potilassiirtojen turvallisuutta parantavia ergonomisia kehittämishankkeissa havaittuja avaintekijöitä ovat seuraavat asiat: Potilasta aktivoiva avustaminen perustuu potilaan lääketieteelliseen tilaan ja edistää potilaan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Aukkaiden omatoimista liikkumista tuetaan ja hyödynnetään apuvälineillä, jotta hoitajan liikuntaelmiin kohdistuvia riskejä voidaan vähentää. Organisaatioon luodaan asianmukainen toimintaympäristö ja hankitaan tarvittavat apuvälineet. Johtamisjärjestelmässä otetaan huomioon johdon ohjeistus ja tuki, soveltuvat apuvälineet, apuvälineiden kunnossapito, työntekijöiden koulutus otetaan huomioon johtamisjärjestelmässä. Sen sijaan kielletään korkeaan riskiluokkaan kuuluvat avustustekniikat, kuten manuaaliset nostot. (Fagerström 2013.)

## 2.5.2 HOITOTYÖN ERGONOMINEN KEHITTÄMISEN TARVE SEUTUTERVEYSKESKUKSESSA JA KOTIHOIDON YRITYKSISSÄ

Anja Tanttu & Pirjo Mäki-Natunen

### LÄHTÖTILANNE

TURO-hankkeen keskeisenä tavoitteena terveyskeskussairaalan osastoilla ja kotihoidossa oli lisätä hoitohenkilöstön työhyvinvointia, edistää hoitotyön työergonomian ja potilaiden toimintakykyä tukevan hoitotyön osaamista sekä vahvistaa yhteistyötä hoito- ja kuntoutushenkilöstön kesken. Tavoitteena oli myös kehittää yhteisiä työ- ja toimintatapoja, joiden avulla potilaiden toimintakyvyn tukeminen arjessa lisääntyy.

Hankesuunnitelmaan oli kirjattu koulutus, jonka sisältönä ovat työ- ja toimintakyvyn peruseriaatteet, työympäristön ja työtapojen ergonominen kehittäminen sekä potilasta aktivoiva työote. Työyhteisöjen ergonomia- ja apuvälinevastaaville suunnattu syvällisempi potilassiirtokoulutus tarkentui hankkeen aikana. Aloitimme suunnittelun ylimmän johdon kanssa. Heiltä tuli määrittely koulutuksiin osallistuvista yksiköistä ja niiden tarpeista. Lähiesimiesten kanssa neuvotellessa nousi esille monia käytännön hoitotyöhön liittyviä kehittämisen tarpeita, joihin oli vastattava. Mukana olevien työyhteisöjen oma kulttuuri, tapa tehdä töitä ja myös osaamisen taso ja tarpeet vaihtelivat. Jo pelkästään seututerveyskeskuksen tasolla osastot ja potilasaines olivat erilaisia, henkilöstömitoitus, henkilöstön koulutus ja työkokemukset vaihtelivat. Kotihoitoa tuottavien yritysten tarpeet olivat myös osin toisenlaisia. Hoitotyön ergonomian kehittämistyön perusteet, työasentojen kuormittavuus, apuvälineiden käyttö ja potilaan aktivointi, ovat kuitenkin samat.

Keskustelussa nousi esille henkilöstön sitoutuminen kehittämistyöhön. Hoitotyön ergonomian kehittäminen ja potilassiirtokoulutus koettiin tärkeänä:

*"Nostokoulutusta on ollut, mutta onko jäänyt elämään?"*

*"Jos työyhteisössä fysioterapeutti, niin tilanne on parempi! ...Vai onko?"*

*"Miten voimme asiaa viedä eteenpäin? Mistä löytyy uusia toimivampia malleja?"*

Keskusteluissa todettiin, että henkilöstön koulutustarvetta on arvioitava ja koulutukselle on asetettava selkeät tavoitteet, jotka pohjautuvat riskien arviointiin ja tarvekartoitukseen. Selvitystyön pohjalta on koottava kehittämisen tarpeet, tehtävä suunnitelma, jonka pohjalta yhdessä etenemme.

## POTILASSIIRTOJEN KUORMITTAVUUDEN ARVIOINTI

Hankkeen aikana terveyskeskussairaalan osastojen ja yritysten henkilöstön työn kuormittavuutta arvioitiin potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmän avulla (myöhemmin arviointimenetelmä). Tämä arviointimenetelmä on käytännön työväline, jolla voidaan arvioida potilassiirtojen kuormittavuutta yksilö- ja osastotasolla. Menetelmä antaa perustietoa työolosuhteiden kehittämiseen ja henkilöstökoulutukseen.

Arviointimenetelmässä on 15 arvioitavaa kohtaa, joista yhdeksän täytetään hoitajan työn havainnoinnin pohjalta ja kuusi hoitajan haastattelun perusteella. Arvioidaan, onko kyseinen kohta menetelmän arviointikriteerien mukaisesti kunnossa, osittain kunnossa vai ei ole kunnossa. Havainnoinnin ja haastattelun tulosten perusteella lasketaan kuormittavuusindeksi, jonka perusteella määriteltiin mahdollisten työn kuormittavuutta alentavien toimenpiteiden tarve ja kiireellisyys (kuvio 4.).

<b>Yli 80 %</b>	<b>60-80%</b>	<b>Alle 60%</b>
<b>Potilassiirtojen ergonomia arvioituissa siirroissa on hyvä. Arvioitsija (tth:n tai ts:n edustaja) antaa ohjeita tilanteen ylläpitämiseksi ja edelleen parantamiseksi</b>	<b>Potilassiirtojen kuormittavuus on varsin korkea. Työpaikalla on ryhdyttävä arvioinnissa esiin tulleiden epäkohtien poistamiseen ja parantamiseen</b>	<b>Työnantajan on välittömästi ryhdyttävä ergonomisia työskentelytapoja parantaviin toimenpiteisiin. Kehittämisessä oltava mukana työntekijät, työterveyshuolto, työsuojeluorganisaatio ja mahd. ulkopuolinen asiantuntija</b>

Kuvio 4. Kuormittavuusindeksin tulkinta (Karhula, Rönholm & Sjögren 2007)

Arvioinnit toteutettiin keväällä 2012 ja syksyllä 2013. Tavoitteena oli tehdä arviointi vähintään viiden työntekijän työstä jokaisella osastolla ja kotihoidossa. Lähtötason arviointi toteutui kaikilla viidellä terveyskeskussairaalan osastolla yhteensä kolmellekymmenelle kuudelle työntekijälle (n=36) ja viidelle Visita Oy:n työntekijälle (n=5). Arvioinnit tehtiin normaalin työpäivän aikana. Arvioitavia potilassiirtoja kullakin työntekijällä oli keskimäärin viisi.

Osastoilla ja kotihoidossa tehdyn työvideoinnin ja haastattelun jälkeen tulokset koottiin ja analysoitiin yksilö- ja osastotasolla. Tulokset olivat hyvin yhteneväisiä eri osastoilla ja kotihoidossa. Arviointityön tuloksista selviää, että hoitajien työskentely asiakastilanteessa oli rauhallista ja luottamusta herättävää. Paljon puhuttu kiire ei näkynyt asiakastilanteessa. Työtä helpottavia siirron apuvälineitä oli osittain käytössä. Siirtotaito, siirron sujuvuus ja potilaan aktivointi olivat arvioinnin haasteellisin osio. Pääasiassa potilasta ohjattiin auttamalla aktivoinnin sijaan eivätkä avustusotteet tukeneet luonnollista liikettä. Työasennoissa alaselän kuormitus korostui eteen taipuneiden ja kiertyneiden työasentojen vuoksi. Alaraajojen käyttö, painonsiirtojen ja liike-energian hyödyntäminen vaati huomioita. Kehittämisen tarvetta löytyi siirtoetäisyyden ja työskentelykorkeuden säätämisessä. Siirron apuvälineiden käyttöä on syytä tehostaa.

Haastattelussa kävi ilmi, että säännöllistä koulutusta hoitotyön ergonomiasta ei ole ollut ja yhteisiä potilaan hoidon, siirron ja aktivoimisen periaatteita tarvitaan. Lisäksi työn fyysisestä raskaudesta kertoi siirtojen määrä työvuoron aikana ja siirtojen kuormittavuus. Siirrot olivat joko keskiraskaita, melko raskaita tai hyvin raskaita käsin tehtäviä (yli 15 kg) nostoja ja niitä oli pääsääntöisesti yli 12/työvuoro.

### 2.5.3 HOITOHENKILÖSTÖN KOULUTUKSET

Anja Tantt & Pirjo Mäki-Natunen

#### POTILASSIIRROT JA ERGONOMINEN AVUSTAMINEN -KOULUTUS

Hankkeen aikana toteutui yhteisiä seminaari- ja teemapäiviä, joiden tavoitteena oli tuoda tietoa, luoda yhteistä keskustelua ja näkemyksiä työyhteisöjen osaamisen kehittämisestä hankkeen eri vaiheissa. 5.9.2012 pidettiin hankkeen aloitusseminaari, jonka aiheena oli turvallisuus, työhyvinvointi ja osaaminen vanhus ja vammaistyössä. 6.2.2013 toteutui Apuvälineet tutuiksi -teemapäivä, jonka aikana oli mahdollista tutustua eri toimittajien potilassiirron apuvälineisiin ja koekäyttää niitä. 1.11.2013 oli Henkilöstö ikääntyneen toimintakykyä tukemassa -seminaari, jonka sisällöissä oli alustuksia aiheista ”kuinka aktivoimme ikääntynyttä ja samanaikaisesti huomioimme kaatumistapaturmien riskit ja kuinka huomioimme aistitoimintojen muutokset ja tuemme jäljellä olevaa toimintakykyä?” 25.11.2014 oli hankkeen päätösseminaari, jonka sisällöstä kerrotaan tarkemmin raportin lopussa kappaleessa 5. Tulosten yhteenvedo.



Arviointien tulosten ja hoitotyön kuormittavuudesta olemassa olevan tutkitun tiedon sekä käytännön työelämän tarpeiden perusteella rakennettiin hoitohenkilöstön ”Potilassiirrot ja ergonominen avustaminen” -koulutuksen sisältö yhdessä projektiryhmän jäsenten kanssa. Koulutus koostui neljästä erillisestä koulutuspäivästä, joiden sisällössä oli sekä teoretietoa että käytännön harjoituksia oppilaitoksen hoitotyön harjoitusluokissa ja autenttisissa tilanteissa vuodeosastolla ja kotihoidossa.

Koulutuksen sisällöksi tarkentui hoitotyön kuormittavuuden vähentäminen, toimintakykyä tukevan työotteen käyttöönotto ja hoitotyön turvallisuuden parantaminen sekä potilaan että työntekijän kannalta. Lisäksi jokainen hoitaja, jonka työn kuormittavuuden arviointi oli tehty, sai henkilökohtaisen palautteen koulutuspäivien alussa (kuvio 5). Koulutukseen osallistui yhteensä 49 henkilöä, jotka olivat pääsääntöisesti lähihoitajia, lisäksi oli muutamia sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja.



Kuvio 5: Potilassiirrot ja ergonominen avustaminen -koulutuksen sisältö

## TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA TYÖOTE

Lähtökohtana toimintakykyä edistävän työotteen kehittämiseksi oli teoretietodon ja käytännön työelämän tarpeiden yhdistäminen. Kuntoutushenkilöstön vähäinen määrä oli tuonut haasteita työhön ja yhteistyön merkitys korostui. Vallitseva tilanne monissa terveyskeskussairaaloissa saa aikaan muutostarpeita, työotteen ja totuttujen käytäntöjen muutoksia. Potilaan toimintakykyä edistävän työotteen lähtökohtana oli sekä työn kehittäminen että potilaan aktivointi ja kuntoutumisen edistäminen.

Koulutuspäivien aikana käytiin läpi tietoa muun muassa ihmisen perusliikkumisen, luonnollisten liikemallien ja potilaan toimintakyvyn tukemisen periaatteista (riittävästi aikaa siirtymiseen, tieto tulevasta tehtävästä) ja ohjauksen merkityksestä sekä olosuhteiden vaikutuksesta estävänä, rajoittavana tai mahdollistavana tekijänä. Sisältönä oli myös potilaan toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi, liikkeen ja liikkumisen ohjaamisen perusteet ja sanalliseen ja manuaaliseen ohjaukseen sekä olosuhteiden luomisen harjoittelu käytännötilanteissa. (Tamminen-Peter 2013).

Erilaisia potilaan aktivointi- ja avustamistapoja harjoiteltiin käytännössä, ja jokainen pääsi kokeilemaan omakohtaisesti erilaisia liikkumisen sekä avustamisen tilanteita sekä avustajana että potilaan roolissa. Henkilöstö aktivoitui tarkastelemaan sekä omia työtapoja että osastolla vallitsevia käytäntöjä. Koulutuspäivien ja väljaksojen aikana käytyjen keskusteluiden sekä käytännön työssä tehtyjen kokeiluiden pohjalta tehtiin konkreettisia muutoksia potilaan toimintakyvyn tukemiseksi.

Koulutuksen aikana arvioitiin potilaan toimintakykyä, käytettävää avustamisen tapaa ja tarvittavia siirron apuvälineitä Care Thermometer, fyysisen kuormituksen arviointimenetelmään kuuluvan potilaan toimintakyvyn luokittelumallin avulla (Liite 1.) ([www.arjohuntleigh.com](http://www.arjohuntleigh.com)). Mallin avulla konkretisoimme toimintakyvyltään erialisten potilaiden avustamistapaa ja tarvittavia siirron apuvälineitä. Lisäksi kävimme läpi perusteita sille, miksi pitkäkestoista käsivoimin kannattelua on vältettävä. Launiksen (2006) mukaan lähes kaikille turvallinen taakan paino on maksimissaan 23 kg, kun nosto tapahtuu polvi-kyynärpää-tasossa, ilman kiertoja ja etukumaria asentoja ja taakan etäisyys on maksimissaan 25 cm. Koska potilaat ovat tätä suositusta painavampia, nostoja ja pitkäkestoista käsivoimin kannattelua tulee välttää. Care Thermometer-malli, jossa on viisi toimintakykyluokkaa, todettiin konkreettiseksi apuvälineeksi. Se päätettiin ottaa yhteisen toimintatavan perustaksi ja siirtotilanteiden suunnittelun apuvälineeksi.

## FYYSISEN TYÖYMPÄRISTÖN TOIMIVUUDEN ARVIOINTI JA KEHITTÄMINEN

Virikkeellisen, aktivoivan ja samalla esteettömän ympäristön positiivinen vaikutus potilaan toimintakyvyn edistäjänä ja henkilöstön työn kuormituksen vähentäjänä on merkittävä. Työympäristön kehittäminen on yksi erittäin tärkeä osa henkilöstön työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen edistämistä sekä turvallisuusosaamisen kehittämistä. Ergonomian avulla työ, työvälineet, työympäristö ja toiminta suunnitellaan vastaamaan työntekijän ominaisuuksia ja tarpeita. (Launis ym. 2011.)

Rakennuslainsäädäntö ohjaa sekä asuntorakentamista että julkista rakentamista. Rakennusmääräyskokoelma F1:n mukaan mm. liikkumisesteisten wc-tilan mitoituksessa wc-istuimen molemmilla puolilla pitäisi olla 800 mm ja istuimen edessä 1500 mm vapaata tilaa. (Rakennustieto Oy 2007.) Käytännön työssä tilanne on kuitenkin toinen. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien yhteydessä arvioitiin työtilojen riittävyttä ja säädettävyyttä sekä siirtotilanteen suunnittelua. Arviointien perusteella riittävää työtilaa ergonomiseen avustamiseen ja siirtymiseen ei aina löydy vuoteen ympäriltä eikä wc- ja pesutiloista. Määräyksissä olevat mitoitukset eivät aina toteudu, sillä tiloja ei välttämättä ole suunniteltu alun perin nykyistä tarkoitustaan varten. Alun perin ei ole myöskään huomioitu potilaan toimintakyvyn, apuvälineiden, kalusteiden ja avustamisen vaatimaa tilatarvetta (Sipiläinen 2011).

Sekä potilassiirrot ja ergonominen avustaminen -koulutuksen että ergonomiavastaavien koulutuksen yhtenä painopisteenä oli ergonomisen työympäristön peruseriaatteet. Ergonominen työskentely edellyttää riittävää tilaa, jotta avustaminen ja apuvälineiden käyttö olisi mahdollista. Myös hoitajan ja potilaan liikkumisen ja yhteistyön on onnistuttava suunnitellulla tavalla. Hoitajan tehtävänä on tarvittaessa raivata ja muokata tiloja. (Fagerström 2013.) Jotta turvallinen ja ergonominen työskentely on mahdollista, tarvitaan muunneltavia ja säädettäviä työtiloja. Tämä onkin haaste, sillä olemassa olevia tiloja ei aina ole suunniteltu juuri kyseistä hoitotyötä varten. (Launis ym. 2006.)

Sähkösäätösängyjen käyttö on viimeisten vuosien aikana lisääntynyt. Hoitajan työtapoja hankkeen alussa arvioitaessa konkretisoitui työvälineiden ja -tilojen lisäksi totutut tavat toimia. Sairaalaoloissa sängyn korkeussäätöjen käyttö oli vähäistä säätömahdollisuudesta huolimatta. Tästä johtuen säätöjen käyttöä suositeltiin ja korostettiin hoitajan hyvän työasennon ja alaselän kuormituksen vähentymisen vuoksi. Myös sähkösäätösängyn kaltevuuskulman säätäminen tai sängyn päädyn kohottaminen paljon avustusta vaativan potilaan siirroissa todettiin helpottavan hoitajan työtä. (Fagerström 2013.)

## MITÄ TAPAHTUI KÄYTÄNNÖN TYÖSSÄ?

Työympäristön toimivuuden ja turvallisuuden arviointityötä tehtiin kussakin työyhteisössä eri vaiheissa hanketta, osana potilassiirtojen kuormittavuuden arviointia, ergonominen avustaminen ja potilassiirrot -koulutusta, ergonomiavastaavien koulutusta ja työpaikkakäyneillä. Myös projektiryhmän kokouksissa asia oli esillä.

Arviointityön yhteydessä käytiin alustavaa osaston ja työntekijän tilannetta kartoittavaa keskustelua työtiloista, mahdollista muutostarpeista ja

suunnitteilla olevista muutoksista. Koulutuksen aikana kaikilla osastoilla ja kotihoidossa konkretisoitui työtilojen kehittämisen tarve. Koulutuksissa olleet hoitajat ryhtyivät miettimään mm. apuvälineiden säilytyspaikkoja sekä potilas-huoneiden ja pesutilojen järjestystä. Keuruun terveyskeskussairaalan osaston kehittämisen kohteena oli osaston tilojen muokkaaminen toimintakykyä tukevan hoitotyön ja hoitajan työergonomian näkökulmasta. Kehittämistyön myötä päiväsalin ja erillinen aula muuttuivat toimivammiksi, pesutiloihin saatiin lisää tilaa siirtämällä sieltä turhat työ- ja apuvälineet pois. WC-tilojen tukikahvojen ja laitoshuoltajien pesulastojen uudet paikat helpottavat avustustyötä. Siirron apuvälineet saatiin keskitetyksi lähemmäksi käyttäjiä.

Kehittämistyön tuloksena käynnistyi osaston työtilojen ja potilashuoneiden muokkaaminen ja tehtiin sopimukset apuvälineiden ja potilaan avustamisen käytännöistä. Keuruun sairaalaosaston tilojen raivaaminen ja muokkaaminen käynnisti koko terveysasemaa koskevan fysioterapiaopiskelijan esteettömyys-kartoituksen, jonka tuloksia käsiteltiin turvallisuustyöryhmässä marraskuussa 2014.

Lähtökohtana koulutuksien ja hankkeen aikaisessa työympäristön kehittämisessä oli se, että henkilöstö saa tietoa esteettömän, toimivan ja turvallisen työympäristön periaatteista, oppii havainnoimaan omaa työskentelyään ja aktivoituu kehittämään työtään ja työympäristöään.

## AVUSTAMISESSA ON SYYTÄ KÄYTTÄÄ APUVÄLINEITÄ

Avustamisessa käytetyt apuvälineet jaotellaan siirtymisen, kääntymisen, kävelyn, tukeutumisen ja henkilönoston apuvälineisiin. Siirron apuvälineiden on todettu vähentävän hoitotyön fyysistä kuormitusta ja selkäsairauksien riskiä. Välilevyyn kohdistuva kuormitus vähenee puoleen, kun hyödynnetään apuvälineitä, huomioidaan työskentely-ympäristö ja kiinnitetään huomiota hoitajan työasentoon. Hoitajan kokema työn kuormitus vähenee ja potilas kertoo miellyttävämmästä siirtotilanteesta käytettäessä siirron apuvälineitä (Fagerström 2013.)

Apuvälineiden käyttöön piti kiinnittää huomioita, koska olemassa olevia apuvälineitä ei käytetty optimaalisesti. Niitä tarvittiin lisää ja yhteisesti sovittu käytäntö apuvälineiden säilytyspaikasta ja huollosta puuttui. Apuvälineisiin tutustuminen tapahtui monessa osassa potilassiirrot ja ergonominen avustaminen -koulutusten, ergonomiavastaavien koulutuksen ja siirron apuvälineet tutuksi -koulutuspäivän aikana. Koulutuspäivien aikana hoitajat tutustuivat erilaisiin siirronapuvälineisiin käyttämällä niitä avustustilanteissa sekä hoitajana että avustettavan roolissa olemalla. Apuvälineiden huolto, hankinta ja

käytönohjaus jäivät myöhempään vaiheeseen ergonomiavastaavien pohdittavaksi.

Ennakointi ja työtilojen ergonominen suunnittelu on tehokkainta uudisrakentamisen tai remontin yhteydessä. Laukaan terveysaseman sairaalaosastojen saneeraus oli alkanut jo ennen hanketta ja eteni hankkeen aikana. Työtilojen suunnitteluun emme kuitenkaan hankkeen alkuvaiheessa tehdyistä yrityksistä huolimatta päässeet suoraan vaikuttamaan. Hankesuunnitelmat oli jo tehty. Mahdolliset muutokset olisivat tuoneet lisäkustannuksia. Eikä suunnittelutyötä ollut hankesuunnitelmassamme.

## ERGONOMIAVASTAAVIEN KOULUTUS

Ergonomiavastaavat ovat asiantuntijoita, jotka tukevat esimiestä ergonomisten työkäytäntöjen kehittämisessä ja ohjaavat ja kannustavat työtovereitaan niiden toteuttamiseen. Ergonomiavastaaviksi suositellaan valittavaksi vapaaehtoisia, ergonomiasta ja kuntouttavasta hoitotyöstä kiinnostuneita hoitajia. (Tamminen–Peter 2011.)

Hankkeen aikana Potilassiirrot ja ergonominen avustaminen -koulutuksiin osallistui yhteensä 49 työntekijää, lähihoitajien lisäksi mukana myös muutama fysioterapeutti ja sairaanhoitaja. Koulutuksien edetessä pohdittiin, miten opittujen tietojen ja taitojen ylläpito ja siirto työyhteisön muille jäsenille onnistuu? Hoitotyössä on jo olemassa erilaisia vastuuhenkilöitä, esimerkiksi lääkevastaava. Ergonomiavastaavalle oli selkeä tarve. Alustavasti oli sovittu, että koulutukseen osallistuneista valitaan jokaiseen työyhteisöön vapaaehtoinen, työn ja työergonomian kehittämisestä kiinnostunut vastuuhenkilö. Keskustelua käytiin siitä, miten ergonomiavastaavat valitaan ja mitkä ovat heidän tehtävänsä? Keskustelua käytiin myös siitä, onko ergonomiavastaava hoitaja vaiko fysioterapeutti? Näitä asioita työstettiin useammassa projektiryhmän kokouksessa sekä Potilassiirrot ja ergonominen avustaminen -koulutuspäivien aikana. Lopputuloksena ergonomiavastaavan tehtävään valittiin kaksi kehittämistyöstä kiinnostunutta hoitajaa kuhunkin työyhteisöön. Hankkeen toimijat työstivät ergonomiavastaavan tehtävistä pohjan, jota projektiryhmässä ja ergonomiavastaavien koulutuspäivissä kommentoitiin ja muokattiin. Joutsan terveyskeskussairaalan ergonomiavastaavat muokkasivat lopullisen tehtävänkuvauksen, jonka kukin työyhteisö sai käyttöönsä muokkausoikeuksin.

Ergonomiavastaaville järjestettiin koulutus, joka jakaantui kahteen rinnakkaiseen osioon: 1. Potilassiirtokorttikoulutus ja 2) Ergonomiavastaavan tehtävät ja ohjaamisen taidot.

## 1 Potilassiirtokorttikoulutus

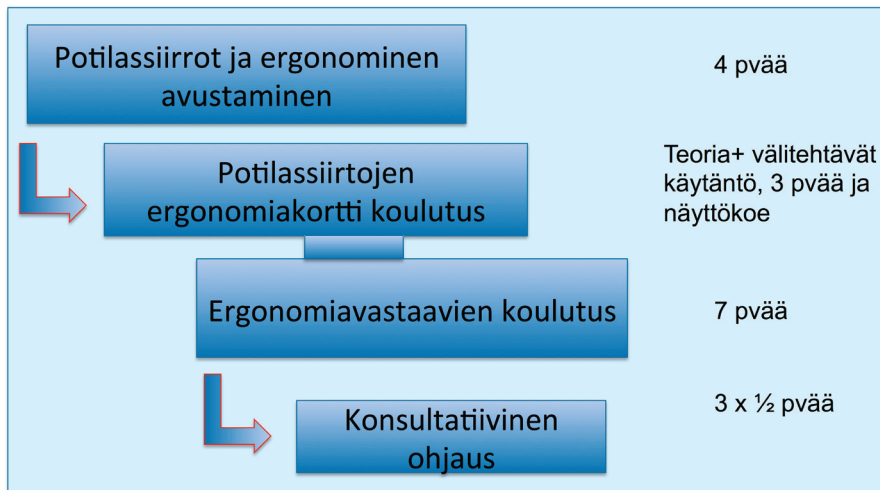
Ensimmäinen osio oli Työterveyslaitoksen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® koulutus, jonka tavoitteena oli antaa valmiudet potilassiirtojen turvalliseen hallintaan vaaditun tieto- ja taitotason sekä suuntaviivat potilassiirtojen ohjaukseen työpaikoilla. Koulutukseen sisältyi verkkotehtäviä, käytännönharjoituksia sekä näyttökoe ([www.tyoterveyslaitos.fi/ergonomia](http://www.tyoterveyslaitos.fi/ergonomia)).

## 2 Ergonomiavastaavan tehtävät ja ohjaamisen taidot

Ergonomiavastaavien työnkuvaa muokattiin hankkeen aikana yhteistyössä lähiesimiesten ja ergonomiavastaavien kanssa. Heidän tehtäviksi muodostui mm. henkilökunnan perehdys ja opastus ergonomiseen ja aktivoivaan työotteeseen, toimintakykyä edistävän ergonomisen työskentelytavan ylläpito työyhteisössä, apuvälineiden käytön opastus, työergonomiaan liittyvien ohjeistusten ja materiaalien ylläpito. (Liite 2. Ergonomiavastaavan tehtävät.)

Tärkeä osa koulutusta oli ohjausosaamisen ja uuden työroolin vaiheittainen kehittyminen harjoitusten ja yhteisten keskustelujen avulla syksyn 2013 ja vuoden 2014 aikana. Muutosta tukemaan järjestettiin Jyväskylän ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijoiden toteuttamana konsultatiivinen pienryhmäohjaus, jossa käytiin läpi ergonomiavastaavien tarpeista lähteviä kysymyksiä. (Kuvio 6. Ergonomiavastaavan polku.) Ergonomiavastaavan tehtävässä tarvitaan vankkaa osaamista, aktivoivaa työtettä ja hyviä yhteistyötaitoja.

## Potilassiirrot ja ergonomiakoulutukset



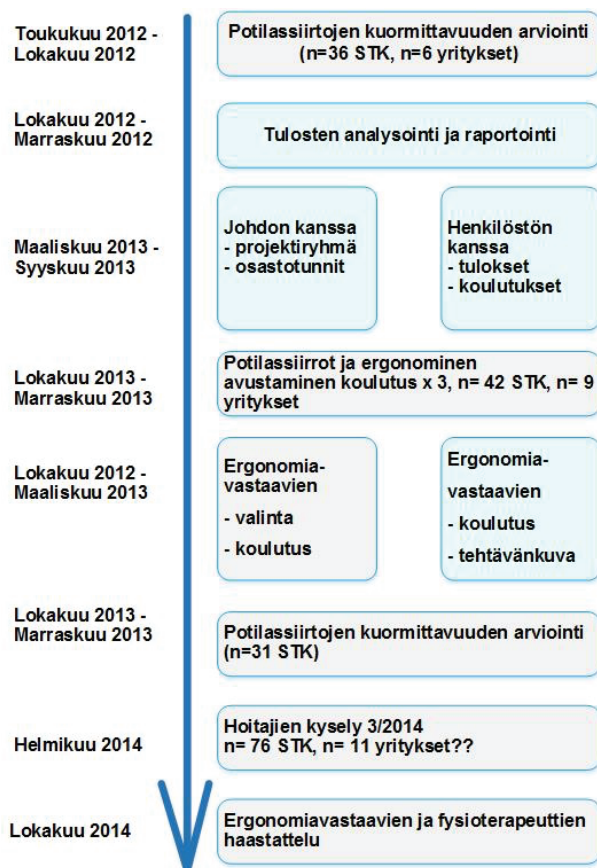
Kuvio 6. Ergonomiavastaavien koulutuspolku

Hankkeen edetessä keväällä 2014 ergonomiavastaavien tehtäväksi suunniteltiin myös kunkin terveysaseman avohoidon hoitohenkilöstön potilassiirto-työn ergonomian ja siirron apuvälineiden käytön opastaminen. Tähän työhön valmistauduttiin ergonomiavastaavien koulutuspäivien yhteydessä ja kahden hoitajien koulutusiltapäivän suunnittelun ja toteutuksen avulla. Ergonomiavastaavat toimivat koulutuspäiviin osallistuneiden hoitajien kouluttajina yhdessä hankkeen asiantuntijoiden kanssa.

Ergonomiavastaavien koulutuspäivien aikana tutustuttiin myös apuvälineiden hankintaprosessiin, apuvälineitä markkinoiviin toimijoihin ja vierailtiin ergonomiavastaavien kanssa Tampereen Apuvälinemessuille syksyllä 2013.

Fysioterapeuttien kanssa yhteistyö tiivistyi hankkeen loppuvaiheessa. Koordinoiva fysioterapeutti ja osastojen fysioterapeutit osallistuivat ergonomiavastaavien tapaamisiin syksyllä 2014. Tapaamisten aikana keskityttiin fysioterapeutin ja ergonomiavastaavan yhteistyön määrittämiseen ja näyttöön perustuvan tiedon perusteella yhtenäiseen toimintatapaan potilasta ohjattaessa ja avustaessa. Yhteistyön avulla kehitettiin hoitotyön ergonomiaa sekä toimintakykyä edistävää hoitotyötä.

Edellä kuvatut toimenpiteet muodostivat prosessinomaisen henkilöstön koulutuskokonaisuuden. Lähtötilanteen arviointi, sen pohjalta koulutusten ja toiminnan suunnittelu, toteutus ja sen tulosten arviointi toteutui alla olevan kuvion 7. mukaisesti. Kehittämistyön tuloksista kerrotaan tarkemmin seuraavassa kappaleessa.



Kuvio 7. Hankkeessa toteutunut prosessin omainen koulutuskokonaisuus

Kaikkien edellä olevien tapahtumien tarkoituksena oli tuoda tietoa turvallista ja ergonomisesta työskentelystä, potilaan toimintakyvyn edistämisestä ja hoitotyön kehittämisestä. Teoriatiedon, työn kuormittavuuden arviointien yhteydessä tehtyjen työvideoiden ja käytännön harjoittelun myötä luotiin yhteisiä kokemuksia avustamisesta, avustettavana olemisesta ja erilaisten apuvälineiden käytöstä. Jokaisesta työyhteisöstä koulutuksissa oli useampia työntekijöitä, osasta jopa toista kymmentä.



## LÄHTEET

Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä -monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Turku: Turun yliopisto.

Hellstén, K. 2014. Työn fyysinen ja psyykkinen kuormittavuus vanhustenhuollossa -seurantatutkimus ergonomisen kehittämistyön tuloksista. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Karhula, K., Rönholm, T., & Sjögren, T. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Tampere: Työsuojeluhallinto.

Launis, M. & Lehtelä, J. 2006. Ergonomiaopas koneiden ja työvälineiden hankintaan, käyttöön ja tarkastamiseen. Helsinki: Työterveyslaitos.

Launis, M. & Lehtelä, J. (toim.) 2011. Ergonomia. Helsinki: Työterveyslaitos.

Potilaan toimintakyvyn luokittelumalli. Viitattu 11.11.2014.  
[Http://www.arjohuntleigh.fi](http://www.arjohuntleigh.fi).

Potilassiirtojen ergonomiakortti. Viitattu 18.9.2014. [Http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia\\_eri\\_aloille/terveydenhuolto/ergonomiakortti/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/ergonomiakortti/sivut/default.aspx).

Rakennustieto Oy. Esteetön rakennus ja ympäristö. 2007. Suunnitteluopas. Helsinki: Rakennustieto Oy.

Rantsi, H. & Hämmäläinen, K. 2006. PAST-toiminta (Potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Loppuraportti. Oulun yliopistollinen sairaala. ODL Terveys Oy, Työterveys OYS-tiimi.

Sipiläinen, P. 2011. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnolla. Väitöskirja. Aalto-yliopisto. 4/2011

Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa -kolmen siirtomenetelmän vertailu. Väitöskirja. Turku. Turun yliopisto.

Tamminen-Peter, L., Moilanen A. & Fagerström V. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. 2011. Työterveyslaitos. Helsinki: Työterveyslaitos.

Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2013. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Helsinki: Työterveyslaitos.

What is ergonomics? Viitattu 13.10.2014. [Http://iea.cc/whats/index.html](http://iea.cc/whats/index.html).

#### 2.5.4 HOITAJIEN TYÖERGONOMIAN KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Anja Tanntu, Sanna Sihvonen & Niilo Kuokkanen

Hankkeen aikana koulutettiin yhteensä 49 hoitajaa. Heistä valittiin osastoille ja yrityksiin ergonomiavastaavat, yhteensä 12 henkilöä. Koulutusten vaikutavuutta arvioitiin terveyskeskussairaaloiden hoitohenkilöstölle syksyllä 2013 (n=31) tehdyn potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmän avulla (Karhula 2007).

Syksyllä 2012 ja syksyllä 2013 tehtyjen arviointien tuloksia vertaamalla havaittiin, että hankkeen aikana toteutetuilla koulutuksilla ja niihin liittyvillä toimenpiteillä on ollut myönteisiä vaikutuksia hoitajien työergonomiaan, potilaan aktivointiin ja ohjaukseen. Tulokset osoittivat, että positiivisia muutoksia tapahtui useilla työergonomian osa-alueilla. Selkeimmin muutos näkyi siirtotaidon ja siirron sujuvuudessa. Aktivoiva ohjaus ja avustusotteet tukivat potilaan toimintaa.

Siirtotaito ja siirron sujuvuus -teema sisältää kolme arvioitavaa kohtaa; 1) potilaan aktivointi ja ohjaus sanallisesti ja/tai kosketuksen avulla, 2) potilaan aktiivisuutta tukevat avustusotteet ja 3) potilaan normaalia liikkumista edistävä siirtotaito. Tulosten tarkempi tarkastelu osoitti tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä eri osioiden välillä.

Potilaan hyvä ohjaus ja aktivointi olivat yhteydessä alaraajojen lihasvoiman ja painonsiirtojen hyödyntämiseen sekä kurkottelun ja kannattelun vähentymiseen.

Potilaan aktiivisuutta tukevien avustusotteiden parantuminen oli yhteydessä avustajan vartalon hallintaan, alaraajojen lihasvoiman ja painonsiirtojen hyödyntämiseen sekä kurkottelun ja kannattelun vähentymiseen.

Potilaan liikkumista edistävä siirtotaito korreloi tilastollisesti merkitsevästi hoitajien siirtoetäisyyden ja potilaan kannatteluvaiheen, vartalon hallinnan ja alaraajojen lihasvoiman sekä painonsiirtojen hyödyntämisen kanssa. Toisin sanoen lyhyen siirtoetäisyyden, lyhyen kannatteluvaiheen, hyvän vartalon hallinnan ja alaraajojen lihasvoiman yhteys siirtotaitoon oli selkeä. Näin ollen yläraajojen kuormitus oli vähentynyt ja alaraajojen hyödyntäminen potilasta avustaessa oli lisääntynyt.

Myös käsin tehtävät siirrot olivat vähentyneet ja tietoisuus potilastyössä tarvittavien apuvälineiden ja laitteiden huoltokäytännöistä oli parantunut. Haastatteluosion tuloksissa näkyi myös selvää positiivista muutosta. Tuloksia tarkastellessa monen eri osatekijän väliltä löytyi keskinäisiä korrelaatioita. Hyvien työasentojen ja työn suunnittelun välillä oli erityisen voimakas tilastollisesti merkitsevä yhteys.

Hoitajat, joiden vastauksissa näkyy siirtotilanteiden etukäteen suunnittelu osaavat mielestään käyttää kaikkia osastolla olevia siirron apuvälineitä ja hallitsevat hyvät työasennot potilassiirtojen aikana. Havainnoinnin perusteella he myös käyttävät tarkoituksenmukaisia siirron apuvälineitä ja omaavat hyvän siirtotaidon. He myös kokevat saavansa tarvittaessa apua, voivat keskeyttää työskentelyn lyhyen elpymistauon pitämiseksi ja kokevat osastolla tehtävät siirrot kiireettömiksi.

Hoitajat, jotka kokevat hallitsevansa hyvät työasennot potilassiirtojen aikana, toimivat myös havainnoinnin perusteella ergonomisesti oikein. He työskentelevät lähellä potilasta, vartalo hyvässä keskiasennossa välttämällä kiertoja ja eteen taipunutta asentoa. He myös käyttävät tarkoituksenmukaisia siirron apuvälineitä oikein ja tekevät vähemmän käsin tehtäviä yli 15 kg:n potilassiirtoja työvuoron aikana.

Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmässä on viisitoista teemaa, joissa jokaisessa kolme alakohtaa. Siirtotaito ja siirron sujuvuus teeman kaikilla kolmella osa-alueella havaittiin koulutuksen jälkeen tilastollisesti merkitsevä positiivinen muutos.

Kolmessa muussa teemassa kussakin yhdessä alakohdassa havaittiin tilastollisesti merkitsevä positiivinen muutos. Nämä kohdat olivat:

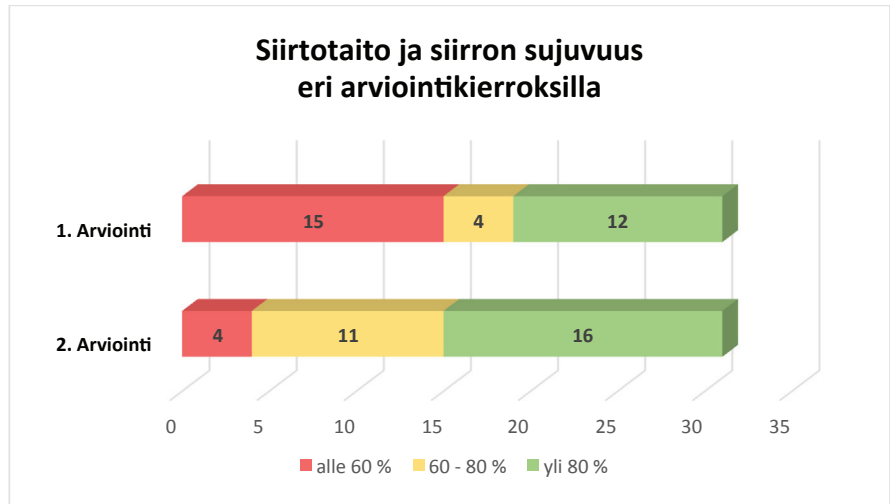
- 5.3 Työntekijä ei joudu kurkottelemaan yläraajoilla siirron aikana,
- 6.1 Potilaan kannatteluvaiheet kestävät vain muutaman sekunnin ja
- 7.2 Siirron aikana ei juuri ole selän kiertoliikettä (alle 15 °)

# SIIRTOTAITO JA SIIRRON SUJUVUUS

Hoitajien siirtotaitoa ja siirron sujuvuutta arvioitiin mittarissa olevien kolmen eri alakohdan *Ohjaus ja aktivointi*, *Avustusotteet* sekä *Siirtotaito* avulla. Alakohdat arvioitiin asteikolla 0 - 100 eli ”ei lainkaan kunnossa ja täysin kunnossa”. Näistä alakohdista laskettiin aritmeettinen keskiarvo ja mittari muodostettiin luokittelemalla näin lasketut arvot kolmeen luokkaan (Cronbachin alfa,  $\alpha = .78$ ). Luokittelu perustui menetelmässä käytettyyn kuormittavuusindeksiin (luokittelu yli 80 %, 60–80 % ja alle 60 %).

Kunnossa olevien siirtojen määrä (yli 80 %) nousi 12:sta 16:een, kun samaan aikaan ei-kunnossa (alle 60 %) olevien siirtojen osuus laski 15:sta 4:ään (taulukko 1 ja kuvio 8. ) Siirtotaito ja siirron sujuvuus paranivat tilastollisesti merkitsevästi.

TAULUKKO 1. Siirtotaidon ja siirron sujuvuus eri arviointikierroksilla ja muutos arviointikierrosten välillä ( $\chi^2(2, N = 62) = 10.21, p = .006$ )								
	Alle 60 %		60–80 %		Yli 80 %		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	
1. Arviointi	15	78,9	4	26,7	12	42,9	31	
2. Arviointi	4	21,1	11	73,3	16	57,1	31	

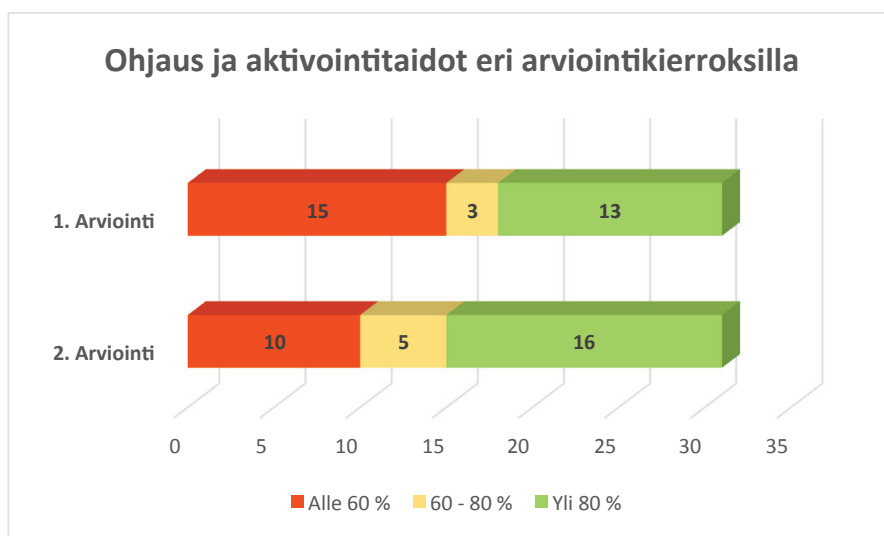


Kuvio 8. Siirtotaidon ja siirron sujuvuus eri arviointikierroksilla

## OHJAUS JA AKTIVOINTI

Kunnossa olevien siirtojen määrä (yli 80 %) on noussut 13:sta 16:een, kun samaan aikaan ei-kunnossa (alle 60 %) olevien siirtojen osuus on laskenut 15:sta 10:een (taulukko 2 ja kuvio 9). Ohjaus ja aktivointitaidot paranivat tilastollisesti merkitsevästi.

TAULUKKO 2. Ohjaus ja aktivointi eri arviointikierroksilla ja muutos arviointikierrosten välillä ( $\chi^2$ (2, N= 62) = .810, $p$ =.040)								
	Alle 60 %		60–80 %		Yli 80 %		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	
1. Arviointi	15	60	3	37,5	13	42,9	31	
2. Arviointi	10	40	5	62,5	16	57,1	31	

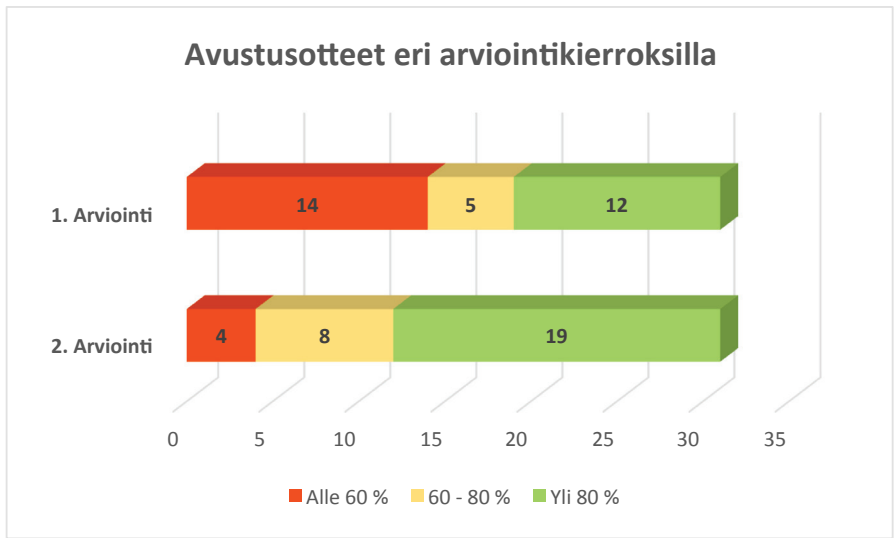


Kuvio 9. Ohjaus ja aktivointitaidot eri arviointikierroksilla.

AVUSTUSOTTEET

Kunnossa olevien siirtojen määrä (yli 80 %) on noussut 12:sta 19:ään, kun samaan aikaan ei-kunnossa (alle 60 %) olevien siirtojen osuus on laskenut 14:sta 4:ään (taulukko 3 ja kuvio 10.) Avustusotteet paranivat tilastollisesti merkitsevästi.

TAULUKKO 3. Avustusotteet eri arviointikierroksilla ja muutos arviointikierrosten välillä ( $\chi^2$ (2, N = 62) = 7.829, p = .020)								
	Alle 60 %		60–80 %		Yli 80 %		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	
1. Arviointi	14	77,8	5	38,5	12	38,7	31	
2. Arviointi	4	22,2	8	61,5	19	61,3	31	

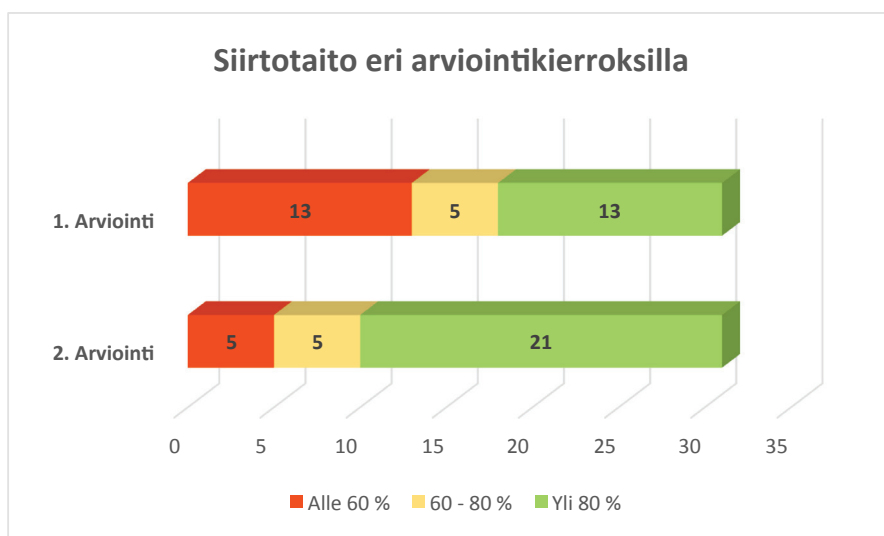


Kuvio 10. Avustusotteet eri arviointikierroksilla.

## SIIRTOTAITO

Kunnossa olevien siirtojen määrä (yli 80 %) on noussut 13:sta 21:een, kun samaan aikaan ei-kunnossa (alle 60 %) olevien siirtojen osuus on laskenut 13:sta 5:een (taulukko 4 ja kuvio 11). Siirtotaito parani, mutta tulos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

TAULUKKO 4. Siirtotaito eri arviointikierroksilla ja muutos arviointikierrosten välillä ( $\chi^2 (2, N = 62) = 5.438, p = .066, ns$ )								
	Alle 60 %		60–80 %		Yli 80 %		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	
1. Arviointi	13	72,8	5	50,0	13	38,2	31	
2. Arviointi	5	28,8	5	50,0	21	61,8	31	



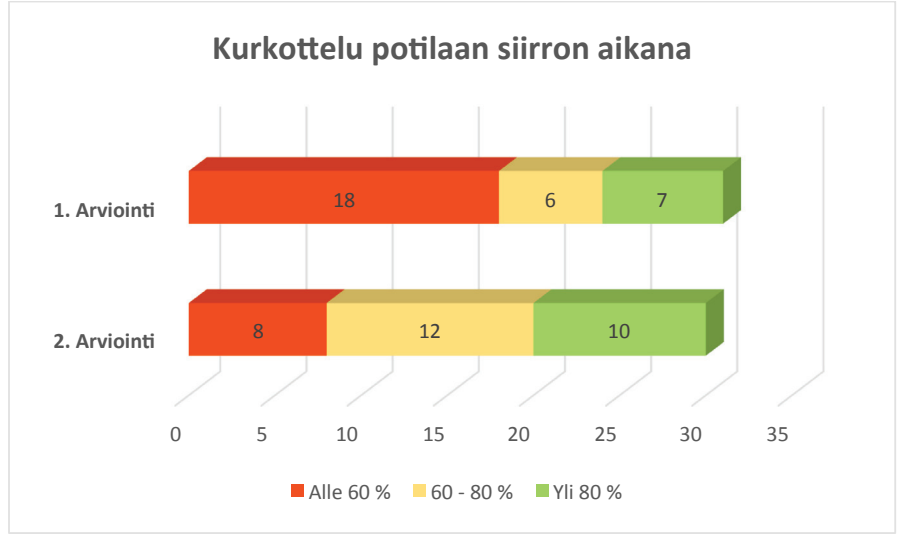
Kuvio 11. Siirtotaito eri arviointikierroksilla.

Siirtoetäisyys ja siirtokorkeus (Teema 5) sisälsi kolme osa-aluetta 1) siirron aikana ei tarvitse ottaa askelia potilaan painoa kannatellessa, 2) siirrot tapahtuvat avustajan polvi-kyynärpäätasoon välillä, 3) avustaja ei joudu kurkottelemaan yläraajoilla siirron aikana. Kaikilla osa-alueilla oli tapahtunut positiivista muutosta. Osa-alueessa 3) ”avustaja ei joudu kurkottelemaan yläraajoilla siirron aikana” on tapahtunut tilastollisesti merkitsevä muutos. Toisella arviointikierroksella kurkottelua esiintyy vähemmän kuin ensimmäisellä kierroksella.

Kunnossa olevien siirtojen määrä (yli 80 %) on noussut 7:stä 10:een, kun samaan aikaan ei-kunnossa (alle 60 %) olevien siirtojen osuus on laskenut 18:sta 8:aan (taulukko 5 ja kuvio 12.) Kurkottelu väheni tilastollisesti merkitsevästi.

TAULUKKO 5. Avustaja ei joudu kurkottelemaan yläraajoilla siirron aikana eri arviointikierroksilla ja muutos arviointikierrosten välillä ( $\chi^2(2, N = 62) = 6.361, p = .04$ )

	Alle 60 %		60–80 %		Yli 80 %		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	
1. Arviointi	18	69,2	6	33,3	7	41,2	31	
2. Arviointi	8	30,8	12	66,7	10	58,8	31	



Kuvio 12. Kurkottelu potilaan siirron aikana eri arviointikierroksilla.

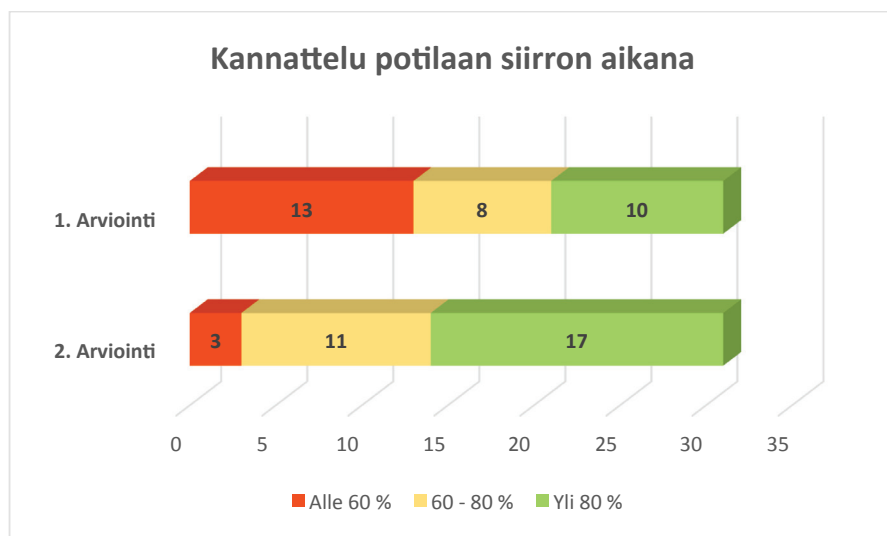


Yläraajojen ja ylävartalon kuormitus osa-alueella 1) ”Potilaan kannatteluvaiheet kestävät vain muutaman sekunnin” on tapahtunut tilastollisesti merkitsevä muutos. Toisella arviointikierroksella kannatteluvaiheita esiintyy vähemmän kuin ensimmäisellä kierroksella.

Kunnossa olevien siirtojen määrä (yli 80 %) on noussut 10:stä 17:ään, kun samaan aikaan ei-kunnossa (alle 60 %) olevien siirtojen osuus on laskenut 13:sta 3:een (taulukko 6 ja kuvio 13.) Potilaan kannatteluvaiheet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi.

TAULUKKO 6. Potilaan kannatteluvaiheet kestävät vain muutaman sekunnin eri arviointikierroksilla ja muutos arviointikierrosten välillä ( $\chi^2(2, N = 62) = 8,538$ ,  $p = .014$ )

	Alle 60 %		60–80 %		Yli 80 %		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	
1. Arviointi	13	81,3	8	42,1	10	37,0	31	
2. Arviointi	3	18,8	11	57,9	17	63,0	31	



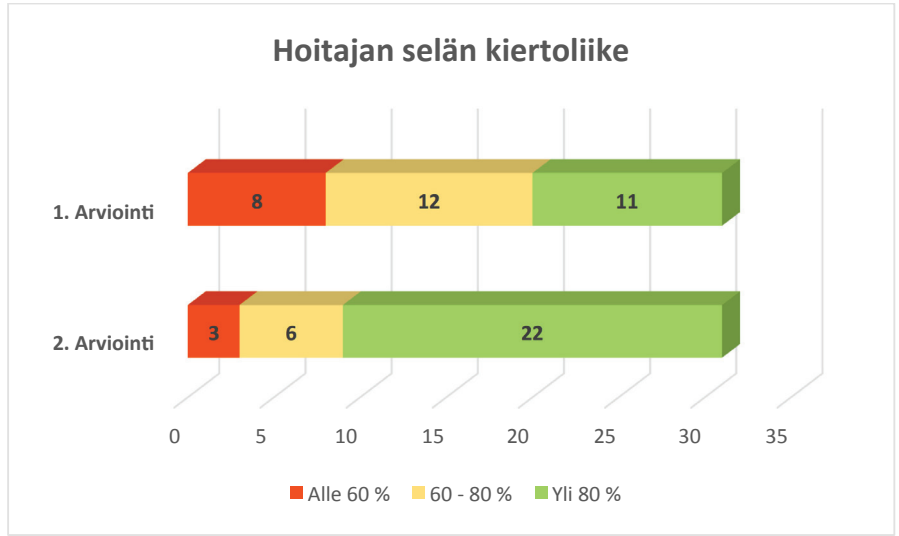
Kuvio 13. Kannattelu potilaan siirron aikana eri arviointikierroksilla.

Osiossa alaselän kuormitus osa-alue 2) Siirron aikana ei juuri ole selän kiertoliikettä (alle 15 °) on tapahtunut tilastollisesti merkitsevä muutos. Toisella arviointikierroksella selän kiertyneitä asentoja esiintyy vähemmän kuin ensimmäisellä kierroksella.

Kunnossa olevien siirtojen määrä (yli 80 %) on noussut 11:sta 22:een, kun samaan aikaan ei-kunnossa (alle 60 %) olevien siirtojen osuus on laskenut 8:sta 3:een (taulukko 7 ja kuvio 14). Selän kiertoliikkeet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi.

**TAULUKKO 7.** Siirron aikana ei juuri ole selän kiertoliikettä (alle 15 °) eri arviointikierroksilla ja muutos arviointikierrosten välillä ( $\chi^2(2, N = 62) = 7,939, p = .019$ )

	Alle 60 %		60–80 %		Yli 80 %		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	
1. Arviointi	8	72,7	12	66,3	11	33,3	31	
2. Arviointi	3	27,3	6	33,7	22	66,7	31	



Kuvio 14. Hoitajan selän kiertoliikkeet potilaan siirron aikana eri arviointikierroksilla.

Lisäksi joistakin teemoista löytyy kohtia, joissa tapahtunut positiivinen muutos on lähellä tilastollista merkitsevyyttä.

## POTILASSIIRTOJEN KUORMITTAVUUSINDEKSI

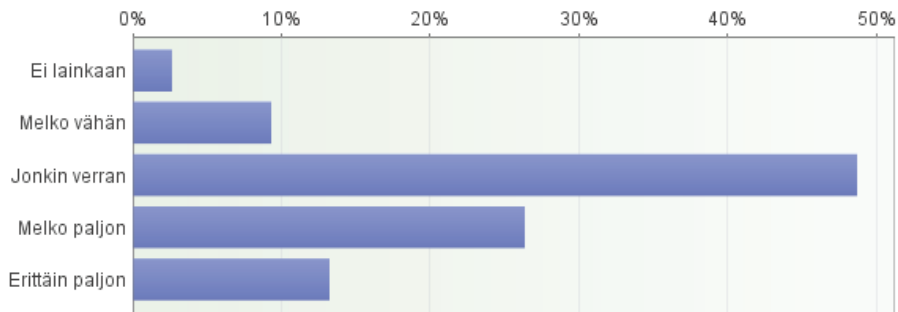
Kuormittavuuden arviointituloksista laskettujen osastokohtaisten indeksien mukaan kolme terveyskeskussairaalan osastoa pääsi tasolle, jossa potilas-siirron ergonomia arvioiduissa siirroissa on hyvä. Jatkossa saavutettu hyvä-taso pyritään ylläpitämään. Kahdessa yksikössä liikennevalomallin mukaista kategorian muutosta ei tapahtunut. Kehityksen suunta oli kuitenkin myönteinen (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Kuormittavuusindeksin muutos arviointikierrosten välillä			
Osasto	Indeksi / Alkumittaus Syksy 2012	Indeksi/ Loppumittaus Syksy 2013	Muutos
A	68 %	83 %	15 %
B	63 %	76 %	13 %
C	67 %	82 %	15 %
D	63 %	87 %	24 %
E	62 %	72 %	10 %

## HOITAJIEN KYSELYN TULOKSET

Hankkeessa toteutetun koulutuksen ja kehittämistyön vaikutuksia arvioitiin terveyskeskussairaaloiden ja yritysten hoitajille lähetetyn sähköisen kyselyn avulla. Kyselyyn vastasi yhteensä 85 henkilöä, 76 Seututerveyskeskuksesta ja 9 kotihoidon yrityksistä. Pääosa vastanneista oli lähihoitajia. Laajasta kyselystä nostettiin tähän raporttiin terveyskeskussairaalan henkilöstön vastauksista kehitystyön tulosten kannalta tärkeimmät kohdat. Lisäksi raporttoitiin kysymykset, joissa havaittiin selkeä ero terveyskeskussairaalan ja yritysten henkilöstön vastausten välillä.

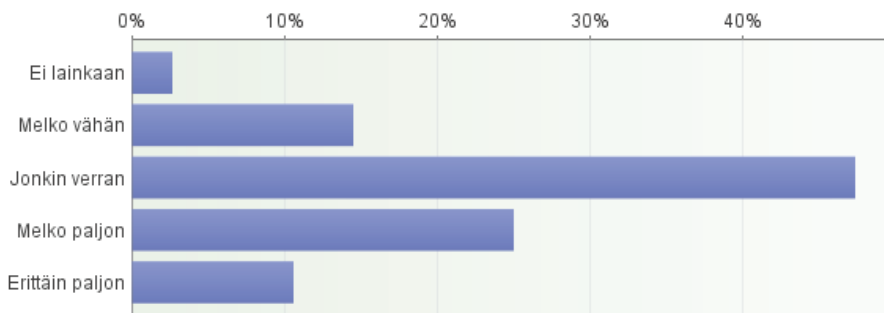
Muutokset oman työn ergonomiassa näkyvät. Hoitajista 48 % kertoo työtapojen muuttuneen jonkin verran ja 39 % heistä kertoo työtapojen muuttuneen melko/erittäin paljon (kuvio 15).



Kuvio 15. Hoitajien työtavoissa tapahtuneet muutokset.

Koko vastaajajoukosta 79 % käyttää siirron apuvälineitä aiempaa enemmän, 59 % suunnittelee siirtotapahtuman etukäteen ja 70 % pyytää tarvittaessa apua siirtotilanteeseen. Lisäksi hoitajat ovat harjaantuneet kiinnittämään huomioita omaan työergonomiaan. He havainnoivat omia ja työparin työasentoja, käyttävät uusia potilaan avustustekniikoita, ohjaavat ja aktivoivat potilaita.

Hoitajien työasennot ovat muuttuneet. Hoitajista 47 % kertoo työasentojen muuttuneen jonkin verran ja 36 % heistä kertoo työasentojen muuttuneen melko/erittäin paljon (kuvio 16).

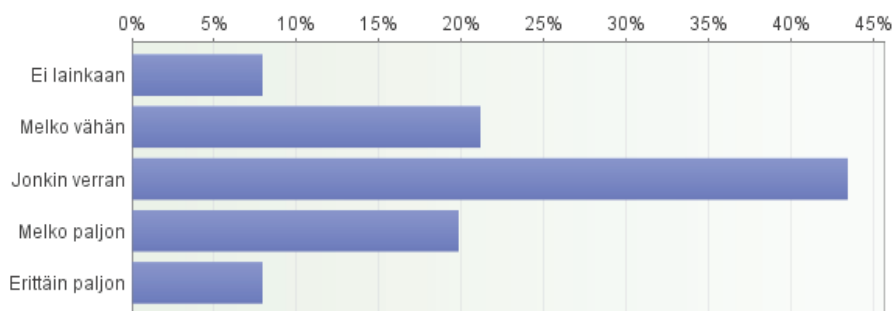


Kuvio 16. Hoitajien työasunnoissa tapahtuneet muutokset.

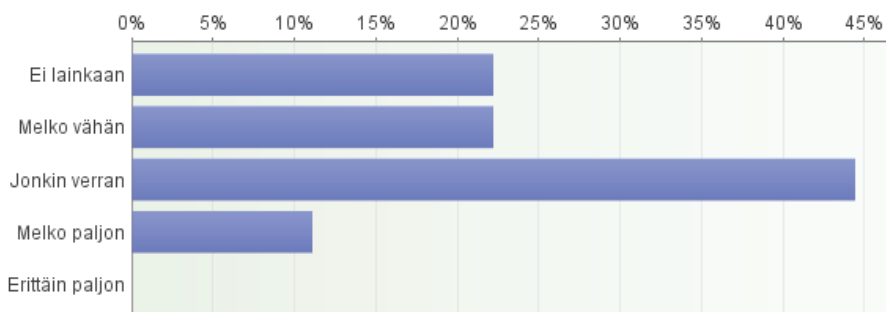
Vastaajien raportoima tarkempi kuvaus muutoksista kertoi, että hoitajat havainnoivat työasentojaan päivittäin. Puolet vastaajista (n=43) kertoi tehostaneensa työskentelyä avustustilanteissa toimien käyntiasennossa, käyttäen alaraajojen lihasvoimaa ja painonsiirtoja hyödyksi. Lähes puolet vastaajista käytti sängyn, pesupaarien ja suihkutuolin korkeussäätöjä entistä tehokkaammin. Selän hyvä asento, ilman kiertoja, kurkottelua ja etukumaraa asentoa on tavoitteena puo-

lella vastaajista. Lisäksi avustustilanteiden suunnittelu, potilaan ohjaaminen ja siirtymistapa suunnitellaan etukäteen.

Työympäristössä tapahtuneissa muutoksissa terveyskeskussairaalan ja kotihoidon työntekijöiden vastauksissa oli selkeää ero. 28 % terveyskeskussairaalan henkilöstöstä kertoi työympäristössä tapahtuneet muutoksia melko/erittäin paljon (kuvio 17.) Vain 10 % kotihoidon työntekijöistä raportoi työympäristössä tapahtuneista muutoksista (kuvio 18).



Kuvio 17. Työympäristössä tapahtuneet muutokset terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla



Kuvio 18. Kotihoidon yritysten työntekijöiden työympäristössä tapahtuneet muutokset

Hoitajien raportoima tarkempi kuvaus (n=41) kertoi työympäristössä tapahtuneista turvallisuutta parantavista muutoksista. Puolet vastaajista kertoo käyttävänsä enemmän siirron apuvälineitä. Neljännes vastaajista raportoi työympäristön remontin aikana tehdyistä muutoksista, joiden ansiosta työympäristö on väljempi, toimivampi ja esteettömämpi. Työympäristöissä tehtyjä muutoksia

olivat myös päiväsalin järjestäminen ruokailutilaksi, apuvälineiden yhteisesti sovitut säilytyspaikat, käytävien, huoneiden, wc- ja peseytymistilojen sekä aulatilojen raivaaminen.

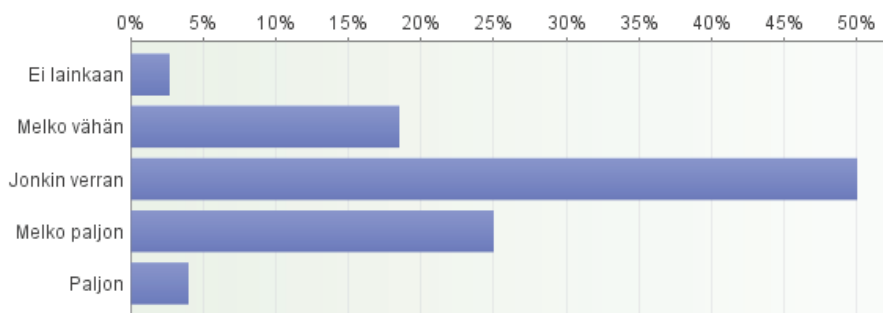
Hoitajat myös raportoivat työssä jaksamisen parantuneen. Puolet vastaajista (n=41) kuvasi, että työn fyysinen kuormitus on vähentynyt siirron apuvälineiden käytön ja ergonomisten potilassiirtomenetelmien ansiosta. Työssä on mukavaa ja työyhteisö puhalttaa yhteen hiileen, hoitajat auttavat ja kannustavat toisiaan. Toisaalta pieni osa hoitajista kertoi, että iän myötä nivelvaivat ovat lisääntyneet ja työpäivän jälkeen olo on väsyneempi kuin aiemmin. Myös ajoittainen kiire ja alimitoitettu henkilökunta kuormittavat.

Muutokset positiiviseen suuntaan johtuivat hoitajien (n=37) mukaan pääasiassa aktiivisesta fyysisen kunnon ylläpitämisestä, ergonomisten työasentojen ja potilassiirron apuvälineiden käytöstä ja potilaiden omien voimavarojen käytöstä. Koulutuksessa olleet hoitajat ovat kouluttaneet muita työntekijöitä ja hankkineet uusia apuvälineitä. Työn kuormittavuus on vähentynyt.

Hoitajien mukaan fyysisen kuormituksen vähentymisen myötä työpäivän jälkeen ei olla niin väsyneitä kuin ennen, tuki- ja liikuntaelimistön kivut ovat vähentyneet ja omasta jaksamisesta huolehtiminen liikunnan avulla on lisääntynyt.

Yhteistyön kehittäminen (n=31) eri ammattiryhmien kesken koettiin tärkeäksi. Kolmas osa vastanneista parantaisi yhteistyötä avoimen keskustelun ja yhteistyöpalaverien keinoin. Myös vastuun jakaminen, toisen auttaminen, työnkuvan selkiyttäminen ja yhteistyö fysioterapeutin kanssa käytännön potilastilanteissa (pesu, ruokailu tilanteet) ja keinot potilaan aktivointiin tulivat erityisesti terveyskeskussairaalan henkilöstön vastauksissa esille.

Potilaan toimintakyvyn kirjaamiseen on kiinnitetty huomiota. Vastaajista 50 % kertoo, että kirjaaminen on parantunut viimeisen vuoden aikana jonkin verran (kuvio 19).



Kuvio 19. Potilaan toimintakyvyn kirjaamisessa tapahtuneet muutokset

Puolet vastaajista (n=38) kirjaa aiempaa tarkemmin potilaan olemassa olevan toimintakyvyn, toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset ja käytössä olevat siirron apuvälineet. Osa heistä kirjaa potilaan toimintakykyä hankkeen aikana käyttöön otetun potilaan toimintakyvyn luokittelumallin mukaisesti (liite 2.).

Yhteistyö ja tiedonkulku omaisten kanssa on parantunut. Keskustelua potilaan hoidosta, potilaan toimintakyvystä ja sen muutoksesta sekä toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä käydään osastolla vierailuiden yhteydessä ja puhelimen välityksellä.

Hoitajat tukevat asiakkaan/potilaan omatoimisuutta päivittäisten toimintojen kuten peseytymisen ja ruokailun ym. päivittäisten toimintojen yhteydessä ohjaamalla sanallisesti ja liikkeen avulla, antamalla aikaa ja tarvittaessa lisää ohjausta.

Ohjaus toteutuu seuraavasti:

*"Kannustan omatoimisuuteen potilaan toimintakyvyn huomioiden ja annan aikaa"*

*"..ohjaan sanallisesti"*

*"kerron selkeästi mitä tehdään"*

*"annan yksinkertaisia ohjeita"*

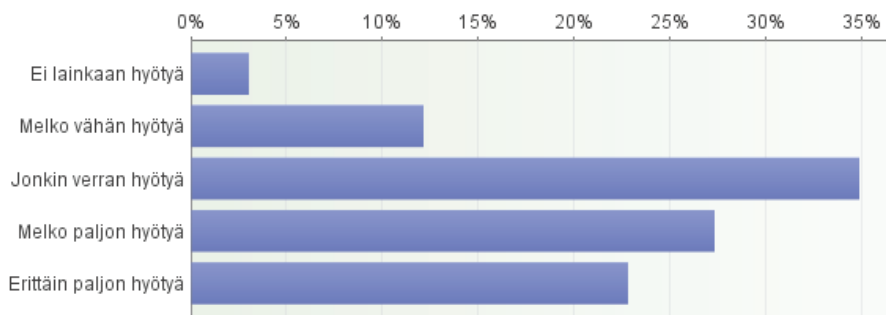
*"ohjaan kosketuksen avulla"*

*"ohjaan näyttämällä suorituksen"*

*"käytän omaa kehoa hyödyksi"*

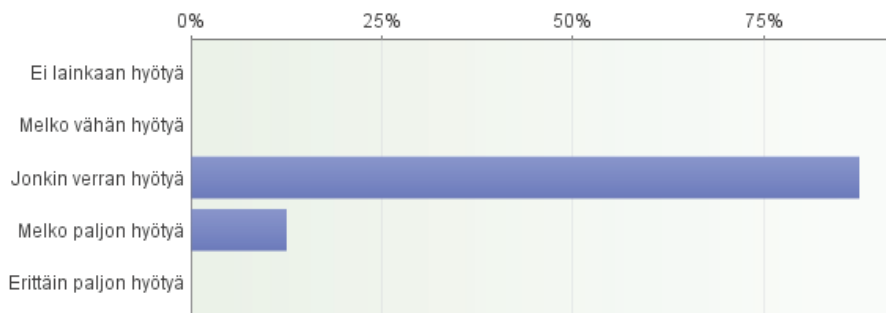
*"kartoitan etukäteen potilaan voimavarat ja avustan tarvittaessa"*

Ergonomiavastaavien työkuva muokattiin hankkeen aikana (liite 3) yhteistyössä ergonomiavastaavien ja projektiryhmän jäsenten kanssa. Ergonomiavastaavien ohjaava työote näkyy terveyskeskussairaalan osastoilla. Noin 50 % hoitajista (n=76) kokee, että ergonomiavastaavien työstä osastoilla on ollut melko/erittäin paljon hyötyä (kuvio 20).



Kuvio 20. Terveyskeskussairaalan hoitajien kokema hyöty ergonomiavastaavien työstä.

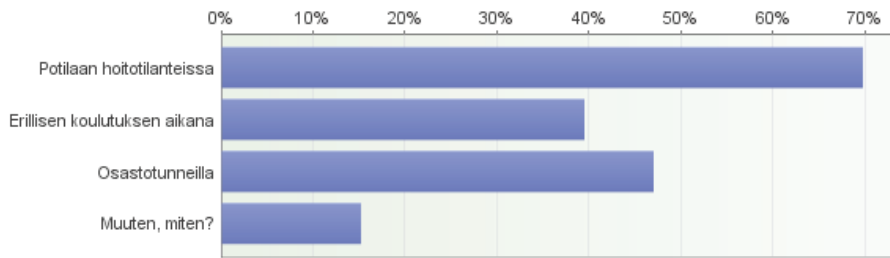
Kotihoidossa ergonomiavastaavien työstä koettu hyöty on selkeästi pienempi. Vain 10 % hoitajista on hyötynyt ergonomiavastaavan antamasta ohjauksesta työssä (kuvio 21)



Kuvio 21. Kotihoidon työntekijöiden kokema hyöty ergonomiavastaavan työstä.

Hoitajat kertoivat saaneensa ohjausta ergonomisista työasennoista, avustamistekniikoista ja siirron apuvälineiden käytöstä pääasiassa työvuoron aikana hoitotilanteissa. Ohjausta tapahtui myös erillisen koulutuksen, pienryhmien ja osastotuntien aikana (kuvio 22).





Kuvio 22. Ergonomiavastaavilta saatu ergonominen ohjaus toteutuu erilaisissa tilanteissa.

Ergonomiavastaavilta kysyttiin kokemuksia oman toimenkuvan muotoutumisesta. Sähköisen kyselyn (n=10) perusteella 8/10 ergonomiavastaavasta kertoi, että heidän roolinsa osastoilla on selkiytynyt.

Työyhteisöissä ergonominen ohjaaminen on otettu vastaan hyvin. 5 ergonomiavastaavaa kertoi saavansa positiivista palautetta ja heiltä kysytään ohjeita päivittäin. Neljä heistä kertoi, että joitakin asioita kyseenalaistetaan ja vastaan on tullut yksittäisiä tilanteita, joissa ohjausta ei ole voinut toteuttaa.

Suurimmalla osalla ergonomiavastaavista on hyvin tiedossa osaston henkilöstöltä tulevat odotukset. Yksi vastaajista kokee, ettei tunne vielä tarpeeksi hyvin osastonsa odotuksia.

Ergonomiavastaavat kokivat tarvitsevansa lisäosaamista sekä tukea kouluttajilta, fysioterapeuteilta, kollegoilta ja osastonhoitajilta. Lisäksi säännölliset tapaamiset muiden ergonomiavastaavien kanssa koetaan tärkeiksi.

Kun keväällä 2014 ergonomiavastaavien koulutuksen yhteydessä tarkennettiin hankkeen ja koulutuksen tuloksia, hoitajien mielestä uusi toimintatapa on yhtenäistänyt käytäntöjä ja työn fyysinen kuormitus on vähentynyt. He toivat esille seuraavaa:

*"...kun käytän siirron apuvälineitä, olen itse hyvässä työasennossa ja aktivoitin potilasta siirtymään omatoimisemmin, en ole enää niin puhki kuin ennen"*

*"...niin, jaksan illalla harrastaa...enempi kuin ennen"*

## KEHITTÄMISTYÖ JATKUU

Koska edellä kuvattujen tulosten perusteella ergonomiavastaavat tarvitsivat vielä tukea uuden tehtävän toteuttamiseen, koulutuspäivät jatkuivat. Hankkeen lopussa keskityttiin ergonomiavastaavien työnkuvan tarkentamiseen ja yhteistyön tiivistämiseen kuntoutushenkilöstön kanssa.

Merkittävä muutos osastotyössä on potilaan toimintakykyä ja henkilöstön yhteistyötä edistävä toimintamalli ja yhteiset käytännöt. Hoitajat ovat omaksuneet potilaan toimintakykyä edistävän työotteen, ja potilaan puolesta tekeminen on vähentynyt. Hoitajan työnkuvaan kuuluu nyt potilaan perusliikkumisen tukeminen ja voimavarojen käyttöönotto päivittäisten toimintojen yhteydessä ja apuvälineiden hankkiminen osastojakson ajaksi. Hoitaja aktivoi potilasta fysioterapeutin ohjeistuksen mukaisesti. Ergonomia- ja apuvälinetiedon sekä osaamisen vahvistumisen myötä hoitajat aloittavat potilaan mobilisoinnin aikaisemmin esimerkiksi viikonloppuisin. Ruokailut tapahtuvat pääsääntöisesti päiväsalissa. Näin potilaat saadaan nopeammin ylös vuoteesta ja kuntoutuminen alkaa nopeammin, jolloin hoitajaksoikin ehkä lyhenevät.

Syksyllä 2014 ergonomiavastaavien tapaamisen yhteydessä käydyn keskustelun perusteella voidaan sanoa, että eri ammattiryhmien välinen avoin vuorovaikutus on vahvistanut moni-ammattillista työotetta. Yhteistyö fysioterapeuttien ja ergonomiavastaavien sekä muun henkilökunnan kanssa on yhdenmukaistunut sovittujen toimintamallien ansioista. Ergonomiavastaavat kuvaavat tilannetta seuraavasti:

*"Potilaan kuntouttaminen ei ole enää vain fysioterapeuttien vastuulla, sillä muu henkilökunta osallistuu siihen aiempaa enemmän".*

*".. nyt tiedän ja osaan mitä voin tehdä....minulla on myös lupa kuntouttaa."*

*"Fysioterapeutti pystyy nyt kohdentamaan työtään tarkoituksen mukaisemmin esimerkiksi potilaan spesifiin kuntoutukseen."*

Ergonomiavastaavat kuvasivat, kuinka uusi toimintatapa on yhtenäistänyt käytäntöjä ja työn fyysinen kuormitus on vähentynyt. Uuden potilaan saapuessa osastolle kartoitetaan apuvälineiden tarve ja sovitaan käyttöönotto.

*"..pysähdytään tarkemmin miettimään potilaan voimavaroja, apuvälineiden tarvetta muuttuvissa olosuhteissa."*

*"annetaan potilaalle aikaa tehdä asioita mahdollisimman omatoimisesti...."*

Yhteistyö myös Seututerveyskeskuksen eri terveysasemien työntekijöiden kanssa *koettiin tärkeänä.*

*”..tapaamiset eri terveysasemien työntekijöiden kanssa lisäsi näkemystä ja kokemusta muiden työstä, mahdollisti vertaistuen.”*

Seututerveyskeskuksessa ergonomiavastaavat perehdyttävät sekä osaston että koko terveysaseman hoitohenkilökuntaa toimintakykyä edistävään työotteeseen, siirron apuvälineiden käyttöön ja ergonomisiin siirtotekniikoihin. Apuvälineet ovat ergonomiavastaavien vastuulla (mm. kunnan tarkistaminen, kerran vuodessa inventaario, uusien apuvälinetarpeiden arviointi). He huolehtivat yhteistyössä osastonhoitajan kanssa apuvälinehankinnoista. Työyhteisön apuvälineiden käyttö on yhtenäistynyt. Apuvälineillä on selkeä säilytyspaikka. Henkilökunnan kanssa on yhdessä sovittu puhdistus- ja huoltokäytännöt. Työpaikalla on yhteiseen tietokantaan laadittu selkeät kirjalliset ohjeet apuvälineistä: mitä apuvälineitä on, missä ne sijaitsevat sekä ohjeet puhdistuksesta ja huollosta.

Seututerveyskeskuksen yhteiseen sähköiseen tietokantaan on kirjattu ergonomiavastaavien työnkuva ja sopimus yhteisistä toimintatavoista potilaan avustamisessa ja aktivoinnissa. Lisäksi on kirjattu sekä yhteisten periaatteiden luomisesta hoitotyöhön ja potilassiirtojen toteuttamiseen, esimerkiksi potilasnostimen käyttöönotto, milloin ei enää avusteta manuaalisesti, vaan otetaan käyttöön potilasnostin. Lisäksi on sovittu siirron apuvälineiden käytöstä ja säilytyspaikasta.

*Ergonomiavastaavan kertoman mukaan kotihoidon työssä oli tapahtunut selkeää kehitystä hoitajien työergonomian osalta. Olkapään alta avustaminen vähentynyt, apuvälineitä on enempi käytössä.*

*Kotihoidon työssä tilaratkaisut ovat haasteellisia. Työympäristö on asiakkaan koti, jonka muokkaaminen turvalliseksi sekä asiakkaalle että hoitajalle vaatii yhteistyötä. Sänky on useimmiten normaali ilman korkeussäätöä oleva sänky eikä peseytymistiloja ole suunniteltu liikuntaesteiselle ja avustamiseen soveltuvaksi. Apuvälineiden ja potilaan aktivoinnin merkitys korostuu.*

*Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointeja tehtiin kotikäynneillä. Tuolloin oli luontevaa pohtia yhteistyössä asiakkaan ja mahdollisen omaisen kanssa sekä asiakasta että hoitajaa helpottavia ratkaisuja, esimerkiksi sängyn*

*jalkojen korottamista. Yhden asiakkaan luokse toteutui kotikäynti, jolloin mietittiin omaisen kanssa wc-tilojen kynnyksen poistamista ja tukikahvan sijoittamista.*

*Hankkeen aikana pohdittiin vaihtoehtoja apuvälineiden hankintaan. Pienapuvälineitä voisi olla mukana kotikäynneillä. Ongelmaksi tuli kuljetus ja hygienia. Hankkeen myötä apuvälineiden hankintaprosessi ja ergonomiavastaavan työnkuva selkiytyivät. Ergonomiavastaava opastaa henkilöstöä käytännön hoitotilanteissa uuden asiakkaan tulovaiheessa. Hänellä on erillinen työaika yhteydenottoihin apuvälinekeskukseen ja terveysaseman apuvälinelainaamoon, apuvälineiden huoltotyön tekemiseen ja organisointiin. Hän teki henkilöstölle kirjallinen tietopaketin, jossa on uusin tieto apuvälineistä ja niiden käytöstä.*

#### SIIRRON APUVÄLINEITÄ HANKITTIIN JA NIITÄ OTETTIIN KÄYTTÖÖN:

Hankkeen aikana on havaittu, että riittävä ja monipuolinen apuvälinevalikoima edistää potilaan kuntoutumista ja vähentää hoitajien työn fyysisistä kuormitusta. Apuvälineiden käyttö on myös vähentänyt potilaiden hoitamista vuoteessa ja siirtymiset ovat helpottuneet.

- Apuvälineillä on oltava selkeä säilytyspaikka.
- Tarvittaessa apuvälineet voivat olla potilaan henkilökohtaisessa käytössä koko osastojakson ajan.
- Henkilökunnan kanssa on yhdessä sovittu puhdistus- ja huoltokäytännöt. Apuvälineet ovat ergonomiavastaavien vastuulla (mm. kunnon tarkistaminen, kerran vuodessa inventaario, uusien apuvälinetarpeiden arviointi)
- Työpaikalle on laadittu selkeät kirjalliset ohjeet yhteiseen tietokantaan apuvälineistä: mitä apuvälineitä on, missä ne sijaitsevat, ohjeet puhdistuksesta ja huollosta.

Toimintakykyä edistävästä työotteesta tiedotetaan potilaille ja omaisille, jotka ovat perinteisesti odottaneet fysioterapeutin toteuttamaa kuntoutusta. Omaisia ohjataan aktiivisemmin tukemaan potilaan kuntoutumista.

## 2.6 KAATUMISEN EHKÄISY OSANA TURVALLISUUDEN EDISTÄMISTÄ

Sanna Sihvonen

Arviolta kolmasosa yli 65-vuotiaista ja puolet yli 80-vuotiaista kaatuu vähintään kerran vuodessa. Kaatumisilla voi olla huomattavia vaikutuksia iäkkäiden potilaiden hyvinvoinnille; ne voivat johtaa vakaviin fyysisiin ja emotionaalisiin vammoihin, heikkoon elämänlaatuun ja pitkittyneeseen sairaalahoitoon.

Kaatumiset johtuvat monista tekijöistä, kuten vammasta, heikentävästä sairaudesta, ympäristön vaaroista, iästä, psyykkisestä tilasta, sairaalahoidon pituudesta ja sukupuolesta. Kaatumisten ehkäisemiseksi on suositeltu monia ehkäiseviä toimia, kuten ympäristössä tehtävät muutokset, lääkityksen arviointi, turvallisten jalkineiden hankkiminen ja säännölliseen liikuntaan rohkaiseminen. Vaikka tutkimuksia on tehty laajasti ja aiheesta on julkaistu monia artikkeleita, potilaiden kaatumiset ovat jatkuvasti merkittävä ongelma sairaaloissa ja iäkkäiden potilaiden hoidossa. Kaatumisten seurauksena moni iäkäs henkilö on vaarassa menettää itsenäisen toimintakykynsä, ja riski joutua pysyvään laitoshoitoon on korkea.

Kaatumisten ehkäisyn implementoinnilla tarkoitetaan tehokkaiden, näyttöön perustuvien ehkäisytoimien suunnitelmallista käyttöönottoa ja paikallisen toimintamallin luomista ehkäisyn toteuttamiseksi osana iäkkäiden palveluita, hoivaa tai hoitoa. Implementointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja vankkaa johtajuutta. Kaatumisten ehkäisyn tulisi kuulua iäkkään hyvään hoitoon ja hoivaan sekä mielekästä elämää tukeviin ja turvaaviin palveluihin. Vaikka näyttöön perustuvaa tietoa, toimintatapoja ja -malleja kaatumisten ehkäisemiseksi on olemassa, ehkäisyä ei kuitenkaan toteuteta systemaattisesti ja riittävän tehokkaasti. Implementoinnin tulisi olla organisaatiossa tai toimintayksikössä tehtävää jatkuvaa kehittämistoimintaa, jota henkilöstö toteuttaa. (Pajala 2015.)

Hanketoimintana tehtävässä implementoinnissa on tärkeää, että organisaation tai toimipaikan johto, esimiehet ja käytännön työtä tekevät ammattilaiset ovat hankkeen alusta alkaen mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa implementointia. Muiden toimijoiden tehtävänä on olla ainoastaan implementoinnin käynnistämisen ja henkilöstön tukena ja apuna. Toimipaikan tai organisaation henkilöstö tekee varsinaisen implementoinnin ja implementoivat toimet. Vain tällä tavoin implementoidut toimet jäävät organisaation pysyviksi toimintakäytännöiksi hankkeen päätyttyä. Implementoinnissa otetaan käyttöön uusia toimintamalleja tai työtapoja, mutta implementoinnin tavoitteena tulisi

olla myös se, että toimijat omaksuvat itseohjautuvan jatkuvan kehittämistoiminnan ajatuksen. (Pajala 2015.)

Toimijoiden sitoutuminen ja yhteisten arvojen löytäminen ovat keskeisiä onnistuneen kehittämistoiminnan edellytyksiä. Jokaisen toimijan on tärkeää tuntea organisaation toimintaa ohjaavat arvot, toimintaperiaatteet ja strategiat. Arvokeskustelun tulee kuulua osaksi kehittämistoimintaa. Henkilöstön sitoutumista organisaation toimintaan vahvistaa se, että työntekijöiden ja organisaation arvot eivät ole ristiriidassa keskenään. Henkilöstön kanssa on syytä myös aika ajoin kerrata organisaation toimintaperiaatteita ja strategiaa ja tehdä selväksi, millä tavoin ne konkreettisesti ohjaavat kunkin työntekijän työtä ja toimintaa. Tärkeää on keskustella henkilöstön kanssa työn vaikutuksista organisaation kannalta, mutta erityisesti siitä, mitä vaikutuksia esimerkiksi uudella käyttöön otettavalla toimintatavalla on toiminnan kohteille, eli asiakkaille, potilaille sekä heidän omaisilleen. Voidaan esimerkiksi yhdessä miettiä, miten esimerkiksi tehokkaat toimet kaatumisten ehkäisemiseksi parantavat henkilöstön työn sujuvuutta, tehokkuutta tai yhteistyötä ammattiryhmien kesken ja mitä hyötyjä potilaalle on siitä, että tehokkaan ehkäisyn seurauksena hän ei kaadu ja loukkaa itseään. (Pajala 2015.)

Näyttöön perustuva tieto tehokkaista toimista ja keinoista ehkäistä kaatumisia antaa lähtökohdan esimerkiksi toiminnan priorisoinnille mutta käytännön toteutus on implementoitava kussakin toimintaympäristössä erikseen. Ei myöskään ole yhtä ainoa ja oikeaa tapaa toteuttaa implementointia. Prosessi, jolla kaatumisten ehkäisy implementoidaan, muotoutuu jokaisessa toimintaympäristössä omanlaiseksi. Siihen vaikuttavat monet asiat, kuten asiakasrakenne, toimipaikan koko, henkilöstöresurssit, henkilöstön osaaminen, omaisten osallistuminen, tilat ja välineet. (Mt.)

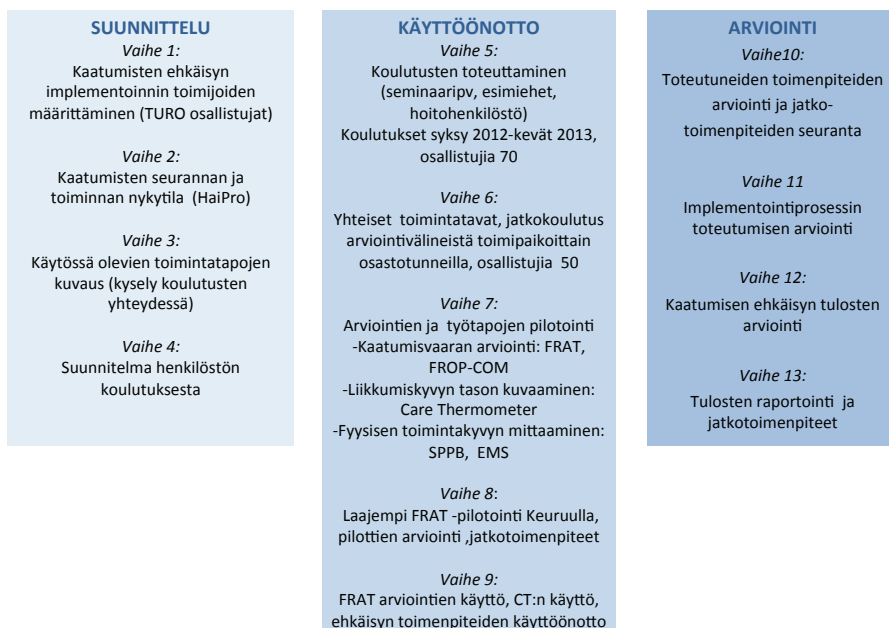
Implementoinnissa henkilöstön on oltava mukana jo prosessin suunnitteluvaiheessa. Työntekijät ovat itse parhaita oman työnsä asiantuntijoita ja siksi heidän panoksensa kehittämistyössä on olennainen. Yhdessä henkilöstön kanssa tehtävä suunnittelu ja aikataulutus antaa työntekijöille mahdollisuuden valmistautua siihen, mitä on odotettavissa ja mitä heiltä odotetaan. Muutosvastarintaa esiintyy lähes aina, mutta kuulemalla työntekijöitä ja huomioimalla heidän mielipiteitään ja ehdotuksiaan sitä voidaan vähentää. Henkilöstölle on kerrottava, miksi muutoksia tehdään. Heille on annettava riittävästi tukea ja aikaa opetella, sisäistää ja hyväksyä uudet asiat ja muutokset. Hyvä esimiestyö ja johtaminen ovat keskeinen osa onnistunutta implementointia. (Mt.)

## KAATUMISEN EHKÄISYN TOTEUTTAMINEN SEUTUTERVEYSKESKUKSEN YKSIKÖISSÄ

### ALKUTILANNE JA TOIMENPITEIDEN SUUNNITTELU

Kaatumisen ehkäisy nostettiin yhdeksi projektin sisältöalueeksi, koska aikaisempien työyksikköjä koskevien kartoitusten yhteydessä oli noussut esiin, että lääkkeisiin liittyvien vaaratilanteiden ohella kaatumiset olivat yleisimpiä osastoilla tapahtuvia vaaraa aiheuttavia tapahtumia. Alkutilanteessa sovittiin, että kaikki yksiköt ovat mukana kaatumisen ehkäisyn kehittämisessä ja pyrkimyksenä oli osallistaa koko henkilökunta siten, että varmistetaan tietämys ja osaaminen koskien yhteisesti sovittavien kaatumisten ehkäisyä tukevien toimenpiteiden käyttöönottoa.

Projektin alkuvaiheessa tutustuttiin osastojen käytäntöihin ja verrattiin niitä nykytietämykseen ja ajantasaisiin suosituksiin, jonka perusteella tunnistettiin muutostarpeita ja keskusteltiin kokemuksista ja muutostarpeista yhdessä henkilökunnan kanssa. Yhdessä johdon ja lähiesimiesten kanssa sovittiin kaatumisen ehkäisyn toteuttamisesta yhtenä TURO-projektin osa-alueena. Kaatumisten ehkäisyn toimenpiteiden suunnittelussa hyödynnettiin IKINÄ-oppaan (Pajala 2012) mukaista implementointiprosessia, joka noudattaa jatkuvan kehittämisen mallia. Kehittämistyön etenemisen vaiheistus on esitetty kuviossa 23. Kehittämistyön tavoitteena oli luoda yhtenäisiä toimintatapoja kaatumisen ehkäisyn toteuttamiseen vahvistamalla korkeassa kaatumisriskissä olevien potilaiden tunnistamista, lisäämällä tietoisuutta potilaan kaatumisvaaraan vaikuttavista tekijöistä, ja niiden vähentämisestä sekä ottamalla käyttöön turvallisuutta parantavia toimintatapoja. Suunnitteluvaiheessa tehtiin myös alustava henkilöstön koulutusta ja kaatumisen ehkäisyn työvälineiden käyttöönottoa sekä arviointia koskeva suunnitelma.



Kuvio 23. Kaatumisten ehkäisyn implementointiprosessin vaiheistus TURO-projektissa

## KÄYTTÖÖNOTTOVAIHE

Kaatumisen ehkäisyn koulutusta järjestettiin sekä esimiehille että hoitohenkilöstölle. Koulutukset liitettiin osaksi henkilöstölle suunnattuja ergonomian koulutuspäiviä, jotka toteutuivat syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana. Lisäksi järjestettiin esimiehille suunnattu työpajapäivä, jossa sovittiin kaatumisen ehkäisyä koskevien arviointi- ja työvälineiden käyttökokeiluista yksiköissä. Käyttökokeiluihin liittyen työyksiköissä järjestettiin osastotunnit, joissa esiteltiin kokeiltavat arviointivälineet ja sovittiin kokeilujen käytännön toteutuksesta. Käyttökokeilu suoritettiin viidellä STK:n osastolla toukokuussa 2013 (6.–17.5.2013).

Käyttökokeilujen tavoitteena oli tutustua mittareihin käytännössä ja saada kokemusta niiden soveltuvuudesta eri toimintayksiköihin. Käyttöä harjoiteltiin ensin työntekijöiden kesken, jonka jälkeen osastoilla tehtiin 5–10 mittaus/ mittari sekä ergonomiavastaavat opastivat Care Thermometer, fyysisen kuormituksen arviointimenetelmään kuuluvaa luokittelumallin käytön kahdelle kollegalleen omassa yksikössään. Arviointivälineiksi valittiin yhteisten pohdintojen pohjalta kaksi lyhyttä kaatumisriskin arviointiin liittyvää mittaria; Fall Risk Assessment Tool (FRAT) ja Fall Risk for Older People (FROP) Com Screen



(Pajala 2012), yksi liikkumiskyvyn tasoa kuvaava luokitus (Care Thermometer) ja kaksi fyysisen suorituskvyn arviointiin tarkoitettua mittaria; Lyhyt fyysisen suorituskvyn mittari (Short Physical Performance Battery, SPPB) (Pajala 2012) ja läkkäiden liikkumisen arviointi (Elderly Mobility Scale, EMS)(TOIMIA tietokanta 2014).

Pilotoinnin kohteina oli 39 sattumanvaraisesti valittua osastoilla olevaa potilasta, joiden toimintakyky ja tausta vaihtelivat runsaasti ja he edustivat sekä pitkäaikais- että lyhytaikaishoidossa olevia potilaita. Pilotoinnin toteuttivat osastoilla työskentelevä henkilökunta, jossa oli edustettuina seuraavia ammattiryhmiä; lähihoitaja, perushoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja fysioterapeuttiopiskelija.

Pilotoinnin jälkeen arvioitiin mittareiden käyttökelpoisuutta ja niiden käytön onnistumista sekä käyttöön liittyviä hyötyjä ja haasteita. Osastonhoitajat kokosivat arviointien palautteesta yhteenvetoa, jonka perusteella päätettiin jatkotoimenpiteistä. Henkilöstön palautteesta nousi esiin mittareihin liittyviä käytännön kokemuksia. Palautteissa viestittiin, että monet mittareiden sisältämät asiat olivat ennestään tuttuja, mutta ne tuottivat yhtenäistä toimintakykyä kuvaavaa tietoa, joka palveli hoitotyön toteuttamista ja voisi toimia seurannan välineenä. Todettiin myös, että arvioiden suorittaminen ei vienyt runsaasti aikaa ja testien tekeminen toimi sysäyksenä voimavarojen työtavan käyttämiseen sekä muistutti mieleen, että toimintakykyä on jatkuvasti tarkkailtava. Toisaalta todettiin, että testien kokeilun aikataulu oli kireä, kaikille potilaille ei testejä voitu suorittaa, joidenkin testiosioiden turvallisuus mietitytti, toimintakykyluokitus koettiin kalseaksi tavaksi arvioida potilasta, mittareiden muistaminen vaati opettelua ja potilaan nopea tilan vaihtelu häytti arvioinnin tekemistä. Käyttökokeilun tulosten hyödyntämisestä raportoitin, että osa arvioinneista, kuten toimintakykyluokitus otettiin heti käyttöön ja sovittiin sen myötä yhteisistä kirjaamiskäytännöistä. Todettiin, että karkea arvio toimintakyvystä oli nopea tehdä ja se helpotti potilaan liikkumiskyvyn tason tunnistamista ja yhtenäistä avustustapaa. Koettiin myös, että mittareiden ottaminen laajemmin käyttöön vaatisi vielä jatkokeskusteluja ja yhteisiä sopimuksia niiden käyttöönotosta.

Ensimmäisen käyttökokeilun jälkeen todettiin, että laajempi aineisto lyhyestä kaatumisriskin arvioinnista (FRAT) antaisi tarvittavaa lisätietoa arvioinnin soveltuvuudesta systemaattiseen ja laajempaan käyttöön. Tällä perusteella toteutettiin toinen käyttökokeilu Keuruun terveystieteiden sairaalassa. Käyttökokeilun tavoitteena oli koota 100 henkilön aineisto, joka käsittäisi mahdollisimman systemaattisesti kaikki hoitoon tulevat potilaat, joille arvioinnin tekeminen oli mahdollista. Käyttökokeilu toteutui 16.9.–11.10. 2013 ja se sisälsi 98 potilaan arviot.

FRAT-arvioiden tulokset osoittivat, että luokiteltuina kolmeen kaatumisvaarakategoriaan 66 % (n=65) sijoittui lievästi kohonneen kaatumisvaaran luokkaan, jolloin kohonneen ja erittäin korkean kaatumisvaaran luokkiin sijoittui 34 % (n=33) potilaista. Erittäin korkea kaatumisvaara todettiin 14 % (n=14) potilaalla, joille välittömien kaatumisten ehkäisyyn tähtäävien toimenpiteiden suuntaaminen olisi perusteltua. Tarkasteltaessa potilaiden saamia arvioita ikäryhmittäin havaittiin, että hyvin iäkkäistä potilaista (85 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat, n=36) hyvin suuri osuus eli 50 % (n=18) sijoittui kohonneeseen tai erittäin korkeaan kaatumisvaaraluokkaan, joista 19 % (n=7) oli erityisen suuressa kaatumisvaarassa. Tulosten perusteella todettiin mittarin toimivan odotusten mukaisesti siten, että se erottelee potilaat suhteessa kaatumisvaaraan ja arvion perusteella on mahdollista tunnistaa ne potilaat, joiden kohdalla tarvitaan välittömiä kaatumisvaaraa vähentäviä toimenpiteitä.

Käyttökokeilujen jälkeen niiden tuloksista keskusteltiin yhteisesti ja toimintayksiköt sopivat niistä toimintakäytännöistä, jotka he päättivät ottaa osaksi osaston normaaleja käytäntöjä. Keuruulla kehittämistyötä jatkettiin siten, että tarkasteltiin esimiesten ja henkilöstön kanssa yhteisesti koko hoitoprosessin aikana toteutettavia kaatumisen ehkäisyn toimenpiteitä. Näiden keskustelujen ja yhteisen kehittämistyön tuloksena tuotettiin kaatumisen ehkäisyn toteutusta kuvaava nk. uimaratamalli, jossa kaatumisen ehkäisyn toteutus potilaan hoitoprosessin eri vaiheissa ja eri tahojen toimesta on kuvattu yksityiskohtaisesti (Kuvio 24.)

UIMARATAMALLI - KUVIO

SAIRAALAJAKSON 1.-2. vrk

3.-5. vrk

SAIRAALAJAKSON AIKANA

KOTIUTUSVAIHEESSA

Omainen /lähinen	Jos Ei: samat kysymykset myöhemmin		Tapaaminen:	Tapaaminen jaksos lopussa
	Jos mukana: tulohaastattelun kysymykset		kaatumisriskien minimoinnin toimenpiteet:koti tai muu jatkohoito	- Toteutuneet kodin muutostyöt yms. - Mahd. muutto, avun tarve ja sen järjestäminen - Läheisverkoston rooli
Potilas	Potilas tulee -ESH -lääkärin vastaanotto	Kaatumisvaara kohonnut K/E / ehkä		
Hoitaja		-Tulohaastattelu -Kaatumisen tulosyy? -kaatunut viim. 3 kk aikana? -kaatunut usein viime aikoina?	-Havainnot ja toimet sairaalajakson lopussa - Yhteenveto - Tilannearvio	Motivointi aktiiviseen elämään, esim. ryhmät,omaehtoinen kuntoutus
	Rutinitoimenpiteet	-Ortostaattinen koe		- Kotiutuspalaveri: sh, KOHO:n kotiutushoitaja, omainen, muita - Yhteenveto - Tilannearvio
Lääkäri	I tapaaminen: - Lääkiys - Muutuneet arvot? - Hoitajan kirjaamat	Tapaamisia -yleistilan seuranta -lääkityksen seuranta Johtopäätökset, jatkotoimet	Viimeinen tapaaminen: - Lääkityksestä päättäminen - Yhteenveto, tilannearvio - Seuramasta päättäminen - Kotihoidon ohjeet	
Fysioterapeutti		Arviointi: - Liikkumiskyky - Apuvälineet - Aktiivointi	Kuntoutus -toimenpiteet -henkilöstön ohjeistus	Loppuarvio ja jatkotoimet: - Apuvälineiden käytön ohjeistus - Aktiivointi liikkumiseen sairaalajakson jälkeen - Harjoitusohjeita yms., mahd. kotikäynti - Tietojen siirto KOHO:n tai omaisille
Laitoshuoltaja	Jatkuva sairaalaympäristön havainnointi ja ylläpito			
Effica-kirjaam. koko jakson ajan	HOI: tulotilanne, kaatumisriski, muutokset, toimintakyky, tilanne -arvio , yhteenveto	FYS: liikkumiskyky, kaatumishistoria, potilaan kaatumisen pelko • Alkutilanne, toimenpiteet, lopputilanne, jatkohoito-ohjeet, tapaamiset		
	TIIV: mahd. aistiongelmät	YLE: yleisvointi, lääkitykset, toimenpiteet, yhteenveto, seuranta		
Kotihoito (KOHO)/ palveluasum.	KOHO:n FT: toteuttaa sairaalan FT:n antamaa hoito-ohjelmaa - Varmistaa kuntoutuksen jatkuvuuden - Ohjaa mukaan ryhmätoimintoihin, jne.			

Kuvio 24. Keuruun terveyskeskussairaalahoitoprosessin kuvauksen tiivistelmä: Kohonneen kaatumisriskin potilaiden tunnistaminen sairaalahoidon aikana ja heidän kaatumisriskinsä pienentäminen sekä sairaalajakson aikana että kotiutussa.

## ARVIOINTIVAIHE

Arviointi on tärkeä osa kaatumisten ehkäisyn implementointia ja sitä on syytä tehdä sekä varsinaisen implementointiprosessin aikana että projektin päättyessä. Arvioimalla käyttökokeilujen tuloksia saadaan koottua kokemuksia ja tietoa, jotka ohjaavat jatkotoimia. Samalla myös selvitetään mahdollisten uusien käyttökokeilujen tarvetta ja onkin tavallista, että voidaan joutua käymään läpi useita jatkuvan kehittämisen malliin perustuvia pilotointikierroksia ennen kuin työmenetelmät ja toimintatavat muotoutuvat kuhunkin toimintaympäristöön sopiviksi. Käyttökokeilujen arvioinnissa on ensisijaista osallistaa henkilöstö mukaan arviointiin, jotta henkilöstö hyväksyy toiminnan muutokset ja omaksuu jatkuvan kehittämisen osaksi omaa työtänsä ja ammatillista kehittymistään. Toiminnan ylläpitämiseksi tarvitaan myös seurantaa, joka voi olla esimerkiksi sovituin välein tehtävää toiminnan tarkastamista. Huolellisesti suunnitellun arvioinnin tarkoituksena on pystyä kertomaan mitä muutoksia työskentelyssä on tapahtunut ja ovatko muutokset olleet halutun suuntaisia. (Pajala 2015.)

Prosessiarvioinnissa voidaan esimerkiksi arvioida sitä, kuinka suuri osa henkilöstöstä on osallistunut koulutuksiin ja kuinka monelle potilaalle on tehty kaatumisvaaran arviointi. Lisäksi voidaan selvittää henkilökunnan kokemuksia osallistumisesta käyttökokeiluihin ja tarkastella erilaisten toimenpiteiden toteutumista osana yksiköiden arkitoimintaa. Erityisen arvokasta on saada toimijoiden palautetta implementoinnin onnistumisesta, sillä heillä on paras asiantuntemus omasta työstään ja usein myös hyviä kehitysehdotuksia kun varmistetaan, että toimijoiden ääni saadaan kuuluviin ja heitä kuunnellaan. (Mt.)

Myös toiminnan vaikutusten arviointi on oleellinen osa kaatumisen ehkäisyn implementointia. Varsinaisissa tulosindikaattoreissa, kuten kaatumisten määrässä tai kaatumisvammojen vakavuudessa, tulokset näkyvät kuitenkin vasta pidemmällä aikavälillä. Joskus havaitaan, että kaatumisten määrä lisääntyy implementoinnin alkuvaiheessa. Usein tämä johtuu siitä, että kun aiheeseen kiinnitetään enemmän huomiota myös kirjaamiskäytännöt tarkentuvat. (Mt.)

Kaiken kaikkiaan kaatumisen ehkäisyn koulutuksiin osallistui noin 120 henkilöä, joista osa osallistui useampaan koulutustilaisuuteen, osa vain yhteen. Kaatumisvaaran arviointeja suoritti noin 20 hoitohenkilöstöön kuuluvaa ja yhteensä projektissa tehtiin kaatumisvaaran arviointi 137 potilaalle. Kaikille henkilöstöön kuuluville lähetettiin kysely, jossa selvitettiin sekä heidän tunteitaan kaatumisen ehkäisyn toimia että sellaisia toimia, jotka heillä omassa

työyhteisössä on yhteisesti sovitusti käytössä. Kyselyyn vastasi 85 henkilöstön edustajaa. Taulukossa 9. on esitetty kyselyn tulokset. Työntekijöiden tuntemien ja yhteisesti sovitusti käyttämien toimenpiteiden kolmen kärjen muodostivat liikkumisen apuvälineiden käyttö, ympäristön turvallisuudesta huolehtiminen ja liikuntaharjoittelu. Vähiten käytössä oleviksi toimenpiteiksi raportoitiin liikkumisen rajoittamisen minimointi, korkeasta kaatumisriskistä tiedottaminen muille hoitaville tahoille ja korkean kaatumisriskin tunnistaminen. Kyselyn tulosten perusteella näyttääkin siltä, että kaatumisen ehkäisyn jalkauttamisen jatkotoimenpiteitä edelleen tarvitaan ja olisi varmistettava, että tiedon kulku ja kaikkien toimijoiden perehdyttäminen käyttöön otettaviin toimenpiteisiin tehdään riittävän laajasti. Jatkossa varsinaisia kaatumisten ehkäisyn vaikutuksia voidaan seurata HaiPro-järjestelmän avulla, jonka käyttöönotto on tapahtunut lähes rinnakkain tämän projektin kanssa. Alustavien seurantatietojen mukaan vuoden 2014 aikana näytti siltä, että kaatumistapaturmien määrä olisi laskusuuntainen, mutta vasta seurantatiedon karttuessa pidemmältä ajalta voidaan tilannetta tarkastella yksityiskohtaisemmin.

TAULUKKO 9. Henkilöstölle suunnatun kyselyn tulokset kaatumisen ehkäisytöimien tuntemisesta ja yhteisesti sovitusta käytöstä työpaikalla (n=85).		
Kaatumisen ehkäisytöimet	Mitä itse tuntee	Käytössä työpaikalla
Korkean kaatumisriskin henkilöiden tunnistaminen	64 (75,3%)	50 (58,8%)
Lääkkeiden tarpeen ja käytön tarkastukset	63 (74,1%)	63 (74,1%)
Turvallisten jalkineiden kartoittaminen	69 (81,2%)	59 (69,4%)
Inkontinenssin hyvä hoito	57 (67,1%)	62 (72,9%)
Hyvän ravitsemuksen ylläpito	68 (80%)	66 (77,6%)
Liikuntaharjoittelu	69 (81,2%)	70 (82,4%)
Ympäristön turvallisuudesta huolehtiminen	72 (84,7%)	73 (85,9%)
Liikkumisen apuvälineet	74 (87,1%)	80 (94,1%)
Liikkumisen rajoittamisen minimointi	49 (57,6%)	48 (56,5%)
Korkeasta kaatumisriskistä tiedottaminen muille hoitaville tahoille	54 (63,5%)	49 (57,6%)

Yhteenvedona kaatumisten ehkäisyyn toteuttamisesta voidaan todeta, että sekä organisaation johto että henkilökunta sitoutuivat kaatumisten ehkäisytoiminnan vahvistamiseen ja se nähtiin hyvänä mahdollisuutena parantaa omaa toimintaa ja tarjota entistä parempaa palvelua ja hoivaa. Henkilöstön osallistuminen oli aktiivista ja he antoivat prosessin eri vaiheissa arvokasta palautetta eri työmenetelmien ja toimintatapojen soveltuvuudesta ja käyttökelpoisuudesta. Näiden kokemusten ja keskustelujen kautta on sovittu jatkotoimenpiteistä, jotka sisältävät kaatumisen ehkäisytöön kannalta keskeisiä toimia. Pyrkimyksenä on jatkossa systemaattisesti selvittää potilaiden tulohaastattelun yhteydessä heidän kaatumisriskiään ja kirjata entistä kattavammin potilaan toimintakyvyn ja liikkumisen tasoa. Keuruun yksikössä tehtyä uimaratamalla toimenpiteiden vaiheistuksesta ja tarvittavista toimista aiotaan hioa eteenpäin ja se toimii yhtenä esimerkkinä toimenpiteiden konkreettisesta jalkautuksesta myös muille toimijoille. Toivottavaa on, että hyvin alkanut kehittämistyö tulee saamaan jatkoa.

## LÄHTEET

Pajala S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy-opas. Opas 16. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

Pajala S. 2015. Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä – Opas toimintakäytäntöjen implementointiin. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

TOIMIA tietokanta. Viitattu 17.12.2014. [Http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/66/](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/66/).

### 3 TURVALLISUUSJOHTAMINEN JA TURVALLISUUSTYÖRYHMÄT TERVEYSASEMILLA

Kari Jaatinen

#### TURVALLISUUSTYÖRYHMIEN TOIMINNAN KÄYNNISTÄMISEN VALMISTELUN MONET VAIHEET

Yksi TURO:n tavoitteista oli vahvistaa esimiesten sitoutumista turvallisuuden edistämiseen ja turvallisuusosaamisen johtamisen kehittämiseen. Keinoiksi suunniteltiin mm. esimiesvalmennuksia turvallisuusosaamisen, turvallisuusjohtamisen ja osallistavan johtamisen teemoista, riskit ja vaarat -toimintamallin kehittämistä ja turvallisuustyöryhmien käynnistämistä. Turvallisuustyöryhmätyö nähtiin tärkeäksi sekä esimiesten että koko henkilöstön turvallisuusosaamisen lisäämisen ja turvallisuustyöhön sitoutumisen kannalta.

Työterveyslaitos on tutkinut korkean riskin työpaikkojen tunnuspiirteitä ja mahdollisia toimenpiteitä tapaturmatorjunnan tehostamiseksi. Julkisen sektorin tehtävistä tapaturmariskien kasvun todettiin olevan todennäköisintä sosiaali- ja terveysalan eri työtehtävissä. Tärkeimmiksi julkisen sektorin tapaturmariskejä lisääviksi tekijöiksi tunnistettiin resurssipula ja niukkuus, hoitoalan fyysinen kuormitus, muutosjohtamisen puute, päihteiden ja lääkeaineiden väärinkäytöstä johtuva väkivallan lisääntyminen sekä henkilöstön väheneminen. (Mattila ym. 2012.)

Yleisesti Suomen työelämään liittyviä riskitekijöitä olivat lisäksi mm. alihankintaketjujen hallintaan liittyvät tekijät. Alihankintaan liittyen sopimuksia, suunnittelua, viestintää, johtamista ja ylipäättään osapuolten välistä yhteistyötä tulisi tehostaa. (Mt.)

Tapaturmariskien hallitsemisen nähtiin kuitenkin olevan mahdollista. Resurssien vähenemisen myötä on syytä arvioida työtehtävät uudelleen. On esimerkiksi määritettävä minimimiehitys ja tilanteet, joissa esim. yksintyöskentelyä ei sallita. Töiden parempi organisointi ja priorisointi ovat välttämätöntä. Sekä johtoa että henkilöstöä tulee kouluttaa. Vertailemalla oppimista tulee lisätä. Henkilöstön koulutuksissa tulee käsitellä kuormitustekijöiden, myös henkisen kuormituksen, hallitsemiskeinoja. Johtamisen näkökulmasta on kysymys siitä, että miten tehdään entistä paremmin vähemmillä resursseilla. (Mt.)

Fyysisen kuormituksen vähentämiseksi toimintatavat ja riskit tulee arvioida ja ottaa tarvittavia apuvälineitä käyttöön. Työntekijät tulee ottaa mukaan

työnsuunnitteluun ja heille on annettava koulutusta. Työkiertoa kannattaa kehittää ja perehdyttämistä tehostaa. Myös potilaiden omatoimisuutta tulee tukea. Päähteiden ja lääkeaineiden väärinkäytöstä johtuvan väkivallan ennaltaehkäisemiseksi tulee luoda pelisääntöjä ja ohjeita väkivallan kohtaamiseen sekä kouluttaa henkilöstöä. Työt on suunniteltava siten, että uhkatilanteita ei synny. Varhaisen puuttumisen/välittämisen käytäntöjä tulee kehittää ja ottaa laajemmin käyttöön. (Mt.)

TURO-hankkeen kokonaistavoitteita tukevat esimiesvalmennukset pidettiin marraskuussa 2012, syyskuussa 2013, tammikuussa 2014 ja toukokuussa 2014. Riskit ja vaarat -arviointiprosessiin liittyvä työskentely tapahtui hankkeen ensimmäisen vuoden aikana. Turvallisuustyöryhmään ja turvallisuusvastaavatyöskentelyyn liittyvä keskustelu käynnistyi myöskin heti hankkeen alkuvaiheessa. Keskustelu sai pontta ergonomiavastaavien koulutuksista ja ergonomiavastaavan tehtäväkuvaan liittyvästä monipolvisesta keskustelusta, mikä käynnistyi projektiryhmässä voimallisemmin joulukuussa 2012. Yksittäiset toimenpiteet ja valmennukset olivatkin tärkeitä turvallisuusajattelua eteenpäin vieviä tekijöitä. Keskeisimmäksi turvallisuusosaamista vahvistavaksi prosessiksi nousi epäilemättä kuitenkin projektiryhmässä koko hankkeen ajan käyty, teemaan liittyvä vuoropuhelu ja ajatusten vaihto.

Turvallisuustyöryhmään liittyvä keskustelu käynnistyi projektiryhmässä joulukuussa 2012. Projektiryhmä kävi dialogia turvallisuustyöryhmän perustehtävästä, kokoonpanosta ja ergonomiavastaavan roolista ryhmässä. Yksi peruskysymyksistä oli se, että minkä ”tasoisesta” ja tyypisestä ryhmästä puhutaan. Olisiko kysymyksessä Seututerveyskeskuksen laitoshoidon tulosalueen tasoinen ryhmä, terveysasema-tasoinen ryhmä vai kukaties yhden terveysaseman sairaalan tasoinen ryhmä. Seututerveyskeskus-tasoinen ryhmä koordinoisi turvallisuustyötä ja työn kehittämistä koko Seututerveyskeskuksen sisällä ja tasolla, terveysasemakohtainen ryhmä koordinoisi samassa tai samoissa kiinteistöissä työskentelevien turvallisuuskysymyksiä ja sairaalatasoinen ryhmä vain yhden sairaalan asioita, osastonhoitajan työparina jaetun johtajuuden mallin mukaisesti (Juuti 2013). Pohdittiin myös sitä, että voisiko jokin terveysasema pilotoida turvallisuustyöryhmätoimintaa TURO-hankkeen aikana. Monipolvisen keskustelun jäsentämiseksi projektiryhmä totesikin joulukuussa 2013, että asian eteenpäin saamiseksi on oleellista määritellä turvallisuustyöryhmän perustehtävä.



## TURVALLISUUSTYÖRYHMÄN PERUSTEHTÄVÄ

Turvallisuustyöryhmän perustehtävän määrittely tehtiin kaikkien Seututerveyskeskuksen hoitotyön esimiesten työkokouksessa 30.1.2014 Learning cafe -työskentelyn kautta. Työskentelyssä pohdittiin perustettavien turvallisuustyöryhmien perustehtävän lisäksi ryhmien kokoonpanoa, työn resursointia, osaamistasoa ja -vaatimuksia, työskentelytapoja sekä työskentelyn tavoitteita vuosille 2014–2015.

Perustehtävän määrittelyssä keskeiseksi tavoitteeksi nostettiin pysyvän muutoksen aikaansaaminen turvallisuuskulttuurissa. Kaikki työntekijät on saatava sitoutumaan ja motivoitumaan yhteisten turvallisuustavoitteiden toteuttamiseen. Eri työntekijöiden ja vastuuhenkilöiden osaaminen on saatava yhteiseen käyttöön. Uhka- ja vaaratilanteiden varalle on luotava yhteiset pelisäännöt ja toimintamallit. Tiedon kulun kapeikot on paikannettava ja turvallisuustyön jatkuvan parantamisen malli on saatava toimimaan. Eri yksiköiden erilaiset lähtökohtatilanteet ja kehittämistarpeet on huomioitava. Työryhmät päätettiin perustaa terveysasematasoisina, moniammatillisina yhteistyöryhminä.

Tärkeänä pidettiin suunnitelmallisuutta, pitkäjänteisyyttä ja tekemisen priorisointia paikalliset tarpeet huomioiden. Perustettavia työryhmiä ohjeistettiin ajatuksilla, että ryhmän on syytä asettaa tavoitteet ja työskentelysuunnitelma parille ensimmäiselle vuodelle, toiminnasta tiedottamiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota ja toiminnassa on painotettava konkreettista, turvallisuutta edistävää tekemistä. Myös toiminnan ”vuosikellon” tekemisestä keskusteltiin samoin kun työskentelyn kytkemisestä Seututerveyskeskuksen muuhun turvallisuustyöhön, suunnitteluun ja johtamiseen.

Kullekin terveysasemalle annettiin valtuudet koota omanlaisensa turvallisuustyöryhmä, mikä täsmentäisi itsenäisesti omaa perustehtäväänsä, kokoonpanoansa ja työskentelykäytäntöjensä. Todettiin myös, että terveysasemakohtaiset tarpeet ja mahdollisuudet on syytä huomioida ja tehdä paikallisesti perusteltavissa olevia ratkaisuja. Oleelliseksi asiaksi nostettiin se, että ryhmään saadaan mukaan edustajat kaikista niistä eri organisaatioista, mitä terveysaseman kiinteistöissä toimii. Samalla todettiin, että turvallisuustyön kokonaisuus vaatii myös koko Seututerveyskeskuksen tasoista työskentelyä ja kehittämisfoorumia samoin kun sairaalatasoista yhteistyön, osaamisen ja kokemusten jakamisen muotoa.

Kehittämisvastuuta turvallisuustyöryhmätyöskentelyn käynnistämisestä oli jo aiemmin ottanut Joutsa, missä oli pilotoitu sairaalatasoista turvallisuus-

työryhmää ja mietitty samalla ryhmän kokoonpanoa ja sekä jäsenten että koko ryhmän perustehtävää. Joutsan kehittämistyötä oli seurattu ja seurattiin edelleen TURO-hankeen projektiryhmän kokouksissa.

## TURVALLISUUSTYÖRYHMÄTYÖ TERVEYSASEMALLA ALKAA

Turvallisuustyöryhmien työskentely kaikilla viidellä terveysasemilla käynnistyi maaliskuussa 2014. JAMKin asiantuntijat osallistuivat kaikkien työryhmien aloituskokouksiin. Valmistelevat keskustelut ja tapaamiset pohjustivat työryhmien kokoonpanoja ja asialistoja niin, että keskustelut käynnistyivät vauhdikkaasti ja sisällöllisesti rikkaina. Ryhmissä oli keskimäärin n. 10 jäsentä. Kaikki Seututerveyskeskuksen tulosalueet ja ammattiryhmät olivat edustettuina moniammatillisissa ryhmissä. Puheenjohtaja- ja sihteeriratkaisut tehtiin eri tavalla eri terveysasemilla. Ensimmäiset kokoukset nostivat hyvin esille asioita ja keskustelun tarvetta ja kevään allakoihin soviteltiin runsaasti kokouksia. Ydinryhmän lisäksi havaittiin tarpeita saada mukaan ulkopuolisia asiantuntijoita. Kaikkialla ryhmälle koettiin olevan tarve ja tilaus.

Useimpien turvallisuustyöryhmien ensimmäisissä kokouksissa keskusteltiin kiinteistön hoitoon, hallintaan, varustukseen tai laitteisiin liittyvistä asioista. Kaikki terveysasemakiinteistöt ovat kuntien omistamia. Seututerveyskeskus toimii tiloissa vuokralaisena. Kaikilla terveysasemilla on myös muuta toimintaa ja muita vuokralaisia tai peruskunnan omaa toimintaa, kuten esimerkiksi kotihoito ja ravitsemuspalvelut. Vuokralaisen asemaan ja vuokranantajan vastuuseen ja tehtäväkenttään tuntui liittyvän useita epäselviä tai sopimattomia, turvallisuuteen vahvasti liittyviä asioita. Esimerkiksi kiinteisiin hälytysjärjestelmiin ja niiden toimivuuteen koettiin liittyvän ongelmia, puutteita ja epäselvyyttä. Myös sivutoimipisteiden tai muiden erillisten kiinteistöjen osalla oli paljon epäselvyyksiä. ”Kunnan miesten” mukaan saaminen keskusteluun ja kehittämistyöhön koettiin kaikkialla välttämättömäksi. Monet keskustelut ja kysymykset palasivat eri yksiköiden tai hallintojen rajapintoihin liittyvään problematiikkaan.

Väkivallan uhkaan ja muihin vaaratilanteisiin liittyviin asioihin kaivattiin myös ohjeistuksia, sovittuja käytäntöjä ja selkeyttä. Erilaisten suunnitelmien ja ohjeiden osalta oli tarpeita tehdä, päivittää, tiedottaa, kouluttaa tai viedä informaatiota mukaan perehdytysprosesseihin. Turvallisuusvastaavien roolia ja tehtäväkuvasta keskusteltiin myös useimmissa aloituskokouksissa. Kaikkialla tuntui olevan kokemuksia väkivallan uhkan lisääntymisestä. (vrt. Vasara ym. 2012)

## TURVALLISUUSTYÖRYHMIEN TYÖSKENTELYSTÄ VUODEN 2014 AIKANA

Kaikki turvallisuustyöryhmät työskentelivät ahkerasti keväästä syksyyn valitsemiensa teemojen parissa. Marraskuussa JAMKin asiantuntijat vierailivat kolmen terveysaseman turvallisuustyöryhmien kokouksissa kuulemassa työskentelyn aikaansaannoksia ja vaiheita. Seuraaviin kappaleisiin on koottu ajatuksia, palautetta ja tunnelmia marraskuun kokouksista.

Kaikilla terveysasemilla turvallisuustyöryhmään kokonaisuutena oltiin tyytyväisiä. Ryhmä oli osoittautunut tarpeellisuutensa. Tärkeitä asioita oli saatu nostettua esille, keskustelu ja myös konkreettinen tekeminen oli edennyt. *”... helpottaa, että tällainen ryhmä on olemassa ... ihan oikeasti mietitään mitä ollaan tekemässä.”* Osastonhoitajat kokivat, että monia ja vaativia asioita tekemässä oli nyt leveämmät hartiat, *”... nyt kaikki ei ole yksin minun vastuulla.”* Työryhmästä oli saatu ennakkotoiveiden mukainen *”...matalan profiilin työrukkanen...”*, mikä *”... saisi aikaan arjessa tärkeitä asioita.”*

Yksi tärkeimmistä asioista, ja samalla suurimmista asioista sekä työllistävyytensä että merkittävyytensä puolesta, oli kiinteistöön, hälytyslaitteisiin ja kokonaisuutena talon toimivuuteen ja turvallisuuteen liittyvä suunnittelu, sopiminen ja kehittäminen. Jos alussa saattoikin olla tunne, *”... että tämä on pikkujuttu ...”*, niin viimeistään nyt oli havahduttu siihen, että *”... tämähän onkin aika iso juttu.”* ”Kunnan miesten” mukaan saaminen oli oleellinen, joskin vielä osittain vaiheessa oleva, asia.

Toinen iso ja laaja kokonaisuus olivat erilaiset työyhteisön ja potilaiden turvallisuuteen liittyvät suunnitelmat. Esimerkiksi palo- ja pelastussuunnitelmien tekemiseen, päivittämiseen ja ohjeiden soveltamiseen liittyvät vastuut koettiin raskaiksi ja vaativaksi. Mukaan haluttiin muiden tahojen ja ammattilaisten osaamista, esimerkiksi koska *”... niissä on niin paljon sitä teknistä asiaa mukana.”* Viimeistään TURO-hankkeen aikana osastonhoitajille oli kirkastunut esimiesten laaja vastuu työ- ja potilasturvallisuuden ylläpitämisessä ja kehittämisestä ja yhteistyö koettiin nyt tervetulleeksi, koska *”... tiettyä taakkaa se poistaa ...”*.

Turvallisuustyöryhmät olivat löytäneet paikkansa, kehittämisen aiheensa ja aktiiviset toimijansa. Yhteistyömuodosta näyttäisi muodostuvan pysyvä käytäntö.

## LÄHTEET

Juuti, P. 2013. Jaetun johtajuuden taito. Juva: PS-kustannus.

Mattila, S., Lappalainen, J. & Aaltonen, M. 2012. Korkean riskin työpaikkojen tunnuspiirteiden määrittäminen. Delfoi-tutkimus. Helsinki: Työterveyslaitos.

Vasara, J., Pulkkinen, J. & Anttila, S. 2012. Työväkivallan hallinta turvallisuusjohtamisen osana terveydenhuollossa. Loppuraportti. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto.

## 4 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kari Jaatinen, Päivi Jokiranta, Anja Tantt, Sanna Sihvonen & Pirjo Mäki-Natunen

### 4.1 ”TURO-HANKE TERVEYSKESKUSSAIRAALAN OSASTOILLA”

Kari Jaatinen

Tämä kappale perustuu osastonhoitajien haastatteluun toukokuussa 2014. Kursivoitu teksti sisältää suoria lainauksia haastattelusta.

TURO-hankkeen käynnistymiseen liittyi monenlaisia vaiheita ja projektikehittämislle tyypillisiä piirteitä (Virtanen 2009). Kukin sairaala toi hankkeeseen oman historiansa ja kehittämisen tilanteensa. Sairaaloitten johtamisessa oli menossa erilaisia vaiheita: oli virkavapaita ja sijaisuuksia, työpaikan vaihdoksia ja uusia esimiehiä. Onnistuakseen TURO tulisi siis istuttaa eri todellisuuksiin eri tavalla.

#### 1 ”... KYLLÄ SE OLI KAMALA SANA SE TURO ...”

Osastonhoitajien kokemus oli, että TUROsta tiedottaminen ei käynnistysvaiheessa onnistunut parhaalla mahdollisella tavalla. Sekä esimiehillä että työntekijöillä oli epätietoisuutta ja vääriä käsityksiä TUROn tavoitteista ja sisällöistä. Oli tilanteita, joissa TUROn koulutuksiin ei haluttu ilmoittautua, kun ei tiedetty hankkeesta riittävästi, tai koulutuksiin ilmoitettiin, mutta koulutussisällöt olivatkin erilaisia kuin oli odotettu. TURO ei siis vain ”solautunut sisään” Seututerveyskeskuksen sairaaloitten kehittämiskokonaisuuteen. Alkuun liittynyt jaettu kokemus oli, että ... *porukka ei tiennyt oikein mihinkään ne oli lähtemässä ...* Hankkeen onneksi, projektiryhmän tiiviin toiminnan ja osastonhoitajien vahvan panoksen ansiosta melko pian oltiin kuitenkin tilanteessa, missä negatiiviset mielikuvat ja asenteet ... *muuttu nopealla tahdilla positiiviseksi...*

Mitä monimuotoisempi organisaatio, sitä vaativampi tehtävä on kehittämishankkeen käynnistymiseen liittyvä tiedottaminen. Korjausliikkeet ja yhtenäistävän työn tekeminen on välttämätöntä ja myös mahdollista etenkin hankkeen alussa. (Stenvall & Virtanen 2012.)

## 2 ”... SIINÄ EI OLLUT SINÄNSÄ MITÄÄN IHAN UUTTA ...”

Osastohoitajien haastattelussa melko vahvana kokemuksena tuli esille, että ainakaan kokeneen osastonhoitajan näkökulmasta hankkeen kokonaisuudessa ei sisällöllisesti ollut kovin paljon uutta. Kaikki hyvät ajatukset tässä maailmassa on jo kertaalleen ajateltu, toteaa jo vanha sanonta. Toisaalta tätä peruslähtökohtaa ja kokemusta voidaan pitää myös TUROn vahvuutena. TUROn eri osa-alueet *”... vahvisti ja teki virallisemmaksi osastolla jo aiemmin aloitettua ...”* kehittämistä. Näin saatiin nopeastikin kokemus siitä, että TURO on *”... koko henkilökunnan juttu ...”*. Kehittämishankkeena TURO onnistuttiin siis fokusoimaan niihin aitoihin kehittämistarpeisiin, joita sairaaloissa oli. Osastonhoitajien kertoman mukaan mikään TUROn osa-alue ei ollut epäonnistunut tai merkityksetön.

TUROn osa-alueista osastonhoitajat nostivat ehkä keskeisimmäksi ergonomiakoulutukset, ergonomiosaamisen kehittämisen ja ergonomiavastaavatoiminnan kehittämisen. Koulutukset onnistuivat sisällöllisesti ja käytännön toteutuksen näkökulmasta hyvin, mukaan saatiin paljon työntekijöitä ja ergonomiavastaaviksi löydettiin *”oikeat henkilöt”*, kehittämisinto oli alusta alkaen kova. Ergonomiavastaavien osaaminen kasvoi samoin kuin rohkeus toimia konsultatiivisesti oman työyhteisön sisällä. *”... se lähtee niinku heistä itestään, kukaan ei oo pakottanut heitä siihen ..... ollaan annettu tavallaan heille se vapaus ohjata ja puuttua niinkö niihin potilassiirtotilanteisiin, et jos joku tekee jotain niinko väärin .... on semmosta ohjauksellisuutta koko ajan siellä työssä ... se on ollut se tosi iso hyvä juttu tässä koko TUROssa.”* Myös apuvälineiden käyttö potilassiirtotilanteissa on selkeästi lisääntynyt.

Riskien ja vaarojen arviointiprosessin kehittämisen ansiot liittyvät siihen, että prosessiin saatiin lisää jämäkkyyttä ja yhteneviä toimintakäytäntöjä. Osalle osastonhoitajista riskien ja vaarojen arviointi oli prosessina ennestään tuttu, osalle asia ei ollut kovinkaan tuttu. JAMKn hanketoimijoiden näkökulmasta riskien ja vaarojen paikantaminen ja tunnistaminen heti hankkeen alussa auttoi myös suuntaamaan hankkeen koulutuksellisia sisältöjä.

Esimiesvalmennukset koettiin myös paljon luvun otsikon mukaisesti - sisällöllisesti niissä ei ollut kovin paljon uutta. Merkitys hankkeelle tulikin ennen kaikkea siitä, että valmennukset antoivat ajan, paikan ja aihepiirin osastonhoitajien ja ylihoitajan yhteiselle keskustelulle ja pysähtymiselle tärkeäksi tiedetyn asian ääneen. *”... jotenkin se on ehkä antanut kaikista eniten ... se yhteinen keskustelu.”* Toisilta oppiminen ja omien kokemusten jakaminen ja äänen sa-

nominen ei useinkaan onnistu esimerkiksi osana normaaleja kokousrutiineja. Esimiesvalmennukset olivatkin ennen kaikkea askelia kohti osastonhoitajien yhteisen näkemyksen muodostumista ja yhtenäisemmän toimintakulttuurin kehittämistä. Samalla kasvoi myös rohkeus dialogiin ja oman kannan ottamiseen, kun ”... *uskaltaa jo olla eri mieltä asioista*”.

Esimiesvalmennuksiin liittyen laitoshoidon tulosalueella työstiin samaan aikaan tasapainotettua tulokorttia (BSC). Tulokortin käyttöönotto koettiin ajoittain raskaaksi ja työllistäväksi prosessiksi, ”... *se on ku kivi-rekeä ...*”. Tulokortin merkitys ja tuleminen käytännön johtamistyökaluksi koettiin epävarmaksi asiaksi samalla kun ymmärrettiin, että BSC ei jää elämään, elleivät ”... *osastonhoitajat ryhdy sitä keskenään ...*” käyttämään ja kehittämään.

Turvallisuustyöryhmätyön käynnistyminen keväällä 2014 (kun TURO-hankkeeseen olivat liittyneet myös avohoito ja suun terveydenhuolto) muodostui esimiesten kokemana ehkä eniten ”uutta tuovaksi” asiaksi. Turvallisuustyöryhmiä sellaisenaan ei terveysasemilla olisi ilman TUROa. Ajatusta turvallisuustyöryhmistä ei löydy myöskään TUROn alkuperäisestä projektisuunnitelmasta. Hankkeen alkuvaiheessa oli tavoitteena saada sairaaloille turvallisuusvastaavat ja lisäksi muita ”vastaavia” huolehtimaan tärkeiksi koettujen osa-alueiden kehittämistyöstä. Tämä tavoite saavutettiin, sillä hankkeen aikana kirjoitettiin auki tehtäväkuvat mm. hygieniavastaavalle, lääkehoitovastaavalle, ergonomiavastaavalle ja elvytysvastaavalle ja käytiin keskusteluja mm. siitä, kuinka vastaavien tehtäväkuvat voivat erota eri yksiköissä.

Turvallisuustyöryhmistä ei kuitenkaan tullut näiden ”vastaavien” koontumisia. Terveysasemilla koettiin voimakas tarve koota yhden pöydän saman katon alla eri yksiköissä ja myös eri työnantajille työskenteleviä asiantuntijoita kehittämään terveysaseman kokonaisturvallisuutta. Lähtökohta ja perusongelma oli, että ”... *vaikka olemme saman katon alla niin ei olla missään tekemisissä keskenämme ...*”. Yhteinen katto ei riitä yhdistämään työntekijöitä, tarvitaan yhden pöydän ääreen koontumisia ja keskusteluja asioista, joissa toisen yksilön työntekijän toiminta ja tekeminen tai tekemättä jättäminen vaikuttaa toisen turvallisuuteen, ”... *kun se tuo sellasia tärkeitä asioita hoidetuiksi*”.

### 3 ”... MISSÄ MINUN PALVELIJATAR ON ...” – ASENNEMUUTOS KAIKEN YTIMESSÄ

Otsikko siteeraa erään osastonhoitajan sanoin sairaalan potilasta, eikä niin kaukaa menneisyydestä. Lainaus kertoo paljon asenteista ja ajatusmaailmasta, mitä potilailla, omaisilla ja myös hoitajilla ennen oli ja millä orientaatiolla hoitotyötä tehtiin.

Parivuotisen kehittämishankeen tuloksia on lähes mahdotonta nähdä määrällisten mittareiden avulla hankkeen päättyessä. Myös osastonhoitajat tunnistivat tämän, kun keskusteltiin siitä, miten TURO on vaikuttanut potilaiden hyvinvointiin ja turvallisuuteen. Hyvin vahva ja jaettu kokemus oli kuitenkin siitä, että asenteissa on tapahtunut iso muutos. Sekä potilaiden ja omaisten että hoitajien asenteet ovat muuttuneet, ja muuttuneet asenteet näkyvät viime kädessä potilasturvallisuuden kasvuna ja toimintakykyä edistävän työotteen muuttumisena käytännön tekemiseksi. *”... lähinnä siihen ajatteluun, että potilaatkin rupeaa miettimään, että he vois itekkin tehdä vielä jotain.”*

Muuttuneet asenteet näkyvät työn tekemisessä pieninä, mutta merkityksellisinä muutoksina. Hoitohenkilökunta on esimerkiksi alkanut kertoa ja perustella sekä potilaille että omaisille sitä, miksi toimintakyvyn ylläpitäminen ja omatoimisuuden edistäminen on niin tärkeä asia ja osa sairaalan toimintapolitiikkaa. Tämä ”kertomisen lisääntyminen” on edellyttänyt asennemuutosta ja samalla se nyt edelleen vahvistaa uutta toimintakulttuuria ja asennetta työhön. Asennemuutos on huomattu talon sisällä *”... se oli ihan radikaali se muutos ...”* ja myös omaisten ja läheisten keskuudessa *”... sen huomaa ulkopuoliset ... osa ihmisistä haukko henkeänsä ....”* Kertomisen lisäksi muutoksia on tapahtunut myös konkreettisessa työn tekemisessä. Sairaaloihin on hankittu entistä turvallisempia ja helppokäyttöisempiä potilaskenkiä ja sukkia sekä hyviksi havaittuja apuvälineitä, ja niitä myös käytetään säännöllisesti ja ahkerasti. Ja asennemuutos on hidas prosessi, *”... meillä se muutos on pitkän ajan kuluessa ... se on lähtenyt paljon aikaisemmin, mutta TURO on hyvin vahvistanut sitä mikä on niinku ollut se linja.”*



#### 4 ”... MINÄ OLEN SELLAINEN MAHDOLLISTAJA ...”

Osastonhoitajat tiivistivät oman merkityksensä TUROn tavoitteiden saavuttamisessa paljolti mahdollistajan ja TUROn tapahtumien ja teemojen esillä pitäjän rooleihin. Esimiehet ovat mahdollistaneet sen, että henkilökunta on päässyt koulutuksiin, koulutuksessa käyneet ovat harjoitelleet ja levittäneet oppimaansa edelleen työyhteisössä, ”... *ergonomia-vastaavat ovat ... tehneet sitä omaa ergonomia-työtään ...*”. Mahdollistaminen on tarkoittanut myös ajan varaamista erilaisille keskusteluille ja asioiden kertaamiselle ja eteenpäin viemiselle. TUROn tavoitteet ovat toteutuneet, koska ”... *ihmiset siellä osastoilla on edistäneet ...*”, ja tämän on esimies mahdollistanut varaamalla työntekijöille aikaa ja tilanteita jakamiselle, kokeilemiselle ja oppimiselle. ”*Että kaikki tietäs missä ollaan menossa niin se on ollut se esimiehen rooli tässä.*”

Osastonhoitajien omaa asemaa ja roolin ottamista helpotti TUROn alussa ylihoitajan vahva sitoutuminen hankkeeseen. Epäselvyyttä taas aiheutti se, että Seututerveyskeskuksen esimiesten ja asiantuntijoiden rooleista TUROssa käytiin alussa ajoittain kärkevääkin keskustelua. Tilanne kuitenkin selkiytyi ja osastonhoitajilla on yhteinen kokemus siitä, että alun roolien tai asemien hakeminen ei lopulta häirinnyt millään tavalla TUROn toteuttamisesta sairaaloissa ja käytännön työssä.

Mahdollistamiseen liittyy myös se koettu muutos, että kaatumistapaturmien ”... *ehkäisyn suhteen on valpastuttu ... asiaan ja sen ratkaisemiseen on panostettu.*” Kaatumistapaukset puidaan henkilökunnan kanssa ja mahdollisuuksien mukaan myös potilaiden kanssa ja niistä opitaan. Osastonhoitajat kokevat myös oman turvallisuusosaamisensa lisääntyneen. ”... *se on jotenkin niinku valaistunut minulle entistä enemmän se turvallisuus, mitä kaikkea siinä niinku on ...*”. Turvallisuusjohtamisen kokonaisuus on laaja ja moninainen ja siitä on hankala saada otetta tai kokonaiskäsitystä. Eväitä laajan kokonaisuuden haltuunottoon on kuitenkin saatu ja kaikilla on selkeä halu panostaa asiaan myös tulevaisuudessa.

#### LÄHTEET

Virtanen, P. 2009. Projektin strategian toteuttajana. Helsinki: Tietosanoma.

Stenvall, J., Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma.

## 4.2 TURO-HANKKEEN VAIKUTUKSIA SEUTUTERVEYSKESKUKSESSA

Päivi Jokiranta

Turo-hankkeeseen mukaan lähtöä esiteltiin seututerveyskeskuksen ensimmäisenä toimintavuonna. Ajankohta oli haasteellinen, mutta toisaalta myös uuden organisaation alkuvaiheessa ajateltiin hankkeesta olevan paljon meille hyötyä. Seututerveyskeskuksella on 5 sairaalaa, nämä ovat Keuruulla, Joutsassa, Petäjävedellä, Laukaassa ja Konnevedellä, missä on akuuttiosaston lisäksi iso pitkäaikaissosasto. Kullakin yksiköllä oli oma toimintakulttuuri ja yksiköt toimivat varsin itsenäisesti.

### HANKE ON ERINOMAISEN HYVIN ANTANUT TOIMINTAMALLEJA RASKAASEEN POTILASTYÖHÖN OSASTOILLA.

Työntekijöiden hyvinvointi fyysisesti raskaassa osastotyössä on tärkeä asia ja toisaalta työterveyshuollolla ei ole ollut paljoa annettavaa hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelinaivojen ennaltaehkäisyyn. Kädestä pitäen opetetut ergonomisesti kevyemmät työskentelytavat ovat yksilötasolla hyvä tulos hankkeesta ja tämä edistää työssä jaksamista. Myös henkilökunnan tietoisuus ergonomiasta on lisääntynyt. Projekti on aktivoinut henkilökuntaa myös vapaa-ajan liikunnan lisäämiseen.

Osastoille on nimetty ja koulutettu ergonomiavastaavat, joilla on lupa ja tehtävä ohjata työntekijöiden työskentelyä ergonomisesti oikeaan suuntaan. Tavoitteena on, että työ ei rasittaisi työntekijän tuki- ja liikuntaelimistöä kohtuuttomasti, eikä aiheuttaisi vaivoja ja poissaoloja.

Siirtoja ja muita ongelmatilanteita potilastyössä on harjoiteltu työyksiköissä oikeiden potilaiden kanssa oikeissa hoitotilanteissa. Potilassiirroissa käytettävien apuvälineiden hankintaan on saatu tukea, niitä on myös hankittu ja otettu käyttöön tasapuolisesti eri yksiköissä. Tavoitteena on hyödyntää mahdollisimman hyvin potilaan omia voimavaroja. Kuntouttavaa toimintamallia on pystytty laajentamaan. Apuvälineiden käyttö on lisääntynyt. Apuvälineiden oikea käyttö lisää sekä potilasturvallisuutta, että työntekijän omaa turvallisuutta.

Käytännön harjoittelu on koettu hyväksi ja lisäksi koulutuksissa työntekijät ovat tutustuneet toisiinsa ja eri työyksiköihin. Tästä on seurauksena ollut myönteisen ilmapiirin muotoutuminen koko laitoshoidon sisälle. Turo on koettu ”meidän omaksi jutuksi”.

## KUNTOUTTAVA TYÖ

lääkkäiden potilaiden toimintakyky heikkenee nopeasti osastohoidon aikana, mikäli ”annetaan” potilaan jäädä huoneeseen ja vuoteeseen. Kuntouttava näkökulma työssä on ollut jo ennen tätä projektia tavoitteena, mutta tämän projektin aikana on sitä saatu vietyä edelleen eteenpäin ja yhdenmukaistettu toimintatapoja eri yksikköjen välillä. Myös omia oivalluksia on otettu eri yksiköissä käyttöön. Potilaan hoidossa otetaan hänen jäljellä oleva toimintakyky huomioon ja pyritään kaikissa toiminnoissa aktivoimaan ja vahvistamaan toimintakykyä. Esimerkkinä: vain erityisistä ruokaillaan vuoteessa, pyritään saamaan kaikki potilaat ruokapöydän ääreen istumaan kaikilla tai ainakin osalla aterioista.

Fysioterapeutit työskentelevät osastolla kuntoutuksen ammattilaisina ja ohjaavat ja opastavat myös hoitohenkilökuntaa. Yhteistyö on edelleen tiivistynyt projektin aikana. Kaikki osaston työntekijät osallistuvat kuntouttavaan työhön tehtävän ja koulutuksen mukaan. Potilaita ja myös omaisia on informoitu tästä muutoksesta, koska se vaatii motivaatiota myös hoidettavilta ja läheisiltä.

## TURVALLISUUSJOHTAMINEN

Hankkeen 2-vaiheen tärkeänä aiheena on turvallisuusjohtaminen. Esimiesten ja johdon tehtävänä on edistää ja tukea turvallisuutta meidän kaikissa toiminnoissa. Terveysasemille on luotu turvallisuustyöryhmät ja niiden työ on alkanut. Turvallisuustyöryhmien tehtävänä on kunkin yksikön turvallisuuteen liittyvien asioiden arviointi, ennakointi ja kehittäminen. Turvallisuustyö ei ole koskaan valmis, vaan ajan muuttuessa tulee aina uusia uhkia ja haasteita, toisaalta turvallisuusvaatimukset kasvavat. Nämä työryhmät jatkavat toimintaansa.

## KAATUMISRISKIN ARVIO JA KAATUMISTEN VÄHENTÄMINEN

Osatyönä on osastopotilaiden kaatumisriskin arvio, riskiin vaikuttavien tekijöiden korjaaminen ja kaatumisriskin pienentäminen. Tähän on tehty ”uimaratamalli” joka on pilotoitu Keuruu sairaalassa. Tämän työn jalkauttaminen on vielä kesken ja vaatii vielä osastonlääkäreiden aktivointia. Hoitohenkilökunta on oppinut havainnoimaan kaatumisriskiä jo hyvin. Tämän työn eteenpäinvienti jää laitoshoidon ylilääkärin tehtäväksi.

Turo-hanke on antanut paljon enemmän kuin tuolloin hankkeen alussa ajateltiin edes olevan mahdollista. Se on tietyllä tapaa ”avannut silmiä” ainakin itselläni ja näyttänyt, että asioihin voidaan vaikuttaa.

Työskentelytapoja on saatu muutettua, ongelmiin uskalletaan tarttua paremmin ja niihin pyritään löytämään ratkaisuja. Uusia työvälineitä on saatu edistämään turvallisuutta työssämme. Nämä jatkuvat edelleen projektin loppuunkin.

## LISÄKSI

Henkilökunta on osallistunut erittäin innostuneesti Turo-projektiin ja siitä kaikille kaunis kiitos. Projektin vetäjien ammattitaito ja kokemus on tullut hyvin hyödynnettyä. Projekti on ollut hyvin suunniteltu ja realistinen ja se on viety aikataulun mukaisesti loppuun. Toimintatapoihin on saatu pysyvää muutosta ja edelleen eteenpäin vietäväksi meille jää tehtäviä. Muutos on saatu hyvin alkamaan. Kiitos kaikille!

## 4.3 PÄÄTÖSSEMINAARIN TUOTOKSIA

Anja Tanttu & Kari Jaatinen

Seuraava kappale perustuu hankkeen toimijoiden esityksiin hankkeen päätösseminaarissa marraskuussa 2014. Kursivoitu teksti on suoraa lainausta heidän puheistaan.

**Laukaan ja Petäjäveden osastonhoitajat Satu Paassilta ja Sanna Porkka-Hokkanen arvioivat seminaarissa, että mitä TURO toi tullessaan ja jätti jälkeensä.**

- Miten saadaan pysyviä muutoksia työkäytäntöihin:
  - *”On tullut yhteisiä sopimuksia, esimerkiksi että kukaan ei nosta kainaloista, vaan nostetaan nosturilla, ergonomiavastaavat ohjaa muita työntekijöitä, on työpari jonka kanssa työskennellä.”*
  - *”Ollaan sovittu että meillä saa ergonomiavastaava puuttua niihin siirtoihin ja semmoksiin ... ei loukkaannuta eikä olla pahalla mielellä eikä mitään ... sairaslomia siinä aika paljon vältetään ... jos siirretä oikein, niin ei se siinä kroppa rasitu niin paljon.”*
  - *”Joka paikassa se näkyy hirveen positiivisena ... kyllä enenevässä määrin tehdään sillä kuntouttavalla työotteella ja ergonomisemmin sitä työtä ... ja apuvälineiden käyttö on lisääntynyt huomattavasti ... ja se työn suunnittelu sen työparin kanssa.”*

- *"Meillä käytetään ergonomiavastaavia tosi paljon ... kysytään oikeita siirtoja ja oikeita tapoja siirtää .... tosi iso juttu on se, että meidän ergonomiavastaavat on niin omistautuneita ja he tykkää siitä työstä."*
- *"Pikku hiljaa henkilökunta on sisäistänyt sen ... ei se tule kuukaudessa eikä kahdessa ... jos lähdetään siitä tilanteesta, että miten on aina toimittu niin näin toimitaan ... niin se muutos ei tule hetkessä, niinko ei missään asiassa, ei tässäkään."*
- *"On tosi tärkeää, että esimies on siinä mukana ja mahdollistaa sen."*
- *"Kyllähän sitä käydään sitä keskustelua, aika kovaakin keskustelua ... monet on jo sisäistäneet hyvin ... ihan esimerkkinä, kun yhdestä iltavuorosta puuttui vähän enemmänkin hoitajia, ... niin oli aateltu, että mennäänpä vähän sillä entisellä mallilla, että viedään huoneeseen äkkiä ruoat ... niin kyllä sieltä oli yksi sun toinen mummo lähtenyt rollaattorin kanssa liikkeelle ja pyytänyt hoitajalta, että nyt vain mennään sinne päiväsalin, että ei ne enää jää sinne huoneisiin, kun ne on kuitenkin jo tottuneet siihen, että meillä ruokaillaan päiväsalissa."*

**Keuruun sairaalassa kehitettiin potilaan hoitoprosessia tavoitteena ennaltaehkäistä kaatumisia sekä sairaalassa että sairaalajakson jälkeen. Seuraavassa on osastonhoitaja Merja Ahosen arvioita kehittämistyön vaiheista ja tuloksista, *".. että se potilaan hoitoprosessi tulisi selville, että mitä kukakin tekee ... että missä me on terästäydytty tän TUROn aikana"*.**

- *"Ensinnäkin se kaatumisen vaaran arviointi heti siinä tulovaiheessa, et se kirjoitetaan fraasina ja arvioidaan jokaiselta osastolle tulevalta, niin se on uutta meillä."*
- *"Jos arvioidaan, että on sitä kaatumisen vaaraa, niin mietitään just sitä sijoittelua ja kenkiä ja jarrusukka-asiaa, esteettömyyksiä, apuvälineitä ... ne toteutuu tosi hyvin."*
- *"Meidän lääkäri tosi hyvin lukee kaikki hoitajien kirjaamat tekstit ja kattoo, että onko siellä jotakin sellaista mikä voisi vaikuttaa ja tekee sen perusteella sitten johtopäätöksiä ja määräyksiä ... lääkäri arvioi sitä lääkitystä ihan sen perusteella ... et hänellä on semmoset, et milloin hälytyskello soi."*

- *”Meidän kotiutushoitaja, me joskus leikkillisesti sanotaan, että se on logistiikkapäällikkö kun se niitä asuntojakin hommaa aina välillä ja kaikenlaisia avun tarpeita ja järjestelyjä tekee.”*
- *”Omaisten kanssa keskustelu siitä kotona pärjäämisestä, tai sen esteistä ... tää kaikki tieto mikä meille on TURO-hankkeen myötä tullut, on antanut meille hirveän hyviä perusteluja niitä omaisia varten, et miksi me tehdään näin, et me ei vaan laiskuuttamme haluta jotakin tehdä.”*
- *”Toimintakyvyn kirjaaminen hoitajien ja fysioterapeutin osalta on menny eteenpäin ... vaikka siinä on vielä myös kehitettävääkin.”*
- *”Jatkohaasteena edelleen on se kaatumisvaaran edelleen raportointi, et miten se siirtyy sinne kotihoitoon ... et jotakin nyt jäi vielä, et ihan kaikkea ei saatu valmiiksi.”*

**Tuula Kettunen, Konneveden osastonhoitaja, aiheena osastolta kotiin, tai kotoa osastolle, eli potilaan hyvä polku**

- *”Se on käytännöllinen tuotos, sellaset huoneentaulut molemmille tehtiin, että kun kotihoidon asiakas siirtyy meille, niin mitä he ottaa huomioon ja kun me ollaan kotiuttamassa, niin mitä me otetaan huomioon, että helpotetaan sitä toisen osaa ja tehdään hyväksi sille siirtyjälle se siirtyminen.”*
- *”Et tärkeetähän kotiutuksessa on se, että mikä on muuttunut, mitä on saatu selville ja mihin on puututtu, niin sen tiedon kasaaminen siihen kotiutusvaiheeseen ... aina ei tarvita mitään isoja palavereja ... jos tunnetaan vanhukset ... mutta että oltaisiin siinä vaiheessa riittävän tarkkoja.”*
- *”Siitä on saatu aika hyviä käytäntöjä ja kokemuksia, et kotihoito tulee tapaamaan potilasta jo sinne osastolle ... et me ei kerrota sinne kotihoitoon sitä ja tätä vaan he ite ... .”*
- *”Ne on ihan semmosia maalaisjärkisiä pieniä asioita, mutta voi olla valtavan suuria asioita sille vanhukselle joka siirtyy.”*
- *”Kyllä sinne Konneveden TUROonkin on jäänyt kaikenlaista.”*

**Seututerveyskeskuksen yhdeksästä ergonomiavastaavasta neljä; Liisa-Lotta Heinonen, Mia Huotari, Mari Marjakaarto ja Marja Sokkanen kertoivat ergonomiavastaavan työn kehittämisen vaiheista seuraavasti: ”toiminta osastoilla TURO-projektin myötä”**

Mitä hankkeen aikana tapahtui?

- *”Saimme aikaa...pysähdyimme miettimään, potilaan aktiivista osallistumista, omaa ergonomiaa, potilaan siirtotilanteita ja apuvälineiden tarpeellisuutta.”*
- *”Videoititiin erilaisia potilaan siirtotilanteita ...keskusteltiin ja pohdittiin... mitä hyvää, mitä huonoa ja mitä erilaisia vaihtoehtoja on olemassa.”*
- *”Kokemus potilaana olost avasi ymmärrystä erilaisista siirtotilanteista ja omista otteista ...miltä potilaasta ihan oikeasti tuntuu.”*
- *”Tuli ymmärrys siitä, että potilastyötä voi todella keventää huomioimalla nämä asiat omassa työssä.”*
- *”Saimme työaikaa perehdyttää osaston henkilökuntaa kuntouttavaan työotteeseen, apuvälineiden käyttöön ja erilaisiin siirtotekniikkoihin.”*

Mitä TURO toi Seututerveyskeskussairaalan osastoille?

- *”Yhteistyö eri yksiköiden ergonomiavastaavien kesken ja vertaisten.”*
- *”Näkemyksiä ja kokemuksia muiden työstä, opittiin toisilta paljon.”*
- *”Yhteistyö eri apuvälineitä toimittavia yritysten kanssa.”*
- *”Saatiin kokeilla erilaisia siirron apuvälineitä ja löydettiin niistä omaan työhön sopivat.”*
- *”Saatiin uusia apuvälineitä.”*
- *”Apuvälineillä on selkeä säilytyspaikka.”*

Työyhteisöissä syntyi yhteisiä, koko henkilökunnan kanssa sovittuja yhteisiä toimintatapoja käytännön työhön.

- *"Potilaan toimintakyky kuvataan tarkemmin."*
- *"Annetaan potilaalle aikaa tehdä asioita mahdollisimman omatoimisesti."*
- *"Suurin osa potilaista ruokailee päiväsalissa kaikkina ruoka-aikoina."*
- *"Siirron apuvälineiden käytöstä ja niiden huollosta on yhteiset käytännöt."*
- *"Omaisille tiedotetaan osastojen toimintaperiaatteista."*
- *"Sähköisissä tietokannassa ergonomiakansio, jossa ohjeita, vinkkejä yms."*
- *"Yhteistyö seututerveyskeskuksien osastojen kanssa lisääntynyt, kynnys ottaa yhteyttä madaltunut."*

Vaikutukset käytännön työhön:

- *"Apuvälineiden käyttö vähentänyt potilaiden hoitamista vuoteessa ja siirtymiset helpottuneet."*
- *"Helpompi pyytää apua esim. ongelmatilanteissa."*
- *"Yhteistyö fysioterapeuttien kanssa lisääntynyt."*
- *"Hoitajat kartoittavat potilaan perusliikkumista sekä apuvälineiden tarvetta."*
- *"Fysioterapeuteille jää nyt enemmän aikaa yksilöllisten harjoitusten ohjaukseen."*
- *"Hoitajien työn kuormitus vähentynyt*
  - *hoitajat eivät ole niin uupuneita työpäivän jälkeen."*
- *"Hoitajien jaksaminen parantunut"*
- *"Potilaiden kuntoutuminen nopeutuu*
  - *hoitojaksot vähenevät?"*



*"Vastuullamme on*

- ° uusien apuvälineiden hankintaehdotukset ja niiden käytön koulut-*  
*taminen muulle henkilökunnalle,*
- ° toimia linkkinä apuväline-esittelijöiden ja osaston välillä,*
- ° resurssien salliessa oppien vientiä myös avopuolelle,*
- ° käydä itse koulutuksissa,*
- ° toimia esimerkkinä kuntouttavan hoitotyön toteutuksessa sekä*  
*apuna haastavissa potilassiirto tilanteissa*
  - Osastotunnit ergonomiasta ja potilassiirroista*
  - Ergonomiavartit osastoilla, muistutetaan apuvälineiden*  
*käytöstä."*

**Merja Ahonen, Keuruun osastonhoitaja, turvallisuustyöryhmistä ja TURO-**  
**hankkeesta:**

- "Myöskin semmosta yhteisöllisyyttä niille terveysasemille, mitä*  
*oikeastaan on organisaatioiden pirstoutuessa ... esimerkiksi*  
*Keuruun terveysasema, ennen oltiin yhtä organisaatiota, niin nyt*  
*siellä työskentelee paitsi Seututerveyskeskuksen työntekijöitä,*  
*niin sairaanhoitopiirin, Keuruun kaupungin, Finlabin työntekijöitä*  
*ja Jyväskylän kaupungin alainen työterveyshuolto, ja jokainen on*  
*oman johtonsa alla ja johto on kaukana. Nyt kun on mietitty sen*  
*terveysaseman kiinteistön kannalta niitä riskejä ja asioita, niin on*  
*pystytty yhdistämään sitä ajattelua, että mitä voitais tehdä yhdessä."*
- "Tää hanke oli paljon isompi kun mitä lähtiessä osasin kuvitellakaan."*
- "Riskien ja vaarojen arviointi ja turvallisuustyö tukee hyvin*  
*lähiesimiestyötä."*
- "Me on saatu sinne meidän työkalupakkiin paljon uusia työkaluja ja*  
*avaimia."*

## Marjatta Koivunen-Issakainen, turvallisuuskoordinaattori, johdon terveiset seminaarissa

- *”Me oikeastaan ollaan hirveän paljon päästy eteenpäin, ollaan saatu lihaa luitten ympärille, tää on ollut hirveän hyvä projekti koska me ollaan saatu kaatumisen ehkäisyyn tätä toimintamallia kehitettyä ... silleen hallitusti, että ollaan saatu jäntevöitettyä tätä toimintaa.”*
- *”Nää turvallisuustyöryhmät on hirveän hyvin käynnistyneet, ne on moniammatillisia niinkun ne pitää ollakin ... sieltä tulee juuri ne ongelmakohdat sieltä terveysasemilta, mitä ne on ja mihin pitää puuttua.”*
- *”Tää on ollut hyvä projekti, tää on ollut kannattava projekti, tästä on hyvä jatkaa.”*

### 4.4 JOHTOPÄÄTÖKSET

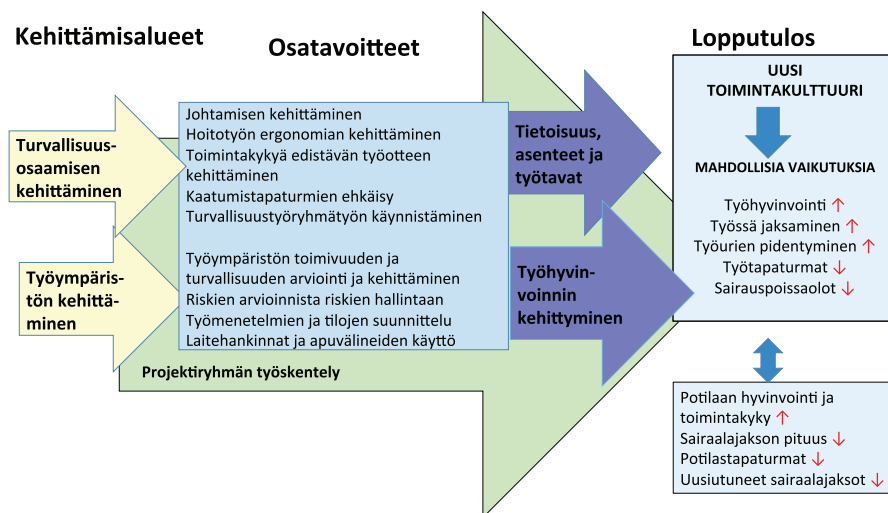
Anja Tanntu, Sanna Sihvonen, Pirjo Mäki-Natunen & Kari Jaatinen

**TURO-hankkeen tavoitteena** oli henkilöstön työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen edistäminen sekä turvallisuusosaamisen kehittäminen. Hankkeen aikana luotiin toimintamalli turvallisen hoivatyön toteuttamisesta, arvioinnista ja seurannasta.

Turvallisuusosaamisen osa-alueet, joilla työskenneltiin, olivat ajankohtaisia ja tärkeitä, muutenkin esillä olevia tai tulossa olevia asioita terveyskeskuksen laitos- ja avohoidon sekä kotihoidon työn ja toiminnan kehittämisessä.

Hanke ja sen aktiiviset toimijat antoivat edellytykset pitkäjänteiselle ja laajalle kehittämistoiminnalle. Esimerkiksi koulutuksia ja valmennuksia pystyttiin järjestämään sekä esimiehille että työntekijöille tarvetta vastaavasti. Tavoitteena oli käynnistää kokonaisvaltainen turvallisuuskulttuurin muutos, missä hankkeeseen osallistuneiden esimiesten ja työntekijöiden arvion mukaan myös onnistuttiin.

Hankkeen aikana toteutuneen kehittämistyön vaiheita ja sisältöä voidaan kuvata kuvion 25 mukaisesti. Uuden toimintamallin perustana on jatkuva turvallisuusosaamisen ja työympäristön kehittäminen. Tietoisuus, asenteet ja uudistuneet työtavat edistivät työhyvinvoinnin kehittymistä ja toimintakulttuurin muutosta sekä mahdollistavat pitkän aikavälin muutoksia, joita voidaan arvioida tulevaisuudessa. Kehittämistyön etenemisen kannalta oleellisia tekijöitä olivat lähiesimiesten tuki työntekijöille ja ylemmän johdon tuki lähiesimiehille.



Kuvio 25. Uusi toimintamalli

## JOHTAMINEN

Esimiesvalmennusten teemat ja sisällöt suunniteltiin yhdessä osastonhoitajien ja ylihoitajan kanssa esimiesten aidoista tarpeista lähtien. Teemat valikoituvat niin, että ne tukivat esimiesten osaamisen kehittymistä hankkeen keskeisinä agentteina ja onnistumisen varmistajina. JAMKin asiantuntijat tuottivat hankkeen aikana myös muita koulutuksellisia tai valmennuksellisia elementtejä useisiin esimiesten työkokouksiin ja vastaaviin tapaamisiin.

Osastonhoitajat tiivistivät oman merkityksensä TUROn tavoitteiden saavuttamisessa paljolti mahdollistajan ja TUROn tapahtumien ja teemojen esillä pitäjän rooleihin. Esimiehet ovat mahdollistaneet sen, että henkilökunta on päässyt koulutuksiin ja koulutuksessa käyneet ovat harjoitelleet ja levittäneet oppimaansa edelleen työyhteisössä. Esimiehet kokivat myös oman turvallisuusjohtamisen osaamisensa lisääntyneen.

## TURVALLISUUSTYÖRYHMÄTYÖ

Turvallisuustyöryhmien työskentely kaikilla viidellä terveysasemilla käynnistyi maaliskuussa 2014. Seututerveyskeskuksen hoitotyön johto oli määritellyt turvallisuustyöryhmien keskeiseksi perustehtäväksi pysyvän muutoksen aikaansaamisen turvallisuuskulttuurissa. Työryhmät perustettiin kunkin terveysaseman kaikki toiminnot ja toimijat kattavina, moniammatillisina yhteistyöryhminä.

Työryhmien keskusteluissa ja asialistoilla keskeisiksi teemoiksi nousivat ”yhteisen katon” alla työskentelevien työntekijöiden työturvallisuuteen ja eri organisaatioiden rajapintoihin liittyvät teemat. Kiinteistö ja sen varustelu, koneet ja laitteet sekä niiden käyttö, käyttäjäosaaminen ja toimivuus vaativat yhteistä keskustelua ja kehittämistä. Hankkeen aikana työryhmien työ pääsi hyvään alkuun ja voitiin todeta, että turvallisuustyöryhmät olivat löytäneet paikkansa, kehittämisen aiheensa ja aktiiviset toimijansa. Yhteistyömuodosta näyttäisi muodostuvan pysyvä käytäntö.

## PROJEKTIRYHMÄ

TURO-hankkeen jäntevän etenemisen kannalta keskeiseksi tekijäksi ja foorumiksi muodostui hankkeen projektiryhmä. Projektiryhmässä käsiteltiin kaikki hankkeen keskeiset tapahtumat ja asiat. Projektiryhmälle muodostui omanlainen kokouskulttuuri ja toimintamalli, missä oli paljon ohjauksellisen toiminnan periaatteita ja dialogia sekä luottamuksen ja avoimuuden rakentamista. Oli lupa sanoa rohkeasti, kokeilla ja epäonnistua.

Myös jäsenten vertaisuus vahvistui ryhmän työskentelyssä. Projektiryhmästä muodostui myös työssä oppimisen foorumi ja onnistunut kokeilu koulutuksen ja työelämän välisen rajavyöhykkeen ylittämisestä ja hyödyntämisestä molemminpuolisessa oppimisessa ja kehittämisessä.

## RISKIEN JA VAAROJEN ARVIOINTI

Riskien ja vaarojen arviointi tehtiin Seututerveyskeskuksen sairaaloissa ja Hyvän Olon Pisteessä hankkeen alkuvaiheessa. Riskien ja vaarojen arviointi on keskeinen elementti ja työkalu minkä tahansa organisaation kokonaisturvallisuuden kehittämisessä ja turvallisuuskulttuurin rakentamisessa, joten työläydestään ja monivaiheisuudestaan huolimatta prosessit olivat samalla hyvin opettavaisia. Molemmille organisaatioille mallinnettiin hankkeen aikana seuraavaa toteutusta varten omat prosessinsa riskien ja vaarojen arviointiin, missä pyrittiin huomiomaan mm. johtamisen vuosikello ja työterveyshuollon tekemät työterveyslain mukaiset työpaikkaselvitykset. Hankeorganisaatioille tehdyt riskien ja vaarojen arvioinnit antoivat myös arvokasta tietoa TURO-hankkeen koulutusten ja muiden interventioiden suunnittelu varten.

## HENKILÖSTÖN ERGONOMIAOSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Hoitohenkilöstön työhyvinvointi, osaaminen ja potilaiden toimintakyvyn edistäminen valittiin yhdeksi keskeiseksi kehittämisen alueeksi hankkeessa. Kaikilla näillä alueilla tapahtui hankkeen aikana positiivisia muutoksia, kuten potilasta aktivoivan ja toimintakykyä edistävän työotteen vahvistumista, hoito- ja kuntoutushenkilöstön työnjaon jäsentymistä.

Tärkeä osa kehitystyötä on ergonomiavastaavien työnkuvan luominen. Heidän työpanos oli merkittävä. He opiskelivat aktiivisesti sekä teoriassa että käytännössä hoitotyön ergonomian ja potilaan aktivoinnin perusteita. He välittivät tietoa työyhteisöissä tiedottaen osastokokouksissa, oman esimerkin ja kollegoiden ohjaamisen avulla. He toimivat tärkeinä yhdyshenkilöinä työyhteisöjen ja työympäristön kehittämistyössä sekä uuden toimintakykyä edistävän toimintamallin rakentajina.

Ergonomiavastaavien toimenkuvan kehittäminen vaikutti myönteisesti yhteisesti sovittujen uusien työkäytäntöjen toteutumiseen ja niiden ylläpitämiseen. Ergonomisen osaamisen sekä avustus- ja siirtotaitojen kasvaessa työntekijät tulivat tietoisemmiksi omasta toiminnastaan. Esimerkiksi potilaan avustustavan valinta perustui entistä systemaattisemmin potilaan toimintakykyarvioon.

Työkäytännöissä henkilöstön ergonominen työskentelytapa vahvistui ja apuvälineiden käyttö sekä ympäristön turvallisuuden huomioiminen lisääntyivät. Hoitajan työnkuvaan kuuluu nyt potilaan perusliikkumisen tukeminen ja voimavarojen käyttöönotto päivittäisten toimintojen yhteydessä ja apuvälineiden hankkiminen osastojakson ajaksi. Ergonomia- ja apuvälinetiedon sekä osaamisen vahvistumisen myötä hoitajat aloittavat potilaan mobilisoinnin aikaisemmin kuin ennen.

Tämän osaamisen vahvistumisen myötä toimintakykyä edistävään hoitotyöhön osallistuu pääsääntöisesti koko henkilökunta. Fysioterapeutti pystyy nyt kohdentamaan työtään tarkoituksenmukaisemmin.

Hoitajien työn fyysinen kuormitus on vähentynyt siirron apuvälineiden käytön ja ergonomisten potilassiirtomenetelmien ansiosta. Muutokset positiiviseen suuntaan johtuivat pääasiassa aktiivisesta fyysisen kunnon ylläpitämisestä, ergonomisten työasentojen ja potilassiirron apuvälineiden käytöstä ja potilaiden omien voimavarojen hyödyntämisestä. Hoitajien mukaan fyysisen kuormituksen vähentymisen myötä työpäivän jälkeen ei olla niin väsyneitä kuin ennen, tuki- ja liikuntaelämistön kivut ovat vähentyneet ja omasta jaksamisesta huolehtiminen liikunnan avulla on lisääntynyt.

## TYÖTAPOJEN, TYÖYMPÄRISTÖN TOIMIVUUDEN JA TURVALLISUUDEN ARVIOINTI JA KEHITTÄMINEN

Hankkeen aikana syntyi yhteisiä käytäntöjä myös työtilojen muokkaamisesta, apuvälineiden käytöstä ja hankinnasta. Yhteiset käytännöt oletettavasti johtivat myös hoitohenkilöstön kokeman fyysisen rasituksen vähenemiseen ja osalla työntekijöistä koetun työssä jaksamisen kohentumiseen.

Konkreettisia hankkeen aikana syntyneitä sopimuksia olivat mm. sopimus siirron apuvälineiden käytöstä ja säilytyspaikoista sekä sopimus yhteisistä periaatteista hoitotyöhön ja potilassiirtojen toteuttamiseen. Yksi tärkeä muutos oli potilasnostimen parempi käyttöönotto. Yksi tärkeimmistä yhteisistä käytännöistä oli sopimus siitä, milloin potilasta ei enää avusteta manuaalisesti, vaan otetaan käyttöön potilasnostin. On kuitenkin muistettava, että turvallisten potilaan siirtotaitojen säilymisen edellytyksenä on osaamisen jatkuva arviointi ja kehittämien, jatkuvan yhteistyön tekeminen, henkilöstön säännöllisten koulutusten järjestäminen ja oman työn kehittämisen halu.

## KAATUMISTAPATURMIEN EHKÄISY

Kaatumisten ehkäisy oli yksi projektin osa-alueista, jonka organisaation johto ja henkilökunta nostivat esiin tärkeänä kehittämisalueena. Kaatumisten ehkäisyn vahvistaminen nähtiin hyvänä mahdollisuutena parantaa omaa toimintaa ja tarjota entistä laadukkaampaa palvelua ja hoivaa. Henkilöstön aktiivinen osallistuminen kaatumisten ehkäisytyön jalkauttamisen eri vaiheisiin oli tärkeää ja heidän käyttökokeiluista antama palautteensa eri työmenetelmien ja toimintatapojen soveltuvuudesta ja käyttökelpoisuudesta eri toimintayksiköissä loi pohjan yhteisten toimintatapojen valintaan ja käyttöönottoon.

Koulutusten, käyttökokeilujen ja keskustelujen kautta osastoilla sovittiin yhtenäisemmistä kaatumisvaaran tunnistamiseen, siitä tiedottamiseen ja kaatumisvaaran vähentämiseen tähtäävistä toimenpiteistä. Kaatumisten ehkäisyn menetelmien käyttöönoton kannalta oli erityisen tärkeää, että hoitohenkilöstöllä oli mahdollisuus pilotoida eri työmenetelmiä omassa toimintaympäristössään ja näin saada omakohtaista kokemusta niiden käytöstä.

Keuruun terveyskeskussairaalassa koottu mallinnus kaatumisten ehkäisyn toimenpiteiden vaiheistuksesta ja työnjaosta on konkreettinen esimerkki, jota voidaan jatkokehittämisessä hyödyntää toimenpiteiden viemisessä osaksi arkityötä. HaiPro järjestelmän käyttö ja kaatumistapaturmien seurannasta saadut alustavat myönteistä kehitystä kuvaavat tulokset luovat hyvät edellytykset kaatumisten ehkäisytyön jatkamiseen ja rohkaisevat sekä johtoa että henkilöstöä panostamaan tähän työhön myös tulevaisuudessa.

## KULTTUURIN MUUTOS

Turvallisuusosaamisen kehittämiseksi oli sekä yrityksissä että Seututerveyskeskuksessa olemassa vahva tilaus. Seututerveyskeskuksessa toimialan ja toimintaympäristön muutokseen liittyen mm. Haipro-järjestelmän käyttöönotto, lainsäädäntöön ja valvontakäytäntöihin liittyvät työ- ja potilasturvallisuutta painottavat muutokset sekä 1.1.2011 perustetun Seututerveyskeskuksen oman toiminnan kehittämisen tilanne olivat otollinen alusta kokonaisvaltaiselle kulttuurin muutokseen tähtäävälle kehittämishankkeelle. Sekä sisäisen kehittymisen että ulkoisen sopeutumisen mallit olivat muutoksessa, mikä edesauttoi uusien ajattelu- ja toimintatapojen muotoutumista.

Projektiryhmän aktiivinen ja dialoginen työskentely loi uudenlaista ryhmädynamiikkaa ja uudenlaista johtajuutta koko Seututerveyskeskuksen laitoshoidon sisälle. Yksilön osaamisen kehittyminen näytti muuttuvan organisaation osaamiseksi ja kohti oppivaa organisaatiota. Aktiivisuus näyttäisi lisääntyneen, kyky ja halu yhteistyöhön kasvaneen ja moniammatillisten ryhmien keskinäisen luottamus kasvaneen.

Tulokset osoittivat, että käytännön työelämän toimijoiden ja ammattikorkeakoulun yhteinen panostus kehittämistoimiin ja työkäytäntöjen uudistamiseen toimii yhteisenä oppimis-prosessina, joka hyödytti hankkeen kaikkia osapuolia. Hankkeen onnistuneelle toteuttamiselle oli tärkeää toimintayksiköiden kehittämismyönteinen ilmapiiri. Sen perustana oli sekä johdon että lähiesimiesten vahva sitoutuminen prosessiin, mikä mahdollisti henkilöstön laajan osallistumisen hankkeen toimenpiteisiin. Hankkeessa syntyneiden hyvien työkäytänteiden säilymiseksi on tärkeää, että kehittämistyö ei pääty hankeajan päättyessä, vaan aktiivista kehittämistyötä jatketaan edelleen päämäärätietoisesti.

Hankkeessa tehtyä yhteistyötä ja sen tekemistä sekä projektin onnistumista kuvaa seuraava ylihoitajan lausahdus

*”... sehän nyt mallintuu nimenomaan siihen meidän työhön ... **sitähän ei nyt ole otettu mistään kirjasta, vaan räätälöiden se tulee** niinkun sinne meille toteutettavaksi ... must se on se ykkösjuttu oikeastaan tässä, että me ei mitään mallia viedä valmiina mihinkään.”*





ASiantuntijat/kirjoittajat

## ASiantuntijat / Kirjoittajat

### **Kari Jaatinen**

YTM, lehtori

TURO-hankkeen asiantuntija

YTM, lehtori

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

### **Maarit Jakobsson**

TURO-hankkeen asiantuntija

THM, lehtori

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

### **Päivi Jokiranta**

Laitoshoidon ylilääkäri

Keski-Suomen Seututerveyskeskus Perusterveydenhuollon Liikelaitos

### **Niilo Kuokkanen**

TURO-hankkeen asiantuntija

YTM, lehtori

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

### **Pirjo Mäki-Natunen**

TURO-hankkeen asiantuntija

THM, lehtori

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

### **Sanna Sihvonen**

TURO-hankkeen asiantuntija

TtT, Yliopettaja

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

### **Anja Tantt**

projektipäällikkö

TtM, lehtori

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö



# LIITTEET

## LIITE 1. CARE THERMOMETER, POTILAAN TOIMINTAKYVYN LUOKITTELMALLI

### Potilaan toimintakyky, toimintakykyluokat

- siirron suunnittelu
- tarvittavat apuvälineet
- menetelmän valinta

[Hoitajan työn suunnittelu](#)

### A = Omatoiminen AARNE

- liikkuu itsenäisesti (saattaa käyttää kävelykeppiä)
- itsenäinen päivittäisissä toiminnoissa (pukeminen, peseytyminen)



**Siirron apuvälineet:**

**Avustamisen tapa**

### B = Osittain avustettava PIRKKO

- käyttää kävelytelineä tms.
- huolehtii osittain itsestään tarvitsee avustajalta suullista ohjausta



### C = Osittain avustettava KARI

- liikkuu pyörätuolilla
- varaa osittain ainakin toiselle jalalle
- jkn verran vartalon hallintaa
- riippuvainen hoitajasta

**Tarvitsee siirroissa apua!**



**D = Täysin avustettava OLGA**

- istuu pyörätuolissa
- ei pysty varaamaan jaloilleen
- ei pysty huolehtimaan itsestään, vaan tarvitsee hoitajan avustusta

**Vartalon heikko hallinta,**  
siirto horisontaalisesti ei  
pystyasennon kautta

**E = Vuodepotilas EMMA**

- passiivinen
- usein jäykkä, kontraktuuria
- täysin riippuvainen hoitajasta



Lähde: Care Thermometer  
/www.sotergo.fi

Kuvalähde: Potilaan toimintakyvyn luokittelumalli.  
Viitattu 11.11.2014. [Http://www.arjohuntleigh.fi](http://www.arjohuntleigh.fi).

## LIITE 2. ERGONOMIAVASTAAVAN TEHTÄVÄT

### ERGONOMIAVASTAAVIEN TEHTÄVÄT

3/2014

Ergonomia vastaava:

- suunnittelee ja kehittää ergonomisia työtapoja osaston hoitotyössä
- opastaa ja ohjaa henkilökuntaa potilassiirtotilanteissa
- ohjaa uusien apuvälineiden käytössä ja huolehtii, että käyttöohjeet ovat kaikkien tiedossa ja saatavilla (perehdytys/apuvälinekansio)
- huolehtii, että ergonomiaan liittyvät ohjeistukset ja materiaali on ajan tasalla ja ne ovat kaikkien tiedossa ja saatavilla (perehdytys/apuvälinekansio)
- osallistuu ergonomiavastaavien yhteisiin koulutuksiin, ulkopuolisiin koulutuksiin ja apuvälinemessuille sekä tuo palautteen yksikkönsä henkilökunnalle
- toimii tiiviissä yhteistyössä Seututerveyskeskuksen ergonomiavastaavien kanssa
- seuraa koulutustarvetta ja suunnittelee yhdessä osastonhoitajan kanssa potilaan avustamisen ja apuvälineiden käyttöön liittyviä koulutuksia
- kokoaa potilasturvallisuuteen liittyvien välineiden ja apuvälineiden hankintatoiveita ja esittää ne esimiehelle
- pitää kirjaa osastolle hankituista apuvälineistä ja huolehtii niiden huoltojärjestelyistä
- toimii yhteyshenkilönä osaston ja fysioterapian välillä ja tekee tiivistä yhteistyötä fysioterapeutin kanssa

## ERGONOMIAVASTAAVIEN TOIMINTA JA TIEDONKULKU KOLMIVUOROTYÖSSÄ

### **Toiminnan suunnittelu ja kehittäminen**

#### **Osastokokoukset**

- sovitaan yhteisistä pelisäännöistä
  - Toimintakyvyn ja avuntarpeen kirjaaminen Care Thermometer- luokituksen mukaisesti,
  - lisäksi kirjataan apuväline tarve ja avustamisen tapa
- käsitellään ergonomiavastaavan toimenkuva (vastuut ja oikeudet)
- keskustellaan apuvälineiden hankinnoista
- opastetaan uusien apuvälineiden käyttöön ja sovitaan käyttöohjeiden säilytyspaikasta (apuvälinekansio ”käytössä olevien laitteiden ohjeet”)
- tuodaan tietoa apuvälinemessuilta ja koulutuksista
- käsitellään esille tulevat potilassiirtoihin liittyvät ongelmat mahdollisimman pikaisesti

#### **Yhteiset palaverit fysioterapiayksikön kanssa**

- sovitaan yhteisiä käytäntöjä
- sovitaan potilaan yksilöllisestä ohjeistusta ja sen hyödyntämistä eri vuoroissa
  - vaativa avustamistilanne, kuvalliset ohjeet potilashuoneessa
- konsultoidaan apuvälineiden hankinnoissa
- suunnitellaan koulutuksia ja apuvälinenäyttelyitä
- perehdytään yhdessä yksilöllisten apuvälineiden käyttöön

#### **Yhteiset palaverit osastonhoitajan kanssa**

- työn sisällön suunnittelu
- apuvälinehankintojen suunnittelu pitkällä aikavälillä
- laboraatiopäivien suunnittelu vuosikelloon (taitojen kertaaminen)
- koulutuksien suunnittelu
- yhteistyö työyhteisön muiden toimijoiden kanssa (esim. fysioterapia)
- yhteisten tapaamisten ja toiminnan suunnittelu ergonomiavastaavien kanssa
- toiminnan arviointi ja mittarit

#### **Yhteistyö potilasturvallisuustyöryhmän kanssa**





# JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUN

## Julkaisuja



### MYYN TI JA JAKELU

Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjasto  
PL 207, 40101 Jyväskylä  
Rajakatu 35  
40200 Jyväskylä  
Puh. 040 552 6541  
Sähköposti: [julkaisut@jamk.fi](mailto:julkaisut@jamk.fi)  
[www.jamk.fi/julkaisut](http://www.jamk.fi/julkaisut)

### VERKKOKAUPPA

[www.tahtijulkaisut.net](http://www.tahtijulkaisut.net)

# jamk.fi

# jamk.fi

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU

PL 207, 40101 Jyväskylä

Rajakatu 35, 40200 Jyväskylä

Puh. 020 743 8100

Faksi (014) 449 9700

[www.jamk.fi](http://www.jamk.fi)

AMMATILLINEN OPETTAJAKORKEAKOULU

HYVINVOINTIYKSIKKÖ

LIIKETOIMINTAYKSIKKÖ

TEKNOLOGIAYKSIKKÖ



Henkilöstön työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen edistäminen sekä turvallisuusosaamisen kehittäminen olivat tässä julkaisussa kuvatus TURO-hankkeen tavoitteena. Toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi olivat mm. lähiesimiesten osaamisen kehittäminen turvallisuusjohtamisen alueelta sekä riskien ja vaarojen arviointiprosessin yhtenäistäminen sekä arvioinnin liittäminen organisaation muuhun kehitystyöhön. Kehittämistoimenpiteitä olivat myös henkilöstön hoitotyön ergonomiaan, kaatumistapaturmien ehkäisyyn ja ergonomiavastaavien tehtävien kuvaan liittyvät koulutukset ja työpajat. Keskeiseksi yhteistyön ja kehittämisen rakenteeksi muodostui säännöllisesti kokoontunut projektiryhmä.

Hankkeen aikana kehitettyjen toimintatapojen varmistamiseksi sovittiin vastuuhenkilöt ergonomiavastaavan tehtävään terveyskeskussairaaloiden osastoille ja yrityksiin. Hankkeen aikana syntyi mallinnus kaatumisen ehkäisyn toimenpiteistä ja kaikissa terveyskeskuksissa käynnistyi turvallisuustyöryhmätyöskentely.

ISBN 978-951-830-430-5



9 789518 304305 >