



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Kotihoidon CHECK

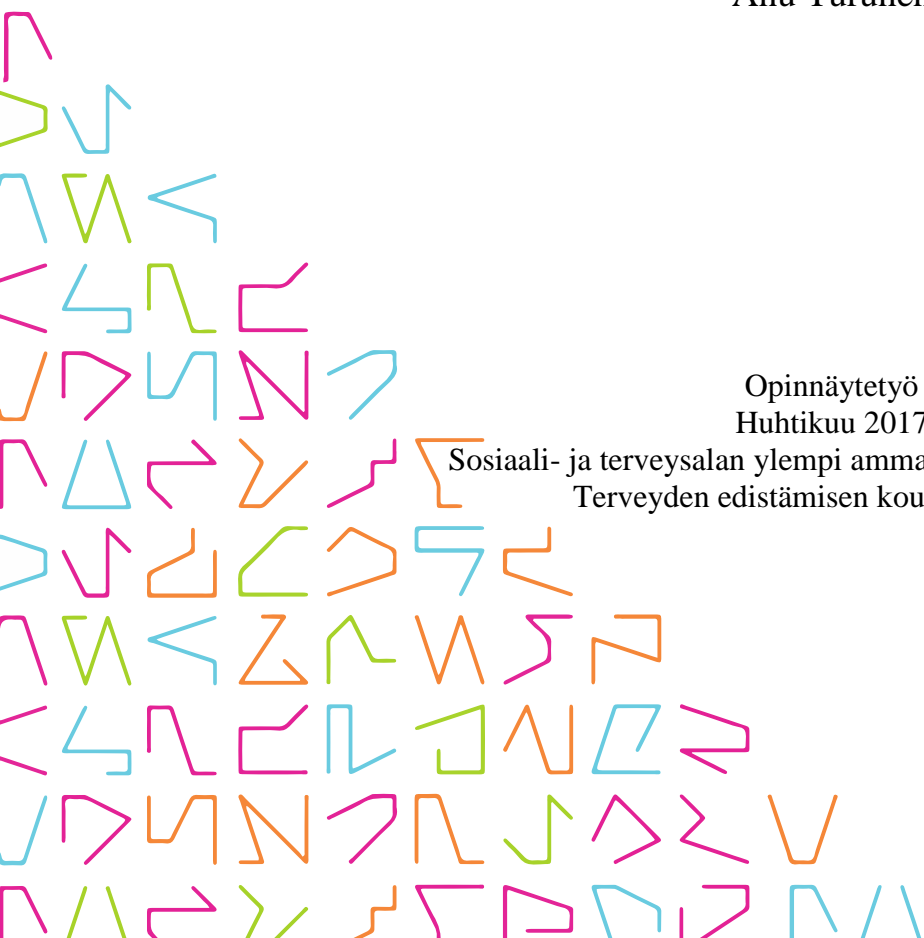
Arviointityökalu toimintakyvyn, apuvälinetarpeen ja riskien arviointiin kotihoidossa.

Satu Lejman

Anu Turunen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2017

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden koulutusohjelma



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma

LEJMAN, SATU & TURUNEN, ANU

Kotihoidon CHECK- Arviointityökalu toimintakyvyn, apuvälinetarpeen ja riskien arviointiin kotihoidossa.

Tutkimus 63 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Huhtikuu 2017

Ikääntyvän väestön määrän lisääntyessä ja hoidon painopisteen muututtua palvelurakennemuutoksen myötä, on kotihoito murroksessa. Kotihoidossa asiakkaan toimintakyky, kodin tilat, apuvälineet ja avustajan kuormittuminen liittyvät kiinteästi toisiinsa. Henkilöstön rooli asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä on tärkeä ja siksi aktivoivaan ergonomiseen työskentelyyn ja työn sekä kotiympäristön riskitekijöihin tulee kiinnittää huomiota. Lainsäädäntö ohjaa sekä työntekijän että työnantajan. Työnantajan tulee pystyä toimillaan vaikuttamaan henkilöstön työturvallisuuden toteutumiseen hoito- ja avustustoimenpiteiden aikana. Kotihoidossa sairauspoissaolojen painotus on tuki- ja liikuntaelinvaikeissa, joten toimenpiteitä kuormitustekijöiden vähentämiseksi tarvitaan.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotihoitotyön haasteet ja kuormitustekijät asiakkaiden kotona työskennellessä sekä hoitotyöntekijöiden että esimiesten näkökulmista. Teemahaastattelut toteutettiin sekä yksilö-, että ryhmähaastatteluinä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä. Tavoitteena oli laatia työn tilaajalle, Respektille kotihoidon CHECK-työkalu, mikä pilotoitiin Pirkkalan kotihoidon ja Parkanon kotihoidon henkilöstöltä. Työkalua testasi 26 kotihoidon työntekijää ja 21 heistä vastasi käytettävyyden palautteeseen, mikä kerättiin positiivisen SUS-käytettävyysslomakkeen avulla,

Tulosten perusteella voidaan todeta kotihoidon kuormitustekijöiden liittyvän kotien tiloihin, painavien asiakkaiden avustamis-, sekä nostotilanteisiin. Kotien esteellisyys, apuvälineiden saamisen haasteet sekä asiakkaan apuvälineistä tai esteettömyyden toteuttamisesta kieltäytyminen aiheuttaa työ- ja potilasturvallisuusriskejä kotihoidossa. Kotihoito saattoi jatkua entisellään huolimatta havaituista riskeistä tai apuvälineiden (esim. sähkösätky, henkilönostin) saamiseen meni paljon aikaa. Ergonomiakoulutus ja kotihoidon omat apuvälineet koettiin työturvallisuutta tukevana asiana samoin kuin moniammatillinen työskentely.

Organisaatiotasolta saakka ohjautuva ergonomiakoulutusten mahdollistaminen on tärkeää kuormitustekijöiden vähentämiseksi. Apuvälineisiin investointi ja saatavuuden varmistaminen vähentävät työn riskejä. Lainsäädännön tuntemus lisää mahdollisuuksia apuvälineiden saatavuuden perusteluun. Yhtenäisiä linjauksia toimenpiteiden toteuttamiseksi tarvitaan. Kotihoidon CHECK- työkalu koettiin hyvänä arviointia ohjaavana työkaluna toimintakyvyn, esteettömyyden arviointiin ja palautteista sekä kuvista saatiin uutta tietoa. Tämä työ antaa hyvät valmiudet kotihoidon CHECK-työkalun edelleen kehittämisen palautetta antavaksi mobiilisovellukseksi.

Asiasanat: kotihoito, ergonomia, apuvälineet, riskien arviointi, esteettömyys.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Health Promotion

LEJMAN, SATU & TURUNEN, ANU

CHECK for homecare.

Evaluation tool for homecare in functional capacity, homecare risks and equipment needs.

Master's thesis 63 pages, appendices 7 pages

April 2017

The aim of Finland's policy for elderly people is to help them to live in their own homes and their familiar environments promoting functional capacity and independence. This sets homecare at breaking point because the amount of elderly is going to increase significantly for coming decades. The role of a homecare worker is to support elderly people's possibilities living at home, which requires activating patient handling skills, risk factor evaluation-, and ergonomic skills. There are laws that guides homecare work. According to those laws, employer must be able to support homecare worker's work safety and client's safety at the normal homecare procedures also at people's homes

The purpose of this study was to gather information about challenges and risk factors at homecare according to employees ja employers. Based on interviews and theory the aim was to create a new easy access tool for home care workers. CHECK- evaluation tool is designed for homecare work to help evaluate work-related physical stress, client's capacity and need of equipment, risk factors and distress concerning assisting situations and home surroundings. Feedback for the CHECK-evaluation tools usability was collected through P-SUS, (Positive System Usability Scale).

The results indicate that the risk factors in homecare work are related to the surroundings, assisting obese clients and lifting. It was also found that if homecare client forbids taking equipment in use or resist making changes at home, caregivers continue their work even though there were remarkable risks. It also may took long time to receive proper equipment like beds or lifting aids.

At organisatory level there should be guidelines according to education of ergonomic activating patient handling skills. CHECK- evaluation tool was considered to be a good help at evaluation situations. Feedback was that tool also gave new information through pictures of the equipment and feedback from the questions. CHECK- tool should be developed further to a mobile app to be easy-access and easy to use.

Key words: home care, ergonomics, risk evaluation, equipment, accessibility

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	8
3. RESPECTA.....	9
4 KOTIHOIDOSSA TUETAAN ASIAKKAAN TOIMINTAKYKYÄ.....	10
4.1 Toimintakyvyn arviointi kotihoitopalveluiden perustana	10
4.2 Hyvä fyysinen toimintakyky edistää kotona pärjäämistä.....	11
5 KOTIHOIDON LAINSÄÄDÄNTÖ.....	12
5.1 Palvelurakennemuutos haastaa kotihoidon toimintamallit	12
5.2 Lainsäädäntö ohjaa kotihoitotyötä.....	12
6 ERGONOMIAINTERVENTIOILLA KEVENNETÄÄN KOTIHOITOTYÖTÄ	16
6.1 Ergonomiainterventioiden vaikuttavuus	16
6.2 Kotihoitotyön kuormitustekijät.....	19
6.3 Moniammatillisuuden hyödyt kotihoitotyössä.....	20
6.4 Esimiestyön merkitys työkäytänteiden kehittämisessä.....	21
7 TYÖYMPÄRISTÖNÄ ASIAKKAAN KOTI	22
7.1 Ympäristön haasteet ja esteettömyys	23
7.2 Riskien arviointi	25
7.3 Kotihoidon apuvälineet ja ergonomia	25
7.3.1 Apuväline tukee toimintakykyä	25
7.3.2 Keveyttä työhön ergonomialla.....	27
8 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	29
8.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa ja tutkimusmenetelmät.	29
8.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruumenetelmä	31
8.3 Haastatteluaineiston analysointi	31
8.4 CHECK- arviointityökalun prosessikuvaus	33
8.4.1 CHECK työkalun osiot	34
8.5 Positiivinen SUS (Positive System Usability Scale) - arviointilomake	36
9 TULOKSET	37
9.1 Kotihoitotyön haasteet ja kuormitustekijät hoitajien kokemana	38
9.1.1 Kodin tilojen haasteet	38
9.1.2 Apuvälineet ja tarpeen arviointi kotihoidossa.....	38
9.1.3 Ergonomiset työskentelytaidot	39
9.1.4 Kuormitustekijöiden ratkaisujen esteet.....	40
9.2 Esimiehille näyttäytyvät kotihoitotyön haasteet ja kuormitustekijät.....	41
9.2.1 Fyysiset haasteet	41

9.2.2 Työympäristön haasteet ja apuvälineiden saatavuus	41
9.3 Kehitysehdotukset	42
9.3.1 Moniammatillisuus ja koulutusmahdollisuudet	42
9.3.2 Ennaltaehkäisy ja ohjaus.....	43
9.4 CHECK- työkalun käytettävyys	44
10 POHDINTA	45
10.1 Tulosten tarkastelua.....	45
10.2 Tutkimusprosessin eteneminen	47
10.3 Tutkimuksen eettisyys	48
10.4 Tutkimuksen luotettavuus	49
10.5 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet.....	50
LÄHTEET.....	52
LIITTEET	57
Liite 1. Haastattelukysymykset hoitajille	57
Liite 2. Haastattelukysymykset esimiehille:.....	58
Liite 3 Kotihoidon CHECK- pilottiversion etenemismallia 1/3	59
Liite 3. Kotihoidon CHECK- pilottiversion etenemismallia 2/3	60
Liite 3 Kotihoidon CHECK- pilottiversion etenemismallia 3/3	61
Liite 4 Kotihoidon CHECK- työkalun ohjeistus pilotointiin osallistuneille hoitajille	62
Liite 5. Positive System Usability Scale. CHECK- työkalun käytettävyyden arviointi.	63

1 JOHDANTO

Suomessa, kuten myös muualla läntisessä maailmassa, väestö vanhenee koko ajan. Vuoden 2013 lopussa 65 vuotta täyttäneitä oli yli miljoona. Vuoteen 2060 mennessä eläkeikäisten, vähintään 65 vuotta täyttäneiden määrä nousee nykyisestä, hieman yli miljoonasta 1,79 miljoonaan ja yli 85-vuotiaiden määrän ennustetaan nousevan 108 000:sta 463 000: en. (Tilastokeskus 2014.)

Väestön ikääntyessä hoidon tarve lisääntyy, vaikka osa ikääntyneistä pysyy pitkään hyväkuntoisena ja selviää itsenäisesti tai tilapäisen ulkopuolisen avun turvin kotona. Suomessa ikääntyneiden hoiva- ja palvelumallin kehittämistavoitteena on vähentää vanhuslaitoshoitoa ja tukea ikäihmisten kotona asumista. Palvelurakennemuutoksen tavoitteena on ollut, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 % asuu itsenäisesti tai kattavien ja tarkoituksenmukaisten Sosiaali- ja terveystalvelujen turvin kotona (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 3.)

Suomessa ikääntyvien palvelut pyritään aktiivisesti turvaamaan erilaisin toimin. 2000-luvun alussa tulivat Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton laatimat yhteiset laatusuositukset, joita on myöhemmin päivitetty. Niissä on erityisesti kunnille suunnattuja ohjeistuksia ikäihmisten palveluiden kehittämiseen. Valtiovalta on myös asettanut tavoitteen turvata ikääntyneiden mahdollisuus asua kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman pitkään ja tämä on pakottanut kunnat etsimään erilaisia ratkaisuja vaatimusten täyttämiseksi. (Noro 2015,8) Hallituksen hankkeena on vuosina 2016–2018 toteutettava kotihoidon kehittämiseen ja omaishoidon vahvistamiseen liittyvä kärkihanke: ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa”. Tavoitteena on uudistaa ikäihmisten kotihoidon palvelurakenteita terävöittäen kotiin annettavien palvelujen ensisijaisuutta. Palvelukokonaisuuksia on tarkoitus kehittää ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistamiseksi sekä pyrkiä kokoamaan entistä tiiviimmin toimintakykyä ja tervettä ikääntymistä edistäviä palveluita, sekä monialaista kuntoutusta jotta toimet olisivat entistä kiinteämpi osa kotiin tuotavien palveluiden kokonaisuutta. Muutosohjelman tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua lisäämällä ja kehittämällä kotihoitoa ja tukemalla omais- ja perhehoitoa. (Voutilainen, Noro, Karppanen & Raassina 2016, 6-7.)

Kotihoidon tulee pystyä vastaamaan lisääntyneisiin haasteisiin työskennellen tehokkaasti, ergonomisesti sekä työ-, että potilasturvallisuuskohdat huomioon ottaen, on kotihoidon toiminta myös murroksessa. Hoitajan tulee tunnistaa asiakkaan voimavarat aktivoiden sekä työskennellen ergonomisesti. THL:n mukaan eniten lisäkoulutusta tarvitaan juuri toimintakyvyn moniulotteiseen arvioimiseen. (Kehusmaa, Alastalo & Luoma 2017).

Tamminen-Peter, Eloranta, Kivivirta, Mämmelä, Salokoski & Ylikangas (2007, 37) ja Työterveyslaitos (2016a) määrittelevät ergonomisesti oikean työskentelyn kyvyksi tunnistaa asiakkaan voimavarat ja hyödyntää niitä niin, että asiakas pääsee mahdollisimman kevyesti avustaan siirtymään turvallisesti ja miellyttävästi. Potilassiirto on yhteistyötä asiakkaan, hoitajan ja mahdollisen toisen hoitajan kanssa. Voimavarat, toivomukset ja liikkuminen on selvitettävä ennen avustamista. Asiakkaalle kerrotaan vaiheittain mitä tehdään, kannustaen olemaan mukana voimavarojensa mukaisesti, jotta hän saa olla aktiivisena siirtotilanteessa. Tämä vähentää hoitajan kuormitusta ja aktivoi asiakasta, (Tamminen-Peter ym. 2007, 37–38.).

THL:n Vanhuspalvelujen seurantatutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaiden määrä on lisääntynyt mutta henkilöstön määrä vähentynyt. Päivittäinen asiakasmäärä on kasvanut noin 3000:lla kahden vuoden takaisesta seurantatutkimuksesta. Tuona aikana henkilöstön määrä on vähentynyt 400 henkilöllä. Asiakasmäärät tulevat yhä kasvamaan väestön ikääntymien myötä. Näyttää siltä, että palvelurakennemuutoksessa on keskitytty laitoshoidon purkamiseen, mutta kotihoidon resursointi lisääntyvän asiakasmäärän myötä on jäänyt tekemättä. (Kehusmaa ym. 2017.) Painopisteen siirtyessä kotihoitoon, tulee työn kuormittavuustekijöitä tarkastella kriittisesti. Kotihoitotyö on toimintaympäristöltään erityislaatuista, haasteen luovat yksilölliset kodin tilat. Sipiläinen on väitöskirjassaan (2011, 5) tuonut esille näkökulmia avustamisesta ja kotien soveltumisesta liikkumiseen apuvälineiden avulla. Tilat, apuvälineet sekä esteettömyyden huomiointi ovat asioita, mihin tulee kiinnittää huomiota arvioinneissa. Työn fyysinen kuormittavuus, laatu sekä hektisyys aiheuttavat haasteita ja kotihoidossa on sairauspoissaoloja tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi paljon. Tämän vuoksi tarvitaan uutta perspektiiviä kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä tukeviin näkökulmiin sekä työ- ja potilasturvalliseen työskentelyyn asiakkaiden kotona. Millaisia ovat kotihoitotyön kuormitustekijät asiakkaiden kotona työskennellessä hoitajien ja esimiesten näkökulmista? Tähän kysymykseen haemme vastausta tämän tutkimuksen avulla.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia haasteita ja kuormitustekijöitä asiakkaiden kotona työskennellessä on sekä hoitotyöntekijöiden että esimiesten näkökulmista.

Tavoitteena on laatia työn tilaajalle, Respectalle kotihoidon CHECK-arviointityökalun pilottiversio mikä koekäytetään ja minkä palaute kerätään Pirkkalan kotihoidon ja Kolmostien Terveys Oy:n, Parkanon kotihoidon henkilöstöltä.

Työ on rajattu koskemaan kotihoidossa tapahtuvaa toimintakyvyn, apuvälinetarpeen sekä riskien arviointia, kotihoidon työntekijöitä ja esimiehiä. Työssä tuodaan esille haastatte- luissa esiin nousevia kotihoidon haasteita, kuormitustekijöitä sekä toimenpiteitä peilaten niitä kotihoitotyön lainsäädäntöön sekä aiempiin tutkimuksiin. Näiden tekijöiden ja tu- losten avulla rakennetaan kotihoidon CHECK- arviointityökalu.

3. RESPECTA

Respecta Oy on Suomen suurin ja monipuolisin apuvälineisiin erikoistunut yritys, jonka tavoitteena on erilaisten apuvälineiden ja ratkaisujen avulla säilyttää ja parantaa ihmisten itsenäistä selviytymistä, elämänlaatua ja elinpiiriä. Respecta Oy perustettiin vuonna 2000 Suomen Punaisen Ristin Proteesipajan sekä Proteesisäätiön yhdistäessä toimintansa. Respectalla on apuvälineklinikkoita ympäri Suomea, jotka tarjoavat korkealaatuista osaamista apuvälinealalla. Laadukas apuvälinearvio, apuvälineen valmistus, asentaminen ja käyttöönoton opastus vaativat monen eri ammattikunnan osaamista. Tämän takia Respectassa toimii monen eri ammattikunnan edustajia. (Respecta 2017a.)

Respecta on valtakunnallinen toimija ja osa kansainvälistä Ottobock- konsernia. (Respecta 2017b.) Respectalla on pitkä historia erilaisten apuvälineratkaisujen tuottamisessa. Respecta välittää työhyvinvointiratkaisuja terveydenhuoltoalalle tarjoamalla apuvälineitä, ohjausta ja koulutusta sekä räätälöityjä ratkaisuja erilaisiin tarpeisiin. Respectalla on myös laaja valikoima ergonomian apuvälineitä siirtämiseen, liikkumiseen, tukemiseen, nostamiseen ja asennon kohottamiseen. (Respecta 2017c.)

Respecta on kehittänyt sähköisen netistä vapaasti saatavilla olevan Työympäristön-Check työkalun Handicare:n paperisen arviointimenetelmän pohjalta. Työkalu on suunniteltu potilassiirtotilanteiden riskien arviointiin ja toimintasuunnitelman tekemiseen erilaisissa osastoympäristöissä, esim. vuodeosastoilla. erikoissairaanhoidossa tai palveluasumisen yksiköissä CHECK menetelmän tausta-ajatuksena on, että avustettavien toimintarajoitteet ja passiivisuus lisäävät avustajien työkuormitusta ja tarvetta. Apuvälineiden käytöllä avustajien tarvetta ja kuormitusta voidaan vähentää. (Fagerström, Kärmeniemi, Lehtonen, Lehtonen & Tuominen 2014,3.)

4 KOTIHOIDOSSA TUETAAN ASIAKKAAN TOIMINTAKYKYÄ

Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on kotihoidossa tapahtuva asiakkaan toimintakyvyn, apuvälinetarpeen sekä riskien arviointi. Keskeisiä käsitteitä ovat kotihoito, ergonomia, apuvälineet, riskien arviointi, esteettömyys.

Ikääntyneen toimintakyvyn muuttuessa ja silloin, kun hänen omassa arjessa selviytymisestään tulee haasteellista, tarvitsee ikääntynyt toimintakykyä ja arjen toimintojen sujuvuutta tukevia palveluita. Tarvittavien kotihoidon palvelujen saamiseksi asiakkaan tilanne kartoitetaan ja kotihoidon tarve arvioidaan. Kotihoidon tehtävänä on kartoittaa asiakkaan arjen haasteet, toimintakyky ja kotiympäristö. Jotta iäkkään asiakkaan toimintakyky pystyttäisiin kartoittamaan kattavasti, tulee ottaa huomioon useita näkökulmia. Fyysisen toimintakyvyn arvioimisen lisäksi ovat psyykkisen-, kognitiivisen, ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmat, mitkä tulee ottaa huomioon. Lisäksi tulee selvittää jo aiemmin mainittu asuinympäristön vaikutus toimintakykyyn sekä apuvälineiden käytön mahdollisuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 4, Sipiläinen 2011,5.)

4.1 Toimintakyvyn arviointi kotihoitopalveluiden perustana

Kotihoito on kotipalvelujen, tukipalvelujen sekä sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus, jolla autetaan kotona asuvia, eri-ikäisiä avun tarvitsijoita, joiden toimintakyky on heikentynyt joko tilapäisesti tai pysyvästi. Kotihoidon palveluilla ja kotisairaanhoidolla tuetaan ikääntyneen toimintakykyä ja hänen omassa arjessaan selviytymistä. Jotta toimintakykyä voidaan tukea ja sen ylläpidon ja edistämisenkin tavoitteita kartoittaa, tulee asiakkaan toimintakyvyn nykytila tietää sekä huomioida asiakkaan arjen toiminnot, niistä selviytyminen sekä hänen omat tavoitteensa arjen toiminnoille, sujuvuudelle ja toimintakyvylle. (Ikonen 2015, 15–17.)

Kotihoidossa ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen ovat keskeisiä asioita. Kun asiakkaan omat voimavarat ovat käytössä, voidaan asiakkaan kotona selviytymistä tukea ja vaikuttaa siihen, ettei asiakas etene laitospalveluihin toimintakyvyn heikkenemisen myötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 40.) Sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon voi kunnan toimesta yhdistää kotihoidoksi. Vuonna 2009 kotisairaanhoidon ja kotipalvelu oli yhdistetty 71%:ssa kunnista. Kotihoidon yhdistetyn toimintamallin tavoitteena on saumaton hoito-

ja palvelukokonaisuus. Kotihoidon palvelut ovat tarkoitettu asiakkaalle, joka tarvitsee sairauden tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi tukea ja apua kotona selviytymisessä niin arkipäivän toiminnoissa kuin henkilökohtaisissa toimissa, esimerkiksi hygieniahoidot, ruoan valmistaminen, lämmittäminen, liikkuminen tai siirtyminen. Kotihoidon henkilöstö koostuu pääasiassa lähihoitajista, sairaanhoitajista, kotiavustajista ja kodinhoitajista. (Ikonen 2015, 15–17.)

4.2 Hyvä fyysinen toimintakyky edistää kotona pärjäämistä

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista – työstä, opiskelusta, vapaa-ajasta ja harrastuksista, itsestä ja toisista huolehtimista – siinä ympäristössä, jossa hän elää. Yksilön toimintakyky riippuu myös ympäristön myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista. Asuin- ja elinympäristöön liittyvillä tekijöillä, muiden ihmisten tuella tai erilaisilla palveluilla voidaan tukea ihmisen toimintakykyä ja selviytymistä arjessa. Toimintakykyä voidaan kuvata myös tasapainotilana kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. Hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ja niitä tukeva ympäristö auttavat ihmisiä voimaan hyvin, löytämään paikkansa yhteiskunnassa, jaksamaan työelämässä eläkeikään asti sekä vanhana selviytymään arjesta itsenäisesti (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

Käsitlemme tässä tutkimuksessa kotihoidon asiakkaan toimintakykyä lähinnä fyysisestä näkökulmasta. Fyysinen toimintakyky tarkoittaa toiminnallisia kykyjä selvitä ponnisteluista jotka vaativat elimistöltä fyysistä suoritusta ja tavoitteista jotka on sille asetettu. Ilmenemismuoto esiintyy kykynä liikkua omin voimin, huolehtia itsestä ja päivittäin tapahtuvista toimista sekä kyvystä osallistua harrastustoimintaan. Lisäksi terveellinen ruokavalio ja riittävä lepo auttavat selviytymään arkipäivän toiminnoista ja rasitteista. Hyvä fyysinen toimintakyky auttaa nauttimaan myös vapaa-ajasta ja harrastuksista. Ratkaisevasti fyysinen toimintakyky vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin päivittäin. Fyysinen toimintakyky käsittää kestävyuden, liikkuvuuden, nopeuden, voiman ja taitavuuden osa-alueet. Jokainen meistä pystyy kehittämään näitä osa-alueita. Fyysistä toimintakykyä ei voi varastoida, sen osa-alueita ylläpidetään ja kehitetään säännöllisesti tapahtuvalla harjoittelulla. (Opetushallitus 2011.)

5 KOTIHOIDON LAINSÄÄDÄNTÖ

5.1 Palvelurakenneuudistus haastaa kotihoidon toimintamallit

Kuten johdannossa jo mainittiin, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan kotihoidon asiakkaiden määrä on lisääntynyt, kun taas hoitajien määrä on vähentynyt. Palvelurakenneuudistuksen vaikutukset ovat siis olleet toivottuja, vaikka kotihoidon resursointiin ei ole vielä herätty (Kehusmaa ym. 2017.) Asiakkaiden kuntoutustoimenpiteiden painopistettä on siirretty koteihin ja asiakkaita kotiutetaan entistä varhaisemmassa vaiheessa sairaalahoidosta. Nämä tehtävät vaativat resursseja. (Kehusmaa ym. 2017.) Kuitenkin on todettu, että kotihoidossa on työperäisiä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmia ja sairauspoissaoloja henkilöstöllä paljon ja ne ovat asia, johon tulee tarttua, jotta kotihoitoa voidaan kehittää vaatimusten mukaisesti. Resurssien väheneminen ja asiakasmäärän lisääntyminen luovat painetta toimintojen tehostamiseen ja julkinen kotihoito onkin ottanut huomattavan askeleen eteenpäin teknologian hyödyntämisessä henkilöstön työnteon helpottamiseksi mahdollistamalla muun muassa mobiilikirjaukset. (Kehusmaa ym. 2017).

Meneillään olevassa hallituksen kärkihankkeessa otetaan kantaa kotihoidon hoitajien työturvallisuuteen. Kärkihankkeen alaisuudessa toimii kotihoidon sisältöjä kehittävä alatyöryhmä. Kyseisen työryhmän selvityksen alaisena ovat myös asiakkaiden kotona asumisen-, ja selviytymisen tueksi haettavat innovatiiviset ratkaisut sekä erilaiset tekijät, jotka mahdollistavat ja turvaavat iäkkäiden turvallisen kotona asumisen lisääntymisen. (Voutilainen ym. 2016, 14.)

5.2 Lainsäädäntö ohjaa kotihoitotyötä

Kotihoidossa useat lait ja asetukset ohjaavat hoitajien työtä ja määrittävät työhön liittyviä suosituksia. Olemme keränneet tähän tutkimukseen taulukkomuodossa kotihoitotyötä ohjaavia lakeja ja asetuksia niiden sisältöjen selkeyttämiseksi. (taulukko 1). Työturvallisuuslain uudistuksessa työkyvyn turvaamiseksi on kiinnitetty huomiota myös työstä ja työympäristöstä johtuviin henkisiin haittoihin fyysisten haittojen ohella. Kotiympäristössä työskentely edellyttää sellaisia taitoja ja toimintatapoja, jotka vaalivat asukkaan yksityisyyttä ja kodin tuntua. Kuitenkin sillä hetkellä, kun kotihoidon hoitaja työskentelee asiakkaan kotona, on se myös työntekijän työpaikka. Tämä asettaa haasteita sille, että

työnantajan tulisi olla koko ajan selvillä työympäristön ja työyhteisön tilasta sekä työtapojen turvallisuudesta. Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä velvoittaa työnantajaa antamaan työntekijän käyttöön mekaanisia laitteita sellaisissa työtilanteissa, joissa käsin tehtävien nostojen yhteydessä selän vaurioitumisriski on suuri. Työsuojelun valvontalain perusteella työntekijöitä edustavalla työsuojeluvaltuutulla on oikeus osallistua työpaikan turvallisuutta ja terveellisyttä koskeviin asioihin työntekijän pyynnöstä (Martimo ym. 2010,37, Suutarinen & Vesterinen 2010,50.)

TAULUKKO 1. Kotihoidon toimintaa ohjaavia lakeja, asetuksia ja päätöksiä

Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1933	Työnantajan on annettava käyttöön mekaanisia laitteita taakkojen nostoon
Valtioneuvoston asetus työpaikkojen turvallisuus ja terveystaakimuksesta 2003/577	Työympäristön turvallisuuden ja terveellisyden parantaminen.
Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta (403/2008)	Työpaikalla käytössä olevien työvälineiden hankintaan, käyttöön, kunnossapitoon, turvallisuuteen & tarkastamiseen liittyvä asetus Työvälineen tulee turvallinen, säännösten mukainen ja suoritettavaan työhön ja työolosuhteisiin sopiva. Työnantaja; työntekijöille opetusta ja ohjausta työvälineiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä, asentamisesta sekä käyttöönotosta
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559)	Potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua edistävä laki varmistaa, että laissa tarkoitettulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet.
Työterveyshuoltolaki (2001/1383)	Työterveyshuollon osallistuminen työyhteisöjen toiminnan kehittämiseen ja työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisemiseen. Työntekijöiden toiminta-

	ja työkyvyn parantaminen. Työympäristön turvallisuus ja terveellisyys
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785)	Laki määrittelee mm. hyvän terveyden- ja sairaanhoidon, potilaan ja omaisen tiedonsaantioikeuden, potilaan itsemääräämisoikeuden sekä alaikäisen potilaan aseman. Hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Oikeus hyvään kohteluun, ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen.
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000	Asiakkaalla oikeus saada asianmukaista ja laadultaan hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Vaihtoehtoista kerrottava avoimesti ja ymmärrettävästi. Sosiaalihuollossa laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. Ensimmäisessä otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen.
Valtioneuvoston asetus nuorille työntekijöille erityisen haitallisista töistä	Työssä ei saa käsitellä aineita tai välineitä, jotka voivat aiheuttaa terveydellistä vaaraa tai haittaa.
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden Sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 (nk. vanhuspalvelulaki)	Lain tarkoituksena tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista: Parantaa ikääntyneen väestön osallisuuden mahdollisuuksia elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa, saaden

	<p>laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää. Kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä.</p>
<p>Työsopimuslain työturvallisuusvelvoitteet (työnantajan ja työntekijän velvollisuudet) (Työsopimuslaki 2001/55)</p>	<p>Työnantajan huolehdittava työturvallisuudesta työntekijän suojelemiseksi tapaturmilta ja terveydellisiltä vaaroilta niin kuin työturvallisuuslaissa (738/2002) säädetään. (23.8.2002/750). Työntekijän on tehtävä työnsä huolellisesti noudattaen määräyksiä, joita työnantaja antaa toimivaltansa mukaisesti työn suorittamisesta. Työntekijän on noudatettava työtehtävien ja työolojen edellyttämää huolellisuutta ja varovaisuutta sekä huolehdittava käytettävissä olevin keinoin niin omasta kuin työpaikalla olevien muiden työntekijöiden turvallisuudesta.</p>

6 ERGONOMIAINTERVENTIOILLA KEVENNETÄÄN KOTIHOITOTYÖTÄ

Tutkimuksen pohjaksi on tehty kirjallisuuskatsaus (liite 6), minkä avulla etsittiin tutkittua tietoa kotihoidon hoitajien työn kuormittavuudesta ja haasteista kotihoitotyössä. Käsittelemme aihealueeseen liittyviä tutkimuksia kappaleissa 6 ja 7 tutkimukseen liittyvien käsitteiden yhteydessä. Aikaisemmat tutkimukset kerättiin kirjallisuuskatsauksen avulla huhtikuussa ja toukokuussa 2016. Tuolloin opinnäytetyömme aihe liikkui vielä vahvemmin kotihoidon apuvälineissä. Teimme kirjallisuuskatsauksen informaattikon avulla, jotta saimme työhön liittyvät hakusanat oikein. Hakusanoja kansainvälisissä tietokannoissa (Cinahl, Melinda, Google Scholar) olivat: homecare, elderly people, homecare nurse, homecare worker, equipment, aid devices, assisting, ergonomics. Kotimaisista tietokannoista (Tamk Finna, Melinda) hakuja tehtiin yleisen suomalaisen asiasanaston (Ysa:n) mukaisesti sanoilla: apuväline, aktivointi, kotihoito, kotona asuminen, ikääntyneet, kotihoidon työntekijä, fyysinen toimintakyky, toimintakyky ja ergonomia. Tiedonhaussa etsittiin tutkimuksia julkaisuvuosilta 2006-2016. Tuloksista otettiin mukaan ylempien ammattikorkeakoulun tutkimukset sekä siitä ylempien tutkintojen mukaiset aineistot, väitöskirjat ja tutkimukset.

Hakurajauksia ei noudatettu aivan tarkasti, koska kyseessä ei ollut systemaattinen katsaus vaan aiheeseen haluttiin perehtyä siten, että esimerkiksi eri lähteissä mainittuja viitteitäkin otettiin tarkasteluun. Suoraan kotihoidon kontekstiin liittyviä tutkimuksia oli vähän, minkä vuoksi laajensimme otantaa. Emme ottaneet tähän tutkimukseen varsinaisia kuntoutukseen liittyviä tutkimuksia, vaikka niitä kirjallisuuskatsaukseen nostettiin. Tämän tutkimuksen teoriapohjaa täydentämään haettiin lisää suomenkielisiä tutkimuksia, joita löydettiin aiheeseen liittyvien tutkimusten ja artikkeleiden viitetiedoista. Tutkimuksen edetessä on tutkittu kotihoidon uusimpia tilastoja THL:n sivuilta sekä kotihoidon kontekstiin liittyvää tiedotusta sekä SOTE-uudistuksen että tilastoinnin valossa.

6.1 Ergonomiainterventioiden vaikuttavuus

Ergonomiainterventioilla tarkoitetaan interventiota, jossa hyödynnetään monialaista ergonomiatietoa, jonka avulla työvälineet, työympäristö ja työ itsessään sekä muu toimintajärjestelmä sopeutetaan vastaamaan ihmisen ominaisuuksia ja tarpeita ja työ näin saadaan tekijänsä sopivasti kuormittavaksi. Toimenpiteet interventiossa voivat kohdistua

organisaation eri tasoihin ja tekijöihin, yksilöön, työyhteisöön tai työhön. (Launis & Lehtelä 2011, 19-20.)

Erilaisten ergonomiainterventioiden vaikutuksista hoitohenkilökunnan koettuun sekä todettuun kuormitukseen tiedetään olevan hyviä vaikutuksia. Tutkimusten mukaan henkilöstön ergonomiakoulutus (Kuva 1) sekä apuvälineet vähentävät tules-ongelmia huomattavasti.



Kuva 1. Kotihoidon ergonomiakoulutus. Seisomanojanostimen käytön harjoittelua.

Pelkästään potilassiirtotilanteissa henkilönostinten käyttö (seisomanojanostimet, passiivinojastimet) vähentää nostotapahtumissa tapahtuvia vammoja 39–79%, ja sairauspoissaolojen määrään voidaan vaikuttaa alentavasti apuvälineiden avulla, mikä on hyvää kehitystä oikeaan suuntaan. (Department of Health and Human Services 2010, 6.)

Yksi haun tuloksena löytynyt tutkimus oli työryhmän Capewell, Rockefeller, & Brown vuonna 2011 tehty tutkimus kotihoitoon kehitettävästä apuvälinepakkauksesta. Tutkimuksessa selvitettiin, väheneekö hoitajan kokema fyysinen kuormitus sekä tules- peräiset vaivat erilaisten ergonomiainterventioiden avulla. Tämän tutkimuksen tulos oli lupaava ergonomiainterventioiden vaikuttavuuden kannalta. Tutkimuksessa tuotiin hyvin ja laajalti esille kotihoidon henkilöstön työperäiset tuki- ja liikuntaelimestön oireiden laajuudet. Tässä Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa tuotiin esille se että, hoitohenkilöstöä oli

koulutettu turvallisiin potilassiirtotaitoihin, mutta kotihoitoon ei ole tarjottu käyttöön apuvälineistöä taitojen käytön mahdollistamiseksi. Tämän vuoksi tukijat ovat päättäneet lähteä kartoittamaan juuri kotiooloissa tapahtuvaa työtä ja sen keventämismahdollisuuksia. Kotona tapahtuva työ on haasteellisempaa ja vähemmän ennakoitavissa olevaa kotien rakenteiden, kalusteiden sijoittelun ja tilojen puutteen vuoksi.

Kyseisen tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää kotihoitoon pakkaus, mikä sisältäisi turvallisia potilassiirtotilanteita keventäviä apuvälineitä. Apuvälineinä olivat mm. liukulaakat, kannettavat nostimet, siirtovyöt sekä ilmapatjat. Tutkimuksen tavoitteena oli myös demonstroida, kuinka kyseisiä apuvälineitä käyttämällä voidaan helposti vähentää työperäistä fyysistä kuormitusta sekä tules-peräisiä oireita.

Tutkimuksen tuloksina Capewell ym.(2011, 27) kollegoineen totesi, että kotihoidon henkilöstön tuki- ja liikuntaelinperäiset vaivat ja kivut vähentyivät merkittävästi monitahoisien interventien aikana, mikä sisälsi seuraavat osiot; 1) apuvälinetarpeen arvio tehtiin toimintakyky-perusteisesti kullekin kotihoidon asiakkaalle jotta oikea apuväline tulisi käyttöön, 2) riskien arviointi asiakkaan toimintakykyyn liittyen tehtiin kotihoidon hoitajan ensikäynnillä yhdessä terveysalan asiantuntijan kanssa, 3)asiakkaan hoitosuunnitelmaa päivitettiin siten, että apuvälineet ja avustamistapa olisivat toimintakykyperusteisia, ja otettu huomioon hoitosuunnitelmassa, 4) Apuvälineiden käytön sekä siirtotaitojen tekninen opetus toteutettiin kaikille hoitajille sekä 5) tutkija oli itse mukana ohjaamassa hoitajia työperäisten selkävaivojen ennaltaehkäisyssä.

Toisen, täysin kotihoidon ympäristöön liittyvän selvityksen tulokset olivat lähes samat. Kotihoidon riskejä selvittäneen työryhmän (Department of Health and Human Services, 2010,6-7.) raportin mukaan kotihoitotyön kuormittavuuden vähentämiseksi nostettiin ergonomiset interventiot, joiden vaikuttavuuden tuloksia oli koottu kattavasti eri tutkimuksista. Tässä selvityksessä todettiin, että hoitajien suunnitelmallinen kouluttaminen ergonomisiin työskentelytapoihin, lisäten ymmärrystä siitä, mitä kehossa tapahtuu ns. ”väärin” työskennellessä on ensiarvoisen tärkeää lähdettäessä puuttumaan kotihoitotyön fyysisiin riskitilanteisiin ja keventämään kotihoitotyötä. Hoitajat tarvitsevat runsaasti ohjausta ja koulutusta kotihoidossa tarvittavien apuvälineiden käyttöön ja kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apuvälineitä käyttöönsä.

6.2 Kotihoitotyön kuormitustekijät

Tutkimuksista tuli esiin yhtenäisiä tuloksia asiakkaiden kotona työskentelyn kuormitustekijöistä. Capewell ym. (2011, 23–25) toivat esille sen, että usein vuodesiirrot sekä suihkutustilanteet olivat kaikista kuormittavimpia hoitotilanteita. Heidän tutkimuksessaan oli huomioitu myös, että liian matalat sängyt asiakkaiden kotona aiheuttivat haasteita ergonomisille työskentelyasennolle. Kahvallisilla siirtolakanoilla pystyttiin vaikuttamaan sängyssä tapahtuviin siirtoihin kuormitusta vähentävästi. Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että oviaukkojen kapeudet ja tilan ahtaudet asiakkaiden kodeissa asettavat hurjasti haasteita myös tulevaisuudessa kehitettävälle apuvälineille; niiden tulisi olla vakaita mutta keveitä, mahtua hyvin eri tiloihin ja kulkea hyvin eri lattiamateriaaleilla. Tutkijat nostivat esiin seisomanojanostimen käytön; se koettiin erityisen hyväksi, kun asiakasta oltiin siirtämässä suihkuun/suihkusta, koska esim. pyörätuolilla asiakkaan vieminen suihkutilaan ja siellä asiakkaan siirtäminen suihkutuoliin vei enemmän tilaa eikä se usein mahdollista hyvää työskentelyasentoa toisin kuin seisomanojanostimella avustettaessa.

Department of Health and Human Services (2010) on Yhdysvalloissa tehnyt selvityksen kotihoidon haasteista. Selvityksen tulokset ovat aiempaan verraten lähes yhtenäisiä kuormitustekijöiden arvioinnin ja selvityksen kannalta, Kotihoidossa kuormittavimpia toimenpiteitä tämän selvityksen mukaan ovat hygieniahoitot, suihkutustilanteet, vuodesiirrot sekä asiakkaan siirtäminen paikasta toiseen tai esim. avustaminen sängystä ylös/ seisomaan. Myös toistettavista liikkeistä aiheutuu haittaa hoitajille, kun ne toistetaan haasteellisissa työskentelyasunnoissa. Koska kotona asuvien asiakkaiden tilat ovat usein ahtaat ja monitahoiset, riskeiltä on hankala välttyä hoitotoimenpiteiden aikana. Hoitajilla tulee usein pakotettu pitkäkestoinen eteenpäin kumarrus esim. liian matalien sänkyjen vuoksi tai kiertoasentoja esimerkiksi hygieniapesuissa, suihkutustilanteissa sekä siirtotapahtumissa. (Department of Health and Human Services, 2010,6.)

Sipiläisen (2011, 151) tutkimuksessa tuli esille, että kotihoidon kannalta eniten haasteita esiintyy wc-, peseytymis-, ja makuutiloissa sekä niiden välisillä liikkumisreiteillä, sillä näissä tiloissa tehdään eniten avustamistehtäviä. Kotihoidon työntekijöiden työn kuormittavuuteen vaikuttivat sopivien työvälineiden puute, kotien ahtautek ja kiire. Myös tässä tutkimuksessa tuotiin esille samat tekijät, mitä Capewell Ym. (2011, 23) olivat huomioineet, että asuntojen ahtautek ja kapeat oviaukot koettiin erityisen haasteellisina ja Sipi-

läinen tuo esiin näkökulman siitä, että ne ovat myös apuvälineiden käytön esteenä. Haastavimpia työtehtäviä Sipiläisen selvityksen mukaan olivat asiakkaiden siirto- ja nostotilanteet sekä vuoteessa tapahtuvat hoitotoimenpiteet- tai siirrot. (Sipiläinen (2011, 151–152.))

6.3 Moniammatillisuuden hyödyt kotihoitotyössä

Kuten jo aiemmin on tullut esille, moniammatillisen työskentelyn koetaan olevan avainasemassa kehitettäessä työkäytänteitä. Suomalainen (2016, 8) on tiivistänyt hyvin Fysioterapian lehdessä ikääntyneiden teemanumerossa moniammatillisuuden hyötyjä. Eteläkarjalaisen ”Eksoten mallista” on jo suurin osa hoito- sekä kuntoutusalan ammattilaisista kuullut ja tuon kehitystyön tuloksista nimenomaan. Eksoten alueella kotihoidossa on useita fysioterapeutteja ja kotikuntoutus ylettyy sairaalasta saattaen kotiin, missä ensimmäinen selvityskäynti tehdään työparina. Fysioterapeuttien kotikäyntejä on lisätty ja ennaltaehkäisyyn on painotettu. Arjen toimintojen sujuvuutta tuetaan kuntoutuksellisin toimin, mutta myös kotona tarkastellen ja suorittaen kyseisiä toimintoja yhdessä tai ohjaten, esimerkkinä vaikka puuron keitto. Tavoitteena Eksoten mallissa kuitenkin on ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen ja moniammatillinen vaikuttaminen siten, että päästään mahdollisimman lähelle lähtötilannetta. Asiakas on keskeisessä osassa ja näin ollen hän itse asettaa omat tavoitteensa kuntoutumiselle. (Suomalainen 2016, 5-8)

Kotikuntoutus toteutetaan moniammatillisissa tiimissä, missä jokaisella ammattilaisella on oma paikkansa. Tutkimuksessa yhtenä rahoittajana on ollut Kela. Eksoten kotikuntoutusmallin kehittämisestä on saatu selviä tuloksia. Koska asiakkaan ei ole tarvinnut tukea muihin Sosiaali- ja terveystieteisiin, oli vuosina 2012-2014 saatu säästöjä jo 2,3 miljoonaa euroa. Hyvänä asiana artikkelissa nostetaan esille myös se, että hoitotyön alalla ollaan siirtymässä enemmän asiakasta itseään aktivoivaan suuntaan. Oman toimintakyvyn mahdollistaminen ja toimintoihin kannustaminen on kannattavaa, samalla kun asiakas on omien tavoitteiden asetteluiden avulla keskiössä kotona tapahtuvassa kuntoutuksessa. (Suomalainen 2016, 5-8)

6.4 Esimiestyön merkitys työkäytänteiden kehittämisessä

Useissa eri tutkimuksissa päätelminä todetaan esimiestyön tärkeys ergonomiainterventoiden eteenpäin viemisessä. Esimiestasolla ergonomiakoulutukset tulisi tutkimusten mukaan mahdollistaa ja moniammatillisen työn hyödyntäminen nostettiin tärkeäksi. Asiakkaan toimintakykyä sekä apuvälineiden tarvetta arvioivien asiantuntijoiden käyttö arviointitilanteissa moniammatillisesti toimien on tutkimusten mukaan hyödyllistä. Myös ergonomisten apuvälineiden hankinnan helpottamista, hankintaa sekä käytön ohjausta suositeltiin työtä keventävänä toimenpiteenä. Seuranta ja dokumentointia suositeltiin, jotta ergonomiakäytänteet juurtuvat käyttöön ja apuvälineitä käytetään avustustilanteessa. (Department of Health and Human Services, 2010,7.) Myös Fageströmin (2013) tutkimuksessa todetaan, että hyvillä johtamiskäytänteillä saadaan edistettyä työkäytänteiden muutoksia sekä apuvälinehankintoja. Ergonomisen avustamisen kehittäminen parantaa johtamis- ja työkäytänteitä, kun työyhteisö- lähiesimiehet ja ylin johto sitoutuivat siihen. Työkäytänteiden muuttuessa positiivisia muutoksia saadaan myös työn fyysisen kuormituksen-, sekä liikuntaelinvaivojen vähentämiseen. (Fagerström 2013, 154.)

Johtajilta ja lähiesimiehiltä vaaditaan arjen johtamistaitoja sekä vankkaa tietämystä työn turvallisuutta tukevista laeista, jotta tiimi saadaan toimimaan. Koska työntekijöiden terveysistä työoloista vastaa ensisijaisesti työnantaja, tulee työnantajan tunnistaa ja selvittää työn ja toiminnan luonne huomioiden haitta- ja vaaratekijät. Myös suunnitelma vaaratekijöiden vähentämiseksi tai keventämiseksi on viimekädessä työnantajan vastuulla toimenpiteineen (Hellstén 2014, 26.) Hallinnollisia keinoja työturvallisuuden parantamiseen ja kuormituksen vähenemiseen olivat Hellsténin (2014, 41.) kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan esimerkiksi päätös turvallisuutta edistävän no lift -toimintapolitiikan käyttöönotosta, turvallisuusjohtaminen, riskienhallinta ja työn organisointi. Myös siirto- menetelmien koulutuksella ja ergonomiavastaavien antamalla vertaistuella tuetaan yksilötasolla turvallisten työkäytäntöjen oppimista ja omaksumista.

7 TYÖYMPÄRISTÖNÄ ASIAKKAAN KOTI

Kotihoidossa asiakkaan toimintakyky, kodin tilat, apuvälineet ja avustajan kuormittuminen liittyvät kiinteästi toisiinsa. Apuvälineet tulisi valita toimintakyvyn, ergonomisen avustamisen sekä asunnon asettamien vaatimusten mukaan. (Sipiläinen, Efraimsson, Hytönen & Stenbäck 2002.) Kuten aiemmin johdannossa tuli esille tilastokeskuksen pohjalta avattua tietoa rajusta väestön ikääntymisestä vuoteen 2060 mennessä, on selvää, että kotihoidon toiminta on murroksessa. Haasteen edessä ovat sekä työnantajapuoli ja kunnat, mutta erityisesti työntekijät. Ikääntyneiden hoidon painopisteen siirtyessä koteihin ja ikääntyvien kotona asumisen mahdollistamisen tukeminen lisää haasteita kotihoidolle ja hoitajille, koska kotona asuminen on turvattava. Jotta asiakas pystyy turvallisesti asumaan kotonaan, on henkilöstön kyettävä tukemaan asiakkaan toimintakykyä kannustaen, käyttäen oikeita apuvälineitä sekä toimimaan ergonomisesti potilassiirtotilanteissa.

Arviointitilanteessa kotiympäristön soveltumista päivittäisissä toiminnoissa avustamiseen tulee tarkastella kotihoidon alkaessa ja asiakkaan toimintakykymuutoksissa. Asiakkaiden kotiympäristöjen esteitä poistettaessa ja muokatessa asuntoja asukkaille paremmin sopiviksi toteuttaen esteettömyyden periaatteita työ- ja potilasturvallisten näkökulmien toteutumiseksi, on tärkeää, että ikääntyneet ovat myös itse mahdollisuuksiensa mukaan päättämässä muutostöiden sisällöstä. Muutosten yhteensopivuus ja kontrolli muutosten tekemisessä osaltaan edistävät ikääntyneiden toimintakykyä ja hyvinvointia. (Sipiläinen 2011,19-20)

Junnila Tanja (2011) tuo tutkimuksessaan esille haasteet ennaltaehkäisevien kotikäyntien yhteydessä tehtävistä arvioinneista. Erityisesti huomiota kiinnitettiin henkilökunnan kykyyn tehdä arviota asumisturvallisuuteen ja esteettömyyteen liittyvissä kysymyksissä ja heidän toimintakyvystään liittyen kodin tilojen haasteisiin. Työssä tuotiin esiin, että olisi hyvä, jos olisi olemassa riskiseula/lomake jonka voisi täyttää toimintakykyä ja kodin tiloja arvioitaessa. Ennaltaehkäisy nähtiin isossa roolissa. Useampi kyseiseen tutkimukseen osallistuva haastateltava koki nämä kotikäynnit haastaviksi koska niissä vaaditaan laajaa ammattitaitoa sekä osaamista. (Junnila 2011,28.)

7.1 Ympäristön haasteet ja esteettömyys

Kotihoidon asiakkaiden toimintaa kotona rajoittavat usein ympäristön puutteet; pääsy kotiin tai sieltä ulos on vaikeaa ja lattiapintojen tasoerot haittaavat liikkumista. Esteetön ja turvallinen kotiympäristö on selkeä kotihoidon kehittämisen kohde, vaikkakin ikäihmiset itse suhtautuvat usein kielteisesti asunnonmuutostöihin. Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä käytännön toiminnoissa avustavat turvalliset kehitystoimenpiteet, kuten erilaiset apuvälineet liikkumiseen ja siirtymiseen liittyen, sekä tarvittavat kevyet asunnonmuutostyöt sekä muut turvallisuuslaitteet. (Hämäläinen ym. 2013, 27–29.) Kotona asuvan ikääntyneen toimintakyky vaikuttaa keskeisesti asumisturvallisuuteen. Toimintakyky tulee ottaa huomioon tarkasteltaessa toimintaympäristön vaateita. Mikäli ikääntyneen toimintakyky muuttuu, voi hänen oma kotinsa aiheuttaa haasteita omatoimiselle selviytymiselle tai osallisuudelle

Pirjo Sipiläinen on väitöskirjassaan (2011, 66–68) tutkinut kuntouttavan hoivatyön vaatimuksia ikääntyvien asunnoille. Tässä tutkimuksessa kotona tehtävän työn kuormittavimmaksi toimenpiteiksi koettiin hygieniahoidoissa avustaminen, passiivisten asiakkaiden siirto- ja avustustilanteet sekä vuoteessa tapahtuvat hoito- tai avustustilanteet. Samassa tutkimuksessa käy myös ilmi, että eniten kotihoidon henkilökunnan työtä vaikeuttaa ympäristö. Kotona hygieniatilat, pesu- ja wc tilojen koko (kuva 2) ja muoto sekä pitkät siirtymämatkat aiheuttavat haasteita avustamiselle, mikä puolestaan lisää asiakkaan avustuksen tarvetta. Myös tukikahvojen asentaminen ja tilojen muokkaaminen voi olla hankalaa seinämateriaaleista ja tilojen ahtaudesta johtuen. Kaikista eniten näitä ongelmia on omakotitaloissa. (Sipiläinen 2011, 66–68.)

Työntekijät listasivat, että ympäristön korkeuserot, portaat, kynnykset ja kapeat oviaukot aiheuttavat haasteita. Esimerkiksi liikkumisen avustamisessa käytettävä rollaattori koettiin hankalaksi juuri näiden edellä mainittujen ongelmien vuoksi. Tutkimuksessa todettiin myös, että tilojen ahtaus aiheutti eniten haittaa ja erityisesti wc- ja pesutiloissa joissa jouduttiin tekemään työtä hankalissa asennoissa. Lisäksi näissä tiloissa tehtiin myös oheistehtäviä, kuten kuivattiin lattioita, rasvattiin asiakkaan jalkoja tai puettiin vaatteita. (Sipiläinen 2011 s.67–70).



Kuva 2. Kotihoidon asiakkaan wc tila omakotitalon yläkerrassa.

Esteettömyys on hyvin laaja-alainen käsite ja sitä voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Esteettömyys voi liittyä sosiaalisen ja fyysisen ympäristön esteettömyyteen sekä palveluiden saannin esteettömyyteen. Puhuttaessa yksittäisen henkilön kodin ja lähiympäristön esteettömyydestä, voidaan tämän ajatella olevan subjektiivista esteettömyyttä. Objektiiivinen esteettömyys rakentuu yleisiin ohjeisiin, suosituksiin sekä myös rakennuslainsäädäntöön. Esteettömyyteen liittyy myös käsite käytettävyys, mikä on esimerkiksi henkilökohtainen kokemus kodin esteistä mihin vaikuttaa yksilön suoriutumisen taso, toimintatapa sekä aiemmat kokemukset. Esteettömyyttä voi tarkastella sekä yhteisöjen, että yksilöiden näkökulmasta. Yksilöllinen esteettömyys on aina asiakaslähtöistä ja siinä huomioidaan myös asiakkaan toimintakyky hänen omassa lähiympäristössään. Tähän yksilölliseen esteettömyyden arviointiin liittyvät mm. kodin muutostyöarvot. (Pikkarainen &, Tantt & Norvapalo 2008, 3-5.)

7.2 Riskien arviointi

Riskien arviointi on osa hoitajan työtä. Myös työnantajan tulee pystyä toimillaan vaikuttamaan henkilöstön työturvallisuuteen sekä potilasturvallisuuteen hoito- sekä avustustoimenpiteiden aikana. Yksinkertaisemmillaan riskien arviointi on huonokuntoisten asiakkaiden siirtymisen avustamiseen tarvittavien apuvälineiden tarkastelua. (Fagerström 2013,156.) Kodeissa tilojen sopivuutta suhteessa asiakkaan toimintakykyyn sekä tarvittavien apuvälineiden käytön mahdollistamiseen tulee tarkastella. Kotihoidossa työtilojen erityislaatuisuus ja vaihtelu tekevät riskien arvioinneista haasteellista, mutta samat perusarvioinnit tulee käydä läpi kuin muissakin hoitoalan paikoissa.

Asiakkaan toimintakyky, henkilöstön määrä suhteessa tarvittaviin avustustoimenpiteisiin ja hoitoympäristöön sekä tarvittavien apuvälineiden saatavuus ovat osa riskien arviointia. Myös ergonomiseen avustamiseen liittyy useita tekijöitä mitkä vaikuttavat hoitotyön työturvallisuusriskeihin (Fagerström 2013, 154; Hellstén 2014, 44.) Siirtotilanteisiin liittyviä vaaratekijöitä ovat mm. henkilöstömitoitus, siirtotilanteet ja niiden toistuminen, nostotilanteet, huonot työasennot ja työskentelyolosuhteet sekä apuvälineiden puute, huono kunto tai käyttämättömyys. Myös tuki- ja liikuntaelinsairauksien esiintyminen suuntaa riskien arviointia ja toimenpiteitä. (Hellstén 2014, 44.)

Riskien arviointiin suositellaan käytettäväksi menetelmiä, jotka mahdollistavat riskien kartoittamisen ja luokittelun eritasoisiin riskeihin, esimerkiksi suureksi (punainen), pieneksi (keltainen) ja hyväksyttäväksi (vihreä) riskiksi. Suositeltavaa on, että valittuun luokittelumenetelmään sisältyy ohjeistus jatkotoimenpiteistä, joita tarvitaan riskin pienentämiseksi. (Hellstén 2014, 45)

7.3 Kotihoidon apuvälineet ja ergonomia

7.3.1 Apuväline tukee toimintakykyä

Apuvälineiden avulla pyritään tukemaan, ylläpitämään tai parantamaan henkilöiden toimintakykyä tai ehkäisemään toimintakyvyn heikentymistä. Asiakkaan toimintakyky voi olla heikentynyt vamman, sairauden tai ikääntymisen aiheuttamien muutosten vuoksi. Apuvälineiden avulla yksilöiden itsenäisyyttä ja osallisuutta voidaan tukea, jotta toimi-

minen elämän eri osa-alueilla helpottuisi ja hyvinvointi lisääntyisi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) Apuvälineillä pystytään myös vähentämään hoitotyön fyysisiä riskejä hyödyntämällä liikkumista ja siirtymistä helpottavia apuvälineitä. Apuväline voi olla mikä tahansa väline, jonka avulla voidaan helpottaa, tasapainottaa tai kompensoida asiakkaan toiminnan rajoitteita ja osallistumista heikentäviä tekijöitä, kuten omatoimista siirtymistä. Apuvälineet voidaan karkeasti jakaa siirtymisen ja kääntymisen apuvälineisiin, henkilönostimiin, sekä tukeutumisen ja kävelyn apuvälineisiin. (Tamminen-Peter & Moilanen & Fagerström 2014, 33.) Siirtymisen apuvälineisiin kuuluvat pienapuvälineet sekä nostimet. Henkilönostimet voidaan jaotella niiden ominaisuuksien mukaisesti katto-liina- ja seisomanostimiin. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 48.) Pienoisapuvälineisiin kuuluvat siirtymisen, kävelyn, tukeutumisen ja kävelyn apuvälineet (Fagerström 2013, 3.) Myös eri liukuomaisuuksia hyödyntävät apuvälineet kuten liukulakanat, kerta-käyttöiset liukusiirtimet, liukulaudat kuuluvat pienapuvälineisiin nousutukien, sängynjalan korokkeiden sekä tukikahvojen lisäksi. (Työterveyslaitos 2015).

Vaikka apuvälineitä on saatavilla, niitä ei välttämättä käytetä tai ei osata hyödyntää siirtotilanteissa. Apuvälineiden käyttämättömyys voi johtua useista eri syistä; osaamattomuudesta, johtotason toiminnasta, apuvälineiden puutteesta tai siitä, että kiireen koetaan olevan esteenä apuvälineiden hakemiselle ja käytölle. (Fagerström 2013, 35.) Ergonomisten siirtotaitojen opetus on kannattavaa, samoin kuin apuvälineiden hankinta ja käyttö. Tutkimusten mukaan työntekijöiden riskitaso laskee apuvälineiden hankinnan ja käytön myötä. (Hellstén 2014, 119.) Kotihoitotyössä apuvälineiden käyttöön ja saatavuuteen liittyen on huomioitavaa, että lainsäädäntö velvoittaa työnantajaa perehtymään työntekijän työn kuormitustekijöihin ja työnantajan tulee tarjota työntekijälle työtä keventäviä laitteita ja ohjata niiden käyttöä. (Työsuojelu 2015,9). Apuvälineiden käytön lisäksi tarvitaan myös koulutusta apuvälineiden käyttöön ja asiakkaan aktivointiin siirto- ja avustustilanteissa (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 58).

Sipiläinen tuo tutkimuksessaan esille apuvälineiden käytön vaateita asiakkaiden kotien tiloille. Kävelyä tukevalla pyörällisellä apuvälineellä on turvallista kulkea ja liikkua wc ja pesu tiloissa, mikäli siellä on riittävästi tilaa kääntymiseen. Esimerkiksi takaperin liikkuminen aiheutti jo heti hankaluutta vähänkään pienemmässä tilassa. Lisäksi rollaattorilla liikkuvat tarvitsivat riittävästi tilaa etuviistoon tai suoraan eteenpäin ja sivulle jotta liikkuminen on vaivatonta ja turvallista. Pyörätuolilla liikkuva henkilö puolestaan tarvitsi

huomattavasti enemmän väljää liikkumatilaa, jotta työskentely pesu ja wc tiloissa onnistuisi turvallisesti. Kuitenkin jos väljissäkään tiloissa tukikahvat eivät olleet asennettu oikein, aiheutti niiden puute heti haasteita tilassa toimisessa. (Sipiläinen 2011, s. 105–106.)

7.3.2 Keveyttä työhön ergonomialla

Perusajatus ergonomiassa on työmenetelmien, työvälineiden ja itse työn sovittaminen ihmisen ominaisuuksien sekä tarpeiden mukaiseksi. Painotukset ja soveltamisalueet ergonomiassa ovat vaihdelleet niin teknisen kuin taloudellis-yhteiskunnallisen muutoksen myötä sekä tiedon lisääntyessä siitä minkälainen on ihmisen ja työn vuorovaikutus. (Launis & Lehtelä 2011, 19–20.)

Ergonomia on kokonaisvaltainen tarkastelutapa. Käytännössä tämä on kuitenkin tarve keskittyä johonkin sen osa-alueeseen. *Fyysinen ergonomia* keskittyy fyysisen toiminnan sopeuttamiseen ihmisen anatomisten ja fysiologisten ominaisuuksien mukaisiksi. Fyysinen ergonomia korostuu työympäristön, työpisteiden, työvälineiden ja työmenetelmien suunnittelussa. *Kognitiivinen ergonomia* keskittyy järjestelmien ja niiden käyttöliittymien sopeuttamiseen. Tavoitteena on saada ne vastaamaan ihmisen tiedonkäsittelyn ominaispiirteitä. Kognitiivinen ergonomia korostuu järjestelmien ja niiden käyttöliittymien (näytöt ja ohjaimet) ja tiedon esittämistapojen suunnittelussa. *Organisatorinen ergonomia* keskittyy teknisen järjestelmän ja sosiaalisen järjestelmän yhteensovittamiseen. Se korostuu muun muassa henkilöstön, työprosessien, työkokonaisuuksien ja työaikajärjestelyjen suunnittelussa. Organisaatioergonomia liittyy läheisesti työhyvinvointiin ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. (Launis & Lehtelä 2011, 20–21 & Työterveyslaitos 2016a.)

Ergonomiaan kuuluu myös osaltaan jo aiemmin kohdassa 7.1.1 esille tullut *esteettömyys*, minkä määrittellään olevan kaikkien käyttäjäryhmien, myös ikääntyvien ja eri tavoin toimintaesteisten, huomioimista toiminnan, tekniikan ja erityisesti niiden suunnittelussa. Tavoitteena on lisätä käyttäjien tasa-arvoa. Samalla pyritään laajentamaan tuotteiden ja järjestelmien käyttäjäkuntaa. *Osallistuvassa ergonomiassa* hyödynnetään käyttäjiltä saatua tietoa, tunteuksia ja kokemuksia kehittämisessä ja suunnittelussa. *Käytettävyyys* on soveltamista tuotteiden suunnittelussa nimenomaan ergonomian kannalta. Suurin haaste on tehdä tuotteet niin että ne ovat tehokkaasti ja helposti hyödynnettävissä ja käytettävissä mahdollisimman isolle ja laajalle joukolle käyttäjiä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b)

Ergonomian tehokkain soveltamisvaihe on suunnittelu, jossa pyritään ennakoimaan työn, koneiden, välineiden ja työtilojen toimivuus. Siitä huolimatta, että työturvallisuuslaki (738/2002) on tullut voimaan jo 1988, korostaa se suunnittelijan vastuuta niin ergonomiakysymyksissä kuin työsuojelukysymyksissäkin. Ergonomian kehittäminen alkaa ikävä kyllä usein vasta silloin, kun kyse on jo korjaavasta toiminnasta. Suunnittelu, ennakointi sekä ennaltaehkäisy ja asioihin puuttuminen hyvissä ajoin toisi kuitenkin myös taloudellisesti pitkäkestoisempaa tulosta. (Hanhinen, Helminen, Kukkonen, Ketola, Luopajarvi, Noronen 1997, 21–22)

Ergonomia ja kodeissa tehtävä työ sisältyy myös osaltaan työturvallisuuslakiin. Työmenetelmien, työolojen ja työvälineiden sekä itse työn suunnittelussa ja mitoituksessa on tämän lain mukaan otettava huomioon työntekijöiden fyysiset ja henkiset edellytykset, jotta terveys- ja turvallisuusriskit voidaan kartoittaa ja estää. Sekä valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä, (Valtioneuvosto, 1993.) että työturvallisuuslaki edellyttävät, että haitta- ja vaaratekijöiden syntyminen estetään ja että ne poistetaan tai korvataan vähemmän vaarallisilla tai haitallisilla ja että työntekijöillä on käytettävissä asianmukaisia noston ja siirron apuvälineitä. (Työturvallisuuslaki 2008.)

Kotihoitotyön haasteet nousivat esille Sipiläisen (2011, 105-107) tutkimuksessa myös siitä syystä, että kotona apuvälineitä on vähemmän ja kodin tilat ovat ahtaat ja hankalat liikkua ilman apuvälineitäkin eikä kodin tiloja ole mitoitettu apuvälineiden käyttöön. Sähköstätöinen sänky koettiin isoksi avuksi ja tämä nousi esille apuvälineistä selkeimmin, samoin kuin meidän tekemässämme haastattelussa. Apuvälineiden puute koettiin ergonomisen työn esteenä, samoin kuin tilojen ahtaus apuvälineitä käytettäessä.

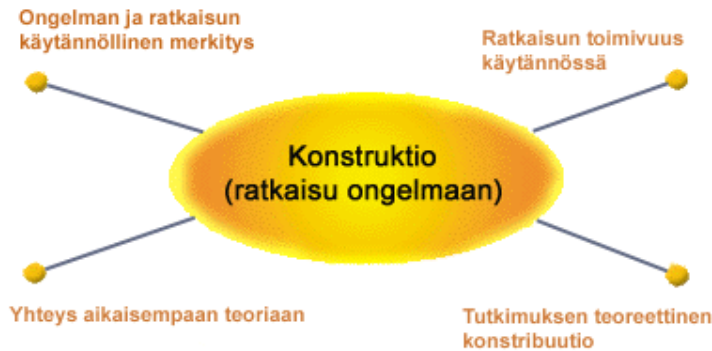
8 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

8.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa ja tutkimusmenetelmät.

Tämä tutkimus on pääosin laadullinen työ ja siinä käytetään konstruktivistista tutkimusotetta. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on elämän todellisen kohteen mahdollisimman tarkka kuvaaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 161). Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kotihoitotyössä esiin nousevat kuormitustekijät hoitajien ja esimiesten näkökulmasta. Tavoitteena on laatia työn tilaajalle, Respectalle kotihoidon CHECK-arviointityökalu, mikä pilotoidaan, ja minkä käytettävyyden palautetta kerätään Pirkkalan kotihoidon ja Kolmostien Terveys Oy:n, Parkanon kotihoidon henkilöstöltä.

Arviointityökalun tarkoitus on, että se voidaan edelleen kehittää kaikkien kotihoidon työntekijöiden saatavilla olevaksi nettiselainpohjaiseksi työkaluksi selkeyttämään kotihoitossa tapahtuvaa asiakkaan toimintakyky-, apuvälineentarve sekä kodin tilojen arviointia. Teemahaastatteluiden sekä teoretiedon perusteella perustella pyritään selvittämään kotihoidon työssä avustustilanteissa sekä kodin tiloissa yleisimmin esiintyvät haasteet ja riskit. Kerätyn tiedon perusteella rakennettiin ilmaista Googlen Forms-työkalua hyödyntäen pilottiversio kotihoidon CHECK-työkalusta, hyödyntäen etenemismallissa myös Respectan aiempaa, osastoille tarkoitettua CHECK-työkalua. Tämä CHECK- käsikirjoitusversio testattiin kotihoidoissa ja lopuksi työkalun käytännön toimivuutta arvioitiin.

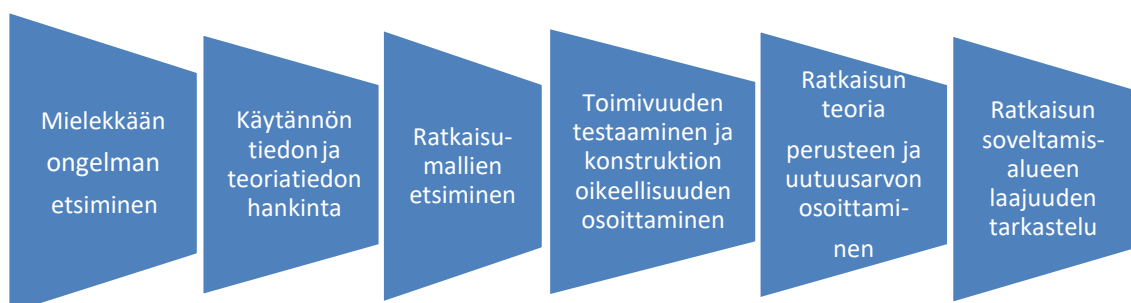
Kyseisen kehitystyön lähestymistapaa voidaan kuvattujen ominaisuuksien etenemismallin perusteella pitää konstruktivisena. Tarkoituksena konstruktivisella tutkimuksella on pyrkiä ratkaisemaan todellinen liikkeenjohdollinen ongelma luomalla uusi konstruktio eli jokin konkreettinen tuotos, kuten esim. ohje, malli tai menetelmä. Tämän uuden konstruktion luomiseen käytetään olemassa olevaa teoreettista tietämystä, jota yhdistetään empiriseen eli käytännöstä kerättävään tietoon. Konstruktivisen tutkimuksen ominaispiirteenä on, että kehitetty konstruktio otetaan käyttöön kohdeorganisaatiossa ja sen toimivuutta tutkimuksen ajan testataan ja arvioidaan. Onnistuessaan tutkimus tuo yhteisöön uutta teoreettisesti perusteltua tietoa. (Lukka 2014, 23; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 66–68)



Kuvio 1: Konstruktiiivisen tutkimusotteen keskeiset elementit. (Lukka 2014,25)

Konstruktiiivisesta tutkimuksesta käytetään myös nimitystä soveltava tutkimus. Konstruktiiolla ja parantamisella on myös sanottu olevan samanlainen lähestymistapa. (Järvinen & Järvinen 2004, 103.) Konstruktiiivisen tutkimusotteen ydinpiirteet edellyttävät sen olevan tosielämän ongelmiin keskittyvä tutkimus, joka koetaan käytännössä tarpeelliseksi ratkaista tuottaen innovatiivisen konstruktion millä pystytään vastaamaan tosielämän ongelmaan. Prosessi sisältää myös kehitetyn konstruktion toteuttamisyrittäksen, jonka avulla testataan sen käytäntöön soveltuvuutta. Lisäksi konstruktiiivisessa tutkimusotteessa on huomioitava tutkijan ja käytännön edustajien hyvin läheistä tiimimäistä yhteistyötä, jossa odotetaan tapahtuvan kokemuksellista oppimista tutkimuksen ollessa huolellisesti kytetty olemassa olevaan teoreettiseen tietämykseen. Tutkimuksen lopuksi huomio kiinnittyy löydösten reflektointiin takaisin teoriaan. (Lukka 2014, 24-25.)

Konstruktiiivisen tutkimuksen etenemismallia pyrimme selventämään alla olevan kuvion (Kuvio 2), avulla. Tutkimuksessa oleellista on rakentaa tiivis yhteys käytännön ja teorian välille, joten tässä työssä teorian tieto on yhdistetty käytäntöön pyrkimällä löytämään aihealuetamme, kotihoidossa tapahtuvaa toimintakyvyn, apuvälinetarpeen, siirtotaitojen sekä riskien arviointia, parhaiten tukevat ja oleelliset sekä luotettavat lähteet.



Kuvio 2. Konstruktiiivisen tutkimuksen prosessin eteneminen (Kasanen ym. 1991).

8.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastatteluita, mitkä toteutettiin kotihoidon henkilöstölle ja esimiehille. Haastattelut toteutettiin BIKVA- menetelmällä. BIKVA-sana tulee tanskan kielestä ja koostuu sanoista Brygerinddragelse i kavalitetsvurdering, mikä puolestaan tarkoittaa asiakkaiden osallisuutta laadun varmistajana. Menetelmän tarkoituksena on olla asiakaslähtöinen arviointi- ja kehittämistyökalu. Soveltamisen kautta saadaan aikaan kehittymistä, oppimista ja toimintatapojen muutosta etenkin työyhteisössä sekä organisaatiossa. Menetelmä rakentuu toimijoiden vuorovaikutuksen tuloksena kussakin sovelluksessa samalla muokkautuen. (Koivisto 2007, 17)

Ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin hoitajat (liite 1). Näiden haastatteluiden perusteella tehtiin yhteenveto, mikä esiteltiin esimiehille. Esimiehille tehtiin omat kysymykset pohjautuen osittain hoitajien haastatteluun ja sieltä esiinnousseisiin teemoihin pysytellen vahvasti tutkimuksen aihealueen sisällä (liite 2). Esimiesten haastattelun jälkeen kysymykset koottiin yhteen ja yhteenveto esitettiin asiantuntijoille. Näiden vastausten pohjalta kokosimme yhteenvedon teemoittelun avulla sisällönanalyysiä hyödyntäen, mikä auttoi meitä CHECK työkalun kysymystenasetteluissa.

Haastateltavat henkilöt olivat Pirkkalan kotihoidon ja Kolmostien Terveys Oy:n Parkanon kotihoidon työntekijöitä ja esimiehiä. Työntekijöillä oli kotihoidon työkokemusta kahdesta vuodesta yli 25: teen vuoteen, joten kyse oli kotihoidon ammattilaisista. Käytännön syistä 2 haastatteluista toteutui pienryhmähaastatteluina ja muut yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin. Haastatteluiden pituus vaihteli seitsemästä minuutista 21: teen minuuttiin. Tehdyissä haastatteluissa haastateltavilla oli mahdollisuus puhua vapaasti aihealueeseen liittyvistä asioista ja tarpeen mukaan aiheeseen palautettiin tai kysymystä tarkennettiin apukysymysten avulla. Usein tämän tyyppinen haastattelu on informoitu, mikä tarkoittaa sitä, että haastattelija voi asettaa haastateltavalle myös lisäkysymyksiä. Informoidusta haastattelusta puhutaan myös silloin, kun tutkija kohtaa perusjoukkoon kuuluvat henkilöt tutkimuksen aikana. (Vilka 2007, 29).

8.3 Haastatteluaineiston analysointi

Kun teemahaastattelut oli saatu päätökseen, ne kuunneltiin ja litteroitiin, eli kirjoitettiin sanatarkasti. Tämän jälkeen esiinnousseisiin teemoihin perehdyttiin ja aineistoa luettiin

useamman kerran, jotta aineiston analysointi ja teemojen yhdistely mahdollistuivat. Haastatteluaineistoa analysoitaessa hyödynnettiin sisällön analyysiä.

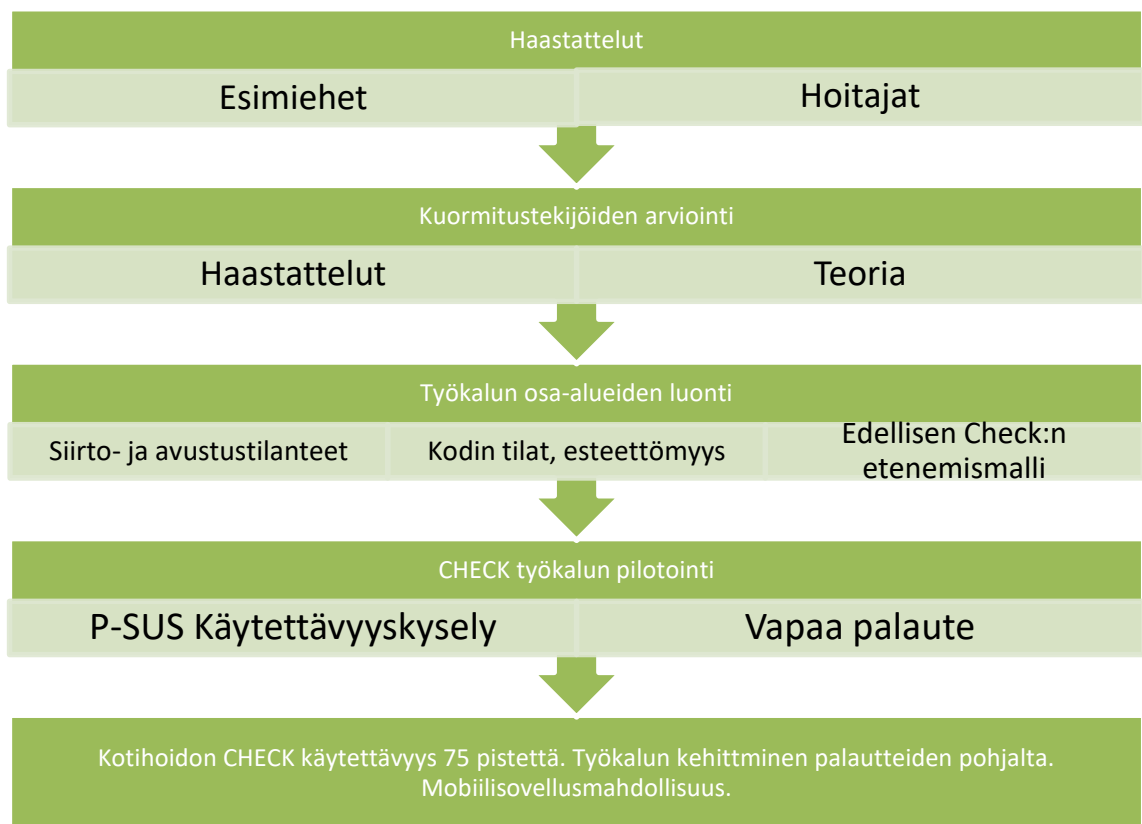
Sisällön analyysillä tutkitaan pääasiassa aineistoa jossa tutkijat pyrkivät analysoimaan kielellistä aineistoa luokittelujen avulla ja analysoimaan aiheeseen liittyvää sisältöä ja rakennetta. Tämä analyysimenetelmä luokitellaan nykyisin kvalitatiivisen datan analyysimenetelmäksi. Tällä pyritään kuvaamaan puhuttua ja kirjoitettua sisältöä, ja menetelmällä kuvataan analysoitavan materiaalin rakennetta, sisältöä tai jopa molempia. Tutkimukselle asetetut tehtävät tai ongelmat määrittävät lähtökohdat sisältöluokille. Luokat voidaan rakentaa myös tutkimuksen aineiston pohjalta tai ne voidaan koota käyttämällä ulkopuolista materiaalia tai käsitejärjestelmää. (Seitamaa-Hakkarainen 2014)

Teemahaastatteluaineistoa voidaan analysoida kokonaan kvantitatiivisesti tai kvalitatiivista ja kvantitatiivista analysointia yhdistellen. Myös kielelliset tarkastelutavat ovat tutkimusongelmasta riippuen mahdollisia. Teemahaastattelua ei siis tarvitse analysoida juuri tietyllä tavoin, vaikka teemoittelu ja tyypittely onkin tavallista ja looginen jatkumo kyseiselle haastattelutyypille. BIKVA- mallin tavoitteena on kehittyminen ja oppiminen erityisesti työntekijöiden kohdalla. Kuitenkin voi olla myös niin että johtajat joutuvat muuttamaan ratkaisujaan, mikäli halutaan päästä tavoitteeseen, joka on tutkimukselle asetettu. (Krogstrup 2004, 15) Pyrimme aineistoa analysoidessamme yhdistelemään vastauksista esiinnoitteita kokonaisuuksia yksittäisistä vastauksista suurempiin kyseistä aihetta koskeviin kokonaisuuksiin. Tutkimuksemme tehtävään, kotihoidon kuormitustekijöihin ja haasteisiin, saimme hyvin vastauksia sekä työntekijöiltä että esimiehiltä. Haastattelut taulukoitiin ja vastaukset pelkistettiin.

Koska haastattelussa tuli hyvin tietynlaista vastakkainasettelua esiin siitä, mitä kuormitustekijöitä kotihoidossa on, miten niihin pyritään vaikuttamaan ja mitkä tekijät selkeästi koetaan työn sisältöä helpottaviksi ratkaisuisiksi, asetelimme aiheita SWOT- nelikenttään (kuvio 4 kohdassa 9.1). Pyrimme taulukoinneissa huomioimaan kuormitustekijöiden ja haasteiden lisäksi asiakaslähtöisyysnäkökulmaa haastatteluista CHECK- työkalun kehittämistä varten.

8.4 CHECK- arviointityökalun prosessikuvaus

Opinnäytetyömme tuotoksena valmistui Kotihoidon CHECK-arviointityökalun pilottiversio. CHECK- arviointityökalu toteutettiin Google Forms- ohjelmalla ja kysymykset muodostettiin sekä haastatteluiden, teorian tiedon että aiemman CHECK:n pohjalta (kuvio 3). Kodin esteettömyyden arviointiin haettiin teorian pohjalta tutkimuksista ja asuntojen arviointimenetelmistä. Työkalusta pyrittiin tekemään selkeä pilotoitavissa oleva versio, missä asiakkaan toimintakykyperusteista apuvälineen tarvetta sekä erilaisia kuormittavia siirtotilanteita voitaisiin helposti arvioida.



Kuvio 3. Kotihoidon CHECK- työkalun prosessikaavio

Potilassiirtotaitojen sekä asiakkaan aktivoinnin näkökulmaa saatiin Respectan aiemmasta arviointityökalusta, koska nämä oli hyvin toteutettu ja näiden kysymysten avulla saadaan tärkeitä näkökulmia avustamistilanteista. Työkalun pilottiversiossa (liite 3) on 6 siirto- ja avustustilanteeseen liittyvää kysymystä sekä kodin tiloihin ja esteettömyyteen liittyvä arviointiosio. Pilottiversion käytöstä keräsimme palautteet Positiivisen SUS- lomakkeen avulla, minkä ominaisuudet on avattu tarkemmin tulokset-osion loppupuolella (kohdassa 9.4). Käytettävyyden arvioinnin saimme kerättyä 21:ltä arviointityökalua käyttäneeltä

hoitajalta. Työkalun käytettävyyden palaute perustuu kotihoidon työntekijöiden SUS- lomakkeen vastauksiin sekä CHECK-työkalun lopussa olevaan vapaan palautteen osioon.

8.4.1 CHECK työkalun osiot

Työkalun etenemismalli on rakennettu eri arviointikokonaisuuksien avulla. Alussa kartoitetaan kotihoidon omat apuvälineet, jonka jälkeen valitaan arvioitavan asiakkaan toimintakyky. Tästä edetään asiakkaalla käytössä oleviin apuvälineisiin. Valittavissa on laaja skaala apuvälineitä ja jokaisen apuvälinekuvan alla ohjeistus, mille asiakastyypille apuväline soveltuu. Työkalussa on mahdollista arvioida 6 erityyppistä siirtotilannetta kevyestä avustamistilanteesta raskaampaan; 1) kävelyn tukeminen/avustaminen, 2) asiakkaan avustaminen vuoteelta istumaan, 3) vuode-pyörätuolisiirrot, vuodesiirrot; 4) asiakkaan avustaminen ylöspäin sekä 5) kääntäminen kylkimakuuasentoon sekä 6) lattialta ylös avustaminen. Lopuksi arviointikohteena ovat asiakkaan kodin tilat sekä esteettömyys ennen toimenpiteet- osiota, missä vastaaja voi kartoittaa tarvittavat toimenpiteet tilanteen ratkaisemiseksi edellä mainittujen tilanteiden arvioinnin, apuvälineiden sekä työkalusta osioittain saatavan informaatiolaatikon avulla. Ensimmäisessä arviointikohdassa (liite 3) työkalussa on Care Thermometer TM luokitukseen pohjautuen asiakkaan toimintakyvyn arviointi toimintakykyluokittain A-E (liite 3);(Care Thermometer 2016.)

Vastausten tuloksista pystytään hakemaan eri vastauksien yhteenvetoja (Kuva 4). Eniten vastaajat olivat arvioineet esimerkki B tyyppisen henkilön (liite 3) toimintakykyä ja siirtotilanteita.



Kuva 4 Tulososion taulukko asiakkaan toimintakyky- osiosta. Kotihoidon CHECK 2017

Avustamistilanteisiin liittyvissä osioissa kysyttiin hoitajien määrää avustustilanteissa. Näihin vastattiin yksimielisesti, että siirtotilanteet toteutetaan yhden avustamana. Tämä

johtui varmasti myös painotuksesta, mikä nähdään edellä olevassa (kuva 5), koska asiakasesimerkkiä B oltiin arvioitu eniten. Kaikissa siirto- ja avustustilanteiden arvioinneissa kysyttiin avoimella vastausvaihtoehdolla (kuva 5). kyseisen tilanteen kuormittavuutta.

Mikä on haastavinta kävelyn tukemisessa? (10 vastausta)

Jalkojen toimimattomuus
voimakas nojaaminen eteenpäin
Asiakkaan jalat kantavat äärettömän huonosti. Vointi vaihtee päivittäin.
tasapainon säilyttäminen
kiertoasennot esim ahtaissa tiloissa
Jos asiakas on isokokoinen ja kävely huteraa, yhden hoitajan avuin auttaminen on epävarmaa
kun asiakasta voi tukea yksin vain toiselta puolelta. Asiakas saattaa kallistua ja nojata tukijan puolelle.
tarvitaan paljon hoitajan tukea, yksin avustetaan
Asiakkaan kävely etupainotteista, ajoittain epävarmaa

Kuva 5. Esimerkki avoimista vastauksista, kävelyn tukeminen. (Kotihoidon CHECK.2017)

Kävelyn avustamiseen vastatessa tulosten mukaan asiakkaan voimavaroja osattiin hyödyntää hyvin tai jonkin verran. Samoin apuvälineen käytössä kyseisessä avustamistilanteessa yleisin vastaus oli, että apuvälineitä osataan hyödyntää hyvin. Työkalussa olevat avoimet vastauskentät avaavat hyvin siirtotilanteiden haasteita (Kuva 6).

Kysymysten kaava arviointityökalussa etenee samantyyllisenä kaikissa osioissa; alussa vapaa vastauskenttä siirtotilanteen haasteista, jonka jälkeen valitaan kyseisessä siirto- tai avustustilanteessa käytössä olevat apuvälineet. Tämän jälkeen arvioidaan vaihtoehdoilla 1-10 hoitajan fyysisen kuormittumisen arviointi. Tämän jälkeen 3 eri vastausvaihtoehdolla arvioidaan, muodostuuko siirtotilanteen riskejä. Näiden jälkeen edetään hoitajan arvioon asiakkaan voimavarojen hyödyntämistä siirtotilanteessa, oman osaamisen arviointiin suhteessa avustustilanteeseen sekä apuvälineiden käyttötaidon arviointiin. Esimerkkejä CHECK-työkalun osioista löytyy liitteestä 3.

Mikä tässä siirtotilanteessa on haastavinta? (12 vastausta)

asukkaan omatoimisuus
Asiakkaan omien voimavarojen tunnistaminen, liika yritys omatoimisuuteen ja kieltäytyy avun vastaanotosta.
pitää asiakas istuma asennossa
tasapainon säilyttäminen
asiakkaan hätäisyys ja jäykkyys.
Asuntojen tilat, apuvälineiden sijoitus, vuoteen mataluus
asiakkaan jalat kantavat huonosti, tasapaino vaatii painon kannattelua
Asiakkaan painon ja oman aktiivisuuden arviointi
Painonsiirrot
Asiakas kävelee rollaattorilla, ei tarvitse pyörätuolia. ei arvioitu tätä
Nyt uusi apuvälinekäytössä, varalta 2 hoitajaa tässä alussa et saada se homma rullaamaan
Kaksi hoitajaa tarvitaan silloin, kun asiakas väsyneempi (muutoin 1)kun vartalonhallinnassa haasteita.

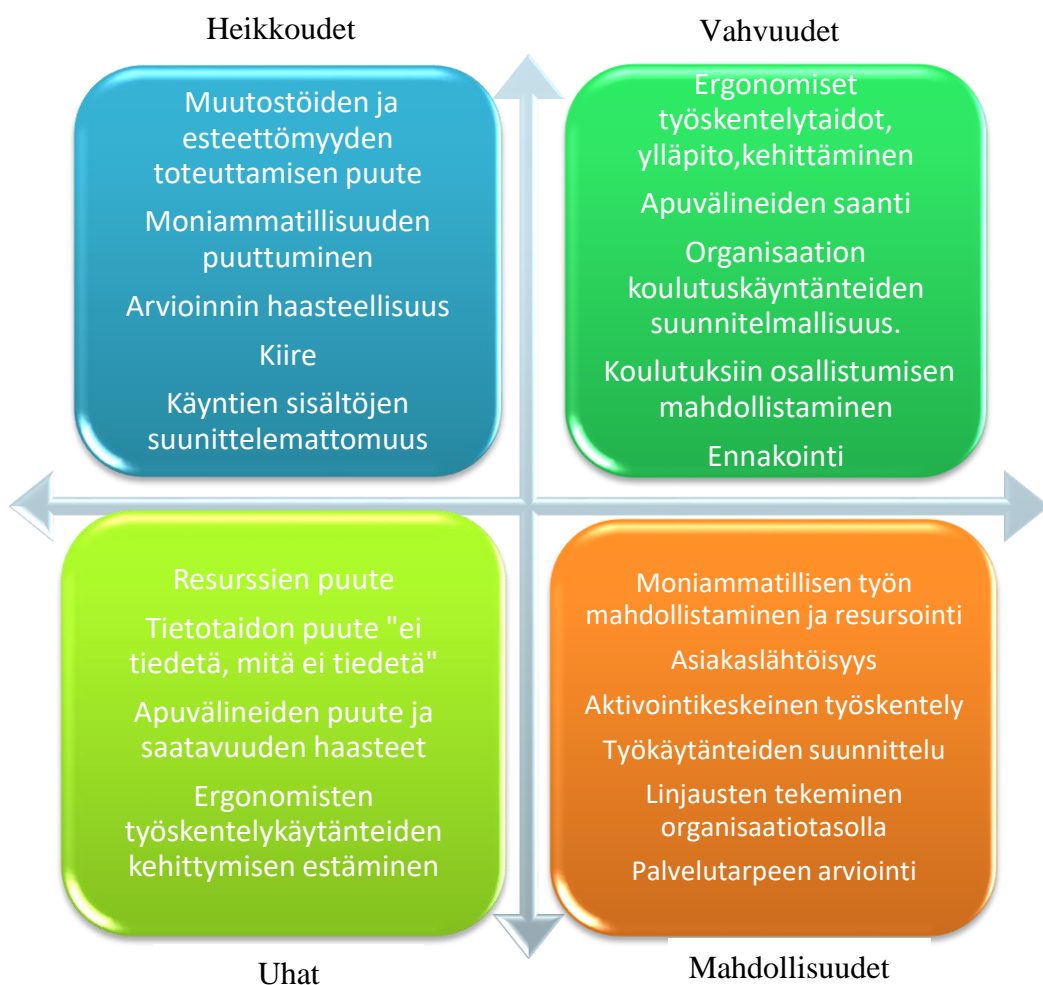
Kuva 6. Vuoteesta pyörätuoliin siirtymisen arviointi. (Kotihoidon CHECK, 2017)

8.5 Positiivinen SUS (Positive System Usability Scale) - arviointilomake

Kotihoidon CHECK-työkalun käytöstä palautetta kerättiin positiivisen SUS- käytettävyyslomakkeen avulla (Liite 4). SUS-lomake on käytettävyyden arviointilomake, mikä käsittää kymmenen väittämää ja antaa lomakkeen käytettävyydestä hyvän yleiskuvan. Lomake on tarkoitettu täytettäväksi sen jälkeen, kun osanottajalla on ollut mahdollisuus käyttää kehitettävää tuotetta. Lomake noudattaa Likert -asteikkoa, joka on viisiportainen. Likert -asteikkoa käytetään yleisimmin kartoitustutkimuksissa. Likert -asteikon suurin ja pienin arvo merkitsevät vastakkaisia mielipiteitä. P-SUS-lomakkeessa suurin arvo (5) merkitsee, että vastaaja on täysin samaa mieltä väittämästä ja pienin arvo (1) merkitsee, että vastaaja on täysin eri mieltä. (U.S Department of Health & Human Services 2017.) Positiivisen SUS -arviointimenetelmän on todettu antavan yhtä luotettavia tuloksia kuin perinteisen SUS -skaalan, mutta on helpompi täyttää ja tulos helpompi laskea. Jokaisen sarakkeen vastauspisteistä vähennetään 1, mikä jättää jokaiselle riville pistemääräksi 0-4. Kaikkien rivien pisteet lasketaan yhteen ja tämä saatu tulos kerrotaan 2.5: llä. SUS-kyseilyllä voidaan saada luotettavia tuloksia jopa pienellä otannalla. (Jokela 2013; Sauro & Lewis 2011, 2.) SUS arviointia pisteytettäessä yli 68 pisteen arvoja voidaan pitää keskiarvon ylittävinä tuloksina ja puolestaan sen arvon alittavia tuloksia alle keskiarvon. Arvion hyvä saa noin 73–74 pisteellä ja arvioon erinomainen ylittää 85 pisteellä.

9 TULOKSET

Kotihoidon haasteita sekä koettuja kuormitustekijöitä kartoitettiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelut toteutettiin sekä yksilö-, että pienryhmähaastatteluina 9 hoitajalle ja 6 esimiehelle. Haastattelukysymyksillä (liite 1 & liite 2) haettiin sekä hoitajien kokemia kuormitustekijöitä kotihoitotyössä, että esimiehille näyttäytyviä tekijöitä ja haasteita käytännön kentältä. Olemme keränneet haastatteluiden pääteemat alla olevaan SWOT-nelikenttään. (Kuvio 3.)



Kuvio 4. Haastatteluiden teemat SWOT- analysoituna

9.1 Kotihoitotyön haasteet ja kuormitustekijät hoitajien kokemana

9.1.1 Kodin tilojen haasteet

Asiakkaiden kotien tilat koettiin yhdeksi suurimmista kuormitustekijöistä. Myös aiemmin käsitellyissä tutkimuksissa kotien tilojen ahtaus kotihoitotyön haasteena on tullut esille, mm. Sipiläinen 2011, 20; Capewell ym. 2011, 24. Tilat koettiin haasteellisiksi sekä siksi, että avustamistoimenpiteet olivat hankalia epäkäytännöllisten ja pienten tilojen vuoksi, että sen vuoksi, että ahtaat tilat, tasoerot ja kynnykset vaikeuttivat myös asiakkaiden liikumista ja liikkumisen avustamista. Tilojen ahtaus koettiin osittain myös ergonomian toteutumisen sekä apuvälineiden käytön esteeksi;

”No minä kokisin sen, että ahtaat tilat ovat se ensimmäinen, mikä tulee vastaan et niitäkö saataisi muokattua järkevämmäksi ja järjestettyä ja niitä pitäisikin jokaisen työntekijän katsoa.

Kodin tiloja ja esteettömyyden arviointia koettiin osattavan tehdä, mutta arvioinnin jälkeen toimenpiteiden toteuttaminen oli vaikeaa. Tähän syyksi kerrottiin ajan puute, asiakkaan tai hänen omaisensa kieltäytyminen esteettömyyden toteuttamisesta tai se, ettei tiedetty miten perustella asiaa. Kodin muutostöitä ei tehty tai esteettömyyttä ei toteutettu edellä mainituista syistä, vaikka se helpottaisi myös asiakkaan omatoimisuutta ja parantaisi ergonomisen työskentelyn mahdollisuutta. Ahtaus erityisesti wc- ja makuuhuone-tiloissa ja korkeuserot huoneiden välillä koettiin haasteellisiksi. Lisäksi liukkaus, hämäryys sekä sisällä että ulkona aiheuttaa riskitilanteita ja hankaloittaa ergonomista työskentelyä. Samoja tuloksia oli myös aiemmin tarkasteltujen tutkimusten mukaan tuonut esille mm. Sipiläinen (2011, 39), jonka mukaan avustamista tai asiakkaan toimintojen tukemista haittasivat erityisesti ahtaat wc ja peseytymistilat, joissa oli myös hankala liikkua esimerkiksi rollaattorin kanssa.

9.1.2 Apuvälineet ja tarpeen arviointi kotihoidossa

Apuvälinetarpeen arviointi koettiin myös osan vastaajista mielestä haastavaksi.

”No siis jotenkin se arviointi tuntuu aika vaikealta, että mitähän tänne oikein nyt ehkä tarvis, mutta sinänsä nykyinen tilanne on hyvä, että laitetaan kotihoidon fysioterapeutille vihkoon viestiä, tai sanotaan että voitko mennä kattomaan, et se

on se minun osuus, et se menee ihan hyvin. Toimii. Että minä arvioin, että nyt tarvitsee jotain helpotusta mutta ei aina osaa eritellä niitä kaikkea”

Kun apuvälineen tarve oli havaittu, se hankittiin apuvälinelainaamosta, mikäli kyseistä apuvälinettä oli saatavilla. Mikäli kyse oli sähkösängyn tai henkilönostimen tarpeesta tai muusta erityisapuvälineestä ja sitä ei ns. suoralta kädeltä apuvälinelainaamosta saatu, saatavuutta perusteltiin apuvälinelainaamossa ja joskus esimiehet olivat apuna perusteltaessa tarvetta kuntoutustyöryhmälle.

”Aikaisemmin oli tilanne se, että saatiin esimerkiksi jonkun sairaalasängyn saantia asiakkaalle jankuttaa, että kuinka tärkeä se olisi asiakkaalle ja meidän työn kannalta. Se oli semmoista kädenvääntöä. Lainaamoon vaan ja sieltä ei saa. Sitteen mentiin parin kanssa.”

Kuitenkaan sähkösängyä ei aina saatu asiakkaalle apuvälineeksi. Tieto apuvälineiden puutteesta saatettiin tuoda esille omassa tiimissä tai tiimipalavereissa ja osa vei asian suoraan esimiehille.

”Ei niitä kaikkea aina saa. Ja onhan se aika suppea se valikoima sinne kotiin niistä apuvälineistä, että ihan nämä perus, mitä nyt on käytössä, että jos pystys laajentamaan niin voisihan sitä vähä laajentaa sinne kotiin.”

Ohjaus apuvälinelainaamoon ei aina riittänyt ja parityöskentelykään ei korjannut kuorimitustekijöitä täysin. Suurimpina haasteina hoitajien haastatteluissa tuli esiin sähkösäätöisten sänkyjen puute.

Haastatteluissa nousi myös esiin se, että perusapuvälineistön tuntemus on olemassa ja niitä käytetään, mutta hoitajat toivat esille myös, ettei kaikkia liikkumisen ja avustamisen apuvälineitä tunneta laajemmin tai osata käyttää. Hoitajan ergonomiaa avustavia apuvälineitä ei osin tunnettu edes käsitteenä sekä osan työntekijöistä, että osan esimiesten parissa. Mikäli kotihoidossa oli apuvälineitä, ne koettiin hyväksi ja tieto siitä, että käsin ei tarvitse ketään nostaa, oli tärkeä ja sitä tietoa oli saatu jo ergonomiakoulutuksessa olleilta, samoin kuin muuta ohjausta. Kotihoidon mukana kannettava henkilönostin koettiin työturvallisuutta parantavana tekijänä.

9.1.3 Ergonomiset työskentelytaidot

Ergonomiaosaamista koettiin olevan kohtalaisesti tai hyvin. Ergonomisen työskentelyn esteenä nähtiin kotien pienet tilat, apuvälineiden puute sekä oma asenne.

”No se ergonomia toteutuu ja ei toteudu. Yleensä huonosti. Kun ei todellakaan ole mitään nostettavia sänkyjä. Kyllä se on paljon itsestä kiinni, kuinka sinä viitsit, jos haluat sitä hyvin toteuttaa, niin hankitko sille asiakkaalle jotain sängyn korotajia tai se on eriasia, suostuuko se laittaa niitä.”

Haastatteluissa tuli ilmi, että ergonomisia työskentelytaitoja koetaan tarvittavan isokokoisia asiakkaita avustettaessa, mutta tarpeen mukaan voimalla kompensoitiin sekä taitojen, resurssien että apuvälineiden puutetta esim. nostotilanteessa;

”on niitä nostotilanteita ollut, useita.” & ”Minä nyt ainakin saatan olla sellainen, että jos joku pieni rouva on kaatunut niin en minä sinne soittele ketään kaveria. Sitten vaan kainaloista kiinni ja kun tiedät että kaikki on jossain kaukana.”

9.1.4 Kuormitustekijöiden ratkaisujen esteet

Hoitajat toivat haastatteluissa esille sen, ettei haasteellisiin tai kuormittaviin tilanteisiin aina saatu ratkaisua. Näissä tilanteissa myöskin koettiin, että esimieheltä saatu tuki ja ohjaus jäivät puutteelliseksi. Kuitenkin toisaalta koettiin, että hankaliin tilanteisiin ei oltu saatu ratkaisua, tukea tai ohjausta esimiehen suunalta tai sitä ei aktiivisesti haettu;

”Kyllä se mahdollista on periaatteessa puhua niistä vaikeista tilanteista siellä, mutta se on eri asia, otetaanko niihin sitten kantaa ja toteutuuko se käytännössä. Periaatteessa kyllä mutta käytännössä ei sitten kuitenkaan. Sitten vaan jatketaan, vaikka parina.”

Haasteellisissa tilanteissa parityöskentely oli usein vastaus ongelmiin. Useampi koki, että apuvälineet saadaan lainaamosta ja jos ei saada, niin sitten odotellaan ja työskennellään pareittain, Apuvälineen, esimerkiksi sähkösängyn tai henkilönostimen saaminen asiakkaalle saattoi viedä kauan aikaa, puhuttiin jopa kuukausista. Hoitajat kokivat myös, ettei ollut aikaa paneutua syvällisimpiin arvioihin tai ratkaisumallien miettimiseen koska työn tahti oli kova. Aina ei myöskään viesti apuvälineen puutteesta ollut tavoittanut esim. ilta- vuoroon menevää hoitajaa tai kotiutuvat asiakkaan apuvälineet olivat jääneet osastolle tai niitä ei oltu hankittu.

E erityisen haasteellisena koettiin myös tilanteet, joissa asiakas kieltäytyy apuvälineestä. Siihen toivottiin tukea joko esimiehiltä tai mahdollisuutta moniammatilliseen vaikuttamismahdollisuuteen. Koettiin, ettei ole tarpeeksi tietoa perusteluihin, jotta sähkösängy,

henkilönostimia tai hydraulisia kävelytelineitä tai muita apuvälineitä saataisiin asiakkaalle. Osa hoitajista kertoi, että ergonomiakoulutus on tuonut tietoa lisää lainsäädännöstä, minkä avulla apuvälinetarpeen perustelu ja sitä kautta saaminen helpottuu.

9.2 Esimiehille näyttäytyvät kotihoitotyön haasteet ja kuormitustekijät

9.2.1 Fyysiset haasteet

Esimiehille näyttäytyvät haasteet kotihoitotyössä olivat mm. tuki- ja liikuntaelinvaikeuksiin liittyviä;

”kyllähän niitä on niitä ammattitaitteja joillakin vanhemmilla työntekijöillä ja on niitä nuoremmillakin, että selkiä menee, että sitten ne näyttävät pahimmillaan niin että jos on oikein raskaita asiakkaita”

Esimiehet kertoivat, että raskaiden ja kuormittavien asiakkaiden avustustilanteiden haasteista tuotiin viestiä, mikäli niihin liittyi edellä mainittuja fyysisiä haasteita. Myös työjärjestelyitä tehtiin hoitajien tules-vaivojen vuoksi;

” jotkut työntekijät sanovat, että selkä tai niskahartiaseutu ei kestä, mikäli heillä on päivittäin raskaita asiakkaita hoidettavana. Yleensä näihin vaikutetaan vaihtamalla työntekijää kuormittavan asiakkaan kohdalla. Mikäli työntekijä ei kykene työskentelemään joissakin tilanteissa tai ympäristössä, häntä ei laiteta sinne.”

9.2.2 Työympäristön haasteet ja apuvälineiden saatavuus

Esimiehille näyttäytyivät kotihoitotyön haasteina myös tilojen ahtaus;

” Työntekijät työskentelevät vaihtelevissa olosuhteissa. Mikäli asunnoissa on wc ja peseytymistilat, ovat ne usein ahtaita ja puutteellisia. Wc:ssä päivittäisissä pesuissa ja intiimihygieniassa avustaminen on hankalaa, välttämättä ole bidee suihkua. Työntekijä joutuu työskentelemään hankalissa, ergonomisista työasunnoista voi nähdä vain unta. Eli huonot työasunnoista ahtaissa tiloissa”.

Esille nousivat myös apuvälineiden saatavuuden haasteet; asiakkaan kotiutuessa osastolta hänen käytössään oli saattanut olla sellainen apuväline, mitä kotiin ei ollut mahdollista saada heti tai ei lainkaan. Joko apuvälinettä ei ollut lainaamossa tai asiakkaan tilat eivät antaneet myöten, tilaa ei ollut tarpeeksi apuvälineen käytölle. Tällaisia apuvälineitä

olivat muun muassa henkilönostimet, sähkösätky, kohottautumisteline (Turner). Kyseiset tilanteet koettiin erittäin haasteellisiksi ja näissä myös tarvittiin arviota etenemisestä. Capewell, ym. (2011, 23.) toivat myös esiin tiedon siitä, ettei kotihoitossa usein ollut samanlaista mahdollisuutta apuvälineiden saatavuuteen kuin hoitolaitoksissa. Tämä vaikeutti sekä asiakkaan omaa toimintakykyä, että hoitajien avustamistoimenpiteitä ja ergonomiaa. Hoitoneuvotteluja oli järjestetty apuvälineiden saamiseksi asiakkaalle ja esimiehet pyrkivät myös vaikuttamaan siihen, että asiakas ottaa apuvälineet kotiinsa.

”Tämähän se juuri on ollut haaste, miten me perustellaan se tarve ja miten se asiakas suostuu ottamaan ne apuvälineet sinne. On ollut erittäin haastavaa kuten aiemminkin sanoin, kun ei ole ollut sitä riittävää asiantuntemusta ja asiantuntijaa katsomassa, mitkä ne on asiakkaan tarvitsemat apuvälineet ja miten me perustellaan että tarvitaan sinne.”

9.3 Kehitysehdotukset

9.3.1 Moniammatillisuus ja koulutusmahdollisuudet

Hoitajat toivat kehitysehdotuksina tiedon lisäämisen; ergonomiakoulutus tai kinestetiikka koulutus auttaisi ergonomisten työskentelytapojen hallinnassa ja samoin toistotyön välttäminen. Apuvälineet ja parityöskentely nousivat myös tässä osuudessa esiin. Kodin esteettömyyden toteuttaminen ja muutostyöt olivat myös asia, minkä ei koettu tällä hetkellä onnistuvan loppuun saakka ja näihin toivottiin moniammatillista näkökulmaa. Apuvälineiden saatavuus kotihoitoon koettiin tärkeäksi. Kuitenkin haastateltavat olivat sitä mieltä, että apuvälinetarpeen arviointi on haastavaa. Tätä hieman helpottaa fysioterapeutin käyttömahdollisuus molemmissa kotihoitoissa. Moniammatillisuus nostettiin esille ja sitä pidettiin tärkeänä. Osa hoitajista toivoi jatkuvaa moniammatillisen työskentelyn mahdollisuutta ja osa koki, että yksittäiset neuvot riittivät. Kiire ja resurssien puute nostettiin esille yhtenä ergonomian ja arvioinnin toteutumisen esteenä. Ergonomiataitojen koulutus koettiin positiivisena asiana. Hoitajat toivoivat enemmän systemaattista, suurempaa koulutuskokonaisuutta ergonomiaan tai kinestetiikkaan kuin lyhyitä infoja. Tämän myötä koettiin, että myös opittu tieto siirtyisi kentälle paremmin.

9.3.2 Ennaltaehkäisy ja ohjaus

Esimiehiltä kysyttiin, kuinka haasteellisiin tilanteisiin vaikutetaan. Vastauksina olivat työterveyshuollon kontakti, työfysioterapeutin arviot tilanteesta, kotihoidon fysioterapeutin kanssa työskentely haasteellisten tilanteiden ratkaisemiseksi, työjärjestelyt sekä parityöskentelymahdollisuuden järjestäminen. Esimiehiltä kysyttiin myös, pystytäänkö johtamiskäytänteillä vaikuttamaan kuormitustilanteisiin ennaltaehkäisevästi;

”pystytään. Jokaisella tasolla pitää sitoutua siihen, että tämä on meidän tapa toimia ja antaa niitä välineitä. Nyt et me ei olla annettu vaihtoehtoa esimerkiksi siihen, että suoritetaanko ergonomiakortti vai eikö sitä suoriteta, vaan kaikki sen suorittaa. Silla lailla me pystytään vaikuttamaan niihin tilanteisiin. Ja apuvälineitä saadaan, kun tarve on.” & ”Työssä jaksava ja pärjäävät työntekijä on työnantajalle kullanarvoinen asia. Olen sitä mieltä, että työergonomiaan pitää satsata hyvissä ajoin. Eli ennaltaehkäisy tulee tässäkin asiassa halvemmaksi, kun korjaava työ”.

Kotihoidon kuormitustekijöihin oli vaikutettu myös mahdollistamalla moniammatilliset arviot tai viikoittainen tai päivittäinen fysioterapeutin käytettävissä oleminen. Myös kotihoidon apuvälineisiin oli budjetoitu ja apuvälineitä oli jo hankittu. Niitä ohjeistettiin käyttämään.

Suunnitelmaa organisaatioissa apuvälineiden ja arviointitaitojen lisäämiseksi ei ollut kaikkien esimiesten mielestä, vaan nähtiin, että työterveyshuoltoon ohjataan, kun haastava tilanne sattuu ja sitä kautta lakisääteiseen työpaikkaselvitys voi olla vastaus haasteellisimmissä tilanteissa.

”Meillä ei ole tehty ergonomiaan liittyviä suunnitelmia. Koulutuksiin on suunnitella ohjata ja ensimmäiset on jo. Tällainen voisi olla hyvä. Tiedostettaisiin työssä esiintyvät riskit ja sen mukaan voitaisiin tehdä välineiden hankintasuunnitelma sekä missä aikataulussa taloudellisesti tähän varaudutaan. Esimiehen tulee aina suhtautua ergonomian edistämiseen myönteisesti. Pitää ottaa vakavasti niin asiakkaille kuin työntekijöillekin tapahtuvat tapaturmat ja läheltä piti tilanteet. Näihin tulee reagoida ja heti miettiä miten työtä voitaisiin helpottaa.”

Esimiehillä on tärkeä rooli ergonomian edistämässä. Esimiehet kokivat hoitajien tarvitsevat ergonomiakoulutusta tai ohjausta ja sitä ohjattiin hakemaan yksittäisiin siirtotilanteisiin työfysioterapiasta tai fysioterapeutilta, koulutuksen mahdollistaminen koettiin tärkeänä muttei siihen oltu panostettu suunnitelmallisesti

9.4 CHECK- työkalun käytettävyys

Kotihoidon CHECK-työkalun käytöstä palautetta kerättiin positiivisen SUS- käytettävyyslomakkeen avulla (Liite 5). Ennen kuin hoitajat täyttivät sähköistä CHECK-arviointityökalua, annettiin heille käytön ohjeistusta joko sanallisesti, manuaalisesti tai sähköpostitse. Työntekijöitä ohjattiin lukemaan alun käyttöohjeet ja perustelut työkalulle sekä arvioimaan heidän työssään eteen tullutta yksittäistä haasteellista asiakkassiirtotilanteita lähimenneisyydestä, jotta arvioitava tilanne olisi tuoreessa muistissa ja mahdollisimman moneen arviointikohtaan voitaisiin vastata totuudenmukaisesti. Lomakkeen uudelleen täyttäminenkin oli mahdollista, jotta useampaa siirtotilannetta voitiin arvioida. P-SUS käytettävyysarvion lomake on tarkoitettu täytettäväksi sen jälkeen, kun osanottajalla on ollut mahdollisuus käyttää kehitettävää tuotetta (Jokela 2013; Sauro & Lewis 2011, 2.), joten hoitajat saivat heti CHECK:n arvioinnin jälkeen arvioida myös työkalun käytettävyyttä. SUS-arviointilomakkeen täytti 21 henkilöä. Osa hoitajista ei palauttanut käytettävyyden arviointilomaketta. Kuten aiemmin kohdassa 8.4 tuli ilmi, SUS arviointia pisteytettäessä yli 68 pisteen arvoja voidaan pitää keskiarvon ylittävinä tuloksina ja puolestaan sen arvon alittavia tuloksia alle keskiarvon. Hyvän saa noin 73-74 pisteellä ja erinomaiseen yltää 85 pisteellä. Keskiarvoksi annetuista arvioista saimme 75, eli arvosanaksi saimme CHECK työkalun käytettävyyskokemuksesta hyvän. Myös vapaa palaute CHECK- työkalun lopussa oli rohkaisevaa; työkalusta koettiin olevan hyötyä ja ohjaavan apuvälinehankinnoissa, osa antoi palautetta, että kuvat apuvälineistä olivat hyviä ja havainnollistavia ja työkalun kysymyksiin oli helppo vastata ja osa toivoi, että työkalun tulisi olla vielä helpommin täytettävissä.

10 POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen avulla selvitettiin kotihoitotyön kuormittavuustekijöitä asiakkaiden kotona työskennellessä. Kuormitustekijät ja niistä avautuneet kotihoidon haasteet ja kehittämiskohteet selvitettiin teemahaastattelun avulla sekä hoitajien, että esimiesten näkökulmista.

Tutkimuksen tulosten mukaan kuormitustekijät ja haasteet kotihoitotyössä liittyvät, samoin kuin useissa jo aiemmin esiin nostamissamme tutkimuksissa, asiakkaan kodin tiloihin, apuvälineiden puutteeseen, arviointitilanteisiin sekä painavien asiakkaiden avustamistilanteisiin. Kotihoitotyö on monitahoista ja erityislaatuista ja ennakointi ja tilojen muuttaminen hoito- ja avustamistoimenpiteisiin on usein haasteellista, joskus jopa mahdotonta ilman kodin muutostöitä. (Sipiläinen 2011, 5). Tutkimuksen tuloksina nousi esiin myös kotihoidon apuvälineiden puute ja saatavuuden haasteellisuus. Capewell, ym. (2011, 23) olivat myös omassa tutkimuksessaan tuoneet esille vastaavan näkökulman; kotihoidossa apuvälineitä ei ole siinä määrin, kuin hoitolaitoksissa, mistä johtuen ergonomian toteutuminen on haastavaa. Apuvälineistä sähkösätköjen puute nostettiin esille; matalalla työskennellessä eri toimenpiteissä, hoitaja joutuu olemaan kumarassa ja tilanteessa voi aiheutua pitkäkestoinen kuormitus. Koettiin, että tarvitaan lisää tietoa apuvälineiden saatavuuden perusteluun, jotta apuvälineet saadaan nopeampaa ja tähän kaivattiin moniammatillista näkökulmaa. Osa vastaajista koki, että ergonomiakoulutuksessa on tullut hyvää tietoa lainsäädännöstä, mikä helpottaa apuvälinetarpeen perustelua. Tutkimusten mukaan ergonomiainterventioiden vaikuttavuus kotihoidossa on todettu hyväksi. ja apuvälineiden hankkiminen kotihoitoon edesauttaa hoitajien työkykyisyyttä ja vähentää työperäisiä tules- vaivoja aktivoiden samalla asiakasta (Capewell, ym. 2011, 25.) Tutkijoilla oli ilo huomata, että työn kehittämiseksi kaikki hoitajat toivat esiin koulutuksen tarpeen ja halun saada lisätietoa ergonomisesta työskentelystä. Tämän tutkimuksen tuloksissa nousi esiin myös huolestuttava epäkohta; haastatteluista nousi esiin, että vaikka toimenpiteet apuvälineen arvioimiseksi oli tehty ja tarve kartoitettu, saattoi apuvälineen saamisessa mennä todella kauan samalla kuin työ jatkui kuormittavana.

Esimiesten haastatteluista nousi esiin näkökulmat kotihoitotyön kuormittavuuden näyttäytymisestä hoitajien tules- vaivoina ja toisinaan myös niistä johtuvina sairauspoissaoloina. Myös kotien ahtaat tilat ja apuvälineiden puute olivat haasteita, mihin esimiehet pyrkivät löytämään ratkaisumalleja. Parityöskentely mahdollistettiin ja työjärjestelyitä tehtiin kuormitustekijöiden helpottamiseksi, samoin kuin esimiehet pyrkivät ennakoimaan haasteellisia kotiutustilanteita hoitoneuvotteluilla. Moniammatillinen työskentely nähtiin esimiestasolla tärkeäksi ja siihen oli jo osittain resursoitukin. Ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin pyrittiin sekä yksittäisiä tilanteita työterveyshuollon tai työfysioterapeutin avulla ratkaisemalla, että resursoimalla jatkuvasti käytettävissä oleva fysioterapeutti sekä ergonomiakoulutukset. Haastatteluissa hoitajat nostivat esille arvioinnin haasteet; kodin esteettömyyden arviointiin, toimintakykyperusteiseen apuvälinetarpeen arviointiin sekä perusteluihin sekä apuvälineiden tuntemukseen kaivattiin lisää tietoa ja taitoa. Myös Junnila, T. (2011,29) on tutkimuksessaan todennut, että olisi hyvä olla olemassa jonkinlainen lomake tai sovellus hoitajille riskien arvioimiseen kotikäynnillä.

Opinnäytetyömme tuotos oli pilottiversio CHECK-työkalusta. Kuten kirjallisuudessa ja tutkimuksissa on havaittavissa, kotihoidossa arviointi on erittäin tärkeässä asemassa ja kaikki siihen saatava apu on tarpeen. Palvelurakenteen muutos on vienyt ikääntyneiden hoidon painopisteen ikääntyneen omaan kotiympäristöön. Hyvien kotihoidon palveluiden avulla voidaan ikääntyneiden kotona asumista tukea. Tavoitteena on, että ammattitaitoinen henkilökunta osaa avustaa kotona-asuvaa ikääntynyttä tarpeellisin keinoin aktivoiden ikääntynyttä itseään toimintakykyperusteisesti valituin apuvälinein tarpeen niin vaatiessa (Voutilainen, ym. 2016,7). Tähän vastaa myös kotihoidon CHECK- työkalu. Ja koska tietoa on kotihoidon asiakasmäärien huomattavasta kasvusta suhteessa kotihoidon henkilöstön määrään (Kehusmaa ym. 2017), arviointeja ja perusteluja tukevat helppokäyttöiset menetelmät ovat tarpeen kuormitustekijöiden sekä riskien vähentämiseksi kotihoidossa.

CHECK-työkalun käytettävyyden arvioinnista saatiin rohkaisevaa palautetta; tilausta kyseiselle arviointityökalulle on myös kotihoidossa. Haasteena eteenpäin kehitettäessä on työkalun yksinkertaistaminen ja saatavuuden helpottaminen siten, että käyttöä ei koeta kynnyskysymykseksi vaan työkalusta saatava hyöty koetaan hyväksi

10.2 Tutkimusprosessin eteneminen

Opinnäytetyön työstäminen lähti liikkeelle kirkkaalla idealla kotihoidon ergonomiahaasteisiin liittyen maaliskuussa 2016. Alku oli kuitenkin hyvin vaihderikas koska vaihdoimme opinnäytetyön aihetta pysytellen samassa kontekstissa kesäkuussa ja sisältö muuttui syksyn aikana. Jouduimme muuttamaan suunnitelmiamme opinnäytetyöprosessin edetessä muutamaa otteeseen. Välillä meistä tuntui, että opinnäytetyömme edistyi erittäin hitaasti ja punainen lanka oli ajoittain etsinnässä. Saimme opinnäytetyösuunnitelman työstettyä ja hyväksytyä vasta viime vuode lopulla, mikä aiheutti reipasta painetta aikataulullisesti tälle vuodelle. Aihe itsessään kuitenkin on säilyttänyt mielenkiintomme ja haastattelut sekä kotihoidon henkilöstölle, että esimiehille olivat hyvä askel eteenpäin, niistä saimme konkreettista pohjaa kotihoidon CHECK- työkalua varten. Haastatteluista ja teoretiedosta löytyi paljon yhteneväisyyksiä, mikä helpotti toisaalta CHECK- työkalun pilottiversion teemojen valintaa. Arviointityökalua työstäessämme mietimme, ettei työkalu saa olla liian raskas käytettävyydeltään ja arvioitavilta osa-alueiltaan, joten siksi pilottiversio on kevyempi kuin esimerkiksi osastoille suunnattu CHECK: Pohdimme myös hoitajien motivaatiota työkalun käyttöön jatkossa. Koska kotihoidoissa kehitystyö on mennyt eteenpäin ja asiakaskäynnit on jo mahdollista kirjata mobiiliin, tulisi jatkossa miettiä mobiilisovellusmahdollisuutta arviointityökalusta.

Tavoitteena työkalua työstäessä oli, että työkalu on hyvänä apuna arviointitilanteessa. Saatujen palautteiden valossa työkalun käytettävyys oli hyvä ja kysymysten koettiin palautteissa ohjaavan toimintaa asiakaslähtöisemmäksi. Työkalun käytettävyyttä päädyimme arvioimaan Positiivisen SUS- arviointilomakkeen avulla siksi, koska kyseisen arviointimenetelmän alkuperäistä versiota oli käytetty myös aiemman Respectan CHECK- työkalun käytettävyyden arviointiin ja positiivisen SUS- lomakkeen valitsimme sen helppokäyttöisyyden ja luotettavuuden vuoksi.

CHECK- työkalun työstäminen Googlen Forms- työkalun avulla oli suuri työ, jotta työkalun sai käytettävään ja testattavaan muotoon. Suurin osa opinnäytetyöprosessiamme oli teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen, joka tapahtui CHECK-työkalun työstämisen rinnalla. Opinnäytetyöprosessimme on ollut hyvin tiivis ajanjakso ja opettavainen kokemus. Koimme työn tekemisen ajoittain raskaaksi. Kun aihe lopulta rajautui ja tarkentui joulukuussa, pääsimme kunnolla vauhtiin. Aiheen lopullisen rajauksen myötä ja opinnäytetyöprosessin päästyä kunnolla vauhtiin työskentelymme on ollut intensiivistä. Olemme

työn edetessä jakaneet työstä eri alueita selvitettäväksi tai toiselle kirjoitettavaksi pyrkien pitämään työmäärän tasapuolisena. Tutkimusprosessin tuotoksena saatu Kotihoidon CHECK arviointityökalu on toimiva kokonaisuus ja näin ollen tavoitteet ovat niiltä osin toteutuneet.

10.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehtäessä kaikissa vaiheissa noudatettiin ohjeita sekä eettisiä käytänteitä ja oppilaitoksen antamia opinnäytetyöohjeita. Luvat tutkimuksen tekemiseen haettiin ja saatiin Pirkkalan kunnan kotihoidosta, Kolmostien terveyden kotihoidosta Parkanosta, Tampereen ammattikorkeakoululta ohjaavalta opettajalta TAMK:sta, ja työn tilaaja taholta Respectan Henna Lehtoselta sekä työelämäohjaajalta Virpi Fageströmiltä. Luvat haettiin kirjallisina ja niistä löytyy omat kappaleet kaikilta osapuolilta.

Työ eteni valitun aiheen mukaisesti ja ohjausta haettiin ongelmatilanteissa sekä opettajalta että työn tilaajataholta sekä työelämäohjaajalta. Kaikki työssä käytetty aineisto on lähdeluettelossa ja itse tuotoksessa olevien kuvien lainaus on työn tilaajataholta ja nämä tekijät on raportoitu tekstimuodossa arviointityökalun ohjesivulle. Haastattelut litteroitiin nimettöminä ja työssä ei pysty yksilöimään haastateltuja. Tutkimukseen osallistuvien vastaukset pysyvät salassa koko tutkimuksen ajan. Haasteltavat ohjeistettiin enne haastattelua sekä he saivat kirjallisen ohjeen saatekirjeen muodossa (liite 4) ennen pilotoitavan CHECK lomakkeen täyttöä. Käytettyihin kuviin on julkaisulupa kuten myös haastatteluihin. Opinnäytetyö on tarkastettu ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti Urkund-ohjelmaa käyttäen.

Tutkimuksessa on noudatettu koko tutkimuksen ajan eettisiä sääntöjä. Tulokset esitetään mitään muuttamatta ja juuri niin kuin haastateltavat ne on esittänyt. Tutkijat eivät ole tehneet omia johtopäätöksiä ja käyttäneet niitä vastauksissa. Lisäksi työssä on noudatettu hyviä tieteellisiä käytänteitä, noudattamalla tarkasti huolellisuudesta tulosten kirjaamisessa ja analysoinnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132) Kuten eettisissä ohjeissa sanotaan, data on pystyttävä tarkistamaan. Tämän vuoksi kaikki kerätty data, sopimukset, nauhoitetut haastattelut ja niiden litteroinnit säilytetään toukokuun 2017 loppuun saakka tutkijoilla. (Mäkinen 2006, 81). Koska olemme luvanneet, että haastateltavien anonymisuus säilyy, hävitämme asiaan kuuluvalla tavalla kaikki tallenteet ja haastattelujen litteroinnit.

Tällä toimella varmistamme sen, ettei haastateltavia voida jäljentää ja tässä tutkimuksessa on koottuna kaikki se tulos, mikä tutkimuksessa kuuluu olla. (Mäkinen 2006, 81).

10.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin hyödynsimme Kylmä & Juvakan (2014, 127) luotettavuuskriteereitä, mitkä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Käymme työn luotettavuusnäkökulmat läpi tämän kriteeristön avulla.

Uskottavuus on tutkittavan työn tulosten ja tutkimusprosessin uskottavuutta ja sitä voidaan tarkastella tutkimukseen osallistuneiden tarkastaessa vastauksensa tai tulokset mitkä on saatu, tai keskustelemalla toisten tutkimustyötä tekevien henkilöiden kanssa jotka tutkivat samaa aihetta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127) Tutkimustyön koko prosessin ajan mukana työssä on ollut työelämäohjaaja, joka on lukenut ja hyväksynyt niin teoria tekstin kuin CHECK työkalun. Lisäksi nämä tekstit ja pilotoitu CHECK työkalu on luetettu myös työelämän ohjaajilla jotka ovat omalta osaltaan antaneet hyväksynnän työkalusta. Tässä tutkimustyössä uskottavuutta olisi lisännyt se, jos tulokset olisi käytetty lukukierroksella haastateltavilla ja palautetta kerätty eri asiantuntijoilta laajemmin kirjallisena palautteena. Aikataulullisesti tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista. Työn teoriaosaan on käytetty vain lähdeluettelossa mainittuja lähteitä. Suurin osa tutkimuksista on ollut väitöskirjatasoisia muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta ja perusteluina näille valinnoille on hyvä kontekstiin liittyvä asiasisältö.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustyön aikana kirjataan ja dokumentoidaan eteneminen niin, että kuka tahansa toinen tutkija pystyy seuraamaan tutkimuksen kulkua sen työstämisen ajan pääpiirteittäin (Kylmä & Juvakka 2007, 129) Tutkimuksen vahvistettavuuden takaamiseksi tutkijat esittivät työnsä neljä kertaa seminaareissa. Työn aiheen muuttuminen matkan varrella aiheutti sen, että jouduimme muokkaamaan suunnitelmaa, täydentämään kirjallisuuskatsausta ja esittämään työn suunnitelman monta kertaa. Tutkimuksen teko aikataulutettiin. Koko tutkimuksen ajan tutkijat hyödynsivät opponenttia ja ohjaajia niin oppilaitoksen kuin työelämän puolelta lähettämällä heille jo koottua aineistoa heidän arvioitavakseen ja ohjattavakseen. Tämä tutkimus on täysin toistettavissa. Haastatteluiden vastauksia voitaisiin käyttää jatkotutkimuksissa ja CHECK työkalun kehitystyötä tehdessä. Haastatteluiden nauhoitteet tuhoetaan toukokuussa, samoin kuin alkuperäiset litteroinnit, joten niitä ei voi jatkossa enää käyttää.

Reflektiivisyyttä tarkasteltaessa tutkijan tulee olla tietoinen omista kyvyistään ja lähtökohdistaan tutkittavan työn tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 129) Tutkijoiden suhde tutkittavaan asiaan säilyi objektiivisena koko tutkimuksen ajan. Toinen tutkijoita ei työskentele kotihoidossa, mutta tekee työnsä puolesta kotihoidon asiakkaiden kanssa töitä ja toinen tutkijoista työskentelee kotihoidon fysioterapeuttina ja on ergonomiakouluttaja. Näin ollen molemmilla tutkijoilla on vahva tietämys siitä, millaista kotihoidon työ on. Kyseinen tutkimus on ensimmäinen virallinen tutkimus kummallekin tutkijalle. Alusta asti oli selvää, mitä haastatteluilla haluttiin selvittää ja mihin haastatteluiden tuloksia käytetään. Tuloksia tarkasteltaessa ei enää nostettu mitään uusia asioita esille vaan tuloksia (kts luku 6) verrattiin jo aiemmin esitettyyn teoriapohjaan (kts. luku 4). Tutkimuksen aikataulu muuttui matkan varrella tutkijoista riippumattomista syistä. Kuitenkin tutkijoilla oli päällimmäisenä tavoitteena saada tutkimuksensa valmiiksi huhtikuun puoleenväliin mennessä. Ohjaajat niin oppilaitoksen puolelta kuin työelämän puolelta viitoittivat tietä ohjauksillaan työn edetessä.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten siirrettävyyttä saman kaltaiseen tilanteeseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129) Tutkimuksen tilaajataho oli Respecta, tutkimus tehtiin yhteistyössä Pirkkalan kunnan kotihoidon ja Kolmostien terveyden, Parkanon kotihoidon kanssa. Tutkimuksen tulokset haastattelujen osalta eivät ole siirrettävissä kaikkiin suomen kotihoitoihin mutta se antaa suuntaa siitä mikä on tämän hetkinen tilanne, koska samoja viittauksia kuormitustekijöistä saatiin myös aiemmista tutkimuksista.

10.5 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet

Tutkimus toi esille sekä hoitajien että esimiesten ajatuksia kuormitustekijöiden vähentämiseen. Näiden ajatusten ja toimenpide-ehtotusten eteenpäinviemiseksi tulee tehdä töitä. Organisaatiotasolta saakka ohjautuva ergonomiakoulutusten mahdollistaminen on tärkeää kuormitustekijöiden vähentämiseksi. Apuvälineisiin investointi ja saatavuuden varmistaminen vähentävät työn riskejä. Lainsäädännön tuntemus lisää mahdollisuuksia apuvälineiden saatavuuden perusteluun. Yhtenäisiä linjauksia toimenpiteiden toteuttamiseksi tarvitaan. Tämä työn kehittäminen on aikakriittistä tilastojen valossa; kotihoidon asiakasmäärä lisääntyy ja hoitajien määrä vähenee. Jokainen työntekijä on työnantajalle tässä tilanteessa kullakin arvoinen, joten haasteisiin tulee vastata. Moniammatillisuudella vaikutetaan myös haasteita ja kuormitustekijöitä vähentävästi, joten sen resursointi ja toiminnan mahdollistaminen on tärkeää.

Vaikka vaateet hoitohenkilöstölle kotihoidon käynneillä liittyvät tehokkaaseen asiakastyöaikaan, ei ergonomisia työskentelytapoja saa unohtaa. Ergonomisesti avustettaessa on huomioitava, että asiakkaan omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen ovat keskiössä. Kotihoidon omien, hoitajan ergonomiaa tukevien apuvälineiden resursointi kannattaa. Tutkimustulosten mukaan ergonomiainterventioiden vaikutukset kotihoitotyössä ovat tules- vaivoja ja sairauspoissaoloja vähentäviä ja työn mielekkyyttä lisääviä.

Koska haastatteluissa tuli esiin tietynlainen riskeistä ja haasteista keskustelemattomuus eri tekijöistä johtuen, tulee kotihoidossa tarkastella käytänteitä omassa työssä koettavien haasteiden esille tuomiseen. Kehityskeskustelut, tiimipalaverit, pienryhmätyöskentelyt ja innovatiiviset ratkaisut haasteelliseksi koettujen tekijöiden esiin saamiseksi sekä niiden ratkaisemiseksi tuottavat tulosta ja lisäävät työn mielekkyyttä.

Kotihoidon CHECK- arviointityökalun pilottiversion kehittämistä edelleen kannattaa jatkaa, jotta se vastaa entistä paremmin niihin kotihoidon haasteisiin, mitä tässä tutkimuksessa on esitetty. Arviointityökalu ohjaa asiakaslähtöiseen toimintakyvyn-, apuvälinetarpeen sekä riskien arviointiin kotihoidossa ja jokaisen kysymyksen perään on asetettu palauteteksti. Nyt ohjelmasta johtuen palautteet eivät näy osanottajilla oikeaan aikaan. Ohjelmapohjan vaihdolla pystytään tähän asiaan vaikuttamaan. Jotta työkalusta saadaan toimiva ja helppokäyttöinen, työkalun edelleen kehittäminen mobiilisovellukseksi on hyvä askel käyttäjäystävällisempään suuntaan. Ennen tätä nykyisen CHECK:n kysymyksiä tulee tarkastella kriittisesti varmistaen, että nykyisessä versiossa kysymykset ja palautteet ohjaavat oikeaan suuntaan. Nykyisen työkalun pohjasta johtuen yhteenvedoista saatava data ei ole parhaassa mahdollisessa muodossa vertailtavuuden suhteen, joten toisen ohjelman testaaminen vastausten taulukointeja ja tiivistyksiä varten olisi hyvä kokeilla. Kehitystyössä tulee miettiä, millaista informaatiota työkalun tuloksista halutaan saada näkyviin ja kenelle informaatiota kerätään ja kenelle info on tärkeää; perustellaanko apuvälineiden, resurssien tarvetta, osoitetaanko työn tai siirtotilanteiden kuormittavuustekijöitä tai apuvälineiden puutetta tai perusteluja saatavuudelle

LÄHTEET

Capewell, R., Rockefeller, K. & Brown, D. 2011. Evaluation of a tool kit for safe patient handling in the home care setting. American Journal Of Safe Patient Handling & Movement. Volume 1, Number 1, 22-29.

Care Thermometer. Työkalu fyysisen kuormituksen arvioimiseen. Luettu 1.11.2016. Saatavissa; <http://www.carethermometer.com/>

Department of Health and Human Services 2010. Occupational Hazards in home health Care. Niozh Hazard review. Luettu 3.5.2016. Saatavissa; <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2010-125/pdfs/2010-125.pdf>

Fagerström, V. 2013. Asumaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä. Monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Luettu 5.4.2016. Saatavissa; <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88075/AnnalesC360Fagerstr%C3%B6m.pdf?sequence=1>

Fagerström, V., Kärmeniemi P., Lehtonen V., Lehtonen, H. & Tuominen T. 2014. Potilassiirtotilanteiden arviointimenetelmän Työympäristön Check työkalun käytettävyyden kehittäminen ja pilotointi. Hankkeen loppuraportti. Helsinki 2014, Työterveyslaitos.

Hanhinen, H., Helminen, P., Kukkonen, R., Ketola, R., Luopajarvi, T., Noronen, L. 1997. Työfysioterapia. Helsinki: Työterveyslaitos

Hellstén, K. 2014. Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhustenhoidossa. Seurantatutkimus ergonomisen kehittämistyön tuloksista. Luettu 1.5.2016. Saatavissa; <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/98971/AnnalesC391Hellsten.pdf?sequence>

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki, Tammi.

Hämäläinen, P, Kojo, H.,| Lanne, M., Rytönen, A. & Reisbacka, A. 2013 Ikäihmisen tulevaisuuden asuminen. Kirjallisuuskatsaus. VTT Technology 79 julkaisuja. Luettu 10.3.2016. Saatavissa www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2013/T79.pdf

Ikonen, Eija-Riitta 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu, Otava Oy.

Jokela, T. 2013. Hanki käytettävyyttä. Positiivinen SUS (Positive System Usability Scale) Luettu 30.3.2017. Saatavissa <http://hankikaytettavyytta.blogspot.fi/2013/05/p-sus-positiivinen-sus-kysely-suomeksi.html>

Junnila, T. 2011 Ikääntyneiden hyvinvointia edistävät kotikäynnit ja asumisturvallisuus. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu YAMK. Luettu 10.5.2016. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105025618>

Järvinen, A. & Järvinen, P. 2004 Tutkimusmetodin valinta. Luettu 3.5.2016. Saatavissa; http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Jarvinen101204.pdf

Kasanen, E., Lukka, K. & Siitonen, A. 1991. Konstruktiivinen ote liiketaloustieteessä. Liiketaloudellinen aikakauskirja 40:3, 301-329.

- Kehusmaa, S., Alastalo, H. & Luoma M-L.2017. Ajankohtaista. Kotihoidon asiakasmäärä on kasvanut, mutta henkilöstön määrä vähentynyt. Luettu 11.4.2017. Saatavissa; https://www.thl.fi/fi/-/kotihoiton-asiakasmaara-kasvanut-mutta-henkiloston-maara-va-hentynyt?redirect=https%3A%2F%2Fwww.thl.fi%2Ffi%2Fajankoh-taista%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_m8s4MMkgtyYg%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-1-2-1%26p_p_col_count%3D1
- Koivisto, J. 2007. Kuinka paljon asiakkaan sana painaa? Bikva-menetelmän relationaalinen arviointi. Stakes raportteja 21/2007.
- Kotihoidon CHECK 2017. Pilottiversio kotihoidossa tapahtuvaan toimintakyvyn, apuvälineiden ja riskien arviointiin kotihoidossa. Saatavilla jaettavalla nettilinkillä tutkimuksen kirjoittajilta.
- Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi, Bikva-malli. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Hyvät käytännöt. Menetelmä- käsikirja. Luettu 14.10.2016. Saatavissa; www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75625/bikva.pdf?sequence=1
- Kylmä, J & Juvakka, T 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki, Edita Prima Oy
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden Sosiaali- ja terveyspalveluista. 980/2012. Luettu 10.5.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Luettu 8.5.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Finlex. Luettu 8.5.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) Finlex. Luettu 2.5.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Launis & Lehtelä (toim.) 2011. Ergonomia. Tampere, Työterveyslaitos. Tammerprint Oy.
- Lukka, K., Ekatuo (Toim.) 2014 Konstruktiivinen tutkimusote. Luettu 19.9.2016 Saatavissa <https://metodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>
- Martimo K-P, Antti-Poika M, Uitti J. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim. WS Bookwell 2010
- Mäkinen, O. 2006 Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi
- Noro, Anja. 2015. Ikäihmisten Sosiaali- ja terveyspalvelujen nykytila. Sosiaali ja terveysministeriö, julkaisuja. Luettu 11.5.2016. Saatavissa <http://blogs.helsinki.fi/akaristo/files/2016/01/Suomi-ik%C3%A4%C3%A4ntyy-2016-Noro.pdf>
- Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009. Kehittämistyön menetelmät Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Porvoo, WSOYpro.

Opetushallitus 2011. Mitä on fyysinen toimintakyky? Luettu 5.5.2016. Saatavissa; http://www.edu.fi/move/mika_on_move/mita_on_fyysinen_toimintakyky

Pikkarainen &, Tanttu & Norvapalo, 2008. Ikääntyneen kansalaisen esteetön ja mielekäs asuinympäristö. Ympäristögerontologisia hankeavauksia Jyväskylän ammattikorkeakoulun T&K –toiminnassa. Toimintaterapeutti 4, 3-5.

Respecta, 2017a: Respectan Historia. Luettu 1.4.2017. Saatavissa; <https://www.respecta.fi/fi/yritys/historia/>

Respecta, 2017b. Respecta Oy yrityseshittely. Luettu 1.4.2017. Saatavissa; <https://www.respecta.fi/fi/yritys/>

Respecta, 2017c. Ergonomiaratkaisut hoitotyöhön. Luettu 5.4.2017. Saatavissa; <https://www.respecta.fi/fi/ratkaisut/organisaatiolle/ergonomiaratkaisut/>

Sauro & Lewis 2011. When Designing Usability Questionnaires, Does It Hurt to Be Positive? Luettu 30.3.2017. Saatavissa; https://www.measuringu.com/papers/sauro_lewisCHI2011.pdf

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2014 Kvalitatiivinen sisällönanalyysi Luettu 1.4.2017 Saatavissa; <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>

Sipiläinen, Pirjo 2011. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisen asunnoille. Aalto yliopiston julkaisusarja. Väitöskirjat 4/2011. Luettu 1.12.2016. Saatavissa; <https://aalto-doc.aalto.fi/handle/123456789/5003>.

Sipiläinen, P.; Efraimsson, K.; Hytönen, P. & Stenbäck, J. 2002. Kotihoito ja apuvälineet. Kotihoitoa hankaloittavia tekijöitä asunnoissa apuvälineitä käytettäessä. Espoo: Teknillinen korkeakoulu, Sosiaali- ja terveydenhuollon tekniikan ja rakentamisen instituutti SOTERA. 82 s. Arkkitehtiosaston julkaisuja 85.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Luettu 3.5.2016. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225987>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Luettu 1.12.2016. Saatavissa; https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Suominen, T. 2016a Kotikuntoutus onnistuu yhteistyöllä. Fysioterapia-lehti 2/2016, 4

Suutarinen M, Vesterinen P-L. Työhyvinvoinnin johtaminen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy 2010

Tamminen-Peter, Eloranta, Kivivirta, Mämmelä, Salokoski & Ylikangas 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino, Helsinki.

Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2014. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Työterveyslaitos.

Tamminen-Peter & Wickström 2014. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos. Keuruu, Otavan Kirjapaino.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a. Mitä toimintakyky on? Luettu 10.5.2016. Saatavissa; <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b. Apuvälineet. Luettu 2.5.2016. Saatavissa; <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvälineet>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 10. Uudistettu painos, Helsinki, kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tilastokeskus 2014. Lähes joka viides suomalainen 65 vuotta täyttänyt. Luettu 1.5.2016. Verkkojulkaisu: http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2013/01/vaerak_2013_01_2014-09-26_tie_001_fi.html

Työterveyslaitos 2016a. Ergonomia. Luettu 10.5.2016 Saatavissa; <http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/Sivut/default.aspx>

Työterveyshuoltolaki 2001/1383 luettu 1.8.2016. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työturvallisuuslaki 2008. Luettu 1.8.2016. Saatavissa, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Työsopimuslaki 2001/55. Työsopimuslain työturvallisuusvelvoitteet (työnantajan ja työntekijän velvollisuudet) Luettu 1.8.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055>

U.S Department of Health & Human Services 2017. System Usability Scale (SUS). Luettu 19.3.2017. Saatavissa; <https://www.usability.gov/how-to-and-tools/methods/system-usability-scale.html>

Valtioneuvoston asetus nuorille työntekijöille erityisen haitallisista töistä 475/2006. Finlex. Luettu 12.5.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060475>

Valtioneuvoston asetus työpaikkojen turvallisuus ja terveysvaatimuksista 577/2003. Finlex. Luettu 20.5.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030577>

Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta 403/2008. Finlex. Luettu 19.5.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080403>

Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1933. Finlex. Luettu 20.5.2016. Saatavissa; <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19931409>

Vilka, K. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki, Tammi.

Voutilainen & Noro & Karppanen & Raassina 2016, 6-7. Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:41. Luettu 29.8. Saatavissa <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75191>

LIITTEET

Liite 1. Haastattelukysymykset hoitajille

Millaiset avustamistilanteet koet haasteellisiksi työssäsi ja miksi?
Millaiset työtehtävät asiakkaiden kotona vaarantavat mielestäsi työturvallisuuden?
Miten koet, että ergonomia toteutuu työssäsi?
Miten toteutat ergonomiaa työssäsi?
Millaiset apuvälineet tai parannukset työssäsi tai muutokset asiakkaan kotona helpottaisivat työntekoa ja asiakkaan omatoimisuutta?
Millaisena koet apuvälineiden tarpeen arvioinnin ja niiden saatavuuden kotihoidossa?
Millaisia riskejä asiakkaiden kodeissa työskenneltäessä on?
Onko sinun mahdollista käydä esimiesten kanssa läpi kotihoidon ergonomiahaasteita tai niihin liittyviä kehittämistarpeita?
Millaista ohjausta ja tukea saat esimiehiltä liittyen haasteellisiin potilassiirtotilanteisiin, asiakkaan kodin tilojen haasteisiin tai apuvälineiden saatavuuteen?
Miten haasteelliset tilanteet ratkaistaan?

Kiitoksia haastattelusta!

Liite 2. Haastattelukysymykset esimiehille:

Millaisia haasteita ja riskejä kotihoidon hoitajat yleisimmin tuovat esille työstään?
Millä tavoin kotihoidossa hoitajien fyysiset kuormitustekijät näyttäytyvät esimiehille, millaisia ne ovat ja kuinka niihin vaikutetaan?
Miten kotihoitotyön haitallisia kuormitustilanteita ennaltaehkäistään työyhteisösäntä? Pystytäänkö niihin vaikuttamaan moniammatillisesti?
Millainen tilanne kotihoidossa on apuvälineiden käytön ja saatavuuden suhteen? Onko kotihoidon hoitajien mahdollista saada hoitajan omaa ergonomiaa avustavia apuvälineitä käyttöönsä?
Onko pyyntöjä kotihoidon apuvälineistä tullut esimiehille ja miten kyseiset tilanteet on ratkaistu?
Miten omassa työssäsi koet, pystytäänkö johtamiskäytänteillä edesauttamaan ja kehittämään ergonomisten työkäytänteiden toteutumista käytännön kentällä ja miten?
Onko organisaatiossasi suunnitelmaa tai ohjeistusta ergonomisten työkäytänteiden kehittämiseen ja toteuttamiseen? Millaisia ja miten niitä on kehitetty?
Millainen on oma roolisi fyysisten kuormitustekijöiden ennaltaehkäisyssä sekä ergonomisten avustustapojen ja apuvälineiden käyttöönotossa?

Kiitoksia haastattelusta!

Kotihoidon CHECK- arviointimenetelmä

Kotihoidon CHECK-arviointimenetelmä

Siirtotilanteiden, apuväline tarpeen sekä riskien arviointi kotihoidossa

KOTIHOIDON APUVÄLINEET

Tässä kohdassa kartoitetaan kotihoidon omia apuvälineitä, joita voi lainata asiakaskäynneille ja hyödyntää esim. uuden asiakkaan avustustilanteessa tai asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa.

Kotihoidossa olevat apuvälineet ovat välittömästi saatavilla olevia apuvälineitä, joiden avulla asiakkaalle voidaan koekäytön perusteella suositella hankittavaksi henkilökohtaisia apuvälineitä. Perusteluna kotihoidon omille apuvälineille on edellä mainittu helposti saatavilla oleminen sekä se, ettei kuntien apuvälinelainaamosta mahdollisesti saa hoitajan omaa ergonomiasta helpottavia apuvälineitä.

Mikäli kotihoidossa on apuvälineitä, klikkaa sopivaa valintaruutua, mikäli ei, siirry seuraavaan arviointikohtaan.

Kotihoidon apuvälineet



Siirtovyö (esim. Easybelt, FlexiBelt, Fleximove)



Liukulevy (esim. EasyGlide)



Liukulakana (esim. WendyLett)



Siirtoalusta/vuodesuoja



Liukurulla (esim Easyslide)



Liukeste (esim. Dycem liukesterulla)



Nostoistuin (esim StandUp)



Liukuhanska



Kääntölevy (esim. Turntable)

TAKAISIN

SEURAAVA

Kotihoidon CHECK- arviointimenetelmä

*Pakollinen

Asiakkaan toimintakyky

Seuraavassa osiossa pyritään arvioimaan asiakkaan toimintakykyä ja avustamisen tarvetta. Pohjana asiakkaan toimintakykyarvioon on käytetty Care Thermometer- luokitusta, mikä perustuu asiakkaiden aktiivisuuden luokitteluun. Valitse sopiva esimerkki.

Asiakkaan toimintakyky *



ALBERT= Omatoiminen

- liikkuu itsenäisesti
- saattaa käyttää kävelykeppiä
- on itsenäinen päivittäisissä toiminnoissa kuten pukautumisessa, peseytymisessä
- voi väsyä nopeasti

ALBERT, omatoiminen (A)



BARBARA= Osittain avustettava

- käyttää rollaattoria
- huolehtii osittain itsestään
- tarvitsee avustajalta suullista ohjausta

BARBARA, osittain avustettava (B)



CARL= Osittain avustettava

- liikkuu pyörätuolilla
- varaa osittain ainakin toiselle jalalle
- hallitsee jonkin verran vartaloaan
- on riippuvainen hoitajasta useissa tilanteissa

CARL, osittain avustettava (C)



DORIS= Täysin avustettava

- istuu pyörätuolissa
- ei pysty varnaamaan jaloille
- tarvitsee hoitajan avustusta useimmissa tilanteissa

DORIS, täysin avustettava (D)



EMMA= Vuodepotilas

- on passiivinen
- on usein jäykkä, voi olla virheasentoja
- on täysin riippuvainen hoitajasta

EMMA, vuodepotilas (E)

TAKAISIN

SEURAAVA

Liite 4 Kotihoidon CHECK- työkalun ohjeistus pilotointiin osallistuneille hoitajille

”Tämä on Kotihoidon CHECK-arviointimenetelmän pilottiversio. Voit arvioida kerralla yhden (haasteellisen) potilassiirtotilanteen tai asiakkaan avustamistilanteen. Täytettyäsi yhden arvioinnin, voit halutessasi tehdä useampia arvioita eri tilanteista/asiakkaista. Suosittelemme että täytät myös ”kodin esteettömyyden arviointi”-kohdan, mikä löytyy työkalun lopussa, samoin kuin vapaa palautekenttä. Työkalun eteneminen seuraavalle sivulle tapahtuu lomakkeen alaosassa olevasta seuraava- painikkeesta ja kun olet tehnyt asiakkaan toimintakykyarvion, etene sen mukaisesti arvioiden sopivat siirto- ja avustustilanteet. Tarvittaessa arvioitavan asiakkaan toimintakyvystä riippuen voit jättää väliin osioita, mitkä eivät sovellu arvioitavaksi kyseisessä asiakastilanteessa.

Lopuksi täytettyäsi arvioinnin, täytä toimenpiteet-osio arviointisi mukaisesti. Valitse myös viimeisen sivun liukuvalinnalla, että saat sähköpostiisi yhteenvedon ja palautteen arvioinnista. Palautteessa huomaat oat vastauksesi ja harmaissa laatikoissa on tärkeää tietoa kustakin arvioitavasta tilanteesta. Viimeiseksi valitse ”LATAA”, jotta arviointisi tallentuu.

Tämä työkalu on pilottiversio ja meidän näkemyksemme olisi, että kotihoidon CHECK- työkalusta saataisiin mobiilisovellus ja lomake olisi interaktiivinen ohjaten arvioinnin tekijää. Mobiilisovellus olisi helposti hoitajien käytettävissä ja työkalusta saatavien toiminta ehdotusten perusteella riskienhallinta helpottuisi ja perustelut apuvälineiden ja resurssien hankinnalle olisivat helpommin perusteltavissa.”

Ohjeet arviointityökalun käyttöön tulevat tarkemmin CHECK-työkalun ensimmäisellä sivulla.

Mikäli sinulle tulee kysyttävää ota yhteyttä satu.lejman@pirkkala.fi tai anu.turunen@health.tamk.fi.

Kiitämme osallistumisesta!

Satu Lejman & Anu Turunen.

Tampereen ammattikorkeakoulu, Terveyden edistämisen koulutusohjelma, YAMK.

Liite 5. Positive System Usability Scale. CHECK- työkalun käytettävyyden arviointi.

Käytön arviointilomake			
Positive System Usability Scale		Täysin eri-mielistä	Täysin samaa-mielistä
1	I think that I would like to use this website frequently.	Käyttäisin mielelläni tätä verkkosivustoa usein.	
2	I found the website to be simple.	Koin verkkosivuston olevan yksinkertainen.	
3	I thought the website was easy to use.	Verkkosivustoa oli mielestäni helppo käyttää.	
4	I think that I could use the website without the support of a technical person.	Osaisin käyttää verkkosivustoa ilman teknisen henkilön opastusta.	
5	I found the various functions in this website were well integrated.	Mielestäni verkkosivuston eri-osat toimivat keskenään hyvin yhteen.	
6	I thought there was a lot of consistency in this website.	Mielestäni verkkosivuston eri-osat toimivat samalla tavalla.	
7	I would imagine that most people would learn to use this website very quickly.	Kuvittelen, että useimmat oppisivat verkkosivuston käytön erittäin nopeasti.	
8	I found the website very intuitive.	Mielestäni verkkosivuston käyttö oli erittäin intuitiivista (= oli erittäin helppo arvata, miten verkkosivusto toimii).	
9	I felt very confident using the website.	Tunsin itseni hyvin varmaksi kun käytn verkkosivustoa.	
10	I could use the website without having to learn anything new.	Osaisin käyttää verkkosivustoa ilman, että minun täytyy opetella mitään uusia asioita.	