

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Ikäosaaminen

Elina Nevala

IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN TOIMINNAN JA
HOITOHENKILÖSTÖN ERGONOMISEN TYÖSKENTELYN
MONIAMMATILLINEN KEHITTÄMINEN SIILAISEN SAIRAALASSA

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017



OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2017
Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulu
Ikäosaaminen
Tikkarinne 9
80220 JOENSUU

Tekijä
Elina Nevala

Nimeke
Ikääntyneen toimintakykyä edistävän toiminnan ja hoitohenkilöstön ergonomisen työskentelyn moniammatillinen kehittäminen Siilaisen sairaalassa
Toimeksiantaja
Joensuun kaupunki / Siun sote

Tiivistelmä
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää moniammatillisesti ikääntyneiden toimintakykyä edistävää toimintaa ja hoitohenkilöstön ergonomista työskentelyä Siilaisen sairaalassa. Kehittämistoiminta pohjautuu koulutukselliseen interventioon (Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus) sekä koulutettujen, kuntoutuksen henkilökunnan sekä lähiesimiesten yhteistyöpalaveriin, joissa käytettiin osallistavia kehittämismenetelmiä. Konkreettisena tuotoksena osallistavasta kehittämistoiminnasta oli tavoitteena kehittää kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalli.

Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa tietoa, miten ikääntyneen toimintakykyä edistävää toimintaa ja ergonomista työskentelyä voidaan kehittää sairaalaolosuhteissa. Tietoa saatiin myös siitä, miten osallistava kehittämistoiminta sopii tällaiseen kehittämistoimintaan. Tutkimusaineisto kerätiin arviointikyselystä, mikä analysoitiin sisällön analyysin avulla. Mitattavia tuloksia toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn osalta saatiin vertaamalla Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointeja 2016 ja 2017.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalli, mikä sisältää vastaavien toimenkuvan ja tehtävät, vastuut ja valtuudet ja oikeudet. Kehittämistoimintaan liittyvät Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukset saatiin pidettyä sovitusti ja ne omalta osaltaan lisäsivät hoitohenkilöstön osaamista toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn suhteen. Tämä osaamisen kehittyminen tulee selkeästi esille sekä Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnista että arviointikyselystä.

Lisäksi arviointikyselyn mukaan yhteistyöpalaverit lisäsivät yhteistyötä ja moniammatillisuutta sairaalaolosuhteissa. Tarve ikääntyneen toimintakykyä edistävän toiminnan kehittämiselle ja ylläpitämiselle on olemassa ja olennainen rooli työ- ja toimintatapojen muuttamisessa on lähiesimiehillä. Lähiesimiehet tarvitsevat muutoksen mahdollistamiseksi erityisosaajia, jotka kouluttavat ja kehittävät henkilöstön osaamista. Näin ollen lähiesimiehet voivat keskittyä henkilöstöjohtamiseen ja työntekijöiden sitouttamiseen uusiin ikääntyneen toimintakykyä edistäviin ja ergonomisiin työtapoihin. Osallistava kehittämistoiminta koettiin positiivisena asiana, koska kehittämistoimintaan osallistuneilla hoitajilla ja kuntoutuksen työntekijöillä, tuli tunne, että he olivat osallisia ja aktiivisia osallistujia oman työnsä kehittämisessä.

Kieli
suomi

Sivuja 80
Liitteet 3

Asiasanat
toimintakykyä edistävä toiminta, ergonominen työskentely, osallistava kehittämistoiminta, moniammatillisuus, lähijohtaminen



THESIS
October 2017
Master Programme in Active Ageing

Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
FINLAND
013 260 600

Author

Elina Nevala

Title

Multidisciplinary Development of Rehabilitative Approach in Nursing of Older People and Work Ergonomics of Nursing Staff in Siilainen Hospital

Commissioned by

City of Joensuu / Siun sote

Abstract

The aim of this thesis was to develop the rehabilitative approach in the nursing of older people and work ergonomics of the nursing staff at the Siilainen Hospital. This multidisciplinary development activity was implemented through participatory development activities. Development was based on educational interventions (Ergonomic Patient Handling Card® training) and co-operation meetings held between those who attended the aforementioned training, the rehabilitation personnel and immediate supervisors.

Another aim was to yield information on how activities that enhance functional ability in older people and work ergonomics of nursing staff can be developed in hospital conditions and based on this information, create a rehabilitation and ergonomics coach model. Information was also provided on the suitability of participatory development activities. The research material was collected from an evaluation questionnaire and analysed by content analysis. To measure the physical strain caused by patient handling and transfers, previous assessments carried out in 2016 and 2017 were compared.

The rehabilitation and ergonomics coach model was completed and the educational intervention and co-operation meetings were held as agreed. According to the questionnaire, the intervention increased the skills of nursing staff related to rehabilitative nursing and work ergonomics. The co-operation meetings increased multidisciplinary in hospital conditions. There is a need for developing a rehabilitative approach and the role of immediate supervisors in the change process is essential. Also, participatory development activities were considered a positive thing. The participants thought that they were involved and actively engaged in the development of their own work.

Language

Finnish

Pages 80

Appendices 5

Keywords

Enhancement of functional ability, ergonomics, participatory development activity, multidisciplinary approach, immediate leadership

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	7
3	Ikääntyminen ja toimintakyky	8
3.1	Ikääntyminen ja sen vaikutukset toimintakykyyn.....	8
3.2	Toimintakykyä edistävä hoitotyö	10
3.3	Toimintakykyä edistävä hoitotyö sairaalahoidossa	13
3.4	Toimintakykyä edistävän hoitotyön lähijohtaminen	14
3.5	Tulevaisuuden haasteet ikääntyneiden kuntoutuksessa	15
4	Fyysinen kuormittuminen ja ergonominen työskentely hoitotyössä	18
4.1	Hoitohenkilöstön fyysinen kuormittuminen.....	18
4.2	Potilassiirtojen ergonominen avustaminen	20
4.3	Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus	22
4.4	Ergonomivastaavien toiminta.....	25
5	Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä	27
6	Siilaisen sairaala ennen, nyt ja tulevaisuudessa.....	27
7	Kehittämistoiminnan toteutus.....	29
7.1	Osallistava kehittämistoiminta.....	29
7.2	Kehittämistoiminnan ideointi ja suunnittelu	34
7.3	Kehittämistoimintaan osallistujat.....	35
7.4	Kehittäjän rooli	36
7.5	Kehittämistoiminta käytännössä	38
7.5.1	Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukset.....	38
7.5.2	Kehittämispalaverit ja työyhteisöpäiviin osallistuminen.....	38
7.5.3	Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnit	41
8	Kehittämistoiminnan tuotos ja tulokset.....	42
8.1	Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalli.....	42
8.2	Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnit	43
8.2.1	Arvioidut potilassiirtotilanteet ja kokonaisindeksien vertailu	43
8.2.2	Potilassiirtojen havainnointikohteiden tarkempi vertailu	44
8.2.3	Yhteenveto tuloksista.....	48
8.3	Kehittämistoiminnan arviointikyselyn tulokset	51
8.3.1	Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittäminen ja aloittaminen	52
8.3.2	Kehittämis- ja yhteistyöpalavereiden hyödyt.....	55
8.3.3	Osallistava kehittämistoiminta.....	57
8.3.4	Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus	59
8.4	Lähijohtaminen	61
8.5	Kehittämistoiminnan arviointi	65
9	Pohdinta.....	65
9.1	Tuotoksen ja tulosten tarkastelu	65
9.2	Kehittämisprosessi ja loppuraportin kirjoittaminen	66
9.3	Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus	68
9.4	Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä	70
9.5	Luotettavuus ja eettisyys	70
10	Jatkokehittämissuositukset.....	71
10.1	Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminta Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa	71

10.2	Koulutushanke Siun soten akuuteissa terveyskeskussairaaloissa.....	72
10.3	Verkostoituminen	74
Lähteet	76

Liitteet

Liite 1	Kehittämistoiminnan tarkempi aikataulu
Liite 2	Osallistuminen työyhteisöpäiviin – Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien läpikäyminen osastoittain (esimerkki Powerpoint- esityksestä)
Liite 3	Ensimmäinen versio kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamallista
Liite 4	Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalli Siilaisen sairaalassa
Liite 5	Esimerkki sisällön analyysin tekemisestä

1 Johdanto

Toimintakyky tarkoittaa sitä, että henkilö selviytyy niistä jokapäiväisen elämän toiminnoista, jotka ovat hänelle itselleen merkityksellisiä ja välttämättömiä siinä ympäristössä, missä hän elää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 36.) Geriatri- nen kuntoutus koostuu aina laajasta kokonaisuudesta sekä fyysiset, psyykkiset että sosiaaliset näkökulmat tulee aina huomioida (Raivio & Pitkälä 2015). Ikään- tyneiden erityispiirteet kuntoutuksessa tarkoittavat, että kaikki elämän varrella ta- pahtuneet asiat ja ympäristötekijät vaikuttavat siihen, millainen toimija ihmisestä kasvaa ja miten hän lopulta ottaa vastaan vanhenemisen muutokset omassa elä- mässään. Ikääntyneiden kanssa työskentelevillä tulee olla hyvät vuorovaikutus- taidot, jotta pystytään luomaan hyvä pohja asiakaslähtöiselle ja vaikuttavalle kun- toutukselle. (Pikkarainen, Pyöriä & Savikko. 2016, 182-183.) Ikääntyneiden palveluiden tulee huomioida kokonaisvaltaisesti ikääntyneen elämänlaatua, itse- määräämisoikeutta sekä toimivan arjen turvaamista (Sosiaali- ja terveysministe- riö 2017, 13).

Laki ikääntyneen toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveys- palveluista (908/2012) yksi keskeisimmistä tavoitteista on kuntoutumista edistä- vät ja kotiin annettavat palvelut. Myös Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostetaan, että kuntoutuksen tulee olla osa kaikkia ikääntyneiden palveluja. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea toi- mintakyvyn palauttamista, säilyttämistä ja edistämistä ja tukea ikääntyneen osal- listuutta. Erikseen on myös määriteltä, että toimintakykyä ja kuntoutumista edis- tävää työtettä on lisättävä kaikissa ikäihmisten palveluissa. Työyhteisöissä tulee sopia yhteiset kuntoutumista edistävät toimintatavat ja sisällöt. Kuntoutumista edistävä työote on myös sisällytettävä hoitohenkilökunnan perus- ja täydennys- koulutukseen sekä perehdytykseen. Kuntoutuksen asiantuntijat tukevat kuntout- tavan työotteen käyttämistä ikääntyneiden arjessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 33-34.)

Uudessa laatusuosituksessa 2017 – 2019 korostetaan, että kunnissa ja maakun- nissa lisätään vaikuttavaksi todettujen interventioiden toteuttamista ikääntyneen

väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi. Tämän lisäksi turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi tarvitaan riittävä määrä osaavaa henkilöstöä. Osaaminen ja osaamisen oikea kohdentaminen sekä lähijohtaminen ovat näiden tavoitteiden saavuttamiseksi avainasemassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15-19.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kehittää moniammatillisesti Siilaisen sairaalaan ikääntyneiden toimintakykyä edistävää toimintaa ja hoitohenkilöstön ergonomista työskentelyä. Konkreettisenä tuotoksena oli tavoitteena laatia kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalli osallistavan kehittämistoiminnan avulla. Kehittämistoiminta pohjautuu koulutukselliseen interventioon (Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus) sekä koulutettujen, kuntoutuksen henkilökunnan sekä lähiesimiesten yhteistyöpalaveriin. Lisäksi opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa tietoa, miten ikääntyneen toimintakykyä edistävää toimintaa ja ergonomista työskentelyä voidaan kehittää sairaalaolosuhteissa.

Tietoa saatiin myös siitä, miten osallistava kehittämistoiminta sopii tällaiseen kehittämistoimintaan. Kyseessä on siis hyvin moniulotteinen kehittämistoiminta, missä on toimintatutkimuksellisia piirteitä. Toimintatutkimuksen pyrkimyksenä on ottaa käytännössä työskentelevät ihmiset mukaan muuttamaan tutkittavaa todellisuutta, jolloin heistä tulee aktiivisia osallistujia kehittämisessä (Kuula 1999, 9). Kehittämisen tavoitteena on aina muutos, jolla tavoitellaan parempaa tai tehokkaampaa toimintatapaa (Heikkinen 2007, 16; Toikko & Rantanen 2009, 14). Passiivista ylihoitavaa hoitokulttuuria, mikä ei tähtää ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämiseen, on haastava muuttaa (Hussi, Mäkinieniemi & Vauramo 2017, 76), mutta tässä kehittämistoiminnassa siihen pyrittiin yhteistyön ja moniammatillisuuden avulla.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoitus on ikääntyneen toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn moniammatillinen kehittäminen. Esimerkkinä Siilaisen

sairaala. Tavoitteena on luoda toimintamalli ikääntyneen toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn toteuttamiseen.

Opinnäytetyön tehtävät:

- Miten ikääntyneen toimintakykyä edistävää toimintaa ja ergonomista työskentelyä voidaan kehittää sairaalaolosuhteissa?
- Miten lähiesimiehet tukevat työntekijöitään työ- ja toimintatapojen muutoksessa?
- Miten moniammatillisuutta saadaan kehitettyä sairaalaolosuhteissa?
- Miten osallistava kehittämistoiminta sopii ikääntyneen toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn kehittämiseen?

3 Ikääntyminen ja toimintakyky

3.1 Ikääntyminen ja sen vaikutukset toimintakykyyn

Toimintakyky tarkoittaa sitä, että henkilö selviytyy niistä jokapäiväisen elämän toiminnoista, jotka ovat hänelle itselleen merkityksellisiä ja välttämättömiä siinä ympäristössä, jossa hän elää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 36.) Ikääntymisen muutokset jaetaan usein sairauksien aiheuttamiin muutoksiin ja normaalista vanhenemisesta johtuviin muutoksiin. Onnistunut ikääntyminen sisältää kolme pääkomponenttia: sairauksien ja niihin liittyvien toiminnanvajavuuksien ehkäiseminen, hyvä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky sekä aktiivinen elämäntote. (Heikkinen 2013, 393.) Ikääntyneen kuntoutujan kuntoutumisprosessiin vaikuttavat primaariset (luonnollisten, biologisten tekijöiden määrittämä, eri lajeille tyypillinen vanheneminen) ja sekundaariset (erilaisten ulkoisten tekijöiden, kuten sairauksien, elämäntapojen ja elinolosuhteiden vaikutus vanhenemiseen) vanhenemismuutokset sekä hänen yksilölliset kuntoutumistarpeensa ja elämäntilanteensa. (Pikkarainen ym. 2016, 181.) Gerontologisella kuntoutus -nimikkeellä halutaan korostaa monitieteistä gerontologista teoriatietoa vanhuuden ikävaiheen monialaisen kuntoutuksen keskeisenä lähtökohtana (Pikkarainen ym. 2016, 176).

Ikääntyneen kuntoutujan kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn ja terveyden edistäminen ja voimavarojen luominen niin, että oma elämän hallinta mahdollistuu. Elämän hallinta on pohjana päivittäisistä toiminnoista selviytymiselle. Ikääntyneen kuntoutus on pitkäjänteistä ja moniammatillista toimintaa, jossa ikääntynyt ihminen on aina keskiössä ja on itse mukana kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Geriatrinen kuntoutus koostuu aina laajasta kokonaisuudesta, eli sekä fyysiset, psyykkiset että sosiaaliset näkökulmat tulee huomioida. Yleisimmin kuntoutusta tarvitaan akuutin sairauden, tapaturman tai pitkäkestoisen heikentyneen aktiivisuuden vuoksi. Geriatria kokonaisvaltaista arviointia ja kuntoutusta toteuttavan avohoidossa ammattilaisen ohjaamana kotihoito ja/tai omainen, palvelutalossa hoitohenkilökunta ja sairaalassa moniammatillinen tiimi. (Raivio & Pitkälä 2015.)

Ikääntyneet ihmiset ovat kuntoutujina samankaltaisissa tilanteissa kuin heitä nuoremmatkin, mutta heidän kuntoutumisprosessissaan tulee ottaa huomioon omat erityispiirteet. Vanhuuden eri ikävaiheet voidaan jakaa +65 -vuotiaat nuoret vanhat, +75 -vuotiaat vanhat ja +85 -vuotiaat vanhat vanhat. Nuoret vanhat (+65-vuotiaat) ikävaiheeseen ei kuulu ennaltaehkäisevää toimintaa työterveyshuollon päättymisen jälkeen. Eli he voivat jäädä kymmeneksi vuodeksi palveluaukkoon, jos he eivät omatoimisesti huolehdi terveystarkastuksistaan ja toimintakykynsä ylläpitämisestä. Tässä vaiheessa ikääntyneen omaehtoinen aktiivisuus korostuu. +75- vuotiaat vanhat ovat nykyään entistä aktiivisempia ja itsenäisempiä. Yleiset terveyden ja toimintakyvyn muutokset sekä lisääntyneet riskitekijät aiheuttavat sen, että terveydentilaa tulee seurata säännöllisesti ja sairauksia on hoidettava. Kun toimintakyky muuttuu, voi olla tarve myös ulkopuolisille palveluille. +85- vuotiaiden ryhmä on nopeimmin kasvava ikääntyneiden ryhmä Suomessa ja tähän ryhmään kuuluu jo yli satavuotiaitakin kansalaisia. (Pikkarainen ym. 2016, 177.)

Tarkasteltaessa eri kuntoutusryhmiä voidaan todeta, että ikääntyneillä on omia erityispiirteitään. Ikääntyneiden kuntoutujien erityisyys perustuu heidän pitkään elettyyn elämäänsä ja elämäkokemukseensa. Ikääntyneiden kuntoutuminen tarkoittaa yksilön terveyden, toimintakyvyn ja elämänkulun kokonaisuutta ja tästä käytetään käsitettä elämänkulun toimijuus (life course agency). Kaikki elämän varrella tapahtuneet asiat ja ympäristötekijät vaikuttavat siihen, millainen toimija

ihmisestä kasvaa ja miten hän sitten lopulta ottaa vastaan primaarisen vanhene-
misen muutokset omassa elämässään. Kaikki ikääntyneiden kanssa työskente-
levät ovat nuorempia kuin heidän potilaansa tai asiakkaansa. Käytännössä tämä
tarkoittaa sitä, että ikääntyneiden kanssa työskentelevillä on oltava hyvät vuoro-
vaikutustaidot ja erilaisia vuorovaikutusmenetelmiä, joiden avulla pystytään luo-
maan hyvä pohja asiakaslähtöiselle ja vaikuttavalle kuntoutumiselle. Lisäksi täl-
laiseen sukupolvien väliseen kohtaamiseen ja yhteisen sävelen löytämiseen
tarvitaan kuntoutusprosessissa aikaa. (Pikkarainen ym. 2016, 182-183.)

Ikääntymisen erityspiirteitä voidaan tarkastella myös ICF -luokituksen avulla.
Tämä luokitus on malli toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kuvaamiseksi ja se
kuuluu maailman terveysjärjestö WHO:n luokitusperheeseen. ICF määrittelee toi-
mintakyvyn/toimintarajoitteet terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden (ym-
päristö- ja yksilötekijät) dynaamisena vuorovaikutuksena. Sen avulla voidaan ku-
vata yksilön yhden tai useamman aakkosnumeerisen koodin ja niihin liitettävien
tarkenteiden avulla. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 37.) Ikääntyneillä kun-
toutumisen lähtökohdat tulisi olla ICF -luokituksen yksilölliset ja ympäristötekijät,
joista hänen osallisuutensa ja arkipäivän suorituksensa rakentuvat. ICF -luokituk-
sen mukaan ikääntyneen ihmisen kuntoutumisen lähtökohtana tulee olla yksilöl-
liset tekijät ja ympäristötekijät, joista rakentuu hänen osallisuutensa ja arkipäivän
suorituksensa. (Pikkarainen ym. 2016, 183.)

3.2 Toimintakykyä edistävä hoitotyö

Kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteena on parantaa asiakkaiden elämän-
hallintaa ja tukea asiakkaan omia voimavaroja niin, että hän selviytyy arjessa
mahdollisimman omatoimisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 35). Toimin-
takykyä edistävä hoitotyö on terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa,
jossa hoitaja edistää ikääntyneen kuntoutumista tuomalla hänen käyttöönsä am-
matilliset tietonsa ja taitonsa. Lähtökohtana tulee olla terveyslähtöinen, tavoitteel-
linen ja moniammatillinen toiminta. Terveyslähtöisyydellä tarkoitetaan voimava-
ralähtöisyyttä ja tavoitteellisuudella hoitosuunnitelmaan merkittyjä mitattavia
tavoitteita, joita arvioidaan säännöllisesti. (Routasalo, Arve & Lauri 2004, 207-
215) Lisäksi korostetaan, että kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää yhteistä

toimintafilosofiaa ja sitä, että hoitajat uskovat kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksellisuuteen (Routasalo, Arve, Aarnio, & Saarinen, 2003, 24-30).

Toimintakykyä edistävässä työotteessa on huomioitava, että jokainen ikääntynyt on ainutlaatuinen yksilö. Vaikka ikääntynyt sairastaisi dementoivaa sairautta, ihmisellä on pyrkimys itsenäisyyteen ja itsemääräämisoikeuden säilyttämiseen mahdollisimman pitkään (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 16). Kuntouttavan työotteen avulla hoitohenkilökunta pystyy tukemaan ja kunnioittamaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja toimintakykyä mahdollisimman monipuolisesti arjessa (Winblad & Heimonen 2004, 74-75). Hoito ja kuntoutus kulkevat rinnakkain, eli aina niiden välillä ei ole selvää rajaa. Tärkeintä on, että palveluista ja tukimuodoista muodostuisi ikääntyneen ihmisen kuntoutumista tukeva ja läheisten tarpeet huomioiva kokonaisuus. Tavoitteena on, että se ei katkea, esimerkiksi hoitovastuun siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. (Pikkarainen 2013, 130.) Kuntoutus on suunnitelmallista, tavoitteellista ja monialaista ja arjen kannalta kuntoutus merkitsee toimintaedellytysten tukemista ja järjestämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 35).

Ikääntyneen toimintakyky on aina yksilöllinen ja sidoksissa tilanteisiin ja konteksteihin. Toimintakyvyn edistämisessä olennaista on toimijuuden tukeminen sekä ikääntyneen osallisuus. (Vähäkangas 2009, 145.) Hoitotyön periaatteissa korostetaan potilaiden omatoimisuuden periaatetta, eli hoitajan tulee tukea potilaan omaa toimintaa ja avustaa häntä vain sellaisissa toiminnoissa, joista potilas ei itse selviydy. Potilaan voimavarat otetaan käyttöön mahdollisimman tehokkaasti arkitoiminnoissa. Tällaisen toiminnan lähtökohtana on tietysti se, että kun potilasta avustetaan, tunnetaan hänen voimavaransa ja toimintakykynsä. Kuntouttava työote tarkoittaa myös samaa asiaa, eli hoitaja tukee kaikessa toiminnassaan potilaan itsenäistä selviytymistä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 164.)

Toimintakyky heikkenee väistämättä ikääntymisen myötä ja toimintakyvyn heikkeneminen tarkoittaa, että päivittäisistä toiminnoista selviytyminen heikentyy ja avun tarve kasvaa (Heikkinen, Kauppinen & Laukkanen. 2013, 301). Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen ennustaa muun muassa laitospo- ja sairaalahoidon ja

muiden sosiaali- ja terveystalveluiden tarvetta ja elinaikaa, eli sen mittaaminen on perusteltua. Vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa alentavat elämänlaatua, supistavat itsenäisen elämän edellytyksiä ja lisäävät tapaturmariskiä. Arviointi kohdistuu päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (activities of daily living, ADL), jossa voidaan erottaa päivittäiset perustoiminnot (physical activities of daily living, PADL) ja asioiden hoitaminen (instrumental activities of daily living, IADL). (Heikkinen ym. 2013, 291.)

Kuntoutumisen tavoitteet ovat aina sidonnaisia ympäristöön, missä toimitaan. Ikääntyneiden kohdalla yleisimmät toimintaympäristöt ovat kotihoito, sairaalahoito sekä ympärivuorokautinen hoito. Kotihoidossa tapahtuvan kuntoutuksen yleisin tavoite on, että ikääntyneen voimavaroja tuetaan niin, että hän pärjää kotona ja ennalta ehkäistään riskitekijöitä. Ympärivuorokautisissa palveluissa tavoitteena on ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitäminen ja sen heikkenemisen ennaltaehkäiseminen sekä hyvän elämän laadun turvaaminen. Kuitenkin aina hoitajan toiminnan perustana tulee olla hoitotyön prosessiin perustuva hoitotyön suunnitelma. Asiakaslähtöisyyden ja prosessimaisuuden tulee näkyä eri vaiheissa; tarpeiden määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, hoidon toteutumisen ja tulosten arviointi. (Vähäkangas 2009, 145-146.)

Kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteuttavat hoitajat ovat sisäistäneet, että asukkaan puolesta ei tehdä, vaan asukas tekisi mahdollisimman paljon itse ja häntä kannustettaisiin ja ohjattaisiin omatoimisuuteen. (Olkoniemi 2007, 27-28). Hoitajien tietojen ja taitojen lisäksi kuntoutumista edistävää toimintafilosofiaa, johon hoitajat sitoutuvat ja, että hoitajat uskovat toiminnan tuloksellisuuteen. (Routasalo 2004, 207-216; Olkoniemi 2007, 27-28; Vähäkangas 2010, 84.) Lisäksi hoitajat kokivat, että kuntouttavan työotteen toteutuminen edellyttää hoitajien sitoutumista yhdessä sovittuihin hoitolinjoihin, yhteen hiileen puhaltamista, vakituisia työsuhteita ja hoitajien motivoitumista työhön (Olkoniemi 2007, 27-28).

Kuntoutumista edistävää toimintaa on yhteydessä hoidon laadun tuloksiin, sillä se vähentää vuodepotilaiden määrää, lisää asukkaiden sosiaalisuutta ja lisää loppu-

jen lopuksi asiakaskohtaista hoitoaika. Myös hoitajan usko asiakkaan kuntoutumismahdollisuuteen oli yhteydessä kuntoutumista edistävään hoitajan toimintaan. (Vähäkangas 2010, 93.) Hoitajan kuntoutumista edistävä toiminta on tulosten mukaan painottunut päivittäisten toimintojen ylläpitämiseen ja terapiahenkilöstön toiminta päivittäisten toimintojen parantamiseen (Berg, Sherwood, Murphy, Carpenter, Gilgen, & Philips 1997, 37-42).

Tamminen-Peterin väitöskirjatutkimuksessa (2005, 89) potilaiden omaa aktiivisuutta mitattiin reisilihasten EMG -aktiiviteetin avulla ja kysymällä heiltä siirtotilanteiden hallinnan tunnetta. Ensimmäisellä kerralla EMG -aktiiviteettia mittaamalla saatiin selville, että potilaiden korkeimmat aktiiviteetit tulivat tukivaiheessa. Lopumittauksissa aktiiviteetti lisääntyi nousu- ja laskuvaiheessa. Toisin sanoen potilaan aktiiviteetin lisääntymisen mahdollisti se, että hoitajat oppivat aktivoimaan potilaita paremmin ja toimimaan rauhallisemmin potilaan omaa liikettä seuraten. Hyvin usein potilas ei ehdi mukaan liikkeeseen, kun hoitaja jo auttaa. Lisäksi tulee huomioida, että hoitajien käyttämät avustustavat vaikuttavat oleellisesti potilaiden hyvinvointiin ja sitä kautta myös hoidon laatuun. Potilaiden avustustapojen tulee olla hoidollisia tavoitteita tukevia.

3.3 Toimintakykyä edistävä hoitotyö sairaalahoidossa

Sairaalahoidon toimintakykyä edistävän hoitotyön tavoitteena on yleensä saavuttaa sama toimintakyky kuin ennen sairaalaan joutumista. Tähän tavoitteeseen pääsemiseen liittyy olennaisesti ikääntyneen ennen sairastumista olleen tilanteen ja toimintakyvyn johdonmukainen arviointi, nykytilanteen arviointi, sairauden vaikutusten arviointi suhteessa toimintakyvyn vajeisiin sekä kuntoutumismahdollisuuden tunnistaminen. (Vähäkangas 2009, 145.) Ikääntyneen potilaan kannalta sairaalahoitoon joutuminen on merkittävä riskitekijä, koska noin kolmanneksen toimintakyky ei palaa sairaalahoitoa edeltävälle tasolle, vaikka akuutti sairaus olisikin hoidettu hyvin. Toisin sanoen akuutisti sairaan ikääntyneen potilaan hoitaminen edellyttää aktiivista, kuntouttavaa työtä sekä lääkäriltä että hoitohenkilökunnalta. Sairaalahoitoa on vältettävä aina kuin mahdollista toimintakyvyn

heikentymisen välttämiseksi. Tämä tarkoittaa sitä, että kotihoidon tai apuvälineiden järjestymisen odottaminen ei ole syy sairaalahoidon pitkittymiseen. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 452.)

Sairaalahoitoon liittyvälle toimintakyvyn heikentymiselle voi olla monta syytä: vanhenemismuutokset, pitkäaikaissairaudet, liikunta- ja toimintakyky, sosiaaliset tekijät, monilääkitys ja geriatriset oireyhtymät (esim. kaatuilu). Lisäksi sairaalahoito on usein passivoivaa, eli liikkuminen on rajoitettua eikä ravitsemuksesta ja nesteiden saannista huolehdita. Sairalahoidon jälkeiset tekijät voivat myös altistaa toimintakyvyn heikentymiselle, kuten jatkokuntoutuksen puute. Oleellisinta olisi kuitenkin, että sairaalassa ollessa liikuntarajoitteet, vuodelepo ja tarpeeton puolesta tekeminen minimoidaan ja huolehditaan ravitsemuksen ja nesteen tarpeenmukaisesta saannista. Myös lääkelistaa tulee arvioida koko hoitajakson ajan kriittisesti. Jotta ikääntyneiden toimintakyky ei heikkenisi sairaalaoiloissa, tulee kaikkien ammattiryhmien oppia uudenlaisia toimintatapoja. Erityisesti hoitohenkilöstön toiminta tulee olla kannustavaa ja kuntoutumista edistävää. Lisäksi on huomioitava, että sitomiskäytännöistä on luovuttava. (Pitkälä ym. 452- 453.)

3.4 Toimintakykyä edistävän hoitotyön lähijohtaminen

Kuntouttavan työotteen toteutuminen vaatii yhteistä kuntoutumista edistävää toimintafilosofiaa ja toimintalinjoja, johon hoitajat sitoutuva (Routasalo ym. 2004, 207-216; Olkonieniemi 2007, 27-28; Vähäkangas 2010, 52). ja siihen taas vaikuttaa olennaisesti johtaminen. Osaava lähijohtaminen on yhteydessä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen ja ne taas varmistavat ikääntyneille asiakkaille palvelutarpeen mukaisen hoidon ja lisäävät asiakas- ja potilasturvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 39). Strateginen johto on kuntien sosiaali- ja terveystoimien keskeinen toimija, jotta saadaan luotua edellytykset vaikuttaville palveluille niin, että koko ikääntyneen väestön toimintakykyä pystytään ylläpitämään ja kyetään turvaamaan kaikille iäkkäille henkilöille tarpeita vastaava ja laadukas palvelujen kokonaisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 52.)

Vähäkankaan (2010, 56) mukaan hoitotyön johtaminen on yhteydessä hoidon tuloksiin sekä asiakas että hoitajatasolla. Lisäksi hyviin hoidon tuloksiin yhteydessä olevat johtamistyyli painottavat oikeudenmukaisuutta, henkilöstön voimaantumista ja muutosjohtamista. Tärkeää on, että lähijohtamisessa korostuu inhimillisten voimavarojen johtaminen. Huomioitavaa on myös, että työyhteisön ominaisuuksilla ja organisaatiolla on yhteys hoidon laadun tuloksiin. Työyhteisön ominaisuuksilla ja organisaatorakenteella on myös vaikutuksia laadukkaan hoidon saavuttamiseen.

Lähijohtaja, joka on johtamisjärjestelmän alimmalla tasolla, toimii ammatillisen toiminnan johtajana ja hänen vastuullaan on työn organisointi, työkäytäntöjen ja toiminnan kehittäminen sekä henkilöstöjohtamiseen liittyvät asiat. Hoitotyön johtamistyyleinä ovat painottuneet muutosjohtaminen, osaamisen johtaminen ja voimaantumista edistävä johtaminen, eli hoitotyön johtajan on pystyttävä tuomaan oikeanlainen toimintafilosofia käytännön hoitotyöhön. Johtajan on toimittava tavoitteellisesti, päämäärätietoisesti ja oikeudenmukaisesti, jotta hoitajat voivat kehittyä ammatissaan ja työssään. (Vähäkangas 2010, 54-55.)

3.5 Tulevaisuuden haasteet ikääntyneiden kuntoutuksessa

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) yksi keskeisimmistä tavoitteista on kuntoutumista edistävät ja kotiin annettavat palvelut. Laki velvoittaa kuntia siihen, että heillä on käytettävissään monipuolisesti asiantuntemusta. Myös laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostetaan, että kuntoutuksen tulee olla osa kaikkia ikääntyneiden palveluja. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea toimintakyvyn palauttamista, säilymistä tai edistämistä ja tukea ikääntyneen osallisuutta. Kuntoutuksen tulee toteutua oikea-aikaisesti joko koti-, avo- tai laituskuntoutuksena ja erilaisten siirtymien, kuten kotiutusten yhteydessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 33.) Kesäkuussa 2017 julkaistiin uusi Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2017 -2019). Tämän laatusuosituksen tarkoituksena on tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa (980/2012). Tässä uudesakin laatusuosituksessa korostetaan, että palveluita järjestävän tahon tulee

pystyä vastata kysymykseen, onko tarjolla oikea-aikaista kuntoutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 10.)

Ikääntyneiden hyvinvointia edistävästä palveluista säädetään vanhuspalvelulain (980/2012) 12§:ssä. Yksi suositus on, että kunnissa ja jatkossa maakunnissa lisätään vaikuttavaksi todettujen interventioiden toteuttamista ikääntyneen väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi. Lisäksi kolmannessa suosituksessa korostetaan, että kuntien ja maakuntien tulee sisällyttää kohdennettuja toimenpiteitä riskiryhmille, koska niillä voidaan ennakoida toimintakyvyn heikkenemistä. Tällaisia riskitekijöitä ovat muun muassa alttius kaatumiselle ym. tapaturmille ja luunmurtumat, ulkona liikkumisen väheneminen ja liikkumisen ongelmat, tasapaino-ongelmat ja lihasvoiman väheneminen, muistin heikkeneminen, koettu yksinäisyys ja erilaiset siirtymät kuten sairaalasta kotiutumiset. Laatusuosituksessa korostetaan erityisesti paljon tukea tarvitsevien ja palveluja käyttävien asiakkaiden palveluiden koordinoinnissa laaja-alaista yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15-19.)

Uudessa laatusuosituksessa kolmas esille nostettu teema-alue on nimeltään: Laadulla on tekijänsä. Edellytys turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi iäkkäille henkilöille on riittävä määrä osaavaa henkilöstöä. Suuri merkitys sillä on myös henkilökunnan työhyvinvoinnin, työturvallisuuden, oikeusturvan ja työssä pysyvyyden kannalta. Kuitenkin tulee huomioida, että henkilöstön määrän ohella osaaminen, osaamisen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen ovat suorassa yhteydessä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Kun ikääntyneistä puhutaan, on kaikissa sosiaali- ja terveystaluuissa oltava riittävä määrä geriatrasta ja gerontologista osaamista ja konsultaatiomahdollisuuksia. Nämä tekijät varmistavat iäkkäille asiakkaille selvitettyjen tarpeiden mukaisen hoidon ja sen lisäksi lisäävät asiakas- ja potilasturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19.)

Erikseen on myös määritelty, että toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää työtä on lisättävä sekä kotihoidossa että tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa. Tämä tarkoittaa, että työyhteisöissä tulee sopia yhteiset kuntoutumista edistävät toimintatavat ja sisällöt. Kuntoutuksen asiantuntijat tukevat

kuntouttavan työotteen käyttämistä ikääntyneiden arjessa. Kuntoutumista edistävä työote on sisällytettävä myös hoitohenkilökunnan perus- ja täydennyskoulutukseen sekä perehdytykseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kunta- liitto 2013, 34).

Vaikka ikääntyneiden hyvä toimintakyky on tavoitteena yleisesti hyväksytty asia, tarvitaan siitä vielä paljon soveltavaa tutkimusta, kehitystyötä sekä koulutusta. Toimintakyvyn edistäminen on moniulotteista ja monialaista toimintaa ja tois- taiseksi ei ole vielä kehitetty järjestelmää, jolla pystyttäisiin kehittämään eri sek- toreiden toimintaa yhdessä monitieteiseen tutkimusnäyttöön perustuvan tiedon kanssa. Käytänteiden uudistamisessa tarvitaan eri alojen yhteyksiä näkeviä ja tunnistavia moniosaajia. Lisäksi muutosvastarinnan vähentämiseksi ja yhteistyön parantamiseksi tarvitaan täydennyskoulutusta (Rantanen 2013, 417.)

Muuttuva yhteiskunta – muuttuvat palvelut -tutkimushankkeen kuntoutustyö- ryhmä otti vahvasti kantaa kuntoutuksen ja sen kehittämisen puolesta julkaisus- saan. Kyseisen kuntoutustyöryhmän mukaan vain osa ikääntyneistä kuntoute- taan tällä hetkellä, mutta merkittävä osa kuntoutusta tarvitsevista ikääntyneistä jää ilman kuntoutusta ja siitä muodostuu yhteiskunnalle suuret taloudelliset kulut. Kuntoutuksen ”puute” maksaa yli 0,5 miljardia euroa vuodessa. (Hussi ym. 2017, 8.) Suomen keskeiset ongelmat liittyvät palvelujärjestelmään ja siihen, että täällä vallitsee edelleen passiivinen ylihoitava hoitokulttuuri, jonka muuttaminen on haastavaa. Käytännössä tämä ”ongelma” tarkoittaa sitä, että laitokseen on helppo jäädä, koska aktiivinen kuntouttaminen puuttuu. (Hussi ym. 2017, 76).

Tärkeimpänä ongelmana pidetään hoitohenkilökunnan asennetta, joka ei tähtää ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämiseen. Kuntoutus ei ole erillinen asia, vaan se on tärkeä osa hoitoprosessia heti alusta asti. Tavoitteet tulee asettaa selkeästi ja tavoitteeseen tähtääviä toimenpiteitä pitää tarkastella koko prosessin ajan. Ikääntynyt ei ole hoitoa ja hoivaa tarvitseva subjekti ja tähän terveydenhuollon asiantuntijoiden asenteeseen tarvitaan muutosta. Jotta mahdollisimman monen ikääntyneen kohdalla saavutetaan tavoitteita, on kuntoutuksen merkitys huomioi- tava kaikessa hoitamisessa ja hoitotyössä. Tämä tarkoittaa sitä, että monipuolista

kuntoutuksen koulutusta on kattavasti jo terveydenhoitohenkilöstön perusopinnoista lähtien. (Hussi ym. 2017, 76.)

4 Fyysinen kuormittuminen ja ergonominen työskentely hoitotyössä

4.1 Hoitohenkilöstön fyysinen kuormittuminen

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelee 16 % Suomen työllisestä työvoimasta. Suurin osa sairauspoissaoloista sosiaali- ja terveysalalla aiheutuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista. Eniten julkisella sektorilla työskentelevistä sairauspoissaoloja on kodinhoitajilla, lähihoitajilla, ja sairaala- apulaisilla, eli niillä ammattiryhmillä, jotka tekevät fyysisesti raskainta työtä sosiaali- ja terveysalalla. (Laine & Kokkinen 2013, 202-204.) Sosiaali- ja terveysalalla fyysisesti kuormittavimpana työtä pidettiin terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa. Henkilöstöstä lähes kaksi kolmasosaa piti työtään usein tai jatkuvasti fyysisesti kuormittavana. Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla työskentelevistä 70 % vastasi, että työhön sisältyy useita kertoja päivässä tai jopa tunnissa nostamista, kantamista tai kannattelua ilman apuvälineitä. Lisäksi työntekijät kuvasivat, että työhön sisältyy kumarassa tai muuten huonossa asennossa työskentelyä melko usein (Laine, Kokkinen, Kaarlela-Tuominen, Valtanen, Elovainio, Keinänen & Suomi 2011, 30.) Tässä kehittämistyössä arvioidaan vain hoitajien fyysistä kuormittumista.

Sairaanhoitajien kuormittumista hoitotilanteissa tarkasteltiin sekä fysiologisten vasteiden (sydämen sykintätaajuuden lyöntiä/min ja kuormittumisprosentin %HRR) ja tunnekokemusten avulla. Näiden mittareiden avulla todettiin, että kuormittavimpia hoitotilanteita ovat erittämisessä ja liikkumisessa avustaminen, hengitysvaikeuksien hoitaminen ja potilaan kuljettaminen toimenpideyksikköön. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat kuormittavaksi myös kiireen, jota he kuvasivat haastatteluissa ja stressikuvauksissa. (Nuikka 2002, 87.) Tutkimuksessa myös

todettiin, että parempikuntoiset sairaanhoitajat kuormittuivat vähemmän perushoidossa ja hoitotoimenpiteissä kuin keskivertoa huonokuntoisemmat hoitajat. (Nuikka 2002, 62). Kuormittavimpia työasentoja hoitajille tulee avustaessa potilasta ylöspäin vuoteessa, potilaan avustamisessa pyörätuolista wc-istuimelle ja takaisin pyörätuoliin, pyörätuolista vuoteeseen ja vuoteesta pyörätuoliin. (Tamminen-Peter 2013, 19).

Hellstén (2014, 3) tutki väitöskirjassaan vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä työskentelevien työntekijöiden työn fyysistä ja psyykkistä kuormittavuutta ja työhön liittyviä fyysisiä riskejä. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, millaisia vaikutuksia fyysisen kuormittavuuden vähentämistä tavoitelleella ergonomisella kehittämisinterventiolla saadaan aikaan. Työ vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa on fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavaa ja tämä kuormittavuus vaihteli toimintamuodoittain ja ammattiryhmittäin. Fyysisesti kuormittavimmaksi työ koettiin pitkäaikaissairaanhoidossa ja psyykkisesti raskaammaksi taas tehostetusta palveluasumisesta. Lähihoitajat kokivat työnsä fyysisesti kuormittavimmaksi kun taas sairaanhoitajat kokivat työnsä psyykkisesti raskaimmaksi. (Hellstén 2014, 109.) Fyysisesti eniten hoitohenkilöstön työskentelyä haittasivat selän alaosan vaivat, toiseksi eniten niska-hartiaseudun vaivat ja kolmanneksi eniten ranteiden ja käsien vaivat. (Hellstén 2014, 72.)

Tamminen-Peterin (2005, 87) väitöskirjatutkimuksessa hoitohenkilöstön fyysinen kuormittuminen alaselän lihaksissa väheni jo ensimmäisen koulutusintervention jälkeen voimakkaasti. Tämä muutos näkyi sekä hoitajien omissa arvioissa että mitatuissa EMG -arvoissa. Toisen koulutusintervention jälkeen hoitohenkilöstön arvio fyysisestä kuormittumisesta vähentyi selkeästi, ristiselän osalta kuormitus vähentyi 67 % ja hartioiden osalta 57 %. Kun näitä hoitajien arvioita kuormittumisesta verrattiin havainnoituihin siirtotaitoihin, voidaan todeta, että taitojen kasvaessa kuormittumisarvot laskivat. (Tamminen-Peter 2005, 77.) Kun hoitajien siirtotaidot kehittivät, he käyttivät myös enemmän apuvälineitä. Kahden koulutusintervention jälkeen hoitajat ohjasivat potilaan käyttämään paljon ulkopuolista tukea; nousutukea, toista tuolia tai kävelytelinettä. (Tamminen-Peter 2005, 88.)

4.2 Potilassiirtojen ergonominen avustaminen

Ergonomialle on useita määritelmiä, joissa painotus on hieman erilainen. Ergonomiasana tulee kahdesta kreikankielisestä sanasta: ergo = työ ja nomos = laki. (Tamminen-Peter, Eloranta, Kivivirta, Mämmelä, Salokoski & Ylikangas 2007, 13.) Työterveyslaitos (2017a) määrittelee ergonomian tekniikan ja toiminnan sovittamisena ihmisille ja ergonomian avulla voidaan parantaa ihmisen turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia sekä järjestelmien häiriötöntä ja tehokasta toimintaa. Ergonomian tavoitteena on vähentää työn fyysistä kuormittavuutta niin, että se on ihmiselle sopivaa toistomääriltään ja voiman tarpeiltaan. Toivottu tulos on, että työntekijät voimavarat sekä työ- ja toimintakyky säilyisivät mahdollisimman pitkään. Ergonomia tarkoittaa tieteenalaa, joka tutkii ihmisen ja hänen työnsä välisiä ongelmia ja etsii niihin vastauksia. (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää, Airaksinen 2005,11.)

Hyvin usein potilasta pidetään edelleen passiivisena siirrettävänä taakkana, mutta avustustapa vaikuttaa suoraan hoidon laatuun ja hoitajien kuormitukseen. Olennaisen tärkeää siirtotilanteissa on potilaan oma aktiivisuus, koska liiallinen avustaminen voi heikentää potilaan olemassa olevaa toimintakykyä. Tästä syystä potilasta tulisi aktivoida mahdollisimman paljon tekemään itse. Lisäksi potilaan omien voimavarojen käyttö vähentää hoitajan fyysistä kuormittumista. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 3-4.) Potilaan siirtymisen avustaminen ei ole sama asia kuin tavaran nostaminen, koska avustettava on toinen ihminen, jolla on oma tahto ja toimintakykyrajoitusten lisäksi heillä on usein myös pelkoja ja kipuja. Avustustilanne on aina kahden ihmisen kohtaaminen ja se vaatii vuorovaikutustaitoja. Hoitajien perustehtäviin kuuluu potilaiden liikkumisen avustaminen päivittäisissä toimissa, eli se on oleellinen osa heidän työtään. Hoitotyön kuormittavuus riippuu potilaiden aktiivisuudesta ja liikuntakyvystä, mutta hoitotyö ei saisi olla enää raskasta nostamista vaan sanallista ohjausta ja aktivointia. Nykyään raskaimmat nostot tulee tehdä nostinten avulla. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 13.)

Fagerström (2013, 22) tarkastelee väitöskirjassaan ergonomisen avustamista ergonomian, työterveyden, kuntouttavan hoitotyön ja organisaatioiden toimintaympäristöjen näkökulmasta. Ergonomista avustamista hoitotyössä tarkastellaan avustajan työturvallisuuden ja avustettavan kuntouttamisen näkökulmasta. Ergonomisen avustamisen ydin onkin näiden kahden yhteistoimintaa. Lisäksi ergonomiseen avustamiseen liittyy apuvälineiden, toimintaympäristön ja -järjestelmän keskinäinen vuorovaikutus. Avustaminen rajattiin tässä tutkimuksessa toisen ihmisen liikkumisen ja siirtymisten avustamiseksi ja tukemiseksi niin, että avustettava toimisi mahdollisimman itsenäisesti. Fagerströmin (2013, 153) tutkimuksen mukaan hoitotyön fyysistä kuormittavuutta voidaan vähentää, kun kehitetään ergonomisempia toimintaympäristöjä, hankitaan ja käytetään apuvälineitä sekä edistetään hoitajien turvallisia avustamistapoja.

Oulun yliopistollisessa sairaalassa PAST -toiminnan (potilaan avustus- ja siirtotavat) kehittäminen toi myös samankaltaisia tuloksia, eli koulutetut hoitajat kokivat, että saatu opastus vaikutti positiivisesti seuraaviin asioihin: apuvälineiden käyttö lisääntyi, oma kuormittuminen vähentyi, potilassiirrot ovat sujuvampia ja turvallisempia, itse avustustilanteet ovat suunnitellumpia ja toiminta on tietoisempää. 72 % opastusta saaneista koki, että PAST -menetelmät ovat vähentäneet tuki- ja liikuntaelinoireilua (Rantsi & Hämäläinen 2006, 17-18.)

Tamminen-Peterin tutkimuksessa (2005, 94) avustustaidon parantumisen myötä hoitajien oma kokema ja mitattu kuormitus vähentyi ja asiakkaiden aktiivisuus lisääntyi. Uudet potilassiirtomenetelmät olivat potilaalle myös miellyttävämpiä kuin esimerkiksi ”laahaava nosto”, jossa kaksi hoitajaa nostaa avustettavan niin, että käsiotteet ovat kainaloista ja housuista, eikä avustettava ole siirrossa millään tavalla aktiivisesti itse mukana. Mitä parempi hoitajien siirtotaito oli, sitä alhaisempi oli hoitajien oma kokema ja mitattu fyysinen kuormittavuus siirtotilanteessa ja sitä myönteisempiä olivat potilaan tuntemukset siirron miellyttävyydestä, turvallisuudesta ja hallinnasta.

TURO -Turvallisuusjohtamisen kehittäminen ja työhyvinvoinnin edistäminen vanhus- ja vammaistyössä- hankkeen tavoitteena oli henkilöstön työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen edistäminen ja turvallisuusosaamisen kehittäminen. (Tanttu

2016, 9.) TURO -hankkeen yhtenä tavoitteena oli terveyskeskussairaalan osastoilla ja kotihoidossa lisätä henkilöstön työhyvinvointia, edistää hoitotyön työergonomian ja potilaiden toimintakykyä tukevan hoitotyön osaamista. Lisäksi tavoitteena oli vahvistaa hoito- ja kuntoutushenkilöstön yhteistyötä. (Tanttu & Mäki-Natunen 2016, 30.) TURO -hankkeen aikana koulutettiin yhteensä 49 hoitajaa ja heistä valittiin ergonomiavastaavat, joita oli yhteensä 12 henkilöä. Koulutusten ja ergonomiavastaavien toiminnan vaikuttavuutta arvioitiin syksyllä 2012 ja syksyllä 2013 tehtyjen potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien avulla. Tuloksia vertaamalla voidaan todeta, että hankkeen aikana toteutetuilla koulutuksilla ja niihin liittyvillä toimenpiteillä on ollut myönteisiä vaikutuksia hoitajien työergonomiaan, potilaan aktivointiin ja ohjaukseen. Työergonomiassa positiivisia muutoksia tapahtui useilla osa-alueilla. Selkein muutos tapahtui kuitenkin siirtotaidon ja siirron sujuvuudessa, eli koulutukseen osallistuneet olivat oivaltaneet, että aktivoiva ohjaus ja avustusotteet tukevat potilaan toimintaa. (Tanttu, Sihvonen & Kuokkanen 2016, 42.)

4.3 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille suunniteltu koulutuskokonaisuus ja se on otettu käyttöön vuonna 2010. Kyseessä on rekisteröity tuotemerkki ®. Vastuullisena toteuttajaorganisaationa toimii Työterveyslaitos. Koulutuskokonaisuus pohjautuu Leena Tamminen-Peterin tutkimus- ja kehittämishankkeisiin ja koulutuskokonaisuutta kehitetään yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen siirtoergonomian tiedonvälitysverkoston asiantuntijaryhmän kanssa (Työterveyslaitos 2017b.)

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus antaa osallistujalle valmiudet turvalliseen liikkumiseen avustamiseen, nostoihin, potilassiirtoihin ja työkäytäntöjen kehittämiseen. Koulutuksen tavoitteena on edistää sujuvaa ja turvallista hoitotyötä ja vähentää työn fyysisestä kuormituksesta johtuvia liikuntaelinongelmia, lisätä hoitotyön fyysisten riskien arviointikykyä ja riskien hallintaa sekä parantaa poti-

lasturvallisuutta avustus- ja siirtotilanteissa. Lisäksi koulutuskokonaisuuden tavoitteena on edistää kuntouttavaa työtettä hoitotyössä ja edistää hoidon laatua. (Työterveyslaitos 2017b.)

Koulutuksessa on määritelty potilassiirtojen ja liikkumisen avustamisen turvalliseen hallintaan vaadittu tieto-taitotaso, jonka koulutukseen osallistuva todentaa näyttökokeella. Käytännössä koulutuskokonaisuus koostuu siis etäopiskelusta verkossa, lähiopetuksesta (16 h), siirtotilanteiden käytännön harjoittelusta omalla työpaikalla sekä käytännön näyttökokeesta. Etäopiskeluna suoritettavat verkko-tehtävät tehdään Työterveyslaitoksen Moodle -oppimisympäristössä. Tehtäviä on neljä ja aihealueet ovat seuraavat: Potilassiirtoergonomia tuki- ja liikuntaelinongelmien ennaltaehkäisyssä, oman kehon hallinta potilassiirroissa, biomekaniikan hyödyntäminen potilaan liikkumisen avustamisessa sekä työturvallisuutta koskevat lait ja asetukset hoitotyössä. Jotta voi osallistua lähiopetuspäiville pitää verkko-tehtävät olla hyväksytysti suoritettuina. (Työterveyslaitos 2017b.)

Lähiopetuspäivät voidaan jakaa esimerkiksi 4 x 4 tunnin tai 2 x 8 tunnin harjoittelukerroiksi kohderyhmän toiveiden ja tarpeiden mukaan. Lähiopetuspäivillä harjoittelu alkaa luonnollisten liikemallien läpikäymisellä, eli mietitään ja havainnoidaan, mitä ihmisen kehossa tapahtuu erilaisissa liikkeissä (esim. seisomaan nousussa). Käytännön harjoittelupäivinä käydään eri siirto- ja avustustilanteiden lisäksi läpi seuraavia aiheita: avustajan omat työasennot avustus- ja siirtotilanteissa sekä sanallisen että manuaalisen ohjauksen merkitys, potilaan voimavarojen arviointi ja aktivointi, työntekijän oma riskin arviointi ja apuvälineiden käyttö siirtotilanteissa. Opittuja asioita sitten harjoitellaan käytännön työelämässä ennen käytännön näyttökokeeseen tuloa. Käytännön näyttökokeessa opiskelija todentaa ammattitaitonsa potilassiirroissa. Opiskelija siirtää kaksi toimintakyvyltään eri kuntoista potilasta, joiden toimintakyky on määritelty näytön aluksi saaduista potilaiden esitiedoista. Toinen siirtotehtävä on käsin tehtävä avustustehtävä (esim. liukulevyn avulla siirtymisen avustaminen sängyn reunalta pyörätuoliin) ja toinen tehtävä on potilasnostimella suoritettava tehtävä. (Työterveyslaitos 2017b.)

Käytännön näyttökokeet arvioidaan arviointikriteerien mukaan, eli arvioitavia kohtia ovat: Potilaan toimintakyvyn arviointi, työturvallisuus ja omakohtainen riskin

arviointi, ympäristön huomiointi, potilaan toimintakyvyn aktivointi ja vuorovaikutus, alkuasennon huomioiminen, käsin tai pienoispöydän kanssa avustaminen, nostimen kanssa avustaminen, hoitajan työasento, - liikkeet ja otteet sekä potilaan toimintakyvyn ja avustustavan kirjaaminen ja yhteistyö. (Työterveyslaitos 2017b.) Käytännön näyttökoe arvioidaan asteikolla hylätty – 3 – 4 – 5. Jos osallistuja saa näyttökokeesta arvosanaksi 4 tai 5, hän voi osallistua Potilassiirtojen ergonomiakortti® -kouluttajakoulutukseen®. (Työterveyslaitos 2017b.)

Koulutuskokonaisuuden vaikuttavuudesta on jo jonkin verran tapauskohtaista näyttöä. Rovaniemen terveyskeskussairaalan hoivaosastoilla hoitajien sairauspoissaolot ovat vähentyneet huomattavasti, kun hoitajat ovat käyneet ergonomiakorttikoulutuksen® ja ovat muuttaneet sen myötä työtapojaan. Sairauspöissaolot vuonna 2009 olivat 900 päivää ja vuonna 2012 enää 300 päivää. Vuonna 2013 lokakuun loppuun tuki- ja liikuntaelinvaivoista aiheutuvia sairauslomia oli 110 päivää kun vuotta aiemmin samana ajankohtana oli jo 175 sairauslomapäivää. Lisäksi hoitajien mukaan työilmapiiri on nykyään positiivisempi ja työstä on tullut suunnitelmallisempaa. Apuvälinehankintojen ja ergonomiakorttikoulutuskustannusten jälkeen säästöä kertyi 160 000€. Tärkeintä kuitenkin on, että hoitajien uudet tavat aktivoivat asukkaita. Rovaniemelläkin vuotta aiemmin osastolle tullut ”petipotilas” on kuntoutunut niin, että hän kotiutuu vielä takaisin omaan kotiin. (Mäkinen 2013, 14-19.)

Anne Henrikssonin pro gradu-tutkielman (2011, 52) mukaan Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella oli myönteisiä vaikutuksia hoitajan siirtotaitoon ja riskien arviointikykyyn sekä työ- ja potilasturvallisuuteen. Lisäksi työyhteisössä tapahtui positiivisia muutoksia kohti turvallisempia työtapoja. Potilassiirtojen Ergonomiakortin® suorittaneet hoitajat kokevat koulutuksen lisäävän potilassiirtotilanteiden suunnittelua ja apuvälineiden käyttöä sekä vähentävän fyysistä kuormittumista (Nevala & Palovaara 2012, 68-69). Myös Mattinen, Valli & Vähätiitto (2014, 75-76) tulivat tutkimuksessaan johtopäätökseen, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on vaikuttanut positiivisesti molempien tutkittujen työyksiköiden työhyvinvointiin ja työn kuormituksen vähenemiseen. Myös apuvälineiden käyttö on lisääntynyt ja koulutuksen myötä työn fyysinen kuormittavuus on keventynyt ja tuki- ja liikuntaelinterveys parantunut. Hoitohenkilökunta koki

myös, että uudet työtavat vaikuttavat asukkaiden hyvinvointiin ja kuntoutukseen positiivisesti.

4.4 Ergonomivastaavien toiminta

Ergonomiavastaavat tulee ensin nimetä ja heidän tehtävänsä ja valtuutensa tulee määritellä. Tärkeää on, että heidän valtuuksistaan sovitaan yhteisesti ja sovitaan myös heidän osaamisensa ylläpidosta ja yhteistyöstä. Ergonomiavastaavien tulee olla ergonomiasta ja kuntouttavasta hoitotyöstä kiinnostuneita hoitajia ja heidän valintansa tulee pohjautua vapaaehtoisuuteen. Tehtäväkuva tulee päivittää vuosittain ja aina tarvittaessa. Ergonomiavastaavien tehtäviin voi kuulua esimerkiksi seuraavanlaisia tehtäviä: ohjaa ergonomista työskentelyä työtovereille, uusille työntekijöille, sijaisille ja opiskelijoille sekä mahdollisuuksien mukaan myös potilaiden omaisille, seuraa henkilöstön koulutuksen tarvetta ja informoi esimiestä esille nousseista koulutustarpeista, ohjaa ja opastaa uusien apuvälineiden käytössä sekä seuraa toimintakyvyn ja avustamisen kirjaamista. Ergonomiavastaavat voivat suunnitella potilaan avustamis- ja apuvälinekoulutukset. Yhteisellä sopimuksella he saavat puuttua työtovereiden työkäytäntöihin, jos he eivät noudata organisaation turvallisuusohjeita ja yhdessä sovittuja käytänteitä. Lisäksi ergonomiavastaava informoi osastonhoitajaa hoitokäytännöistä. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2011, 29-31.)

Fingerroos (2014, 27) kehitti opinnäytetyönään ergonomiavastaavien toimintamallin. Kehittämisprojektin tavoitteena oli Mäkelänrinteen vanhustyössä toimivien ergonomiavastaavien ergonomiosaamisen parantaminen ja heidän kautta myös hoitohenkilöstön ergonomiosaamisen lisääminen. Lopullinen ergonomiavastaavien toimintamalli sisälsi tehtäväkuvan, vastuut, valtuudet, osaamisen, verkostoitumisen/jalkautumisen ja työnantajan vastuuosion (Fingerroos 2014, 36). Ergonomiavastaavien toimintamalli koottiin työnantajan, ergonomiavastaavien ja pilottiyksiköiden henkilöstön kehittämistoiveiden mukaisesti. Kehittämisprojektin myötä ergonomia-asiat nousivat aktiiviseen keskusteluun ja työnantajan aktiivinen mukana oleminen oli myös edellytys projektin

onnistumiselle, esim. ergonomiakoulutukselle budjetoitiin enemmän määrärahoja.

Myös TURO -hankkeessa pohdittiin hoitohenkilöstön koulutusten jälkeen, miten uusien opittujen tietojen ja taitojen ylläpito ja siirtäminen onnistuisivat ja sen lisäksi saataisiin vielä jaettua hyviä käytänteitä koko työyhteisöön. He kehittivät ergonomiavastaavien toimintaa niin, että kaikki vastaavat pääsivät Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukseen sekä ergonomiavastaavan tehtävät ja ohjaukset taidot -koulutukseen. (Tanttu & Mäki-Natunen 2016, 37-38.) Koulutusten ja ergonomiavastaavien toiminnan vaikuttavuutta arvioitiin syksyllä 2012 ja syksyllä 2013 tehtyjen potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien avulla. Tuloksia vertaamalla voidaan todeta, että hankkeen aikana toteutetuilla koulutuksilla ja niihin liittyvillä toimenpiteillä on ollut myönteisiä vaikutuksia hoitajien työergonomiaan, potilaan aktivointiin ja ohjaukseen. (Tanttu, Sihvonen & Kuokkanen 2016, 42.)

Fagerströmin (2013, 120, 123) mukaan ergonomiavastaavien toiminta vahvistui koulutusinterventioiden myötä. Tärkeää oli, että ergonomiavastaavatoiminta perustui vapaaehtoisuuteen ja heidän toivottiin olevan innostuneita ja osaavia. Osastonhoitajan mukaan ergonomiavastaavan tehtäviin kuuluu uusien työntekijöiden perehdyttäminen turvallisiin työtapoihin ja apuvälineiden käyttöön, apuvälineistä huolehtiminen, muun muassa kunnossapito- ja huoltokäytäntöjen seuraminen ja uusien apuvälineiden hankinnan suunnittelu sekä henkilöstön avustustaidon osaamisen varmistaminen. Osastojen ergonomiavastaavat koontuivat säännöllisesti fysioterapeutin toimesta ja he olivat raportointivasuudessa omille esimiehilleen.

Laiho (2016, 35-36) toteutti kyselytutkimuksen liittyen ergonomiavastaavien rooliin. Kun kysyttiin ergonomiavastaavan työtä tukevia tekijöitä, nousi tärkeimmälle sijalle esimiehen tuki, toiseksi tärkeimmälle sijalle tuli työkavereiden tuki ja muiden ergonomiavastaavien vertaistuki. Eniten ergonomiavastaavien mukaan toimintaa vaikeutti ajanpuute, koska kuitenkin ergonomiavastaavan työnkuva on melko laaja. Toisena negatiivisena asiana koettiin muun henkilökunnan negatiivinen ja vähättelevä asenne uusia työtapoja ja ergonomiavastaavan toimintaa kohtaan.

5 Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä

Potilassiirtojen arviointimenetelmä (Karhula, Rönholm & Sjögren 2007) on vapaassa käytössä ja se on kehitetty käytännön välineeksi potilassiirtojen kuormittavuuden arviointiin. Arviointien tavoitteena on antaa perusteita ja sisältöä työn ja työolosuhteiden kehittämiseen sekä henkilöstökoulutukseen. (Karhula ym. 2007, 5.) Tässä arviointimenetelmässä siirroksi katsotaan kaikki potilaan siirtymisen tai liikkumisen avustaminen, jossa tarvitaan käsin avustamista ja/tai siirtoapuvälineiden käyttöä. Potilaan nostaminen käsin tai mekaanisen nostimen avulla ovat myös siirtoja. Kuitenkaan potilaan liikkumisen turvallisuuden varmistamista ei katsota potilassiirroksi. Luotettavan ja riittävän kattavan kuvan luomiseksi, osaston potilassiirtojen kuormittavuuden arviointeja tulisi tehdä vähintään viiden hoitohenkilöstöön kuuluvan työskentelystä.

Potilassiirtojen havainnointi tehdään käytännön työn ohessa, eli hoitaja tekee potilassiirron samalla tavalla kuin normaalistikin. Arviointikohtia on 15, joista yhdeksän ensimmäistä arvioitsija havainnoi hoitajan tehdessä potilassiirtoa ja kuusi viimeistä ovat haastattelukysymyksiä hoitajalle. (Karhula ym. 2007, 11.) Yhdeksän arvioitavaa kohtaa ovat työtilan ympäristöolot, työtilan ja työkenkien ominaisuudet, potilasnosturin tarve ja käyttö, ei-mekaanisten apuvälineiden tarve ja käyttö, siirtoetäisyys ja siirtokorkeus, yläraajojen ja ylävartalon kuormitus, alaselän kuormitus, alaraajojen kuormitus, siirtotaito ja siirron sujuvuus (Karhula ym. 2007, 14-17.) Haastattelukysymykset kuvaavat hoitohenkilöstön mielipidettä potilassiirtojen yleisestä kuormittavuudesta. (Karhula ym. 2007, 11).

6 Siilaisen sairaala ennen, nyt ja tulevaisuudessa

Siilaisen sairaala on toiminut Joensuun kaupungin perusterveydenhuollon sairaalana vuodesta 1983. Vuonna 2014 potilaspaikkoja oli 150, joista pitkäaikaispotilaita oli 50. Sairaalassa oli neljä osastoa, mitkä oli jaettu kahdeksaan eri tiimiin.

Tällä hetkellä syyskuussa 2017 potilaspaikkoja on 136 ja tehostettuun palveluasumiseen jonottaa 13 potilasta. Toisin sanoen kolme vuotta sitten Siilaisen sairaala oli profiililtaan hyvin erilainen sairaala, eli nykyään voidaan puhua melkein täysin akuutista kuntoutussairaalaista kun aiemmin pitkäaikaispotilaita oli 50. Muutos on tapahtunut nopeasti ja sen mahdollistamiseksi on toteutettu kehittämistoimintaa muun muassa lääkehoidon osaamisen ja toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn osalta. Tällä hetkellä sairaalassa työskentelee kaksi osastonhoitajaa, kaksi apulaisosastonhoitajaa, kahdeksan fysioterapeuttia/kuntohoitajaa, yksi viriketyöntekijä, yksi osastofarmaseutti sekä 89,5 vakituista hoitohenkilöstöön kuuluvaa työntekijää. Toki sairaalaympäristössä työskentelee muitakin, mutta tuossa pääasiallisesti ne, jotka työskentelevät potilastoiminnan kanssa. (Kilpeläinen & Lappi 2017.)

Vuoden 2017 alusta aloitti Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kunta- ja palveluyhtymä Siun Sote toimintansa. Siun sote järjestää julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut 14 kunnan alueella. Kuntayhtymä järjestää lisäksi myös alueen ympäristöterveydenhuollon ja pelastustoimen palvelut. Siun sotessa työskentelee yhteensä noin 7 000 työntekijää. Tavoitteena on järjestää asukkaille laadukkaita, yhdenvertaisia ja yksilöllisiä tarpeisiin perustuvia palveluita kustannustehokkaasti koko alueella. (Siun sote 2017).

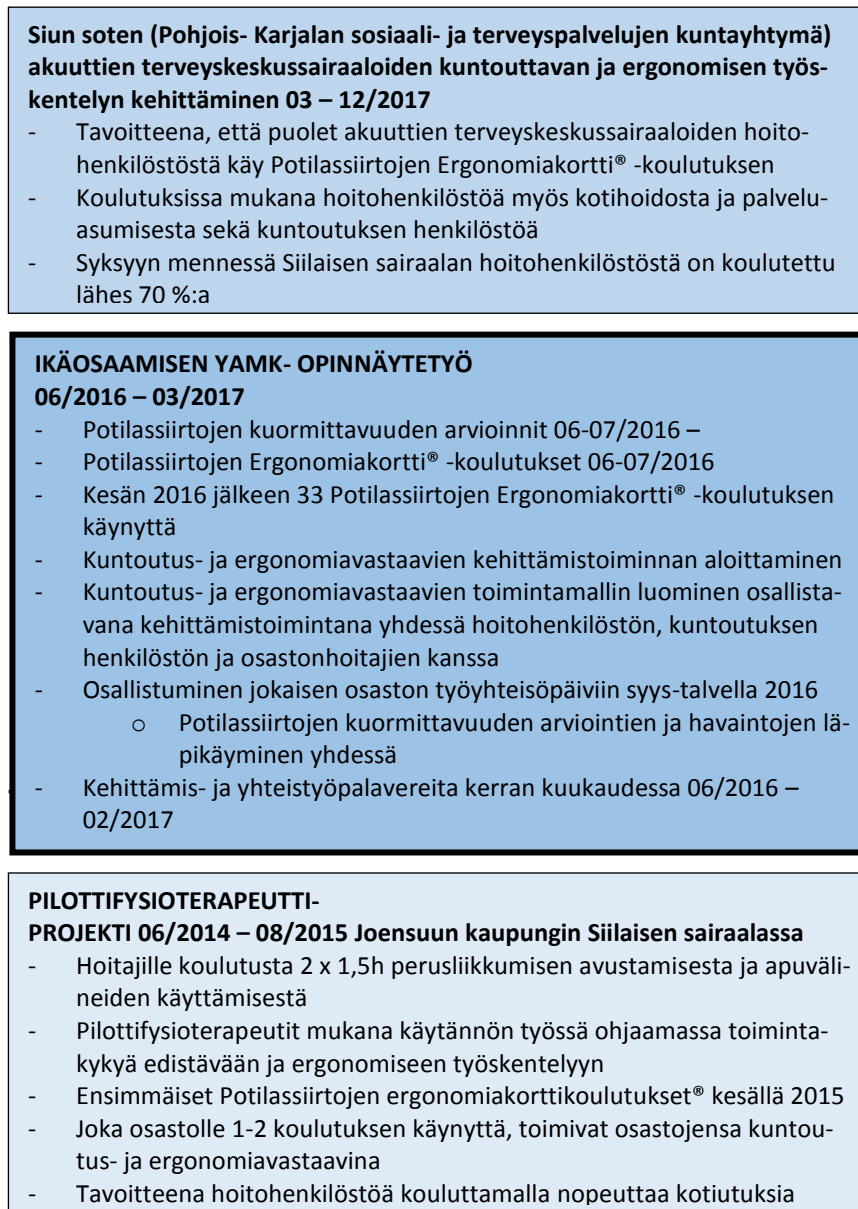
Vuoden vaihteessa 2017 – 2018 Siilaisen sairaala muuttaa täysin uusiin tiloihin ja nimeksi tulee Siilaisen kuntoutumiskeskus. Potilaspaikkamäärä tulee olemaan 143. Toiseen kerrokseen tulee 48 -paikkainen akuuttikuntoutusosasto, jonka suurimpia potilasryhmiä tulee olemaan ikääntyneet, jotka tarvitsevat sairaalahoitoa infektioiden, sydämen vajaatoiminnan pahentumisen vuoksi tai pienten tapaturmien vuoksi. Kolmanteen kerrokseen tulee 24 -paikkainen kirurginen kuntoutusosasto ja 24 -paikkainen geriatrinen arviointi- ja kuntoutusosasto. Kirurgiselle kuntoutusosastolle tulee koko Pohjois-Karjalan alueen lonkkamurtumakuntoutujat sekä vaativaa kuntoutusta tarvitsevat kirurgiset kuntoutujat. Neljanteen kerrokseen tulee kaksi osastoa, jossa on 16 -potilaspaikkainen palliatiivinen osasto ja 31 potilaspaikkainen neurologinen kuntoutusosasto. Myös neurologiselle kuntoutusosastolle keskitetään koko Siun soten alueen neurologiset kuntoutujat. (Karukannas 2017).

Siilaisen sairaalan profiili on muuttunut kolmen vuoden aikana paljon. Hoitaja, joka aiemmin työskenteli pitkäaikaisosastolla, työskentelee tällä hetkellä akuutilla kuntoutusosastolla tai kirurgisella/neurologisella kuntoutusosastolla. Hoitajien työnkuva on siis muuttunut oleellisesti. (Kilpeläinen & Lappi, 2017.)

7 Kehittämistoiminnan toteutus

7.1 Osallistava kehittämistoiminta

Aluksi haluan selventää Siilaisen sairaalan kehittämistoiminnan kokonaisuutta, miten tähän tilanteeseen on tultu, eli miten sitä on kehitetty jo ennen tätä kehittämistoimintaa ja myös sitä, miten sitä on jatkettu. Kuviossa 1 näkyy yksityiskohtaisemmin kehittämisen kulkua. Ikääntyneen toimintakykyä edistävää toimintaa ja ergonomista työskentelyä alettiin kehittää jo vuonna 2014 pilottifysioterapeutti-projektin avulla. Kehittämistoiminta jatkui tämän osallistavan kehittämistoiminnan avulla (YAMK -opinnäytetyö) ja nyt Siun sotien aikana kouluttamista ja kehittämistoimintaa on jatkettu myös alueellisesti Pohjois-Karjalan alueella.



Kuvio 1. Ikääntyneen toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn kehittämisen kulkua Siilaisen sairaalassa 2014 – 2017.

Tässä kehittämistyössä käytetään soveltavasti toimintatutkimuksellisia elementtejä. Tavoitteena on ikääntyneiden toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn moniammatillinen kehittäminen Siilaisen sairaalassa. Kehittämistoiminta pohjautuu koulutukselliseen interventioon (Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus) sekä koulutettujen, kuntoutuksen henkilökunnan sekä lähiesimiesten, eli osastonhoitajien, yhteistyöpalavereihin, joiden tarkoituksena on kehittää osallistavien keinoin kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintaa ja luoda siitä selkeä toimintamalli.

Toimintatutkimuksen lähtökohtana voi olla jokin työelämän käytännön ongelma ja sen kehittäminen saattaa lähteä liikkeelle hyvinkin spontaanisti. Toisin sanoen toimintatutkimus voi poiketa paljon tavallisesta tutkimusprosessista. (Heikkinen ym. 2007, 78.) Tässä kehittämistoiminnassa pyritään kehittämään käytännön työelämää sekä potilaan toimintakykyä edistävän toiminnan että hoitajien ergonomisen työskentelyn osalta. Toimintatutkimuksen pyrkimyksenä on ottaa käytännössä työskentelevät ihmiset mukaan muuttamaan tutkittavaa todellisuutta, jolloin heistä tulee aktiivisia osallistujia kehittämisessä. (Kuula 1999, 9). Tässä toimintatutkimuksessa osa hoitohenkilöstöstä ja kuntoutushenkilöstöstä sekä lähesimiehistä otetaan aktiivisiksi osallistujiksi kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämiseen.

Kehittämisen tavoitteena on aina muutos, jolla tavoitellaan parempaa tai tehokkaampaa toimintatapaa tai -rakenteita. Kehittämisprosessin kohde, laajuus, organisointitapa ja lähtökohta voivat vaihdella paljonkin. (Heikkinen 2007, 16; Toikko & Rantanen 2009, 14.) Toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää siihen osallistuvien henkilöiden tietoja, käytännöllistä osaamista ja asiantuntemusta (Heikkinen 2007, 16). Tässä kehittämistoiminnassa hoitohenkilöstön käytännön osaamista ja asiantuntemusta kehitetään Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen avulla

Toimintatutkimusta (action research) ei voida pitää yhtenä yhtenäisenä tutkimusotteena, vaan on olemassa erilaisia suuntauksia. Se voidaan jakaa esimerkiksi: osallistuva tutkimus (participatory research, toimijälähtöinen toimintatutkimus (practioner-generated action research), osallistava toimintatutkimus (participatory action research) ja yhteiskunnallinen tutkimus (collaborative research). (Toikko & Rantanen 2009, 30). Eri toimintatutkimuksia yhdistävät kuitenkin seuraavat asiat: käytäntöön suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen sekä tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin. (Kuula 1999, 9.)

Tässä kehittämistoiminnassa on eniten vaikutteita osallistavasta toimintatutkimuksesta, koska pyrkimys oli edistää eri osapuolten välistä vuorovaikutusta toiminnan kehittämiseksi (Heikkinen 2007, 33). Osallistuminen perustuu dialogiin,

eli jokainen osapuoli voi tarkastella kehittämistoiminnan perusteita, toimintatapoja ja tavoitteita (Toikko & Rantanen 2009, 89). Osallistumisen ja osallistamisen käsitteet ovat hyvin ristiriitaisia. Toisaalta ne korostavat osallistujien osallistumista, mutta toisaalta siihen liittyy ulkoapäin vaikuttava voima, eli joku osallistaa osallistuvia henkilöitä. Kehittämisprosesseissa tämä ulkoapäin vaikuttava voima on yleensä kehittäjä, joka on asioiden esille tuoja ja innostaja. Vaikka ulkopuolinen vaikuttaa osallistujien toimintaan, silti oletetaan, että osallistujat toimivat omilla ehdoillaan ja omaan suuntaan. (Toikko & Rantanen 2009, 90.)

Vahvimmin todellisuuskäsitykseksi tässä kehittämissprosessissa nousee tulkinnallinen näkökulma, koska tavoitteena on kehittää työyhteisöjen kulttuuria, jotta hoitohenkilökunnan asenteet muuttuisivat niin, että he näkisivät ikääntyneet yksilöinä ja he osaisivat toimia heidän toimintakykyään edistävällä tavalla. Toisaalta tavoitteena on myös, että hoitohenkilöstö kokisi oman työhyvinvointinsa paremmaksi, koska he oppivat työskentelemään ergonomisemmin ja omaa kehoaan säästäen. Tällainen kehittämisnäkökulma ei siis ole helposti todennettavissa, vaan se vaatii myös vahvaa tulkinnallista näkökulmaa kehittäjältä. Tässä kehittämistoiminnassa on myös pyrkimystä vaikuttaa hoidon laatuun (esim. hoitoaikojen lyhentyminen) edistämällä hoitohenkilöstön toimintakykyä edistävää toimintaa ja ergonomista työskentelyä. Toisaalta potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnit ja niiden vertailu antaa tälle kehittämistoiminnalle myös fakthanäkökulmaa. (Toikko & Rantanen 2009, 38.)

Kehittämissprosessissa olennaista on määrittellä, onko tavoite ulkoapäin määriteltä vai määrittelevätkö toimijat, eli kehittämiseen osallistuvat henkilöt, sen itse. (Toikko & Rantanen 2009, 15). Tässä kehittämissprosessissa tavoite on osittain ulkoapäin määriteltä, koska Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), eli vanhuspalvelulaki sekä Ikääntyneiden laatusuosituksat niin jo ohjeistavat ja vaativat. Vanhuspalvelulain (980/2012) tarkoituksena on muun muassa tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Tarkoituksena on parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita. Usein sosiaali- ja terveysalalla kehittämistoiminnan intressejä perustellaan taloudellisista näkökulmista, vaikka pitäisi enemmän kiinnittää huomiota

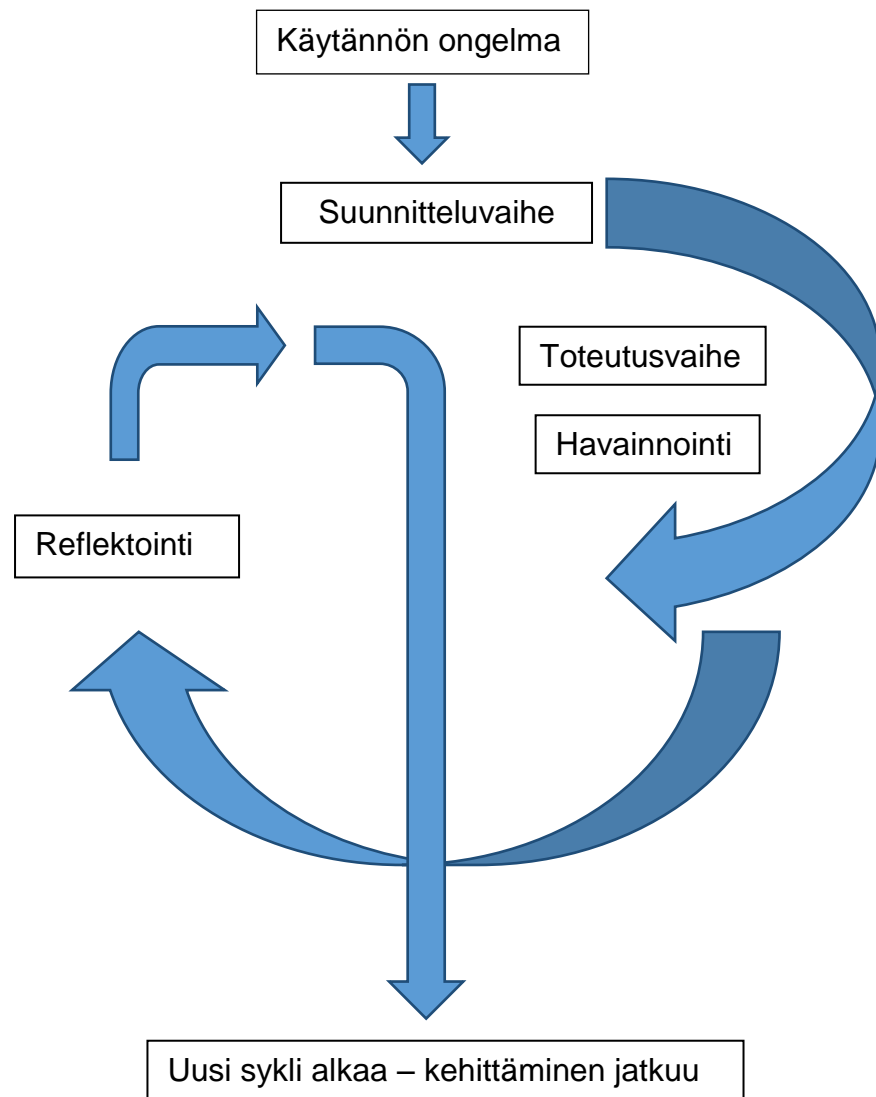
myös palveluiden laatuun ja kehittämisen intressejä tulisi hakea enemmän myös käyttäjien suunnasta. (Toikko & Rantanen 2009, 18).

Minä olen myös kehittäjä-asiantuntijana määritellyt kehittämistoiminnan tavoitetta, koska yhdeksi kehittämismenetelmäksi valittiin Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutus®. Tämä koulutus valittiin kehittämismenetelmäksi, koska minulla on Potilassiirtojen Ergonomiakorttikouluttaja® -koulutus ja minulla on hyviä kokemuksia kyseisestä koulutuksesta sekä osallistujana että kouluttajana. Lisäksi tämän koulutuskokonaisuuden vaikuttavuudesta on jo olemassa kohtalaista näyttöä (Mattinen ym. 2014; Nevala & Palovaara 2012; Henriksson 2011). Kehittämistoiminnassa on yleistä, että erilaiset koulutukset voivat olla menetelmiä uusien työtapojen käyttöönottoon (Toikko & Rantanen 2009, 16). Samanlaisilla koulutuksilla Siilaisen sairaalan kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn kehittäminen aloitettiin jo pilottiprojektin aikana 2014 - 2015.

Kuitenkin itse osallistavassa kehittämistoiminnassa, eli kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisessä ja toimintamallin luomisessa osalliset, eli hoitohenkilöstö, kuntoutuksen henkilöstö, lähiesimiehet ja minä olemme yhdessä lähteneet kehittämään toimintaa erilaisilla osallistavilla menetelmillä kehittämis- ja yhteistyöpalaverissa (learning cafe, aivoriihi, ryhmätyöt osastoittain). Tällaisessa osallistavassa kehittämistoiminnassa kehittäminen nähdään koko organisaation yhteiseksi toiminnaksi ja näin myös työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtään koskeviin ratkaisuihin (Toikko & Rantanen 2009, 17).

Tässä kehittämistoiminnassa prosessi etenee jatkuvana syklinä, mikä tarkoittaa, että syklin vaiheet vuorottelevat kehämäisesti (kuvio 2): suunnittelu, toteutus, havainnointi ja toiminnan arviointi ja reflektointi (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 79). Olennaista on, että prosessi jatkuu ensimmäisen kehän jälkeen, eli kehittämistoiminta on jatkuvaa. Syklimäisen, eli spiraalimaisen, kehittämistoiminnan tulokset asetetaan aina uudestaan arvioitaviksi ja prosessia voidaan kehittää uudelleen ja uudelleen (Toikko & Rantanen 2009, 66). Tässä kehittämistoiminnassa näitä syklejä ehdittiin käydä läpi useampia, koska kehittämis- ja yhteistyöpalaveria oli niin monta (8). Jokaisessa palaverissa reflektointi toimintaa yhdessä ja sitä tein myös itsenäisesti. Arvioin siis, miten kehittäminen ja toiminta

ovat edenneet ja muutoksia tehtiin aina kun tarvetta ilmeni. Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalleja kehittämistoiminnan aikana tehtiin kaksi, eli ensimmäinen versio esiteltynä liitteessä 3 ja lopullinen toimintamalli kuviossa 3.



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen sykli kehittämistyössä (Heikkinen ym. 2007, 81).

7.2 Kehittämistoiminnan ideointi ja suunnittelu

Idea tähän kehittämistyöhön lähti edellisestä työstäni pilottifysioterapeuttiprojekti tässä samassa Siilaisen sairaalassa (kuviokuva 1). Hanke keskittyi hoitohenkilöstön kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn kehittämiseen. Positiivisia muutoksia

saatiin aikaan, esimerkiksi apuvälineiden käytön lisääntyminen, mutta jollain tavalla kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn juurruttaminen jäi kesken, koska oli kyseessä vain vuoden mittainen projekti. Lisäksi hankkeen tuloksissa todettiin, että kehittämiseen pitäisi vahvemmin ottaa mukaan lähiesimiehet ja kuntoutuksen henkilöstö, jotta kehittämisestä tulisi moniammatillisempaa ja sitä kautta vaikuttavampaa. (Nevala & Ryyänen 2015, 26-27.) Aiheen ideointiin sain myös vinkkejä asiantuntijoilta, eli he olivat sitä mieltä, että kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn kehittämistä työyhteisöissä tulisi tutkia ja tukea vahvemmin myös lähiesimiestyön kautta. (Tamminen-Peter 2016; Lähdesmäki-Mäkinen 2016.)

Kehittämistoiminnan alustavan suunnitelman hyväksyi Joensuun kaupungin Siilaisen sairaalan osastonhoitajat, ylihoitaja ja hoito- ja hoivapalvelujen johtaja alkuvuodesta 2016. Lisäksi sovittiin, että kesällä 2016 kahdeksi kuukaudeksi kouluttamaan Siilaisen sairaalan hoitajille Potilassiirtojen Ergonomiakortteja®. Sovittiin myös, että voin aloittaa tämän kehittämistyönä toteutettavan opinnäytetyön noiden kahden kuukauden aikana, eli arvioida ja havainnoida osastojen toimintaa. Huhti- ja toukokuussa 2016 allekirjoittanut tapasi osastonhoitajat ja sovimme kesän aikatauluista koulutusten ja potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien suhteen. Heinäkuun lopussa 2016 suunnittelimme osastonhoitajien kanssa kehittämis- ja yhteistyöpalaverit joka kuukaudelle joulukuuhun 2016 asti.

7.3 Kehittämistoimintaan osallistujat

Toimintatutkimukselle ominaista on, että se kohdistuu sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. (Heikkinen 2007, 16; Toikko & Rantanen 2009, 89). Toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää siihen osallistuvien henkilöiden tietoja, käytännöllistä osaamista ja asiantuntemusta. (Heikkinen 2007, 16). Osallistavan toiminnan tavoitteena on, että se etenee osallistuvien ehdoilla ja heidän osoittamaansa suuntaan, eli osallistaminen johtaa omaehtoiseen osallistumiseen. Tärkeää on myös, että tärkeät ryhmät otetaan mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon jo alkuvaiheessa. Lisäksi osallistaminen lisää ryhmien sitoutumista kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 90.)

Tässä kehittämistyössä pidettiin erittäin tärkeänä osallistavaa otetta, joten eri yhteistyöryhmiä on useampia. Kehittämistyöhön osallistuvat Siilaisen sairaalan hoitohenkilökunta ja erityisesti potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen® käyneet, joista lopulliset kuntoutus- ja ergonomiavastaavat myös valittiin. Lisäksi kehittämistoimintaan osallistuu myös Siilaisen sairaalan kuntoutuksen henkilöstö (fysioterapeutit ja kuntohoitajat) omien resurssiensa puitteissa sekä sairaalaosastojen osastonhoitajat sekä apulaisosastonhoitajat omien resurssiensa puitteissa.

7.4 Kehittäjän rooli

Kehittäjän rooli toimintatutkimuksessa voi olla hyvin ristiriitainen. Yleisin ristiriita on, miten kehittäjän pitää tai saa aktiivisesti osallistua prosessin kulkuun. Nykyaikaisemmassa osallistuvassa toimintatutkimuksessa kehittäjä laittaa osallistuvat henkilöt itse pohtimaan ratkaisuja ongelmiinsa ja kehittäjän asiantuntemus perustuu lähinnä erilaisten kehittämismenetelmien hallintaan. Toisaalta kehittäjän roolia kuvataan myös niin, että kehittäjä on tasavertainen osallistuja. (Kuula 1999, 116-117.) Lopputulos on kuitenkin, että toimintatutkimuksen käytäntö ja kehittäjän suhde osallistuviin henkilöihin on hyvin monimutkainen kokonaisuus (Kuula 1999, 119). Myös oman roolin tiedostamista ja sen eteen ponnistelua korostetaan, koska se antaa mahdollisuuden hallitulle toimintatutkimukselle (Kuula 1999, 122). Kehittäjä voidaan nähdä eräänlaisena räätälöintikonsulttina, joka kerää tietoa, analysoi sitä, tekee perusteltuja ehdotuksia tai kehittäjä-työntekijänä, joka kehittää omaa työtään tai omaa työyhteisöään tai fasilitaattorina, joka on muutosprosessin asiantuntija ja pyrkii kannustamaan työyhteisön jäseniä muutostyöhön. (Toikko & Rantanen 2009, 91.)

Tässä kehittämistoiminnassa omaa rooliani kehittäjänä voi kutsua nimikkeellä kehittäjä-asiantuntija, koska minulla on erityisosaamista potilaan toimintakykyä edistävästä toiminnasta ja potilassiirroista ja näiden aiheiden kouluttamisesta. Voi siis sanoa, että olen hyvin sisällä tässä kehittämistyössä ja sen lisäksi olen myös Siilaisen sairaalan työntekijä (kuntoutuspalveluiden työntekijä). Toimintaja työympäristö, missä kehittämistoimintaa toteutettiin, on minulle siis hyvin tuttu.

Aiemmin jo todettiin, että kehittäjän rooli voi olla hyvin monimutkainen kokonaisuus (Kuula 1999, 119) ja se liittyy vahvasti myös omiin tuntemuksiin kehittäjän roolista, koska olen asiantuntija, mutta myös työyhteisön jäsen. Toisaalta omaa roolia, oli se sitten sillä hetkellä aktiivisempi tai passiivisempi, tulee jatkuvasti tarkastella kriittisestikin, ettei osallistavasta kehittämistoiminnasta tule liian asiantuntijalähtöistä.

Kehittämistoimintaan osallistumisen aste riippuu paljon myös tutkijan taidoista. Tutkija ja tutkittavat osallistuvat prosessiin kukin omien halujensa ja edellytystensä mukaisesti. Tätä voi kutsua osittain myös ihmisten toiminnasta riippumattomaksi prosessiksi. Käytännössä tämä toiminnasta riippumaton prosessi tarkoittaa, että esimerkiksi osallistujia ei voi pakottaa olemaan kiinnostuneita tai innostuneita tästä kehittämisprosessista, vaikkakin kehittäjän rooli voi olla tässä asiassa hyvinkin ratkaiseva. Toisin sanoen kehittäjän pitäisi pystyä olemaan inspiroiva ja saada osallistuvat ymmärtämään, mistä tällaisessa osallistavassa kehittämisprosessissa on kyse. (Kuula 1999, 123-14.) Koen, että asiantuntijuuteni lisäksi tästä kehittämistoiminnasta saatiin paljon positiivisia asioita aikaiseksi, koska olen persoonaltani ja vuorovaikutustaidoiltani innostava. Lisäksi koen, että omat vuorovaikutustaitoni ovat kehittyneet entisestään tämän kehittämistoiminnan avulla. Olen oppinut aidosti kuuntelemaan ja arvostamaan enemmän hoito henkilöstön tietämystä ja taitoja. Kuten lähdemateriaalissakin todetaan, omaan rooliin liittyvä oppimisprosessi voi olla kehityskertomus, eli se voi kehittyä prosessin edetessä.

Toisaalta tutkija voi olla sellainen, että antaa käytännön toimijoiden työskennellä rauhassa, mutta jos he ovatkin ”menossa väärään suuntaan” tutkija tuo esille omat kantansa ja ideansa hienotunteisesti. Tutkija voi ohjata toimintaa ja kehittämistyötä pitkälti intuitionsa varassa. (Kuula 1999, 132-133.) Intuitio on ollut hyvin vahvassa asemassa, kun olen tätä kehittämistoimintaa vienyt muiden osallistujien kanssa eteenpäin, toisaalta välillä on pitänyt palauttaa yhteistyöpalaverihin osallistujat takaisin aiheen pariin. Toisaalta keskustelut ovat olleet hedelmällisiä ja ovat poikineet lisää kehitettäviä aiheita. Kuitenkin tämän kehittämistoiminnan punainen lanka on ollut se, että tehtäväkeskeisestä työskentelystä siirrytään potilaslähtöiseen toimintaan. Niiden resurssien puitteissa, mitä meillä on, pyritään

toimimaan mahdollisimman yksilöllisesti ikääntyneiden kanssa. Jos tämä punainen lanka on välillä meinannut unohtua, olen siitä muistuttanut.

7.5 Kehittämistoiminta käytännössä

7.5.1 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukset

Kesällä 2015 Siilaisen sairaalan hoitohenkilöstöstä Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen® oli käynyt jo kuusi hoitajaa. Seuraavana kesänä 2016 tämän kehittämistoiminnan yhteydessä Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutukseen® osallistui hoitohenkilökunnasta 27. Toisin sanoen kesän 2016 jälkeen Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen® käyneitä oli yhteensä 33 hoitajaa. Vakituisien hoitajien määrä Siilaisen sairaalassa on 89,5, eli koulutettuja kesän 2016 jälkeen oli 29,5 % koko hoitohenkilöstöstä, kun kuntoutus- ja ergonomiavastavien toimintaa lähdettiin kehittämään yhdessä.

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukset toimivat pohjana kuntoutus- ja ergonomiavastavien toiminnan kehittämiseksi. Koulutusten tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilöstön osaamista toimintakykyä edistävän ja ergonomisen työskentelyn osalta. Nyt kun koulutettuja oli enemmän, osaamisen jakaminen ja jalkauttaminen eivät jääneet vain muutamien koulutuksen käyneiden varaan. Tavoitteena oli, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutetuista muodostuisi ryhmä, josta kuntoutus- ja ergonomiavastavat valikoituisivat innostuneisuutensa perusteella. Ergonomiavastavien toiminnan on hyvä perustua vapaavalintaisuuteen sekä siihen, että valitut ovat innostuneita ja kiinnostuneita ergonomisesta sekä kuntoutumista edistävästä toiminnasta. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2011, 29-31; Fagerström 2013, 120, 123.)

7.5.2 Kehittämispalaverit ja työyhteisöpäiviin osallistuminen

Kehittämispalaverien tarkoituksena oli kehittää moniammatillisesti kuntouttavaa ja ergonomista työskentelyä Siilaisen sairaalassa ja samalla luoda toimintamalli

kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnalle. Kehittämistoiminnan alkuvaiheessa ei vielä nimetty osastojen varsinaisia kuntoutus- ja ergonomiavastaavia, koska kesä- heinäkuussa 2016 Potilassiirtojen Ergonomiakortteja® koulutettiin vielä lisää. Tästä syystä tässä loppuraportissa kirjoitan kehittämispalavereista, en kuntoutus- ja ergonomiavastaavien palavereista. Tarkat kehittämispalaverien ajankohdat ja sisällöt sekä minun työyhteisöpäiviin osallistumiset näet liitteestä 1. Kaiken kaikkiaan näitä kehittämispalavereita pidettiin kahdeksan ajalla 6.6.2016 – 22.2.2017. Palavereihin osallistujien määrä vaihteli 16-24 henkilön välillä.

Ensimmäisessä yhteistyöpalaverissa kesäkuussa 2016 kartoitettiin lähtötilannetta keskustellen, eli miten eri osastoilla menee kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn suhteen ja ovatko Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutetut saaneet ohjattua työkavereille uusia työtapoja. Tässä vaiheessa osastoilla oli siis 1-2 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutettua. Ensimmäisessä kehittämispalaverissa hahmoteltiin Learning Cafe- menetelmän avulla toimintamallia. Learning Cafe toiminnan kysymykset näkyvät liitteessä 1. Kesällä pohdittiin yhdessä, miten asennemuokkausta saataisiin vielä tehokkaammin toteutettua ja idea allekirjoitaneen osallistumisesta syksyllä 2016 toteutettaviin työyhteisöpäiviin tuli eräältä hoitajalta heinäkuun 2017 kehittämispalaverissa.

Osallistuin siis syksyn 2016 aikana jokaisen kuuden osaston työyhteisöpäivien aamupäivään. Aluksi kerroin, mitä on osallistava kehittämistoiminta ja korostin sitä, että toiminnan kehittämistä tehdään yhdessä. Kävimme näissä työyhteisöpäivissä läpi joka osastolla tekemiäni Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointeja ja sieltä nousseita asioita osastokohtaisesti ja keskustelimme kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn kehittämisestä jatkossa, yhden osaston Powerpoint- esityksestä osa liitteessä 2. Työyhteisöpäivien tärkeiksi teemoiksi nousi myös asennemuutoksen ja moniammatillisuuden edistäminen työyhteisöissä. Näitä asioita kävimme läpi kesäkuussa 2016 pidetystä ensimmäisestä yhteistyöpalaverista koottujen ideoiden ja asioiden pohjalta. Tätä voisin kutsua ensimmäiseksi versioksi toimintamalliksi, mitä sitten syksyn ja talven aikana yhdessä yhteistyöpalaverissa kehitettiin eteenpäin. Ensimmäinen toimintamalli löytyy liitteestä 3.

Tässä ensimmäisessä kehittämismallissa sovittuja käytännön asioita oli uusien työntekijöiden perehdyttäminen kuntouttavaan ja ergonomiseen työskentelyyn niin, että kaikille uusille työntekijöille (vakituinen tai pidempi sijaisuus) saa U- päivän hoitajan kanssa, joka on käynyt Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen® ja näin uusi työntekijä saa heti perehdytyksen ikääntyneen toimintakykyä edistävään ja ergonomiseen työskentelyyn. Lisäksi sitouduttiin toimintaan niin, että työvuoroon tullessa pyrittiin valitsemaan työparit niin, että toisella olisi Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus ja toisella ei, eli ei-koulutettu saisi ohjausta sellaiselta, joka ei vielä koulutusta ollut käynyt.

Syksyn ja talven 2016 aikana toimintamallia työstettiin siis eteenpäin. Hoitajat kokivat, ettei parityöskentely (ei-korttikoulutettu – korttikoulutettu) käytännössä toiminut. Lisäksi kesällä 2016 Potilassiirtojen Ergonomiakorttikoulutuksen® käyneitä tuli paljon lisää, joten jo se lisäsi osastoilla keskustelua ja arviointia eri toimintakykyä edistävien siirto- ja avustustapojen osalta. Kun korttikoulutettuja on työyhteisöstä lähes puolet, ei välttämättä tarvitse erikseen huomioida parityöskentelyä. Tältä osin toimintasuunnitelmaa siis muutettiin. Lokakuun 2016 yhteistyöpalaverissa hoitohenkilöstö ja kuntoutuksen henkilöstö jaettiin ryhmiin osastoittain (kirurginen, neurologinen, akuutit osastot ja palliatiivinen). Näissä ryhmissä koottiin aivoriihityöskentelyn avulla vastauksia kysymykseen: *”Mitä hoitajan tulee osata ja huomioida kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn osalta?* Näissä vastauksissa korostui eniten hoitajien tekemä alkuarvio potilaan toimintakyvystä, eli tavoitteena se, että potilas saadaan liikkeelle mahdollisimman nopeasti.

Marraskuun 2016 kehittämispalaverissa koottiin Learning cafe- menetelmän avulla tarkemmin tulevien kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimenkuva ja tehtävät, vastuu ja valtuudet sekä oikeudet. Learning cafe- työskentelyn jälkeen käytiin yhdessä läpi, miten ergonomiavastaavien toimintamalli on koottu Raahan seudun hyvinvointikuntayhtymässä (Fingerroos 2014, 63). Joulukuun 2016 palaverissa pohdittiin vielä yhdessä, miten toimintaa jatketaan ja onko näistä palaverista ollut hyötyä toimintakykyä edistävän ja ergonomisen työskentelyn toiminnan kehittämisessä osastoilla. Osallistujat vastasivat kehittämistoiminnan

arviointikyselyyn, missä arvioitiin myös, miten he kokivat osallistavan kehittämissen. Yhdessä myös päätettiin, että Siilaisen sairaalassa toimii kuntoutus- ja ergonomiavastaavat, ei pelkästään ergonomiavastaavat. Tätä perusteltiin sillä, että tärkeimpänä prioriteettina on ikääntyneiden toimintakykyä edistävä toiminta, eli kuntoutumisnäkökulma ja potilaslähtöinen työskentely ovat tässä vastaavatoiminnassa hyvin vahvasti mukana.

Loppuvuodesta 2016 jokaiselta kuudelta osastolta nimettiin siis kolme hoitajaa kuntoutus- ja ergonomiavastaaviksi ja myös osaston fysioterapeutti/kuntohoitaja kuuluu tähän tiimiin. Kolme vastaavaa valittiin, koska Siilaisen sairaalan hoitajilla on kolmivuorotyö ja yhdellä ja samalla henkilöllä ei ole aina mahdollisuutta osallistua palaveriin. Lisäksi tämä osaston oma kuntoutus- ja ergonomiavastaavatiimi (kolme kuntoutus- ja ergonomiavastaavaa ja fysioterapeutti/kuntohoitaja) mahdollistaa tulevaisuudessa kehittämisen myös omalla osastolla, esimerkiksi kirurgisella kuntoutusosastolla voi olla enemmän tarvetta harjoitella erilaisia siirtojen avustamistapoja, kun taas akuuttikuntoutusosastolla hoitajilla osaamista pitää olla ennen kaikkea potilaiden toimintakyvyn arviointiin.

Vuoden 2017 alusta aloitti Siun sote, eli Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (Siun sote 2017) ja seuraava palaveri oli helmikuussa 2017. Tässä kuntoutus- ja ergonomiavastaavien yhteistyöpalaverissa otettiin esille Learning Cafe- työskentelyn aineisto heinäkuulta 2016 ja vertahti niitä vielä edelliskerralla koottuihin asioihin Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnasta. Tässä vaiheessa kun palautettiin mieleen syksyllä 2016 kootut asiat, oli asia selkeästi jäsentynyt kuntoutus- ja ergonomiavastaaville. Maaliskuussa 2017 esittelin kokoamani julisteen kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamallista, joka siis oli koottu osallistavan kehittämistoiminnan avulla. Toimintamalli liitteenä 4.

7.5.3 Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnit

Kesällä 2016 tein potilassiirtojen kuormittavuuden arviointeja kaikille kuudelle osastolle. Arviointien määrä vaihteli osastoittain potilaiden toimintakykyisyyden mukaan. Karhulan ym. (2007, 8) mukaan vaaditaan vähintään viiden eri hoitajan

arvioitu siirtotilanne työyhteisöstä, jotta arviointi antaisi luotettavan ja riittävän kattavan kuvan koko osastosta. Vietin joka osastolla vähintään yhden aamupäivän (noin viisi tuntia) ja tein potilassiirtojen kuormittavuuden arviointeja. Joillakin osastoilla saatoinkin tehdä arviointeja useampanakin päivänä, riippuen siitä, miten sain arviointeja tehtyä. Tavoitteena oli, että hoito- ja siirtotilanteet tapahtuisivat mahdollisimman normaalilla tavalla, jotta arvioinnit eivät antaisi vääränlaista kuvaa toiminnasta.

Alun perin oli tarkoitus tehdä potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnit vain työyhteisöpäivien pohjaksi, eli arviointien avulla käytiin työyhteisöpäivissä läpi arvioinneissa nousseita asioita ja havaintoja osastokohtaisesti. Kuitenkin kesän 2017 aikana tein uusia arviointeja liittyen Siun soten akuuttien terveyskeskussairaaloiden kuntoutumista ja ergonomista työskentelyä kehittävään projektiin. Pystyin siis vertailemaan kesän 2016 ja kesän 2017 arviointeja.

8 Kehittämistoiminnan tuotos ja tulokset

8.1 Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalli

Kokosin toimintamallin kehittämispalaverien aineistoista. Toimintamalli löytyy liitteenä 4. Pyrin tekemään toimintamallista selkeän julisteen, josta tulee ilmi kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimenkuva & tehtävä, vastuu ja valtuudet sekä oikeudet. Julisteeseen pystyy myös kirjoittamaan jokaisen osaston kuntoutus- ja ergonomiavastaavien nimet. Näitä julisteita vietiin joka osastolle 2-3 kappaletta niin, että ne ovat sekä työntekijöiden, potilaiden että omaisten näkyvillä. Toimintamallin juurruttaminen käytäntöön jää tehtäväksi opinnäytetyön jälkeen, mutta se on hyvä pohja lähteä viemään kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintaa eteenpäin Siilaisen sairaalassa.

8.2 Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnit

8.2.1 Arvioidut potilassiirtotilanteet ja kokonaisindeksien vertailu

Tämän kehittämistyön tuloksissa tuon esille yhden osaston tuloksia Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien vertailun osalta. Kehitystarina toimii esimerkkinä, miten Potilassiirtojen Ergonomiakorttikoulutuksen® ja osallistavan kehittämistoiminnan avulla voidaan saada aikaan muutosta hoitohenkilöstön työtavoissa ja myöskin moniammatillisuuden kehittämisessä.

Tein tälle kyseiselle osastolle kesällä 2016 kuusi siirtojen kuormittavuuden arviointia (taulukko 1). Kokonaisindeksiksi tuli 58,3 %. Kun indeksiluku on alle 60 % eli ”punaisella alueella”, on työnantajan välittömästi ryhdyttävä ergonomisia työskentelytapoja parantaviin toimenpiteisiin. Kehittämistoiminnassa tulee käyttää työntekijöiden, työterveyshuollon, työsuojeluorganisaation ja mahdollisesti myös ulkopuolisten asiantuntijoiden apua (Karhula ym. 2007, 10). Toisin sanoen kyseisen osaston ikääntyneen toimintakykyä edistävä toiminta ja ergonominen työskentely olivat varsin huonolla tasolla. Arvioitavat siirrot näkyvät taulukosta.

Kesällä 2017 arvioin samalla osastolla viisi siirtoa. Arvioidut siirrot on esitelty taulukossa 1. Kokonaisindeksiksi näistä siirroista tuli 73,2 %, eli potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinneissa tuli selkeä muutos positiivisempaan suuntaan vuoden aikana, 58,3 %:sta → 73,2 %:iin.

Taulukko 1. Kesällä 2016 ja kesällä 2017 tehdyt Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnit yhdellä Siilaisen sairaalan osastolla.

Potilassiirrot kesä 2016	Potilassiirrot kesä 2017
1. Potilaan siirtäminen sängyssä ylöspäin 58,9 %	1. Potilaan siirtäminen suihkulavitsalta sängylle 73,3 %
2. Sängyltä suihkulavitsalle siirtäminen 64,4 %	3. Potilaan siirtäminen sängystä suihkulavitsalle 77,9 %

3. Potilaan siirtäminen sängyn reunalta pyörätuoliin 60 %	4. Potilaan siirtäminen sängystä pyörätuoliin lattianostimen avulla 79,4 %
4. Potilaan siirtäminen sängyn reunalta pyörätuoliin 66,6 %	4. Potilaan siirtäminen sängystä pyörätuoliin pienapuvälineiden avulla 66,7 %
5. Potilaan siirtäminen sängyn reunalta suihkutuoliin 62,2 %	5. Potilaan siirtäminen sängystä suihkukulavitsalle 66,7 %
6. Potilaan siirtäminen sängyn reunalta suihkutuoliin 37,7 %	
INDEKSI YHT. 58,3 %	INDEKSI YHT. 73,2 %

8.2.2 Potilassiirtojen havainnointikohteiden tarkempi vertailu

1. TYÖTILAN YMPÄRISTÖOLOT

Työtilan ympäristöoloista havainnoidaan:

- 1.) Työtilan lämpötila on alle 23 °C
- 2.) Ilmanliikettä (=vetoa) ei ole havaittavissa, ilmankosteus on 20-60 %
- 3.) Valaistus on riittävä, työtilassa ei ole varjoja tai liiallista häikäisyä
(Karhula 2007, 10.)

Työtilan ympäristöoloista nousee vuoden 2016 arvioinneissa esille ainoastaan kolmas kohta, eli 4/6 siirrossa valaistus ei ole riittävä. Kokonaisprosenttimääräksi 2016 tulee 77,8 % ja vuoden 2017 tuloksissa 100%.

2. TYÖTILAN JA TYÖKENKIEN OMINAISUUDET

Työtilan ja työkenkien ominaisuuksista arvioidaan:

- 1.) Avustajalla on riittävästi tilaa siirtojen tekemiseen ja apuvälineiden käyttöön, esim. seinät/huonekalut eivät rajoita siirtoja
- 2.) Työntekijä voi vaivattomasti säätää työtilan mitoituksen, esim. sängyn korkeuden, itselleen sopivaksi
- 3.) Lattia/alusta on pitävä ja työkengät ovat pitävät ja tarkoituksenmukaiset
(Karhula ym. 2007, 11.)

Vuonna 2016 työtilan ja työkenkien ominaisuuksien kokonaisprosenttimääräksi tuli 72,2 % ja vuotta myöhemmin 60 %. Sekä alkuarvioinneissa että loppuarvioinneissa kolmessa siirroissa (2016 3/6 ja 2017 3/5) ei toteutunut ensimmäinen kriteeri, eli avustajalla ei ollut tarpeeksi tilaa siirtojen tekemiseen ja apuvälineiden käyttöön, esim. seinät ja huonekalut olivat tiellä. Vuoden 2017 siirtojen arvioinneissa nousi esille myös kohta kaksi, eli 3/5 siirrossa tämä kriteeri ei toteutunut, työntekijä ei pystynyt vaivattomasti säätämään työtilan mitoitusta, esim. sängyn korkeutta, itselleen sopivaksi. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että nykyinen fyysinen ympäristö on haastava ja Siilaisen sairaala sijaitseekin tällä hetkellä väistötiloissa ennen kuin pääsee siirtymään täysin uusiin sairaalatiloihin. Osastolla on hyvin erikokoisia huoneita, joista yhden hengen huoneet ovat todella pieniä ja ergonominen työskentely näissä huoneissa on erittäin haastavaa.

3. POTILASNOSTURIN TARVE JA KÄYTTÖ

Potilasnosturin tarve ja käyttö- kohta on kunnossa silloin, kun:

- 1.) Osastolla/työpaikalla on tarvittaessa mekaaninen nostolaite käytettävissä
- 2.) Potilaan siirtäminen suoritetaan mekaanisesti TAI potilaan omaoimisuuden asteen ansiosta nosturin käyttö ei ole tarpeen
- 3.) Nosturia käytetään turvallisesti ja tarkoituksenmukaisesti TAI nosturia ei tarvitse käyttää potilaan omaoimisuuden asteen ansiosta. (Karhula ym. 2007, 12.)

2016 ja 2017 vuoden arvioinneista vain yhdessä käytettiin potilasnosturia. Tässä siirrossa potilasnostin oli käytettävissä, siirto toteutettiin potilasnostimen avulla ja potilasnosturia käytettiin turvallisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Muuten kaikissa siirroissa mekaaninen potilasnosturi olisi ollut käytettävissä, jos sitä olisi tarvittu. Potilasnostimet olivat hyvin saatavilla sekä vuonna 2016 että 2017.

4. EI-MEKAANISTEN APUVÄLINEIDEN TARVE JA KÄYTTÖ

Potilassiirtoja keventäviä ei-mekaanisia apuvälineitä ovat esimerkiksi siirtovyö, liukulauta, siirto- tai kääntölevy ja liukuesteet.

Pienapuvälineiden tarve ja käyttö ovat kunnossa, kun:

- 1.) Osastolla on siirtoa keventäviä apuvälineitä.
- 2.) Apuvälineet ovat tarkoituksenmukaisia.
- 3.) Apuvälineitä käytetään oikein ja tarkoituksenmukaisella tavalla TAI niiden käyttäminen siirron keventämiseen ei ole tarpeellista. (Karhula ym. 2007, 12.)

Vuonna 2016 tehdyissä siirroissa (6) ei- mekaanisten apuvälineiden eli pienapuvälineiden tarpeen ja käytön indeksi oli 55,6 %. Kun taas vuonna 2017 arviointien indeksi oli 93,3 %. Jos tarkastellaan tarkemmin havainnoiteja, esiin nousee selkeästi kohta kolme. Vuonna 2016 tehdyistä havainnoitavista siirroista 5/6 siirrosta tämä kriteeri ei täyttynyt, koska pienapuvälineitä ei osattu käyttää oikein tai tarkoituksenmukaisella tavalla. Vuoden 2017 arvioinneissa pienapuvälineitä osattiin käyttää oikein ja tarkoituksenmukaisesti, koska tuolloin vain yhdessä viidestä siirrosta ei täyttynyt tämä kriteeri.

5. SIIRTOETÄISYYS JA SIIRTOKORKEUS

Potilassiirrot tulisi tehdä niin, että siirtoetäisyys on mahdollisimman lyhyt ja siirtokorkeus mahdollistaa ergonomiset työasennot. Tämä arviointikohta on kunnossa, mikäli:

- 1.) Siirron aikana ei tarvitse ottaa askelia potilaan painoa kannatella.
- 2.) Siirrot tapahtuvat avustajan polvi-kyynärpäätason välillä.
- 3.) Työntekijä ei joudu kurkottelemaan yläraajoilla siirron aikana. (Karhula ym. 2007, 13.)

Vuoden 2016 havainnoitavissa siirroissa (6) siirtoetäisyys- ja korkeus oli indeksin mukaan 38,9 % ja vuonna 2017 indeksi oli 86,7 %. Selkeimmin ongelmakohtaksi nousi vuonna 2016 kohta kolme, eli 5/6 siirrosta työntekijä joutuu kurkottamaan yläraajoillaan. Lisäksi kohta yksi ei toteutunut 3/6 siirrosta. Loppuarvioinneissa vuonna 2017 2/5 siirrosta työntekijä kurkottaa yläraajoillaan. Vuoden 2017 arvioinneissa siirroissa ei noussut esille enää kohta yksi, joten yhdessäkään siirrosta työntekijä ei joutunut kannattelemaan potilaan painoa askelia ottaessa.

6. YLÄRAAJOJEN JA YLÄVARTALON KUORMITUS

Yläraajojen ja ylävartalon kuormitus on sallittavissa rajoissa, jos:

- 1.) Potilassiirtojen aikana potilaan kannatteluvaiheiden kesto on vain muutamia sekunteja.
- 2.) Potilasta kannatellaan kyynärpäät ovat lähellä vartaloa ja hartiat alhaalla
- 3.) Ranteet eivät ole voimakkaasti taipuneina eikä sormilla joudu puristamaan voimakkaasti. (Karhula ym. 2007, 13-14.)

Vuonna 2016 yläraajojen ja ylävartalon kuormituksen kriteereistä täyttyi 33,3 % kun taas vuonna 2017 vastaava indeksi oli 73,3 %. Vuoden 2016 siirtojen arvioinneissa kaikissa kolmessa kohdassa oli siis parantamisen varaa. Ensimmäinen

kriteeri ei täytynyt 3/6 siirrossa, kakkoskohta ei täytynyt 5/6 siirrossa ja kolmoskohta ei täytynyt 4/6 siirrossa. Kuitenkin vuonna 2017 näistä kolmesta kriteeristä nousi esille vain kolmas kohta, eli 4/5 siirrosta ei täytynyt kolmas kriteeri. Eli ongelmia oli eniten siinä, että siirroissa kannatteluvaiheet olivat pidempiä kuin muutamien sekunnin mittaisia, jolloin ylävartalolle tulee staattista kuormitusta liikaa. Lisäksi kun kyynärpäät eivät pysy vartalon lähellä ja hartiat eivät pysy alhaalla, ylävartalolle tulee kova kuormitus (Karhula ym. 2007, 14).

7. ALASELÄN KUORMITUS

Alaselkä on yksi potilassiirroissa eniten kuormittuvista kehonosista. Arviointikohta on kunnossa, mikäli:

- 1.) Siirron aikana hoitajan selkä on luonnollisessa pystyasennossa tai vartalossa on alle 45 asteen eteentaivutus suhteessa vertikaalitasoon
 - 2.) Siirrossa on korkeintaan 15 asteen selän kierto liike
 - 3.) Avustajan vartalon on koko siirron ajan hallitussa asennossa.
- (Karhula ym. 2007, 14.)

Vuonna 2016 havainnoiduissa siirroissa alaselän kuormituksen kriteereistä täyttyi 50 %. ja vuonna 2017 100 %. Alaselän kuormituksen osalta 2016 siirroissa nousi esiin ongelmia joka kohdassa. Ensimmäinen kriteeri eli selän pysyminen luonnollisessa asennossa siirron aikana ei täytynyt 4/6 siirrossa. Toinen kriteeri ei täytynyt 2/6 siirrossa eli näissä siirroissa selkään tuli kierto liikettä ($> 15^\circ$). Kolmas kriteeri eli avustajan vartalon pysyminen hallitussa asennossa koko siirron ajan ei täytynyt 3/6 siirrossa.

8. ALARAAJOJEN KUORMITUS

Siirtotilanteiden kuormittavuutta arvioitaessa alaraajat saattavat jäädä vähemmälle huomiolle, jos arvioitsija keskittyy ylävartalon ja selän asentojen arviointiin. Alaraajojen kuormittumista voidaan kuitenkin olennaisesti vähentää siirtotilanteissa, mikäli:

- 1.) Siirrot tehdään käyntiasennossa hoitajan painonsiirron ja alaraajojen lihasvoiman avulla.
 - 2.) Hoitajan polvet ja jalkaterät ovat samassa linjassa.
 - 3.) Siirtojen aikana ei työskennellä polvillaan tai kyykyssä.
- (Karhula ym. 2007, 14.)

2016 havainnoiduissa siirroissa alaraajojen kriteereistä täyttyi 55,6 % ja 2017 siirroissa 73,3 %. Ongelmana hoitajilla on, että vaikka he oppisivatkin käyntiasennon

uudeksi työskentelyasennoksi, he silti työskentelevät vielä hyvin ylävartalovoittoi-
sesti. Näissäkin arvioitavissa siirroissa suurin osa hoitajista työskenteli käynti-
asennossa, mutta työ tehtiin silti yläraajojen ja ylävartalon lihasvoiman avulla.
Kun painonsiirto tehdään kunnolla, tulee tarvittava voima painonsiirron avulla ala-
raajojen lihaksista. Oikeanlaisen painonsiirron opettelu on haastavaa.

9. SIIRTOTAITO JA SIIRRON SUJUVUUS

Hoitajan siirtotaidon ja siirron kokonaissujuvuuden arviointikohta on
kunnossa, mikäli:

- 1.) Potilasta ohjataan ja aktivoidaan siirtymään tarpeen mukaan sa-
nallisesti ja/tai kosketuksen avulla.
- 2.) Avustusotteet eivät estä potilaan omaa aktiivisuutta
- 3.) Siirto ja siirtyminen edistävät potilaan normaalia liikkumista ja
luonnollisten liikemallien käyttöä

Kesällä 2016 siirtojen arviointikriteereistä toteutui 66,7 % ja vuoden päästä 80 %.
Toinen kriteeri ei täytynyt 3/6 siirroissa, eli avustusotteet estivät potilaan omaa
aktiivisuutta. Kahdessa siirroissa siirto ja siirtyminen eivät edistäneet potilaan nor-
maalia liikkumista ja luonnollisten liikemallien käyttämistä. Kesällä 2017 havain-
noiduista siirroista 2/5 siirroissa avustajan siirtotaito ei edistänyt potilaan norma-
alia liikkumista ja luonnollisten liikemallien käyttämistä.

8.2.3 Yhteenveto tuloksista

Kun verrataan vuoden aikana tapahtunutta kokonaisindeksin muutosta 58,3 % →
73,2 %, mikä taulukossa 2. esitetään, on vuoden aikana tapahtunut kehitys tällä
osastolla erittäin hyvä potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien perusteella.
Tämä osoittaa, että koulutusinterventioilla (Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -
koulutuksilla), kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämällä ja
suunnitelmallisella lähijohtamisella voidaan saada muutosta aikaan näinkin lyhy-
essä ajassa. Ei toki pystytä sanomaan, mikä näistä kehittämistoista on se ratkai-
seva vai onko tämä muutos nimenomaan kaikkien näiden yhteisvaikutusta.

Taulukko 2. Havainnointikriteerien toteutumisten vertailua v. 2016 – v. 2017.

Havainnoinnin kohde:	2016	2017	Muutos:
1.) Työtilan ympäristöolot	77,8 %	100 %	+ 22,2 %

2.) Työtilan ja työkenkien ominaisuudet	72,2 %	60 %	- 12,2 %
3.) Potilasnosturin käyttö (yksi nostinsiirto)	100 %	100 %	+0
4.) Ei-mekaanisten apuvälineiden käyttö	55,6 %	93,3 %	+ 37,7 %
5.) Siirtoetäisyys ja siirtokorkeus	38,9 %	86,7 %	+ 47,8 %
6.) Yläraajojen ja ylävartalon kuormitus	33,3 %	73,3 %	+ 40 %
7.) Alaselän kuormitus	50 %	100 %	+ 50 %
8.) Alaraajojen kuormitus	55,6 %	73,3 %	+ 17,7 %
9.) Siirtotaito ja siirron sujuvuus	66,7 %	80 %	+ 13,3 %
Kokonaisindeksi	58,3%	73,2 %	+ 14,9 %

Kun tarkastellaan tuloksia tarkemmin, nostaisin esiin muutamia kohtia. Ensimmäkin potilasnostinten saatavuus oli molempina vuosina 100 %:a, eli jos niitä on tarve käyttää, ne ovat saatavilla. Pienapuvälineiden tarvetta ja käyttöä arvioitaessa nousi esille, että vaikka pienapuvälineitä olisi saatavilla ja käytössä, niitä ei välttämättä käytetä tarkoituksenmukaisella tavalla. Otetaan esimerkiksi vaikka talutusvyö/siirtovyö, usein sitä ajatellaan edelleen ”nostovyönä”, vaikka esimerkiksi avustaessa sillä seisomaan nousua liikesuunta on vaakatasossa eikä pystysuunnassa. Toisin sanoen ei riitä, että työnantaja hankkii tarvittavat apuvälineet hoitohenkilöstölle, vaan apuvälineiden käyttöön tulee saada myös asianmukaista ohjausta ja opastusta, kuten Työturvallisuuslaissakin (738/2002) määrätään.

Kun arvioitiin siirtoetäisyyttä ja korkeutta esille nousi vahvimmin yläraajoilla kurkottelu (v. 2016 5/6 ja v. 2017 3/6). Toki se oli vähentynyt vuoden aikana, mutta tämä yläraajoilla kurkottelu voi olla myös sellainen, mitä ei täysin saada koskaan pois, mutta kurkottelun kuormittavuuteen taas voidaan vaikuttaa omalla asennolla, eli pyritään aina työskentelemään käyntiasennossa, ei pienessä haara-asennossa. Tässä arviointikohdassa positiivista oli se, että alkuarvioinneissa 3/6 siirrossa hoitaja joutui ottamaan askelia samalla kun kannatteli potilaan painoa ja tätä ei loppuarvioinneissa tullut enää esille ollenkaan. Kun hoitajat oppivat avustamaan oikein, he oppivat antamaan potilaalle tuen, mistä ottaa itse kiinni käsillä

(esimerkiksi rollaattori, nousutuki) (Tamminen-Peter 2005, 88). Tämä on myös Potilassiirtojen Ergonomiakorttikoulutuksen® ensimmäisiä asioita, mitä osallistujille opetetaan. Eli ei anneta potilaiden ”ripustautua” itseemme, vaan annetaan jokin muu ”tuki” mistä ottaa kiinni.

Yläraajojen ja ylävartalon kuormituksen arvioinneissakin saatiin positiivista muutosta aikaiseksi (33,3 % → 73,3 %), mutta edelleen tämä on oman kokemukseni pohjalta haastavin asia, mistä pitäisi oppia pois. Kun hoitaja on vuosia tai vuosikymmeniä työskennellyt yläraajojen ja ylävartalon voiman avulla, siitä pois oppiminen on todella haastavaa. Käyntiasennon oppii melko helposti, mutta se että tekisi potilassiirrot täysin painonsiirron ja alaraajojen lihasvoiman avulla, vaatii todella paljon harjoittelua ja yksilön aktiivista opettelua pois vanhasta tavasta.

Alaselän kuormituksen osalta kuormittuminen on siis vähentynyt selkeästi, havainnointikriteerit täyttyivät vuonna 2016 vain 50 %:sesti ja vuotta myöhemmin 100 %:sesti. Samanlaisia tuloksia alaselän kuormituksen vähentymisestä hoitajia kouluttamalla on saatu jo aiemminkin (Tamminen-Peter 2005, 77). Alaraajojen kuormituskin väheni vuodessa, mutta kuten jo totesin, oikeanlaisen painonsiirron oppiminen vie aikaa. Usein siis hoitajat työskentelevät jo käyntiasennossa, mutta lihasvoima, jota käytetään, tulee ylävartalosta ja yläraajoista.

Yhdeksäs havainnoitava kohta on siirtotaito ja siirron sujuvuus, missä arvioidaan myös sitä, miten hoitaja toteuttaa toimintakykyä edistävää toimintaa. Ongelma, joka suurimmalla osalla hoitajista aluksi on, etteivät he anna potilaalle aikaa tehdä tai edes kokeilla tehdä itse asioita. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitajat saattavat kyllä pyytää potilasta seisomaan, mutta lähes samaan aikaan he jo auttavat eikä ikääntynyt ehdi mukaan liikkeeseen. Tärkeää toimintakyvyn edistämisen kannalta olisi, että potilas aloittaisi liikkeen itse ja autetaan vasta kun ikääntynyt apua tarvitsee. Tämän saman asian Tamminen-Peter (2005, 89) on todennut väitöskirjassaan, eli mittaamalla reisilihasten EMG-aktiivisuutta pystyttiin toteamaan, että potilaat eivät ehtineet aktivoida reisilihaksiaan nousuvaiheessa. Tähän liittyy myös se, että kun hoitajat eivät anna ikääntyneelle aikaa tehdä tai kokeilla tehdä itse. Ei myöskään voida tietää todellista toimintakykyä, eli miten hoitaja voi arvioida potilaan toimintakykyä, jos ei anneta aikaa ensin tehdä itse.

Tämän yhden osaston kehityskulun mukaan Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukset ovat vaikuttaneet positiivisella tavalla hoitohenkilöstön osaamiseen potilassiirtojen ergonomisen osaamisen ja apuvälineiden käytön osalta. Myös yhdeksännen kohdan tuloksen parantuminen kertoo siitä, että hoitajat osaavat paremmin huomioida potilaan omaa luontaista liikkumista ja antavat enemmän aikaa potilaalle aloittaa ja tehdä liikkeitä itse. Myös TURO- hankkeen hoitajien työergonomian kehittämistyössä päästiin samankaltaisiin tuloksiin. Alku- ja loppuarviointeja vertaamalla voitiin todeta, että hankkeen aikana toteutetuilla koulutuksilla ja siihen liittyvillä toimenpiteillä (esim. ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisellä) oli ollut myönteistä vaikutusta hoitajien työergonomiaan, potilaan aktivointiin ja ohjaukseen. (Tanttu ym. 2016, 42.)

8.3 Kehittämistoiminnan arviointikyselyn tulokset

Arviointikysely toteutettiin kehittämissalaverissa joulukuussa 2016. Hoitajat siis vastasivat arviointikyselyyn paperiselle lomakkeelle. Koko arviointikyselyn kysymykset esitetään aina jokaisen kappaleen alussa. Arviointikyselyyn vastasi 17 henkilöä, joista neljä oli kuntoutuksen henkilöstöön kuuluvaa ja loput hoitohenkilöstöön kuuluvaa. Olen teemoitellut aineistoa sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja asioita tiivistäen. Sen tavoitteena on muodostaa tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka mahdollisesti kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin. Sisällönanalyysia voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisen eli induktiivisen analyysin tarkoituksena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineiston analyysia ohjaavat aina tutkimustehtävät (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-118). On huomioitava, että analyysitekniikoita ja työskentelytapoja on monenlaisia. Ei ole olemassa yhtä ja oikeaa analyysitapaa. (Hirsjärvi & Hurme, 2015, 136.)

Käytännössä tein sisällön analyysia niin, että tein word –tiedostoon taulukon, mihin kirjoitin kaikki kysymyksen vastaukset ja lähdin siitä hahmottelemaan yhdistäviä teemoja. Saman teeman vastaukset saivat oman värikoodin. Esimerkki tällaisesta teemoittelusta liitteessä 5.

8.3.1 Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittäminen ja aloittaminen

Kysymykseen, jossa kysyttiin kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisen ja aloittamisen hyötyjä, muodostui aineistoa pelkistämällä ja tiivistämällä seuraavat teemat: Yhteistyö / yhdessä tekeminen, ergonominen työskentely, kuntouttava työskentely ja omatoimisuuteen kannustaminen, apuvälineiden käyttö, uudet toimintatavat / kehittäminen, kirjaamisen muuttuminen toimintakykyä kuvaavammaksi, opiskelijaohjaajana toimiminen / opiskelijapalautte. Nämä teemat havainnollistetaan kuviossa 3.

Eniten vastauksissa nousi esille yhteistyön lisääntyminen sekä kuntoutuksen henkilöstön kanssa, että yleensäkin työkavereiden kanssa oman tiimin sisällä. Aineistosta nousi esiin, että keskustelu kuntoutuksesta ja ergonomiasta on lisääntynyt osastolla, yhdessä pohtiminen ja yhdessä ongelma-asioiden ratkominen on myös lisääntynyt. Yhä useammin myös kuntoutus- ja ergonomiavastaavat pyydetään mukaan haastaviin ja uusiin siirtotilanteisiin. *”Asioita pohditaan ja ideoidaan yhdessä työporukalla päivittäin ja SEPA- taulupalavereissa” ja ”yhteistyö kuntoutuksen henkilökunnan ja hoitajien välillä on lisääntynyt”.*

Ergonominen työskentely nousi selkeästi myös yhdeksi pääteemaksi. Vastauksissa kuvailtiin, että ergonominen osaaminen ja työskentely ovat lisääntyneet. Kuitenkin käsitys ergonomisesta työskentelystä ja sen osaamisesta on realistista, ottaen huomioon, että uusien ergonomisten työtapojen saaminen käytännön työhön on jokaisen yksilön oma prosessi ja vanhoista työtavoista poisoppiminen voi olla hyvinkin haastavaa. Aineistossa sitä kuvaillaan esimerkiksi *”yritys ergonomisempaan työskentelyyn lisääntynyt” ja ”ollaan kiinnostuneita oikeasta ergonomisesta työskentelystä”.* Yhteistyön ja yhdessä tekemisen ja ergonomisen työskentelyn vahvistumista kuvailee hyvin myös vastaus *”käytännössä ergonominen työskentely näkyy ja kuuluu”.*

Kuntouttava työskentely ja omatoimisuuteen kannustaminen on yksi pääteemoista. Monessa vastauksessa kuvaillaan, että kuntouttava hoitotyö on vahvistunut ja toiminta on yhdenmukaista. Lisäksi omatoimisuus nousee esille yhtenä osa-alueena: *”Potilasta kannustetaan omatoimisuuteen ja omaan suoriutumiseen*

annetaan aikaa". Tärkeitä huomioita on myös, että kuntoutusajattelua- ja näkökulmaa tuodaan esille kaikkien potilaiden kohdalla ja työntekijät ottavat enemmän vastuuta potilaiden kuntouttamisesta. Lisäksi *"kuntoutuksen alkuun saattaminen tehostunut heti asiakkaan tultua osastolle"* kuvastaa sitä, että osaaminen on vahvistunut ja hoitajat ovat saaneet lisää varmuutta omaan kuntoutumista edistävään työskentelyyn.

Pääluokaksi muodostui myös apuvälineiden käyttö, eli apuvälineiden käyttö on lisääntynyt ja varmentunut. Tästä syystä myös riskisiirrot ovat vähentyneet ja yleisesti apuvälineiden käyttö hyväksytään siirtotilanteissa: *"riskisiirrot vähentyneet kun apuvälineiden käyttö on lisääntynyt"* ja *"hyväksytään apuvälineiden käyttö siirtotilanteisiin"*. Tähän liittyy vahvasti uskomus, että esimerkiksi potilasnostimet pelkästään vain passivoivat asiakkaita, vaikka asia ei aina ole niin (seisomanojainostin, Return).

Kirjaaminen nousi esille kahdessa vastauksessa, molemmissa todettiin, että kirjaamisesta on tullut kuvaavampaa. Lisäksi kolmessa vastauksessa nostettiin esille opiskelijat, eli osa hoitajista oli saanut positiivista palautetta osaston ergonomisesta työskentelystä: *"teillä on ergonominen työskentely aivan omalla tasolla"*, *"missään muussa työpaikassa ei ole saanut näin paljon ohjausta ergonomia-asioihin"*. Yhdessä vastauksessa todettiin, että opiskelijoiden ohjaus oli parantunut Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen® käymisen jälkeen.



Kuvio 3. Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisen hyötyjä.

Vaikka tässä kehittämistoiminnassa kyseessä oli yhteistyöpalaverit, joissa vastaavien toimintamallia oli tarkoitus vasta kehittää, kokivat yhteistyöpalaveriinkin osallistuneet työntekijät, että toiminta käytännön työssä oli jo mennyt eteenpäin toimintakykyä edistävän toiminnan, ergonomisen työskentelyn, apuvälineiden käytön ja kirjaamisen osalta. Voidaan todeta, että toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn aiempi kehittäminen (Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukset) näkyivät positiivisesti jo osastoilla. Myös TURO -hankkeessa kehitettiin ergonomiavastaavien toimintaa. Hoitajat kokivat, että tämä uusi ergonomiavastaavien toimintatapa oli yhtenäistänyt käytäntöjä ja vähentänyt työn fyysistä kuormittavuutta. Positiivisimmin ergonomiavastaavien ohjaava työote koettiin terveyskeskussairaalan osastoilla. (Tanttu 2016, 55-57.)

Fagerström (2013, 120) tuli väitöskirjassaan myös tulokseen, että ergonomiavastaavien toiminta vahvistui koulutusinterventioiden myötä. Nostaisin kuitenkin suurimmaksi tekijäksi yhteistyön merkityksen, mikä nousi vahvimmin esille myös arviointikyselyssä. Yhteistyö on lisääntynyt oman työyhteisön hoitohenkilökunnan sisällä sekä osastojen välillä. Näiden lisäksi yhteistyö kuntoutuksen henkilöstön kanssa on myös lisääntynyt. Yhteistyö ja moniammatillisuus ovat niitä keinoja, joiden avulla potilas saa mahdollisimman laadukasta hoitoa. Moniammatillinen ja

eri ammattiryhmien työryhmätyöhön perustuva toiminta tuottaa hyviä tuloksia geriatrisessa kuntoutuksessa (Tilvis 2002, 153).

8.3.2 Kehittämisen- ja yhteistyöpalavereiden hyödyt

Kysymykseen, onko yhteisistä kuntoutus- ja ergonomiavastaavien palavereista ollut hyötyä toiminnan aloittamisessa ja kehittämisessä? Esille nousivat seuraavat teemat: Tuki (lähiesimiehen tuki ja vertaistuki), uudet ideat ja näkemykset sekä yhteiset toimintatavat ja tavoitteet, mitkä esitellään kuviossa 4.

Vahvimmin esiin nousi vertaistuen saaminen kehittämis- ja yhteistyöpalavereista. Sitä kommentoitiin kyselyssä esimerkiksi seuraavilla vastauksilla:

”Huomaa, miten on muualla ja meillä näin”

”Kuulee toisten osastojen kuulumiset ja tulee ehkä jotain ideoita, käytäntöjä tms. joita voi hyödyntää omallakin osastolla”

”Tiimit tapaavat toisiaan – hyvää voidaan jakaa ja samalla se kannustaa omaa tiimiä kehittymään lisää”.

Asiaa ajateltiin myös eri näkökulmasta, eli *”avataan jokaisen osaston ongelmakohtia ja mietitään ratkaisuja”*. Nostaisin esiin myös kommentin - *”on saanut tunteen, että ergonomiselle työskentelylle on tuki takana”*. Kehittämis- ja yhteistyöpalaverit ja kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittäminen on vahvistanut tunnetta, että sitä kehitetään yhdessä ja he saavat siihen tuen sekä lähiesimiehiltä että muilta kuntoutus- ja ergonomiavastaavilta.

Yhteiset toimintatavat ja yhteiset tavoitteet mainittiin myös useassa vastauksessa:

”Yhteisiä toimintatapoja on saatu sovittua”

”Hyvä on pysähtyä yhdessä yhteisen asian äärelle”

”Tiimit kehittyvät eri tahtisesti ja yhteiset palaverit tukevat toiminnan kehittämistä”.

Näiden vastausten perusteella yhteistyöpalaverit ovat tukeneet ja auttaneet toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn eteenpäin viemisessä eri osastoilla. Tätä tukevat myös vastaukset: *”asiaa on pidetty koko ajan*

yllä, keskustelussa” ja ”ergonomia-asiat pysyy tuoreena työskentelyssä”. Säännölliset yhteiset palaverit ja keskustelu pitävät yllä toimintaa, koska se nostetaan aina yhteistyöpalavereissa uudestaan keskusteluun ja esille.



Kuvio 4. Yhteistyöpalavereista koettu hyöty.

Yhteenvetona voidaan todeta, että yhteistyöpalaverit koettiin erittäin positiivisena asiana. Nostaisin tärkeimpänä ilmiönä esille tuen eli lähiesimiehen tuen ja vertaistuen merkityksen. Hoitotyön johtaminen on yhteydessä hoidon tuloksiin sekä asiakas että hoitajatasolla (Vähäkangas 2010, 52). Lähijohtamisen merkityksestä toimintakykyä edistävän toiminnan kehittämisessä, on olemassa jo näyttöä, eli sen toteutuminen vaatii yhteistä toimintafilosofiaa ja toimintalinjoja, joihin hoitajat sitoutuvat (Routasalo ym. 2004, 207-216; Olkonieniemi 2007, 27-28; Vähäkangas 2010, 52). Tässä kehittämistyössä lähijohtaminen ja työntekijöiden sitouttaminen nousevat hyvin tärkeään rooliin ja se tulee hyvin esille tässä arviointikyselyssä. Vertaistuki on myös asia, joka auttaa jaksamaan kehittämistyön tekemisessä.

Lisäksi yhteistyöpalaverit koettiin hyväksi, koska niissä pystyttiin miettimään, tekemään ja sopimaan yhtenäisistä toimintatavoista ja kuten edellä on jo mainittu,

niiden tekeminen ja niihin sitouttaminen on tärkeää ja se on lähiesimiesten tehtävä (Routasalo ym. 2004, 207-216; Olkonieniemi 2007, 27-28; Vähäkangas 2010, 52).

8.3.3 Osallistava kehittämistoiminta

Palaute osallistavasta kehittämisestä oli hyvin positiivista. Vastauksista nousi esille seuraavia teemoja: Keskustelu, osallisuus, ryhmätyöskentely, sitoutuminen. Nämä teemat on havainnollistettu kuviossa 5.

Teemaa keskustelu kuvastaa hyvin kommentti: *”Hyvä keskusteluilmapiiri, yhteinen aihe, yhteinen kiinnostus, yhteinen tavoite”*. Useissa vastauksissa oli pohdittu myös yhteisen keskustelun ja osallistavan kehittämistoiminnan vaikutusta omaan kehitykseen ja toimintaan: *”Kun kerkiää pysähtyä ajattelemaan välillä mitä tekee, miten tekee, kenelle tekee ja miksi tekee”*, *”keskustelu ja asiasta puhuminen on helpottanut omaa asian jäsentelyä”* ja *”koin asian hyvänä, koska joutui/sai itse mieltä asioita, ymmärtää näin asiat paremmin”*. Nämä kuvastavat hyvin toimintatutkimuksen ydintä, eli tavoitteena on kehittää siihen osallistuvien henkilöiden tietoja, käytännöllistä osaamista ja asiantuntemusta (Heikkinen ym. 2007, 16).

Osallisuus -teema näyttäytyi vastauksissa myös vahvasti: *”Osallistamalla opitaan enemmän”* ja *”osallistamisella asia menee eteenpäin suusta – suuhun, ei jää paperille ja unohduksiin. Toimii siis hyvin”*. Seuraava kommentti kiteyttää hyvin koko tätä osallistavaa kehittämistoimintaa:

”Mielenkiintoista ja opettavaista. Uusia ideoita ja intoa joka tapaamiselta. Kuntoutuksen vieminen käytäntöön lähtee ennen kaikkea työntekijöiden asenteesta ja halusta tehdä oikein. Turvallinen toiminta ja ergonomiset työskentelytavat rakentuvat näiden pohjalle. Omaa asennetta ja ajatuksia on siis syytä puida silloin tällöin isommalla porukalla”.

Vastauksessa nostettiin lähtökohdaksi työntekijän oma asenne. Fagerströmin (2013, 127) väitöskirjassa tärkeimmäksi työ- ja johtamiskäytäntöjen yksilön muutosta edistäväksi tai estäväksi tekijäksi nostetaan yksilön asenne. Kun asenne on

edistävä tekijä yksilön toiminnassa, avustustavan valinta ja kirjaaminen muuttuivat systemaattisemmaksi ja asukkaan toimintakykyarvioon perustuvaksi. Jos taas asenne on kielteinen, voi se olla esteenä työtapojen muuttamiselle.

Ryhmätyöskentely tuli vastauksissa esille hyvin positiivisena asiana: *”Ryhmätyöskentely onnistuu, mutta yksin ajatusten paperille laitto ei”* ja *”hyviä ajatuksia kun pääsi eri ryhmissä miettimään tätä yhteistyötä ja toimintatapoja”*. Toisaalta osallistava kehittämistoiminta voi olla osalle helpompi ymmärtää *”ryhmätyöskentelynä”*, koska se on tuttu termi, kun taas osallistava toiminta on vieraampi termi.

Sitoutuminen -teema näyttäytyy myös vastauksissa. Kun saa itse kehittää omaa työtänsä, siihen myös sitoutuu paremmin: *”Sitoutuminen lisääntyy kun kehitys lähtee meistä itsestä”*. Lisäksi työntekijöillä on tunne, että heidän ajatuksillaan ja toiminnallaan on merkitystä – *”Osallistava kehittäminen on loistava juttu, koska työntekijällä ei ole tunne, että heitä ei kuultaisi ja vaatimukset tulevat vain ylemmältä taholta.”*



Kuvio 5. Kokemukset osallistavasta kehittämisestä.

Osallistavassa kehittämistoiminnassa pyrkimyksenä on ottaa käytännössä työskentelevät ihmiset mukaan muuttamaan tutkittavaa todellisuutta, jolloin heistä tulee aktiivisia osallistujia kehittämisessä (Kuula 1999, 9). Tässä kehittämistoiminnassa yhdeksi pääteemoista nousi osallisuus, joten käytännön työntekijöiden aktiivinen osallistuminen toteutui hyvin ja he pääsivät mukaan kehittämään käytännön työtään. Osallistava kehittämistoiminta koettiin hyvin positiivisena asiana, koska osallistujille tuli tunne, että he ovat osallisia ja aktiivisia toimijoita, jokainen omien kykyjensä mukaan. Niin, että toiminnan johtaminen ei tule aina suorana käskynä ylhäältä päin, vaan he pystyvät itse vaikuttamaan omaan työhönsä ja sen kehittämiseen. Projektikirjallisuudessa kehittämistoiminnan tuloksellisuuden ehtona pidetään tärkeimpien sidosryhmien ottamista mukaan jo toiminnan alusta asti (Toikko & Rantanen 2009, 90). Osallistumisen ja osallisuuden avulla pystytään myös paremmin sitouttamaan kehittämiseen (Toikko & Rantanen 2009, 90) ja tämä tuli hyvin myös esille vastauksissa: *”Sitoutuminen lisääntyy kun kehitys lähtee meistä itsestä”*.

8.3.4 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyneiltä kysyttiin: Millaisena koit koulutuksen? Kerro, mitä se sinulle antoi yksilötasolla? Keskeiset arviointikyselystä nousseet teemat olivat: Varmuutta omaan tekemiseen, uusia työkaluja, oma terveys ja turvallisuus, mitkä on esitelty kuviossa 6.

Vahvimmin arviointikyselyn vastauksissa nousi esille, että koulutuksen käyneet hoitajat ovat saaneet varmuutta omaan työskentelyyn.

*”Koulutus oli hyvä! Se toi varmuutta käyttää apuvälineitä enemmän”,
 ”Koulutus oli monipuolinen, antoi varmuutta”,
 ”Antoi varmuutta siirtoihin, apuvälineiden käyttöön,
 ”Antoi osaamista jota en ennen hallinnut”,
 ”Antoi ”luvan” kyseenalaistaa näkemäänsä/tekemäänsä”*

Varmuutta on myös näissä seuraavissa vastauksissa, mutta eri näkökulmasta:

*”Vähitellen myös muiden ohjaaminen ei tunnu enää niin hankalalta”
 ”Sanon työkaverille jos huomaan, että sillä menee ihan metsään”.*

Koulutus antoi myös uusia työkaluja käytännön työhön:

"Hyvä koulutus, olen saanut hyviä työkaluja joita olen pystynyt myös hyödyntämään päivittäisessä työskentelyssä",
"Koulutus oli hyvä. Sai paljon hyviä eväitä työhön ja uusia näkökulmia työskentelyyn",
"Sain käytännön vinkkejä ja kädestä pitäen neuvoja haastaviin siirto-tilanteisiin".

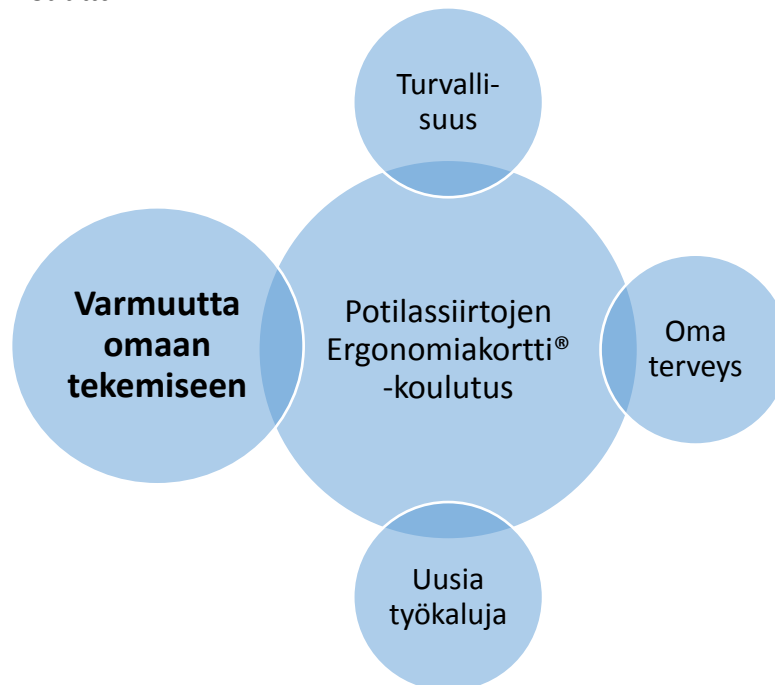
Nämä vastaukset kertovat hyvin siitä, miten käytännön läheinen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on ja se on ehdottomasti hyvä asia.

Oma terveys ja jaksaminen nousivat myös yhdeksi teemaksi kommentteilla:

"Oma terveys lähempänä sydäntä",
"Jaksaa tehdä siirtoja, ei väsy, eivät aiheuta kipua omassa kropassa"
"Antoi tulevaisuuteen terveellisempiä työvuosia!"

Myös turvallisuutta koskevia vastauksia oli palautteissa:

"Koulutus opetti ajattelemaan ja suunnittelemaan oma työskentelyä kuntoutujalähtöisesti, miten voin tukea parhaiten ja mikä on turvallista" ja
"Koulutus erinomainen, jouduttu pohtimaan omaa/potilaan turvallisuutta".



Kuvio 6. Kokemukset Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksesta.

Kaikista vahvimmin nousi esille teema varmuutta omaan tekemiseen ja Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -kouluttajana voin todeta, että juuri siihen perusliikkumisen ja avustamisen harjoittelulla pyritään. Korttikoulutukseen osallistuneet myös kuvailevat, että he saivat koulutuksesta lisää työkaluja käytännön työhön

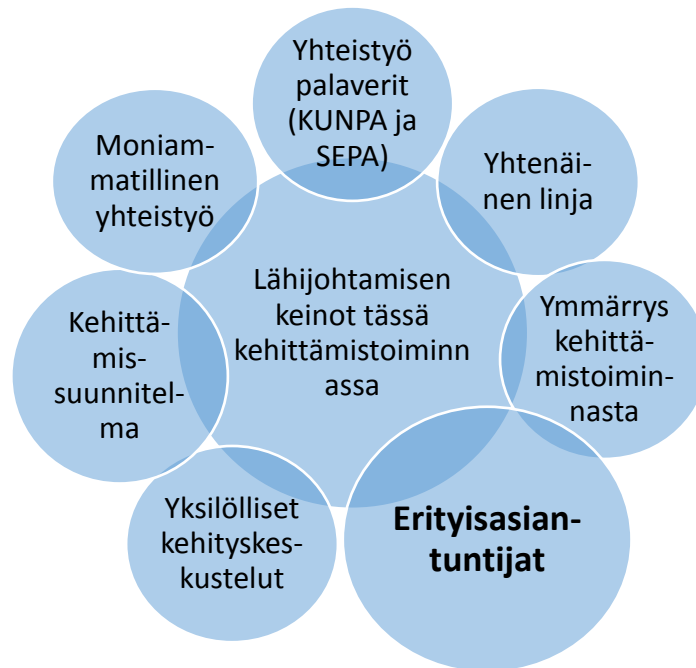
niin että niistä on apua päivittäisessä työskentelyssä. Aiemmin on jo todettu, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on myönteisiä vaikutuksia hoitajan siirtotaitoon ja riskien arviointikykyyn sekä työ- ja potilasturvallisuuteen. Lisäksi työyhteisössä tapahtui positiivisia muutoksia kohti turvallisempia työtapoja (Henriksson 2011, 52). Lisäksi kortin suorittaneet hoitajat kokevat koulutuksen lisäävän potilassiirtotilanteiden suunnittelua ja apuvälineiden käyttöä sekä vähentävän fyysistä kuormittumista (Nevala & Palovaara 2012, 68-69; Mattinen ym. 2014, 75-76). Tässä kehittämistoiminnassa saatiin Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusten ja osallistavan kehittämistoiminnan avulla samankaltaisia tuloksia, mitä aiemmissa tutkimuksissa on jo todettu. Tämä pystytään todentamaan sekä Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnin että tämän arviointikyselyn sisällön analyysin avulla.

8.4 Lähijohtaminen

Valitsin osastonhoitajille ryhmäkeskustelun kehittämistoiminnan arvioimiseksi ja tarkastelemiseksi. Ryhmäkeskustelussa oli minun lisäksi molemmat osastonhoitajat ja tilannetta voidaan kutsua myös parihaastatteluksi. Itse toimin vetäjänä, mutta myös keskustelevana osapuolena, koska kehittämistyötä on tehty yhdessä. Ryhmäkeskustelu on järjestetty keskustelutilaisuus, johon on kutsuttu ihmisiä keskustelemaan tietystä aiheesta fokusoidusti, mutta kuitenkin vapaasti. Ryhmäkeskustelussa vetäjä pyrkii tietoisesti saamaan aikaan osallistujien välistä vuorovaikutusta ja vetäjä tarjoilee tutkimuksen kohteena olevia teemoja keskusteltaviksi. Olennaista ryhmäkeskustelussa on, että ryhmän vetäjä ohjaa keskustelua tavoitteiden mukaisesti ja rohkaisee osallistujia keskustelemaan keskenään aiheesta. (Valtonen 2005, 223-224.) Haastattelutilanteessa kirjoitin käydyn keskustelun word – tiedostolle ja analysoin sitä sisällön analyysin avulla. On huomioitava, että analyysitekniikoita ja työskentelytapoja on monenlaisia. Ei ole olemassa yhtä ja oikeaa analyysitapaa. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 136.)

Osastonhoitajien haastattelusta nousi esille kaksi eri näkökulmaa. Toinen näkökulma käsittelee lähijohtamisen keinoja toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn kehittämiseen (kuvio 7). Toinen teema taas käsittelee

sitä, miten osastonhoitajat näkevät hoitohenkilöstön työtapojen muutoksen käytännön toiminnassa (kuvio 8).



Kuvio 7. Lähijohtamisen keinot tässä kehittämistoiminnassa.

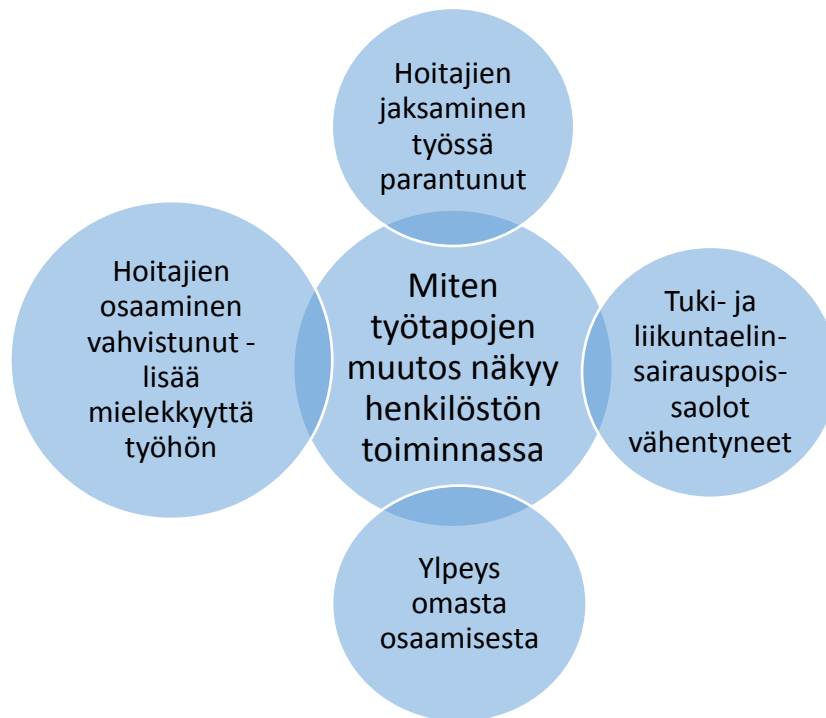
Siilaisen sairaalan osastonhoitajat kokevat, että yhtenäisen linjan vetäminen kehittämistoiminnan suhteen on erittäin tärkeää. Yhtenäisellä linjalla osastonhoitajat tarkoittavat sitä, että kaikilla kuudella osastolla toimitaan yhtenäisen linjan mukaisesti. Toki eri osastoilla on omat erityispiirteensä, esim. kirurgisella jatkokuntoutusosastolla, mutta pääpiirteet toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn suhteen ovat samat.

Kun toimintaa kehitetään, tulee lähiesimiehillä olla oikeanlainen käsitys kehittämistyöstä. Tärkeimpänä voidaan ehkä sanoa, että heidän tulee ymmärtää kehittämistoiminnan hitaus, eli muutos tapahtuu hitaasti ja muutosvastarintaa on aina. Kehitystyö on jatkuvaa ja sinnikästä työtä, joka toistuu viikoittain, kuukausittain tai vuosittain. Voidaan myös sanoa, että normaalin toiminnan ylläpitäminenkin vaatii osaamisen kehittämistä. (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 78.)

Osastonhoitajat kokevat, että he tarvitsevat erityisasiantuntijoita oman henkilöstöjohtamisensa tueksi, koska heillä ei ole erityisosaamista esimerkiksi toiminta-

kykyä edistävän toiminnan tai ergonomisen työskentelyn osalta. Erityisasiantuntija kouluttaa ja kehittää hoitohenkilöstön käytännön osaamista ja lähiesimiesten tehtävä on omalla toiminnallaan saada sitoutettua henkilöstö toimimaan uusien työtapojen mukaisesti potilaan toimintakykyä tukien. Henkilöstön sitouttamisen keinoja ovat muun muassa hyvä johtaminen, mahdollisuus oppimiseen ja kehittymiseen sekä kiinnostava työ (Viitala 2013, 86). Yhtenä sitouttamiskeinona osastonhoitajat ovat käyttäneet yksilöllisiä kehityskeskusteluita, joissa he ovat vahvasti ottaneet ikääntyneen toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn esille.

Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksen henkilöstön kanssa on myös lisääntynyt ja sitä on lisännyt myös KUNPA -palaverit (kuntoutuspalaverit) kerran viikossa, jolloin kaikkien potilaiden kuntoutustilanne käydään läpi ja tarkastellaan heidän tavoitteitaan ja tarvittaessa muutetaan niitä. Kuntoutuspalaveri on moniammatillinen palaveri, johon osallistuu hoitaja, fysioterapeutti tai kuntohoitaja ja lääkäri. Aikaresurssien puitteissa näihin palavereihin pyritään ottamaan mukaan myös ikääntynyt kuntoutuja sekä omaiset. Lisäksi joka arkiamu käydään lyhyt SEPA -palaveri (seisomispalaveri), eli arvioidaan lyhyesti potilaiden sen hetkistä tilannetta, asetetaan ja muokataan tavoitteita ja kotiutusten aikatauluja.



Kuvio 8. Miten hoitohenkilöstön työtapojen muutos näkyy toiminnassa osastonhoitajien mukaan.

Potilassiirtojen Ergonomiakortteja® kouluttamalla sekä kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintaa kehittämällä hoitohenkilöstö on saanut työhönsä lisää osaamista ja sitä kautta myös mielekkyyttä. Hoitajien osaamisen kehittyminen näkyy osastonhoitajien mukaan myös siinä, että hoitajat kantavat paremmin vastuun tekemästään työstä. Enää ei ole mahdollisuutta toimia toisin, kuten esimerkiksi käyttää potilasta passivoivaa siirtotapaa, koska he ovat ylpeitä omasta osaamisestaan.

Ammattitaidon kehittymisen lisäksi hoitohenkilöstö on yksilöllisissä kehityskeskusteluissa tuonut esille, että oma jaksaminen työssä on parantunut Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen ansiosta. Tuki- ja liikuntaelinsairauspoissaolot ovat osastonhoitajien mukaan vähentyneet selkeästi. Osastonhoitajat kuvaavat, että kehittyminen omassa työssä on yksilöllinen prosessi. Kun hoitaja on itse motivoitunut oppimaan uutta ja muuttamaan työtapojaan, muutoksen aloittaminen ja tekeminen on helpompaa. Jos motivaatiota ei ole, muutoksen tekeminen on haastavampaa, vaikka kävisikin tämän laajan koulutuksen.

8.5 Kehittämistoiminnan arviointi

Kehittämisprosessia voi olla vaikea seurata, arvioida, analysoida ja raportoida niin, että keskeiset asiat saadaan selkeästi havaittaviksi. Kehittämisprosessin arvioinnin tehtävä onkin systemaattisesti avata moniulotteisia ja tilanne-ehtoista prosessia. (Vataja & Seppänen-Järvelä 2009, 218.) Tyypillisesti arviointi vastaa kysymyksiin saavutettiin tavoitteet ja mitä saatiin aikaan. On kuitenkin nostettu esille kehittämistä itseään palvelevat arviointikäytännöt, eli miten arvioinnin pystyy rakentamaan projektin sisälle niin, että se vahvistaa kehittämistyön tavoitteellisuutta sekä tietoista ja oppivaa toteuttamista. (Vataja & Seppänen-Järvelä 2009, 217.)

Arviointia tein koko kehittämistoiminnan ajan havainnoiden, palautteen perusteella ja tutkimuspäiväkirjan avulla. Osastonhoitajien kanssa pidimme palaveria usein yhteistyöpalaverien jälkeen ja ne toimivat hyvin myös arviointikeinoja kehittämistoiminnalle. Nämä keskustelut olivat todella tärkeitä, koska tein kehittämistyötä yksin, joten välillä piti saada puhua asioita ääneen. Arviointi ohjasi hyvin pitkälle kehittämistoimintaa, eli kehittämistoimintaa muokattiin aina sen mukaan, mikä tarve oli.

9 Pohdinta

9.1 Tuotoksen ja tulosten tarkastelu

Tavoitteena oli kehittää moniammatillisesti ikääntyneen toimintakykyä edistävää toimintaa ja hoitohenkilöstön ergonomista työskentelyä. Konkreettisena tavoitteena oli luoda osallistavan kehittämistoiminnan avulla kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalli ja tämä tavoite saavutettiin. Kehittämistyö jatkuu edelleen jatkuvana syklinä, eli toimintaa tullaan tarkastelemaan ja arvioimaan jatkossakin, mutta tämä toimintamalli on hyvä alku toiminnan juurruttamiseksi. Kehittäminen on jatkuvaa ja sitä tulee arvioida aina uudelleen ja uudelleen (Toikko & Rantanen 2009, 66). Tämä toimintamalli voi olla esimerkkinä myös muille ikäihmisten palveluiden yksiköille, miten vastaavanlaista toimintaa voisi

lähteä kehittämään. Kuitenkin on muistettava, että kyseessä on aina ainutlaatuinen ja yksilöllinen työyhteisön prosessi, eikä se välttämättä ole suoraan kopioitavissa. Lisäksi opinnäytetyöllä oli joukko tehtäviä, joihin pystyttiin keräämään aiheiston pohjalta hyvin vastaamaan.

9.2 Kehittämisprosessi ja loppuraportin kirjoittaminen

Tämä kehittämistoiminta lähti melko nopeasti liikkeelle, koska tiesin hyvissä ajoin, mistä haluan opinnäytetyöni tehdä. Tämä aihealue on kiinnostanut minua siitä asti kun aloitin työskentelyni osastofysioterapeuttina. Jos osaston hoitohenkilöstön toiminta ei ole ikääntyneiden toimintakykyä tukevaa, ei fysioterapeutin työlläkään ole juuri merkitystä. Kun hoitohenkilöstö osaa arvioida ikääntyneiden toimintakykyä ja toimia sen mukaisesti, on toiminta kokonaisvaltaisesti toimintakykyä edistävää. Esimerkiksi, jos hoitaja osaa tukea seisomaan nousua oikealla tavalla, tulee potilaalla päivän aikana monta seisomaan nousua, mikä vahvistaa alaraajojen lihaksia ja sitä kautta omatoimista liikkumista. Tai jos jokainen hoitaja pyrki kävelyttämään potilasta mahdollisimman paljon työvuoron aikana, on sillä isompi merkitys kuin sillä, että fysioterapeutti käy kerran päivässä ohjaamassa liikeharjoitteita.

Siilaisen sairaalassa toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn kehittämistä oli siis aloitettu jo vuonna 2014, joten oikeanlainen asenne ja kehittämismyönteinen ilmapiiri olivat jo olemassa ja tämä varmasti auttoi kehittämistoiminnan eteenpäin viemisessä. Lisäksi kehittämistoimintaa tuki todella paljon lähiesimiesten eli osastonhoitajien, vahva tuki kehittämistoiminnalle. Kehittämistoimintaa vietiin eteenpäin yhdessä. Koulutin työyhteisöihin uutta osaamista ja lähiesimiehet sitoutuivat työntekijöitään uusiin työtapoihin omalla lähijohtamisellaan. Ilman tätä yhteistyötä tästä kehittämistoiminta ei olisi ollut näin vaikuttavaa. Jos koulutetaan ilman lähiesimiesten tukea, kuka sitouttaa työntekijät uusiin työtapoihin ja nostaa asian aina uudelleen esille.

Kehittämistoiminnan hyvää onnistumista siivitti myös se, että Siilaisen sairaala on hyvin keskusteleva ja avoin työyhteisö. Eli annetaan sijaa keskustelulle ja us-

kalletaan keskustella rakentavasti. Nykyään resurssit ovat niukat sosiaali- ja terveysalalla ja se on voinut myös olla yksi syy, miksi kehittämistoiminta on ollut tuloksellista ja sitä on ollut pakko tehdä kun kukaan ei yksin tätä työtä pysty tekemään. Hyvin vahvana motivoivana tekijänä toiminnan kehittämiseksi oli myös se, että Siilaisen sairaalasta tulee Siun soten alueen kuntoutumiskeskus, eli tarve tälle kehittämiseksi ja osaamisen vahvistamiselle tuli myös sieltä. Vahvasti tämä kehittämistoiminta on siis tähdännyt siihen.

Kehittämistoiminta oli ajallisesti pitkä prosessi toukokuusta 2016 – maaliskuuhun 2017 ja tähän lisäksi vielä loppuraportin kirjoittamisprosessi syyskuulle 2017 asti. Jo tämä ajallinen kesto aiheutti sen, että myös tutkimusaineistoa tuli paljon. Tutkimuspäiväkirjaa on kirjoitettu kymmeniä sivuja ja myös omat havainnot ovat sitä täyttäneet yhteistyöpalavereiden muistiinpanojen lisäksi. Aineistoa on siis paljon ja se teki tästä loppuraportin kirjoittamisesta haastavaa ja osa aineistosta jäi myös käyttämättä. Kuitenkaan kehittämistoiminnassa ei voida keskittyä syvälliseen tietoon niin kuin tutkimuksessa, mutta pyrkimys on kuitenkin kerätä tietoa kehittämistoiminnan oman logiikan kannalta perustellusti. (Toikko & Rantanen 2009, 119.) Rajasin aineiston käyttämistä ja olen sen perustellut loppuraportin yhteydessä.

Kehittämistoiminnan ja opinnäytetyön tehtävien tiukempi rajaaminen olisi ollut järkevää. Kuitenkin kun tästä kehittämistoiminnasta tuli näin laaja, halusin tuoda esille myös tässä loppuraportissa, kuinka ison työn minä ja kaikki tähän kehittämistyöhön osallistuneet olemme tehneet. Toimintatutkimuksen hyvä puoli on se, että tutkimusmuotona se antaa paljon mahdollisuuksia, mutta toisaalta taas haastavuus on siinä, että sen hallitseminen voi olla vaikeaa. Voin kokemuksesta sanoa, että tällainen osallistava kehittämistoiminta vie mukanaan.

Kehittäjä-ihmisenä loppuraportin kirjoittamisen aloittaminen on ollut haastavaa. Valtakunnallisia tutkimuksia ja hankkeita minulla oli kerättynä jo hyvin teoriataustaksi, mutta kansainvälisiin tutkimuksiin vertailu jäi tekemättä aikaresurssien puitteissa. Myös kehittämisprosessin auki kirjoittaminen ja kuvaileminen olivat haastavia, johtuen varmasti tämän kehittämistoiminnan laajuudesta, mutta lopputulokseen olen kuitenkin tyytyväinen. Kehittämistoiminnan arviointikyselyn

sisällön analyysin tekeminen oli minulle aivan uusi asia. Kuitenkin analysoiminen alkoi sujua paremmin kun alkoi luottaa omaan ajatteluun, intuitioon ja siihen asiantuntemukseen, mitä minulla on. Kun löysi itselle loogisen tavan tehdä sisällön analyysia, tekeminen alkoi sujua paremmin. Kehittämistoiminnan arviointikyselyn tulokset nousivat melko suureen rooliin tässä loppuraportissa, mutta toisaalta Sii-laisen sairaalan osaamisen taso on nyt hyvin kuvattu auki, mikä helpottaa kehittämistoiminnan jatkamista. Loppuraportissa vertailen tuloksia teoriataustaan jo tulososiossa, tämäkin oli tietoinen valinta, koska koen sen itselleni loogisemmaksi tavaksi. Pohdinta-osiossa pohdin kehittämisprosessia ja loppuraportin kirjoittamista enää yleisellä tasolla.

Tutkijan tärkein tutkimusväline on hän itse. Tästä syystä on tärkeää, että tutkija reflektoi rooliaan tutkimuksessa ja oman identiteetin rakentumista tutkimuksen rinnalla. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 152.) Tämä on ollut pitkä ja vaiherikas prosessi myös minulle. Olen pyrkinyt peilaamaan toimintaani asiantuntijuuteni kautta, mutta myös sen kautta, että olen antanut muille tilaa olla osallinen, koska kyseessä on osallistava kehittämis toiminta. Koen, että olen luonteeltani kehittäjäihminen, joten se varmasti näkyy myös kehittämis toiminnan tuloksissa. Kuitenkin oma persoona ja vuorovaikutustaidot vaikuttavat kehittämistyössä paljon, koska niiden varassa sitä työtä tehdään. Tämä ei ole minulle vain opinnäytetyö, vaan jotain enemmän ja siihen vaikuttaa varmasti paljon se, että sain tehdä kehittämistyötä omassa työyhteisössä. Oman arvioni mukaan omassa toiminnassa punaisena lankana on pysynyt potilaan/asiakkaan paras, vaikka välillä oma asiantuntijuuskin on saanut jalansijaa. Kun tehdään jotain, tehdään se sitten kunnolla.

9.3 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on laaja koulutuskokonaisuus ja kouluttajan näkökulmasta se on hyvä alku osallistujille alkaa muuttaa omia työtapojaan ikääntyneen toimintakykyä edistävämpään suuntaan ja ergonomisempaan työskentelyyn. On hienoa kun kouluttajana näet ja kuulet osastolla työskennellessäsi, miten hoitajat ovat oppineet antamaan potilaille enemmän aikaa tehdä itse ja kun potilaat tarvitsevat manuaalista avustusta, he osaavat avustaa oikeilla

otteilla ja juuri sen verran, kun he tarvitsevat apua. Tämä on se, mikä näkyy Sii-laisen sairaalan hoitohenkilöstön toiminnassa ja myös potilaiden saamassa hoi-dossa, eli pyritään potilasta aktivoivaan toimintaan toimintakyvyn osalta. Hyvin pitkälle toimintaa on pystytty muuttamaan Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -kou-lutuksen avulla. Kouluttajana koen myös, että kouluttaminen on helppoa kun saat kaiken materiaalin Moodle –oppimisympäristöstä ja voit keskittyä itse kouluttami-seen hyvin pitkälti.

Koulutukseen osallistuvat saavat uusia työkaluja käytännön työelämään, niin kuin tässäkin opinnäytetyössä tuli ilmi. Koulutus perustuu luonnollisiin liikemalleihin ja perusliikkumisen ymmärtämiseen ja sitä kautta oikeanlaiseen ohjaukseen ja avustamiseen. Koulutuksessa koulutetaan perusasioita ja se on juuri tämän kou-lutuksen etu. Vaikka kyseessä on laaja koulutus (tehtävät, 16 tunnin käytännön harjoittelua, näyttö), ei se silti takaa sitä, että kaikki muuttaisivat työtapojaan, pal-jon työtapojen muuttaminen on kiinni myös lähijohtamisesta. Selkeästi toiminnan kehittäminen lähti ihan uudelle tasolle kun osastoille tuli enemmän korttikoulutuk-sen käyneitä, eli keskustelu potilaiden siirto- ja avustamistilanteista lisääntyi sel-keästi, mikä kävi ilmi myös arviointikyselyssä. Nyt potilaiden toimintakyky ja kun-toutus on yhteinen asia, mistä keskustellaan muun muassa kuntoutuspalaverissa ja seisomispalaverissa. Osaamisen lisääntyminen on muuttanut hoitajien ajatte-lua enemmän potilas- ja kuntoutujälähtöiseksi.

Aikuinen oppijana on mielenkiintoinen kokonaisuus, koska jokainen on yksilö täs-säkin asiassa. Toinen oppii ja hahmottaa esimerkiksi painonsiirron hetkessä, kun taas joku toinen joutuu sitä harjoittelemaan kauan, ennen kuin se tulee selkäyti-mestä. Uuden oppimisen perusta on kuitenkin se, että aluksi kun opetellaan vaikka sitä käyntiasentoa ja painonsiirtoa, tulee aktiivisesti pysähtyä ja miettiä, miten se oikea oppisesti tulikaan tehdä. Oppiminen on yksilöllistä, koska oppijalla on henkilökohtaiset tietorakenteet, jonka avulla oppia ja myös oppimistyyli on yk-silöllinen. Erilaiset oppijatyyppit voidaan jakaa esimerkiksi: ideoija, pohtija, ratkai-sija ja toimija. (Viitala 2005, 149.)

9.4 Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä

Tässä loppuraportissa kävin läpi vain yhden osaston kehityksen kulkua potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien pohjalta. Perustelen tätä sillä, että kaikkien kuuden osaston arviointien analysointiin ei olisi ollut aikaresursseja tämän opin- näytetyön tiimoilta. Lisäksi tästä loppuraportista olisi tullut liian laaja, jos kaikkien osastojen arvioinnit olisi käyty tarkasti läpi. Valintaan vaikutti myös se, että en saanut kesällä 2017 tehtyä loppuarviointeja tarpeeksi monta kaikilla osastoilla. Tämä johtui pitkälti siitä, että akuuteilla osastoilla oli juuri tänä ajankohtana fyysiseltä toimintakyvyltään hyvä kuntoisia potilaita, eikä arvioitavia siirtoja tästä syystä ollut paljoa. Kuitenkin Karhulan ym. (2007, 8) mukaan näitä siirtotilanteen arviointeja pitäisi olla vähintään viideltä eri hoitajalta, jotta se antaisi luotettavan kuvan koko työyhteisön osaamisesta.

Suosittelaa myös, että siirtotilanteet kuvattaisiin, mutta sen toteuttamiseen ei ollut tarpeeksi aikaresursseja (Karhula ym. 2007, 8). Tästä opinnäytetyöstä jätin pois haastattelukysymysten analysoinnit, koska loppuraportista olisi tullut liian laaja. Toki haastattelukysymykset on laskettu kokonaisindeksiin. Koen, että Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnit on helppo tehdä, kun niitä oppii tekemään, siksi se on hyvä väline mittaamaan hoitohenkilöstön fyysistä kuormittumista työssä. Jatkokehittämistä ajatellen nykytila ja lähtötilanne on kuvattuna näiden arviointien pohjalta, ehdottomasti tämä on hyvä mittari, millä mitata vaikuttavuutta ja kehittämistoimintaa.

9.5 Luotettavuus ja eettisyys

Keskeinen tunnusmerkki tieteellisestä tiedosta on luotettavuus, mitä tarkastellaan tutkimusmenetelmien, tutkimusprosessin ja tutkimustulosten valossa. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta, eli ei riitä, että kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto on todenmukaista, vaan sen pitäisi myös hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.) Tässä kehittämistoiminnassa oli tarkoitus kehittää toimintaa niin, että siitä olisi oikeasti käytännön hyötyä. Hyötynäkökulmaa voi katsoa monesta eri näkökulmasta tässäkin kehittämistoiminnassa. Potilas hyötyy toimintakykyä edistävästä toiminnasta, koska se

tukee hänen omatoimisuuttaan. Toisaalta taas hoitohenkilöstö hyöttyy opitusta ergonomisesta osaamisesta, koska työ ei ole fyysisesti enää niin kuormittavaa.

Reliabiliteetti, eli luotettavuus, on kehittämistoiminnassa ongelmallista. Sosiaalisten prosessien toistettavuus on erittäin haastavaa, kun taas se on keskeinen osa luotettavuutta. Kehittämistoiminnassa tulisi ennemminkin tarkastella toimijoiden sitoutumista. Koska kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, siihen vaikuttaa toimijoiden ja kehittäjän sitoutuminen. Tämä taas puolestaan vaikuttaa aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. (Toikko & Rantanen 2009, 123-124.) Tässä kehittämistoiminnassa oli kyse tietyn työyhteisön toiminnan kehittämisestä ja kuten edellä todetaan, sosiaalinen prosessi on aina vaikea toistaa täysin samanlaisena. Jossain toisessa työyhteisössä voidaan katsoa mallia täällä tehdystä kehittämistoiminnasta, mutta sitä tulee aina miettiä omista lähtökohdista ja lisäksi osallistava kehittämistoiminta voi mennä täysin eri suuntaan jossain toisessa työyhteisössä.

Toteutin tässä kehittämistoiminnassa hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia. Opinnäytetyötä aloittaessani hankin tarvittavat tutkimusluvut Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystaloudesta ja siellä työskenteleviltä yhteistyökumppaneilta. Noudatin huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja tulosten arvioimisessa. Pyrin toimimaan eri osapuolten kanssa mahdollisimman avoimesti niin, että he olivat tietoisia millaisesta kehittämistoiminnasta on kyse ja mihin he ovat alkamassa. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.)

10 Jatkokehittämisehdotukset

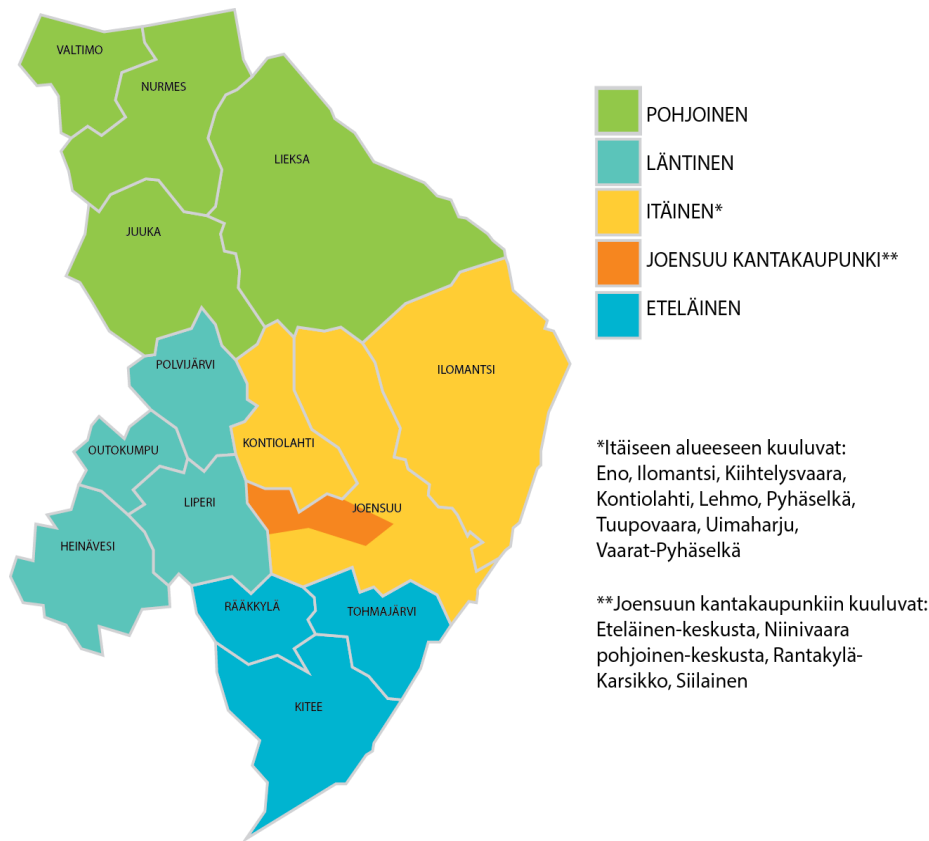
10.1 Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminta Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa

Jatkossa on tärkeä ylläpitää kuntoutus- ja ergonomiavastaavien osaamista ja heidän vertaistukimahdollisuus on taattava koko sairaalan yhteisten kuntoutus- ja

ergonomiavastaavien palaverien avulla. Näihin palavereihin tulee myös kuntoutuksen henkilöstö ottaa vahvasti mukaan. Muutenkin asian ylläpitäminen vaatii jatkuvaa työtä ja asian esille nostamista. Esimerkiksi kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintaa voisi kehittää osastojen sisällä, eli kaikki osaston kolme kuntoutus- ja ergonomiavastaavaa ja kuntoutuksen työntekijä voivat lähteä kehittämään toimintaa omassa työyhteisössään. Kuitenkin esim. akuuttikuntoutusosastolla on hyvin erilainen osaamisen tarve verrattuna vaikka kirurgiseen jatkokuntoutusosastoon.

10.2 Koulutushanke Siun soten akuuteissa terveyskeskussairaaloissa

Maaliskuun alussa 2017 alkoi koulutushanke akuuteissa terveyskeskussairaaloissa Siun soten alueella. Tavoitteena on jatkaa ikääntyneiden toimintakykyä edistävän toiminnan ja hoitohenkilöstön ergonomisen työskentelyn kehittämistä. Toimin itse koulutushankkeessa pääkouluttajana. Koulutuksessa käytetään kehittämismenetelmänä Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta, koska tässä YAMK -opinnäytetyössäkin se todettiin toimivaksi ja vaikuttavaksi. Minun lisäksi kouluttajia on myös muita, mikä on tärkeää alueellisesti. Kuitenkin kouluttajia pitäisi olla kaikilla alueilla (kuvio 9). Tämän koulutusprojektin tavoitteena on kouluttaa vähintään puolet terveyskeskussairaaloiden hoitohenkilökunnasta ja tällä hetkellä koulutuksissa on mukana myös kuntoutuksen henkilöstöä.

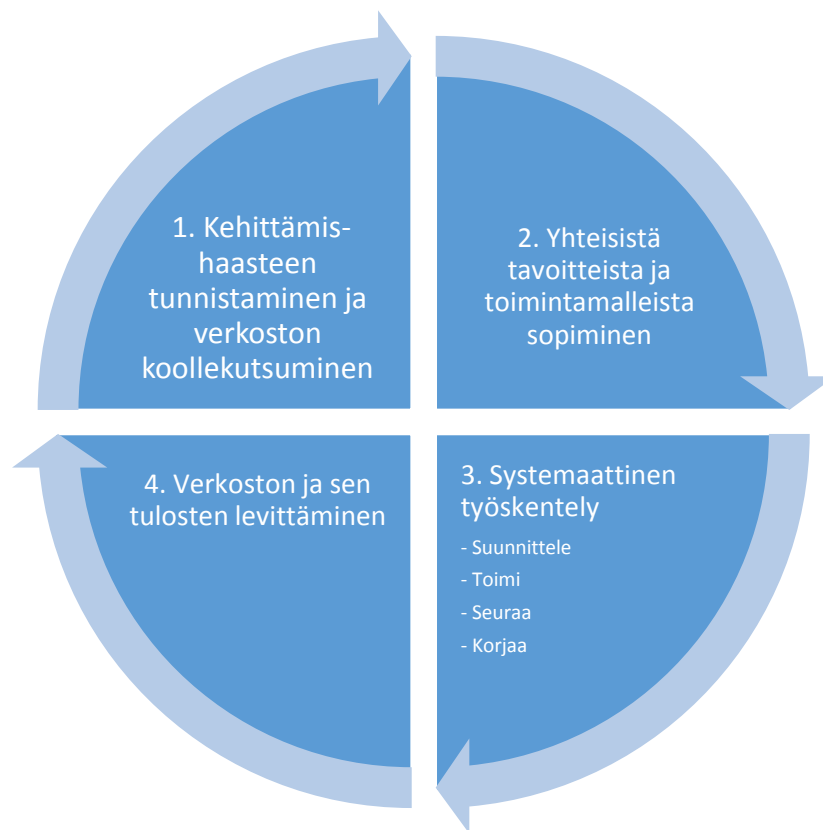


Kuvio 9. Maantieteellinen aluejako Siun sotessa (Siun sote 2017).

Vaikka koulutukset on kohdennettu nyt ensisijaisesti akuuttien terveyskeskussairaaloiden hoitohenkilöstölle, on koulutuksissa mukana osallistujia myös Ikäihmisten palveluiden muilta alueilta eli kotihoidosta sekä palveluasumisesta. Tämä on näyttäytynyt koulutuksissa positiivisesti, koska yhteisen aiheen äärelle on hyvä välillä pysähtyä keskustelemaan, koska samat asiakkaat ja potilaathan heillä on. Hyvä on myös saada eri näkökulmaa ja tuoda esimerkkejä vaikka sieltä kotoa, miten toimintakykyä edistävää toimintaa ja ergonomista työskentelyä voi huomioida kotioloissa. Tämä kehittämistoiminta nähdään toivon mukaan niin positiivisena ja vaikuttavana, että se jatkuu myös vuoden vaihteen jälkeen. Siilaisen sairaala toimii tällä alueella hyvänä tapausesimerkinä, miten kehittämistyötä on viety pikku hiljaa eteenpäin yhdessä. Tarve tämän tyyppiselle koulutuskokonaisuudelle on olemassa.

10.3 Verkostoituminen

Siun soten alueella on vahvaa osaamista toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn kouluttamisen osalta. Lisäksi erityisosaamista löytyy myös kinestetikasta. Tällä hetkellä alueella on sekä kinestetikkatutoreita että Potilassiirtojen Ergonomiakorttikouluttajia® ja tämä osaaminen tulisi hyödyntää jatkossakin. Kaikista järkevin keino näiden asioiden kehittämisessä olisi Siun soten alueella verkostoituminen näiden asioiden tiimoilta. Kuviossa 10. on esitelty verkostotoiminnan periaatteita, joita voisi hyödyntää täälläkin.



Kuvio 10. Ergonomiaverkoston toiminnan periaatteet mukaillen (Mämmelä 2015).

Verkostoitumisen tavoitteena voisi olla viisi erillistä asiaa, jotka kuitenkin nivoutuvat yhteen ja luovat verkostoitumisen pohjan.

1.) Siun soten alueelle tulisi valita toimintakykyä edistävän toiminnan ja ergonomisen työskentelyn alueellinen kehittäjä-asiantuntija. Henkilö olisi vastuussa

kaikkien seuraavien kohtien (2-5) toiminnan aloittamisesta, seurannasta ja vaikuttavuuden arvioimisesta. Lisäksi hän toimisi alueellisena organisaattorina koulutusten järjestämisessä.

2.) Joka alueella tulisi olla kouluttajia niin, että koulutukset toteutuisivat säännöllisesti (esim. kaksi kertaa vuodessa). Joka alueella olisi omat vastaavat kouluttajansa. Koulutuksiin osallistuisi henkilöstöä Ikäihmisten palveluista sekä kuntoutuksen palveluista. Tässä tapauksessa voidaan ajatella, että koulutuksena käytettäisiin Työterveyslaitoksen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta®.

3.) Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminta tulisi käynnistää Ikäihmisten palveluiden kaikissa yksiköissä. Tämä tarkoittaa, että jokaisessa yksikössä valitaan kuntoutus- ja ergonomiavastaavat ja heillä tulisi olla erityisosaamista (esimerkiksi Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus) sekä innostuneisuutta ja motivaatiota tehtävään, koska he toimivat myös omien työyksikköjensä erityisosaajina ja jatkossa jopa kouluttajina.

4.) Kouluttajien verkostoituminen on erittäin tärkeää, jotta koulutettavat asiat pysyvät nykyaikaisten suositusten mukaisina ja samanlaisina joka alueella. Koulutusten sisältö tulee suunnitella yhdessä ja tarkistaa esimerkiksi vuoden välein. Tämä on myös tärkeä vertaistukimahdollisuus kouluttajille.

5.) Alueellinen verkostoituminen tarkoittaisi sitä, että koko alueen kuntoutus- ja ergonomiavastaavat ja kouluttajat tapaisivat säännöllisesti, esimerkiksi kerran vuodessa.

Lähteet

- Berg, K., Sherwood, S., Murphy, K., Carpenter, G., Gilgen, R. & Philips, C. 1997. Rehabilitation in nursing homes: a cross-national comparison of residents. *Age and Ageing* 26-S2:37-42.
- Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä – monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Turun yliopisto. Väitöskirja. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88075/AnnalesC360Fagerstr%c3%b6m.pdf?sequence=1>. 1.7.2017.
- Fingerroos, A. 2014. Siirytään yhdessä: Ergonomiavastaavien toimintamalli - ergonomiosaamista ja laatua vanhustyöhön. Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/78059/Fingerroos_Anitta.pdf?sequence=1. 7.7.2017.
- Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 393-406.
- Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2013. Iäkkäiden ihmisten selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 291-302.
- Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon – toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Vantaa: Dark Oy, 16-38.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon – toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Vantaa: Dark Oy, 78-93.
- Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon – toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Vantaa: Dark Oy, 144-162.
- Hellstén, K. 2014. Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhustenhoidossa – seurantatutkimus ergonomisen kehittämistyön tuloksista. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje_03052016.pdf. 13.3.2017.
- Henriksson, A. 2011. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutukset potilaan siirtymisen avustamiseen hoitajien kokemana. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. <https://www2.uef.fi/documents/1299922/1299939/Anne+Henriksson.pdf/d88ba981-e928-4ac2-b05d-0a4d0a869e26>. 18.8.2017.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hussi, E., Mäkinen, E. & Vauramo, E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Muuttuva yhteiskunta – muuttuvat palvelut- tutkimushanke. Kunnallisan alan kehittämissätiön julkaisu. <http://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/06/ikaantyyva-vaesto-006-1.pdf>. 16.8.2017.
- Hänninen, O., Koskelo, R., Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Hämeenlinna. Karisto Oy:n kirjapaino.

- Karhula, K., Rönholm, T. & Sjögren, T. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Työsuojeluhallinto. <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2006/106058Loppuraportti.pdf>. 18.8.2017.
- Karukannas, S. 2017. Siun soten ikäihmisten palveluiden palvelujohtaja (Joensuuun kantakaupunki). Haastattelu 24.3.2017.
- Kilpeläinen, P. & Lappi, M. 2017. Osastonhoitajat. Siilaisen sairaala Siun sote. Haastattelu 07.09.2017.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Laiho, S. 2016. Ergonomiavastaavan rooli Turun kaupungin vanhusten hoitoyksikössä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. <http://sotergo.fi/files/638/Laiho.pdf>. 18.9.2017.
- Laine, M. & Kokkinen, L. 2013. Terveys- ja sosiaalipalvelujen toimiala. Teoksessa Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2012 – seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos, 202-207.
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuominen, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M. & Suomi, R. 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010 – Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.
- Laitinen, J. 2005. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeet oppimiskäsitysten ja oppimisen näkökulmasta. Pro Forma Didactica. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. 980/2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#a980-2012>. 8.8.2017.
- Lähdesmäki-Mäkinen, L. 2016. YAMK Opinnäytetyö kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn kehittämistä. leena.lahdesmaki@jedu.fi. 22.3.2016.
- Mattinen, K., Valli, A. & Vähätiitto, S. 2014. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutus työn fyysiseen kuormittavuuteen ja hyvinvointiin. http://sotergo.fi/files/377/Mattinen_Valli_Vahatiitto.pdf. 17.9.2017.
- Mäkinen, T. 2013. Uusien oppien iloa. Tehy-lehti. http://www.sotergo.fi/files/304/Tehy-lehden_artikkeli_2013.pdf. 11.1.2017.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2016. Vanhuksen oikeudellinen toimintakyky. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 397-404.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2004. Hoitotahto dementoituvan ihmisen itsemääräämisoikeuden edistäjänä. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita publishing Oy, 15-25.
- Mämmelä, E. 2015. Verkostoista voimaa ergonomiaosaamiseen. http://ergocarebank.com/wp-content/uploads/2015/12/Verkostosta-voimaa_Eija-M%C3%A4mmel%C3%A4.pdf. 21.9.2017.
- Nevala, H. & Palovaara, M. 2012. ”...sen käyntiasennon oon jo ottanu omakseni...” – Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyneiden hoitotyöntekijöiden siirtotaito, fyysinen kuormittavuus ja subjektiiviset kokemukset. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

- <https://www2.uef.fi/documents/1299922/1299939/Anne+Henriks-son.pdf/d88ba981-e928-4ac2-b05d-0a4d0a869e26>. 17.9.2017.
- Nevala, E. & Ryyänänen, A. 2015 Kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn kehittäminen Sillaisen sairaalassa 2014 – 2015 - fysioterapiapilottihanke. Julkaisematon raportti.
- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67168/951-44-5262-3.pdf?sequence=1>. 7.4.2017.
- Olkoniemi, M. 2007. ”Tekee itse niin paljon ku pystyy” Kuntouttava työote hoitohenkilökunnan kokemana. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyö. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/36123/stadia-1203411224-9.pdf>. 1.3.2017.
- Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016. ICF- luokitus. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37-55.
- Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 176-191.
- Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Pitkälä, K., Valvanne & Huusko 2016. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 448-468.
- Raivio, M. & Pitkälä, K. 2015. Ikäihmisen kuntoutus. Duodecim. http://www.oppiportti.fi/op/fys00040/do?p_haku=kuntoutuminen#s3. 3.8.2017.
- Rantanen, T. 2013. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrhämä, J. & Rantanen. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 414-420.
- Rantsi, H. & Hämäläinen, K. 2006. PAST- toiminta (potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun Yliopistollisessa sairaalassa loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16309_1_2006.pdf. 4.6.2017.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Routasalo, P. Arve S. & Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. International Journal of Nursing Practice 10(5): 207–215.
- Routasalo, P., Arve, S., Aarnio, S. & Saarinen, T. 2003. Sairaanhoidajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämiseksi. Tutkiva Hoitotyö 1(1): 24–30.
- Siun sote, 2017. Siun soten internetsivut. <http://www.siunsote.fi/>. 15.9.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1. 9.9.2017.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 – 2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1. 13.8.2017.
- Strandberg, T. & Tilvis, R. 2016. Sairauksien ennaltaehkäisy geriatriassa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 435-445.
- Tamminen-Peter, L. 2016. YAMK Opinnäytetyö kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn kehittämistä. letampe@gmail.com. 21.03.2016.
- Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2013. Potilassiirrot: taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Tamminen-Peter, L., Moilanen, A. & Fagerström, V. 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy.
- Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen – Opettajan käsikirja. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111489/Julka_07_06_ergonomia_web.pdf?sequence=1. 7.4.2017.
- Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajien fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Turun yliopisto. Väitöskirja. <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2003/103047TamminenPeterC228.pdf>. 20.9.2017.
- Tanttu, A. & Mäki-Natunen. 2016. Hoitohenkilöstön koulutukset. Teoksessa Tanttu, A. (toim.) Turvallisuus, osaaminen ja työhyvinvointi hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. http://www.sotergo.fi/files/621/JAMKJULKAISUJA2232016_web.pdf. 33-42.
- Tanttu, A. & Mäki-Natunen. 2016. Hoitotyön ergonomisen kehittämisen tarve seututerveyskeskuksessa ja kotihoidon yrityksissä. Teoksessa Tanttu, A. (toim.) Turvallisuus, osaaminen ja työhyvinvointi hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. http://www.sotergo.fi/files/621/JAMKJULKAISUJA2232016_web.pdf. 30-32.
- Tanttu, A., Sihvonen, S. & Kuokkanen, N. 2016. Hoitajien työergonomian kehittämistyön tulokset. Teoksessa Tanttu, A. (toim.) Turvallisuus, osaaminen ja työhyvinvointi hoitotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. http://www.sotergo.fi/files/621/JAMKJULKAISUJA2232016_web.pdf. 42-60.
- Tilvis, R. 2002. Geriatriksen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, A-M., Hurri, H., Järviskoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportti 267/2002, 141-158.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta – näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. 2012. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>. 13.8.2017.
- Työterveyslaitos 2017a. Ergonomia. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelin-ten-terveys/ergonomia/>. 13.8.2017.

- Työterveyslaitos 2017b. Ergokouluttajat- sivusto.
<https://moodle.mmg.fi/ttl/course/view.php?id=315>. 18.8.2017.
- Työterveyslaki 738/2002. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.
20.9.2017
- Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Ruusu-
vuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuoro-
vaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 223 – 241.
- Vanhala, A., Niemi, H.O. & Ylinen, A. 2016. Kuntoutumista tukeva työote. Teok-
sessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A.
Kuntoutuminen. Tallinna: Printon Trukikoda. 264–267.
- Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtami-
nen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen
tiedekunta. Väitöskirja. [http://jultika.oulu.fi/fi-
les/isbn9789514262319.pdf](http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514262319.pdf). 1.8.2017.
- Vähäkangas, P. 2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. teoksessa Voutilainen,
P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki:
WSOYpro, 145-157.
- Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatu laitoksesta – kuntouttavan lyhytaikais-
hoidon haasteet. Teoksessa Heimonen, S-L. & Tervonen, S. (toim.)
Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita publishing Oy,
73-85.

Kehittämistoiminnan tarkempi aikataulu

Kehittämistoiminta kesäkuu 2016 – maaliskuu 2017		
PVM		AIHE/TEEMA:
6.6.2016	Ensimmäinen kehittämispalaveri kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisestä	<ul style="list-style-type: none"> - Tilanne nyt – pilottiprojektin 2014-2015 jälkeen, keskustellen läpikäyntiä osastoittain - Learning cafe: <ol style="list-style-type: none"> 1.) Miten kuntouttava ja ergonominen työskentely saadaan juurrutettua käytännön työtavaksi? 2.) Esimiesten ja kuntoutuksen henkilöstön tuki ja rooli kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn juurruttamisessa? 3.) Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien rooli ja työnkuva työyhteisöissä? 4.) Tulevaisuuden kuntoutussairaala?
21.7.2016	Kehittämispalaveri kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisestä	<ul style="list-style-type: none"> - Edellisen kerran Learning cafe:sta kehittäjä-asiantuntija kokosi perusperiaatteet toimintamallille - Idea allekirjoittaneen osallistumisesta työyhteisöpäiviin, jotta asenneilmapiiriä saataisiin muutettua, koska se koettiin suurimmaksi ongelmaksi
12.9, 21.9, 28.9, 3.10, 5.10 ja 10.10	Työyhteisöpäivät	<ul style="list-style-type: none"> - Mitä on osallistava kehittäminen? - YAMK- opinnäytetyöstä kertominen - Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien ja havaintojen pohjalta käydään läpi osastojen tämän hetkistä tilannetta kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn osalta - toimintasuunnitelman läpikäymistä keskustellen
20.9.2016	Kehittämispalaveri kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisestä	<ul style="list-style-type: none"> - Toimintasuunnitelman läpikäyntiä ja muokkausta, korjattiin muutamia esille nousseita asioita - Eri osastojen erityispiirteiden miettiminen ryhmissä (akuutit osastot, palliatiivinen, neurologinen, kirurginen)
10.10.2016	Palaveri osastohoitajien ja farmaseutin kanssa	<ul style="list-style-type: none"> - Yhteenveto työyhteisöpäivistä – missä mennään eri osastojen suhteen?
13.10.2016	Kehittämispalaveri kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisestä	<ul style="list-style-type: none"> - Edellisillä kerroilla noussut esiin myös hoitajien tekemä toimintakykyarvio <ul style="list-style-type: none"> o aivoriihi työskentely; määritellä taso omalle osastollemme, mitä hoitajan tulee osata ja huomioida aina kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn osalta?
1.11.2016	Toimintamallin ja kehittämistyön esittely lääkäripalaverissa	Mitä kehitetään ja miten, moniammatillisuuden lisääminen
10.11.2016	Kehittämispalaveri kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisestä	Learning Cafe; koottiin kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimenkuva ja tehtävät, vastuu ja valtuudet sekä oikeudet

Kehittämistoiminnan tarkempi aikataulu

8.12.2016	Kehittämispalaveri kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittämisestä	- - -	Miten jatketaan tulevaisuudessa? Palautekysely kesän ja syksyn osallistavasta työskentelystä
01.01.2017	Siun sote aloitti toimintansa		
22.2.2017	Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien yhteistyöpalaveri		Kehittäjäasiantuntija kokosi marraskuussa Learning Cafe- työskentelystä kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnasta mallin, missä on eritelty: toimenkuva & tehtävät, vastuu ja valtuudet sekä oikeudet → läpikäyminen palaverissa → peilaaminen syksyn 2016 Learning Café-työskentelyn aineistoon
23.3.2017	Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien yhteistyöpalaveri		Toimintamallin esittely

Osallistuminen työyhteisöpäiviin – Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien läpikäyminen osastoittain (esimerkki Powerpoint- esityksestä)

Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

- ▶ **Opinnäytetyön tarkoitus** on kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn moniammatillinen kehittäminen. Esimerkkinä Siilaisen sairaala. **Tavoitteena** on luoda toimintamalli kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn toteuttamiseen.
- ▶ Kyseessä on **toimintatutkimus (action research)**, jolle ominaista ovat muun muassa seuraavat asiat:
 - ▶ Tavoite muuttaa vallitsevia käytäntöjä, tutkittavat eli osalliset ihmiset otetaan tutkimukseen mukaan aktiivisiksi toimijoiksi, käytäntöön suuntautuminen, aktiivinen tekeminen tutkimisen ohella (esim. koulutus) tutkittavien ja tutkijan suhteen perustana yhteistyö
- ▶ **Toimintatutkimukselle** ominaista on, että se kohdistuu sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. (Heikkinen, Rovio, & Syrjälä 2007, 16; Toikko & Rantanen 2009, 89). Toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää siihen osallistuvien henkilöiden tietoja, käytännöllistä osaamista ja asiantuntemusta. (Heikkinen ym. 2007, 16).

Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointi (Karhula, Rönholm & Sjögren 2007)

Siilaisen sairaala, heinäkuu 2016

- **Havainnointikohteet:** työtilan ympäristöolot, työtilan ja työkenkien ominaisuudet, potilasnosturin tarve ja käyttö, ei-mekaanisten apuvälineiden tarve ja käyttö, siirtoetäisyys ja siirtokorkeus, yläraajojen ja ylävartalon kuormitus, alaselän kuormitus, alaraajojen kuormitus, siirtotaito ja siirron sujuvuus
- Havainnoin **neljä siirtotapahtumaa**, joiden indeksin keskiarvoksi tuli **67,4%:a**

Yli 80%

Jos indeksiluvuksi saadaan yli 80 %, potilassiirtojen ergonomian tilanne on arvioitu siirroissa hyvä. Arvioitsija ja/tai työterveyshuollon tai työsuojelun edustaja antaa ohjeita tilanteen ylläpitämiseksi ja edelleen parantamiseksi.

60 – 80%

Kun indeksiluku jää välille 60-80 %, on potilassiirtojen kuormittavuus varsin korkea, ja työpaikalla on ryhdyttävä arviointilomakkeessa esiin tulleita epäkohtia parantaviin toimenpiteisiin.

Alle 60%

Kun indeksiluku on 60 %, työnantajan on välittömästi ryhdyttävä ergonomisia työskentelytapoja parantaviin toimenpiteisiin. Kehittämistoimissa tulee käyttää työntekijöiden, työterveyshuollon, työsuojeluorganisaation ja mahdollisesti ulkopuolisten asiantuntijoiden apua.

Osallistuminen työyhteisöpäiviin – Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointien läpikäyminen osastoittain (esimerkki Powerpoint- esityksestä)

Havainnoinnissa esille nousseet asiat

- Avustaja joutuu kurkottamaan yläraajoilla
- Avustajalle tulee liikaa kuormitusta ranteisiin ja joutuu puristamaan sormilla
- Kannatteluvaiheessa kyynärpäät eivät ole lähellä vartaloa ja hartiat eivät ole rentoina
- Yhdessä siirrossa avustajalla ei ollut riittävästi tilaa siirron tekemiseen ja apuvälineiden käyttämiseen – seinät tiellä, pieni huone
- Potilasta ohjataan ja aktivoidaan siirtymään sanallisesti ja/tai kosketuksen avulla
- Avustusotteet eivät estä potilaan omaa aktiivisuutta (esim. ei otetta kainaloista)
- Avustajan siirtotaito edistää potilaan normaalia liikkumista eli luonnollisia liikemalleja

Muutamia haastattelukysymyksissä esille nousseita asioita

- Vain yksi oli saanut tässä työpaikassa perehdytystä ja ohjausta ergonomisista työskentelyasennoista ja – liikkeistä
- Kaksi koki, etteivät he hallitse hyviä työasentoja potilassiirtojen aikana
- Kaikki vastasivat, ettei työpaikalla ole sovittuja käytäntöjä laitteiden vika- ja huoltokäytäntöjen suhteen/ vai eivätkä tiedä sitä?
- Kaksi koki, että siirtotilanteet eivät ole pääsääntöisesti kiireettömiä
- Yksi koki, ettei saa apua kaikissa työvuoroissa
- Kaikki kokivat potilassiirtojen fyysisen kuormittavuuden keskiraskaiksi

Ensimmäinen versio kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamallista

Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toiminnan kehittäminen Siilaisen sairaalassa

(YAMK opinnäytetyö Elina Nevala)

SIILAISEN SAIRAALAN KEHITTÄMISSUUNNITELMAN (2016) KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN JA TYÖERGONOMIAN KEHITTÄMISEN OSALTA:

TAVOITE: Kuntouttava työote on jokaisen asiakkaan oikeus. Koko henkilöstö on sitoutunut kuntouttavaan ja ergonomiseen työotteeseen. Potilaan toimintakyvyn / selviytymisen arviointi ajoissa tehokkaasti ja moniammatillisesti. Päivätoiminta kohdentuu kuntoutujille, erityisryhmille. Kehitysmuuntoinen työilmapiiri.

KEINOT: Selkiyttää henkilökunnan roolit potilaan toimintakyvyn arvioimissa. Potilaan toimintakykyä arvioivan toimintakykymittarin laadinta. Kaikkien toimijoiden työvuorojen sisältöjen ja vastuiden arviointi. Koulutukset, perehdyttäminen ja ohjaaminen. Tiimien tavoitekeskustelut. Päivätoimintaa kohdennetaan erityisryhmille.

MITTARIT: Kuntoutussuunnitelmien määrä, päivätoiminnan erityisryhmien määrä

- **Hyvä ilmapiiri uuden oppimiselle! Yhdessä miettien ja tehden opitaan parhaiten.** Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen® käyneillä on nyt uusin tieto ja uusia työkaluja nykyaikaisista kuntouttavista ja ergonomisista työtavoista, mutta hekin vasta opettelevat uusia toimintatapoja, eli yhdessä opetellaan ja positiivisella asenteella!
- **Yhdessä tekeminen, eli hoitohenkilöstö, kuntoutuksen henkilöstö ja lääkäri toimivat yhdessä potilaan/kuntoutujan parhaaksi.** Opitaan toinen toisiltamme.
- **Asian vetovastuu on kuntoutus- ja ergonomiavastaavilla, joilla on potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutus® sekä kuntoutuksen henkilöstöllä**
- **Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien oikeudet ja velvollisuudet:**

Ensimmäinen versio kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamallista

- kun kuntouttava hoitotyö ja ergonominen työskentely ei toteudu kuntoutujan tavoitteiden mukaisesti, on vastaavilla oikeus puuttua siihen
 - esimerkki kuntouttavan hoitotyön toteutumisesta: jos hoito/kuntoutussuunnitelmassa on merkittynä, että kuntoutuja kävelee rollaattorin avulla mahdollisimman paljon (ottaen huomioon sen hetkisen toimintakyvyn), mutta jätetäänkin sänkyyn TAI tehdään vuodepesut, vaikka kyseessä kuntoutuja, joka voi hyödyntää omia voimavarojaan pesuissa.
 - Näin ei jatkossa toimita, vaan kuntoutujan omat voimavarat otetaan käyttöön hoidon tavoitteiden mukaisesti jokaisessa työvuorossa jokaisen työntekijän toimesta
 - esimerkki työergonomian suhteen: työkaverille ohjataan, miten omaa kehoa ja alaraajojen painonsiirtoa tulisi käyttää hyödyksi vuodepesuissa, eli ei tehdä pelkästään yläraajavoimilla
- Kuntoutus- ja ergonomiavastaava on velvollinen ilmoittamaan esimiehelle, jos osastolla ei toimita/joku ei toimi kuntouttavalla ja ergonomisella työtavalla ja nimenomaan kuntoutujien hoito/kuntoutussuunnitelmien mukaan,
 - eli toiminnan lähtökohtana on aina kuntoutuja/potilas EI se, mitä ja miten hoitaja haluaisi tehdä.
 - toki keskustellaan ensin työkaverin kanssa

Ensimmäinen versio kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamallista KÄYTÄNNÖSSÄ:

- Työvuorosuunnittelussa otetaan jatkossa huomioon, että **kuntoutus- ja ergonomiavastaavien kanssa olisi samoissa työvuoroissa työkavereita, jotka eivät ole käyneet koulutusta, eli he toimisivat työpareina ja työn ohessa yhdessä mietitään kuntoutujien avustus- ja siirtotapoja sekä omaa ergonomista työskentelyä. Tähän on sitouduttava ja oltava aktiivisesti mukana työparisuunnittelussa työvuorojen alussa.**
- **Uudet työntekijät ovat aluksi käytännön työssä toimivien kuntoutus- ja ergonomiavastaavien työpareina. Eli uudelle työntekijälle merkitään kuntoutus- ja ergonomiavastaava työpariksi (U-päivä). Nämä merkitään päiväkohtaiseen työvuorolistaan. Nämä U-päivät ovat pelkästään uuden työntekijän perehdyttämistä varten ja kaikki sitoutuvat niitä noudattamaan.**
- **Tavoitteena joka osastolla on, että kaikilla työyhteisön jäsenillä on yhtenäiset käytännöt kuntouttavan ja ergonomisen työskentelyn suhteen (kirjattu jokaisen potilaan hoito/kuntoutussuunnitelmaan HOIDON TAVOITE ja menetelmät, miten tavoitteeseen päästään)**
 - esim. tavoitteena kotiutus, mikä edellyttää, että itsenäinen siirtyminen onnistuu ja sitä tulee harjoitella joka kerta potilaan voimavarat aktivoiden jokaisessa siirtymistilanteessa jokaisessa työvuorossa. Eli ei niin, että toinen aktivoi potilaan voimavaroja hyödyntäen ja toinen ”nostaa” potilaan pyörätuoliin välittämättä kuntoutujan omista voimavaroista ja hoidon tavoitteesta

Ensimmäinen versio kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamallista

- Toiminnan kehittämistä seurataan ja arvioidaan loppuvuoden ajan kuntoutus- ja ergonomiavastaavien palaverissa (22.8, 22.9, 13.10, 10.11 klo 14 - 15.30). Jos muillakin tulee ideoita/ajatuksia toiminnan kehittämisen suhteen, olkaa yhteydessä allekirjoittaneeseen.

”Tutkimuksissa on osoitettu, että asenne on aivan keskeinen menestystekijä – paljon keskeisempi kuin lähtötilanteessa vallitseva lahjakkuus. Eräässä kokeessa osoitettiin, että jos ihminen pitää osaamistaan muuttumattomana, hän antaa nopeasti periksi haasteiden edessä ja siirtyy tekemään jotain muuta. Jos asenne on puolestaan kasvuun kallellaan, on ihminen huomattavasti sinnikkäämpi, eikä monesti luovuta ennen kuin ongelma on ratkaistu.”

Lauri Järvilehto (filosofi, kirjailija)

Kuntoutus- ja ergonomiavastaavien toimintamalli Siilaisen sairaalassa



Esimerkki sisällön analyysin tekemisestä

YHTEISTYÖ/ YHDESSÄ TEKEMINEN	APUVÄLI- NEIDEN KÄYTTÖ	ERGONO- MINEN TYÖSKEN- TELY	KIRJAAMI- NEN	KUNTOUTTA VA TYÖOTE/ VOIMAVARA- LÄHTÖISYYS	OPISKELI- JAT/OPIS- KELIJA- PALAUTE	UUDET TOIMINTATAV AT/ KEHITTÄMINE N
Yhteistyö kuntoutuksen henkilökunnan ja hoitajien välillä on lisääntynyt	Apuvälineiden käyttö lisääntynyt	osaaminen ja yritys ergonomisempaan työskentelyyn on lisääntynyt	Kirjaaminen on parantunut kuvainnollisemmaksi	Kuntoutusajatella ja näkökulmaa tuodaan hyvin esille kaikkien potilaiden kohdalla	"teillä on ergonominen työskentely aivan omalla tasolla"	Koulutetut ovat välittäneet tiimipalaverissa tietoa kuntoutukseen liittyen → into kuntoutuksen kehittämiseen lisääntynyt
Kysytään ja neuvotaan enempi	Apuvälineiden käyttö lisääntynyt ja varmentunut	Vakituinen henkilökunta toimii ergonomisemmin	Kirjaaminen mielestäni parantunut, tullut kuvaavammaksi	Työntekijät ottavat enemmän vastuuta potilaiden kuntouttamisesta	"missään muussa työpaikassa ei ole saanut näin paljon ohjausta ergonomia-asioihin"	otetaan vastaan uusia toimintatapoja
Keskustelu kuntoutuksesta ja ergonomiasta lisääntynyt osastolla	Apuvälineitä käytetään enemmän	Ollaan kiinnostuneita oikeasta ergonomisesta työskentelystä		Kuntoutuksen alkuun saattaminen tehostunut heti asiakkaan tultua osastolle	opiskelijoiden ohjaus parantunut	toiminnan tehostaminen
Yhdessä pohditaan enemmän	Apuvälineitä on alettu käyttää enemmän	Kaikki toteuttavat ergonomiata keillä kortti suoritettuna		Yhdenmukainen toiminta potilaiden kanssa		henkilökunta on motivoituneempi kehittämään työskentelyään ja oppimaan yhdessä
Asioita pohditaan ja ideoidaan yhdessä työporukalla päivittäin ja SEPA-työpaikaverissa	Riskisiirrot vähentyneet kun apuvälineiden käyttö lisääntynyt	Ergonominen työskentely parantunut huomattavasti		Kuntouttava hoitotyöskentely kehittynyt		
Yhtenäiset toimintatavat → jaksaminen	Hyväksytään apuvälineiden käyttö siirtolanteisiin	Käytännössä ergonominen työskentely näkyä ja kuuluu		Kuntouttavan hoitotyön vahvistuminen		
Ratkotaan yhdessä ongelma-asioita	Apuvälineiden käyttö lisääntynyt			Potilasta kannustetaan omatoimisuuteen ja omaan suoriutumiseen annetaan aikaa		
Kysytään siirtoihin neuvoja ja apua						
Mietitään yhdessä enemmän asioita,						

Esimerkki sisällön analyysin tekemisestä

siirtojen ja kuntoutuksen suhteen						
Keskustelu – miten siirrettään on lisääntynyt						
Kuntoutus- ja ergonomiavaataava pyydetään mukaan ”hankaliin tilanteisiin”						
tuki on aina saatavilla → lisääntynyt yhdessä tekemisen meininkiä						
Yhteistyön kehittyminen						
Haastavien ja uusien siirtotilanteiden miettiminen yhdessä						
tieto siirtyy nopeammin eteenpäin kuntoutus- ja ergonomiavaataavien avulla						