

Sari Ranta

KOSKENRINTEEN ERGONOMIA

Siirtoergonomia hoitohenkilöstön tuki- ja liikuntaelinsairauksien vähentämisessä ja työolojen parantamisessa Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:ssä

Hankkeen arviointiraportti 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

RANTA, SARI

Koskenrinteen Ergonomia -hankkeen arviointiraportti

Arviointiraportti

79 sivua + X liitesivua

Helmikuu 2014

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ja Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry toteuttivat yhdessä henkilöstön työssä jaksamisen, jatkamisen ja hyvinvoinnin lisääntymiseen ja työolojen parantamiseen tähtäävän ja siirtoergonomiaan keskittyvän hankekokonaisuuden vuoden 2012 syksyn ja vuoden 2014 helmikuun lopun välisenä ajanjaksona. Hankekokonaisuus rakentui kahdesta osasta. Näistä tutkimus- ja vaikutus selvitystä osarahoitti Työsuojelurahasto ja koulutusosiota työeläkeyhtiö LähiTapiola. Loppurahoitus hoidettiin Koskenrinteen oman toiminnan tuotolla.

Hankkeen keskeisin työmuoto oli Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen järjestäminen Koskenrinteen vakinaiselle hoitohenkilöstölle. Lisäksi hankkeessa toteutettiin henkilöstön kuntokartoitukset, liikuntainterventioita sekä tehtiin seuranta koetun työhyvinvoinnin, työtapaturmien, sairauksien ilmaantuvuuden ja sairauspoissaolojen kehittymisestä.

Seurantakyselyn tulosten mukaan ergonomiakorttikoulutukseen osallistuneet työntekijät pääsääntöisesti kokivat työssä jaksamisensa kohentuneen lähtötilanteen kyselyn tuloksiin verrattuna huolimatta siitä, että työvuorojen aikana toteutettavien siirtojen ja avustettavan henkilön siirtojen lukumäärä pysyi kutakuinkin samana. Siirtotekniikoiden ja liikkumisen avustamisen tekniikoiden ja kuntoutumista edistävän työotteen noudattaminen todettiin auttavan vähentämään työn sekä fyysistä että psyykkistä kuormittavuutta ja täten kohentavan työkyisyyttä ja työssä jaksamista.

Myönteinen asennoituminen siirtovälineiden käyttöä kohtaan laajeni ja työ- ja apuvälineiden hyödyntäminen siirroissa ja liikkumisen avustamisen tilanteissa lisääntyi. Projektin avulla saatiin näin, kuten tavoitteena oli, sekä lisättyä henkilökunnan valmiuksia parantaa myös asiakas- ja asukasturvallisuutta että kohennettua työolosuhteita ja työtyytyväisyyttä.

Hankkeen tavoitteena oli vähentää tapaturmia ja sairauspoissaoloja sekä työkyvyttömyyseläkkeitä. Hankkeen aikana kukaan ei jäänyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Tilastotietoihin perustuvien arviointien mukaan sekä tapaturmien että sairauspoissaolojen määrä lisääntyi. Siirtoergonomiakoulutuksen roolin ja vaikutuksen tarkempi selvittäminen tapaturmien ja sairauksien vähentäjänä edellyttäisi tutkimusasetelman ja toteutustavan ja -ajan muokkaamista ja jatkoseuranta.

Osaamisen kehittyminen seuranta edellyttää jatkuvaa työyhteisölähtöistä prosessikehittämistä työyhteisön kaikilla tasoilla. Organisatoristen edellytysten kehittämiseen

osana toimipisteisiin valittiin ergonomiavastaavat. Aukkaiden ja omaisten osallistaminen siirtotapahtumien lisäksi toiminnan kehittämiseen ja arviointiin voi jatkossa tarjota käyttäjälähtöistä tietoa tavoitteiden suuntaisen toiminnan tueksi. Kehittämistoiminnan jatkotyöskentelyssä voi olla antoisaa hyödyntää tutkimuksellisen kehittämistoiminnan metodologiaa ja toimintatutkimuksellisia käytänteitä.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO	6
2	TYÖKYKY JA ERGONOMIA HOIVATYÖSSÄ - HANKEKOKONAISUUDEN LÄHTÖKOHDAT	7
3	TYÖ- JA SIIRTOERGONOMIAN MAHDOLLISUUDET - HANKEKOKONAISUUDEN KONTEKSTI	8
4	PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY- HANKKEEN KEHITTÄMISKOHDE9	
5	KOSKENRINTEEN ERGONOMIA -HANKKEEN TAVOITTEET	10
6	KOSKENRINTEEN ERGONOMIA -HANKKEEN TOTEUTUS	12
7	POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKORTTI® -KOULUTUS	14
	7.1 Koulutukseen osallistuneiden kommentteja koulutuksesta	16
8	KUNTOTESTAUKSET, LIIKUNTANEUVONTA JA RYHMÄLIIKUNTA	18
	8.1 Kuntotestaukset työkykyisyyden ylläpidon tukena	18
	8.2 Kuntotestausten toteutus	19
	8.3 Kuntotestien tulokset	21
	8.4 Ohjattu ryhmäliikunta	24
9	SIIVOUSTYÖERGONOMIA	24
10	HENKILÖSTÖN POTILASSIIRTOJEN ERGONOMISEEN TOTEUTUKSEEN LIITTYVÄT KOKEMUKSET, TIEDOT, TAIDOT JA ASENTEET LÄHTÖTILANTEESSA	25
	10.1 Kyselyn laadinta ja toteutus	25
	10.2 Kohdejoukko	26
	10.3 Työn kuormittavuus	27
	10.4 Vaikutusmahdollisuudet	28
	10.5 Työturvallisuus	31
	10.6 Työympäristö	32
	10.7 Apuvälineet	33
	10.8 Siirtojen ja liikkumisen avustamisen suunnittelu	35

10.9 Ohjaaminen ja opastaminen	36
10.10 Ajatuksia ja kokemuksia	37
11 HENKILÖSTÖN POTILASSIIRTOJEN ERGONOMISEEN TOTEUTUKSEEN LIITTYVÄT KOKEMUKSET, TIEDOT, TAIDOT JA ASEENTEET SEURANTAKYSELYSSÄ	38
11.1 Seurantakyselyn laadinta ja toteutus	38
11.2 Seurantakyselyn kohdejoukko	39
11.3 Työn kuormittavuus seurantakyselyssä	39
11.4 Vaikutusmahdollisuudet seurantakyselyssä	42
11.5 Työturvallisuus seurantakyselyssä	45
11.6 Työympäristö seurantakyselyssä	46
11.7 Apuvälineet seurantakyselyssä	48
11.8 Siirtojen ja liikkumisen avustamisen suunnittelu seurantakyselyssä	50
11.9 Ohjaaminen ja opastaminen seurantakyselyssä	51
11.10 Seurantakyselyssä esille tuotuja ajatuksia ja kokemuksia	52
12 TYÖTAPATURMIEN, SAIRAUKSIEN ILMAANTUVUUDEN JA SAIRAUSSPOISSAOLOJEN KEHITYS	53
13 TUOTTAVUUS	60
13.1 Vaikutus työssä jaksamiseen ja työkykyyn	60
13.2 Taloudellinen vaikutusarvio	61
13.3 Työkykyä ylläpitävä toiminta- ja henkilöstöpolitiikka	62
14 YHTEENVETO JA POHDINTA	63
14.1 Ergonomiakortti -koulutus	63
14.2 Kuntotestaukset ja ohjattu ryhmäliikunta	63
14.3 Henkilöstön kokemukselliset muutokset tiedoissa, taidoissa ja asenteissa	64
14.4 Työtapaturmien, sairauksien ilmaantuvuuden ja sairauspoissaolojen kehittyminen	67
14.5 Toiminta- ja henkilöstöpolitiikka	67
14.6 Jatko-toimenpiteet	68
14.7 Hankkeen raportointi	69
LIITE 1. KYSELYN VASTAAMISOHJE	70
LIITE 2. VASTAUSLOMAKE	71

1 JOHDANTO

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu (Kyamk) ja Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry (myöhemmin Koskenrinne) toteuttivat yhdessä henkilöstön työssä jaksamisen, jatkamisen ja hyvinvoinnin lisääntymiseen ja työolojen parantamiseen tähtäävän ja siirtoergonomiaan keskittyvän hankekokonaisuuden vuoden 2012 syksyn ja vuoden 2014 helmikuun lopun välisenä ajanjaksona. Hankekokonaisuus, nimeltään Koskenrinteen ergonomia -hanke, rakentui kahdesta osasta. Näistä tutkimus- ja vaikutus selvitystä osarahoitti Työsuojelurahasto ja koulutusosiota työeläkeyhtiö LähiTapiola. Loppurahoitus hoidettiin Koskenrinteen oman toiminnan tuotolla.

Hankekokonaisuuden keskeisin työmuoto oli Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen järjestäminen Koskenrinteen vakinaiselle hoitohenkilöstölle. Lisäksi hankkeessa toteutettiin henkilöstön kuntokartoitukset, liikuntainterventioita sekä tehtiin seuranta koetun työhyvinvoinnin, työtapaturmien, sairauksien ilmaantuvuuden ja sairauspoissaolojen kehittymisestä.

Hankesuunnitelman laatimisvaiheessa ammattikorkeakoulusta mukana olivat toimialajohtaja Seija Aalto, päätoiminen tuntiopettaja Petteri Koski, koordinoiva tutkimusjohtaja Juhani Pekkola, projektityöntekijä Marja-Leena Selenius ja lehtori Satu Sällilä.

Hankekokonaisuuden ohjausryhmään kuuluivat Koskenrinteen edustajina toiminnanjohtaja Sirpa Kotola, palvelujohtaja Pirjo Laine ja Kymenlaakson ammattikorkeakoulun edustajina ohjausryhmään oli nimetty Seija Aalto, Juhani Pekkola ja projektipäällikkö Sari Virkki. Asiantuntijaryhmässä toimivat Koskenrinteeltä Sirpa Kotola, Pirjo Laine ja fysioterapeutti Liisa Lampinen ja ammattikorkeakoulusta Sari Virkki, Satu Sällilä ja yliopettaja Sari Ranta. Lehtori Satu Sällilä vastasi ergonomiakorttikoulutuksesta sekä siivoustyöergonomiakoulutuksesta ja naprapatiaopiskelija Marko Franicevic kuntoliikuntaohjelman ohjauskoulutuksesta sairaanhoitajaopiskelijoille. Naprapatiaopiskelijat Kati Hovi ja Tiina Kujala toteuttivat kuntotestausosuuden ja hoitotyön opiskelijat Jenna Juvonen, Emma Kiuru, Salla Kujala, Sonja Liefveld, Iina Mäkinen, Terhi Mäkinen ja Roosa Sällilä toteuttivat kuntoliikuntatuokiot. Naprapatiaopiskelijoiden ohjaavana opettajana toimi tarvittaessa Petteri Koski. Hankkeen projektisuunnitelman mukaisen etenemisen arvioinnin teki hankkeen tutkijana toiminut Sari Ranta.

Tässä arviointiraportissa kuvataan hankekokonaisuuden lähtökohdat, konteksti ja kehittämiskohde sekä projektin tavoitteet ja toteutus ergonomiakorttikoulutuksen, kunto- testausten ja ohjatun ryhmäliikunnan osalta. Lisäksi raportissa esitetään potilassiirtojen toteutukseen liittyviä henkilökunnan kokemuksia, tietoja, taitoja ja asenteita selvittäneiden kyselyjen tulokset sekä henkilökunnan työtapaturmien, sairauksien ilmaantuvuuden ja sairauspoissaolojen kehitys. Raportti sisältää myös taloudellisiin seikkoihin liittyvän arvion.

2 TYÖKYKY JA ERGONOMIA HOIVATYÖSSÄ - HANKEKOKONAISUUDEN LÄHTÖKOHDAT

Koskenrinteen ergonomia - hankekokonaisuuden taustalla vaikuttavat lähtökohdat foku-soituivat ensinnäkin sekä väestön että vanhustyön henkilöstön ikääntymiseen että siitä aiheutuviin työelämän seuraamuksiin. Keskeisenä ajatuksena oli, että vanhenemismuutosten myötä erilaisten vanhusten hoito- ja hoivapalvelujen piirissä olevien asiakkaiden hoivatarpeet lisääntyvät ja itsekin ikääntyvät työntekijät joutuvat osallistumaan alati kuormittavampiin työtehtäviin vastatakseen vanhenevan ja toimintakyvyltään heikentyvän asiakaskunnan tarpeisiin. Tämän katsottiin osaltaan aiheuttavan työntekijöiden loukkaantumisia, sairauspoissaoloja sekä, kuten hankesuunnitelmassa todetaan, elämälaadun heikkenemistä ja inhimillistä kärsimystä. Vaihtoehtoisia skenaarioita kuten esimerkiksi vanhusikään tulevien uusien kohorttien toimintakyvyn kohentumista ja sairauksien myöhentymisen (compression of morbidity) vaikutuksia ei perusteluissa mainittu. Nämä kuitenkin voivat oleellisesti vaikuttaa sekä työn muuttamiseen kuin myös hoivatyön kustannuksiin sekä yksikkö- että yhteiskuntatasolla.

Toiseksi toiminnan lähtökohdaksi oli otettu teknologian kehittyminen ja sen suomien menetelmien ja ratkaisujen soveltaminen vanhustyössä. Teknisillä mahdollisuuksilla katsottiin olevan suotuisa vaikutus työympäristön turvallisuuteen ja työolosuhteiden paranemiseen. Näiden kautta arveltiin elämänhallinnan ja stressinsietokyvyn kohentuvan, minkä myötä odotettiin työurien pidentyvän.

Kolmanneksi perusteluksi hankkeen tarpeellisuudelle tutkimussuunnitelmassa esitettiin tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien yleisyyden yhteys raskaaseen ruumiillisen

työhön ja toistuvaan, erityisesti asiakas- ja asukassiiroissa ilmenevään kuormittumiseen. Lisäksi esille oli tuotu sairauspoissaoloista johtuvat kustannukset.

3 TYÖ- JA SIIRTOERGONOMIAN MAHDOLLISUUDET - HANKEKOKONAISUUDEN KONTEKSTI

Aiempien työergonomiaan liittyvien Työsuojelurahaston rahoittamaan ”Tätä on tutkittu” -tietokantaan kerättyjen työergonomian kehittämisprojektien tulosten mukaan työ- ja siirtoergonomiaa kehittämällä:

fyysinen (koettu) kuormittuvuus joko vähenee tai ei merkittävästi vähene

psykkinen kuormittuneisuus joko lisääntyy tai vähenee

osassa tuki- ja liikuntaelimestöä lihasten kuormitus vähenee

osassa kuormituksesta johtuvat vaivat lisääntyvät tai vähenevät

poissaolot työstä vähenevät

parityöskentely lisääntyy

Oman työn kehittämisen kannalta oleellisiksi ergonomiahankkeissa on koettu omien työasentojen korjaus, kaikkinaisen tiedon jakaminen sekä henkilökohtaiseen työskentelyyn annettu ohjaus vinkkeineen ja harjoitteluineen. Lisäksi raporteissa pidetään tärkeänä, että on mahdollisuus kiireettömään työskentelyyn, jolloin asukkaan voimavarojen huomioon ottaminen ja aktivointi toteutuvat.

Siirtoergonomian katsotaan vaikuttavan, ei ainoastaan työntekijöiden työturvallisuuteen vaan keskeisesti myös asukasturvallisuuteen. Yksi keino parantaa asukas- ja potilasturvallisuutta on työterveyslaitoksen eräiden asiantuntijaverkostojen kanssa kehittämä Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus, jossa määritetään potilassiirtojen turvalliseen hallintaan vaadittu tieto- ja taitotaso, linjataan uudentyyppistä potilassiirtojen koulutusta, otetaan huomioon Työturvallisuuslain (738/2002) velvoitteet ja todenne-

taan työntekijöiden ammattitaito käytännön kokein. Lisäksi koulutuksen tavoitteena on herättää kiinnostus ja motivaatio terveydenhuoltohenkilöstön turvallisuusosaamiseen ja edistetään koulutuksen vaikuttavuutta.

Aiemmissa kehittämishankkeissa, joissa on käytetty ergonomiakortti -koulutusta työntekijät ovat tuoneet esille, että potilassiirtojen hyvä hallinta on hyödyllistä ja tärkeää juuri potilaiden ja asukkaiden mutta myös hoitajien turvallisuuden tähden. Koulutusta on kaivattu siirtotaitojen ohessa erityisesti siirtoihin liittyvien riskitekijöiden tunnistamisen osaamisen paranemiseksi.

Huolimatta siitä, missä määrin uudet siirtomenetelmäopit käytäntöön koulutuksen myötä siirtyvät, on koulutuksen todettu tarjoavan myönteisiä kokemuksia ja rohkaisevan työntekijöitä työn kehittämiseen heidän omien luovien ja opittuja soveltavien ratkaisujensa avulla. Uusien toimintatapojen toteutumisen ja juurtumisen varmistamissa avainasemassa on työyksiköiden johdon muutokseen kannustava ja tukeva toiminta. Siirtomenetelmien paremman hallinnan lisäksi työympäristön olosuhteiden kohentaminen, tiedonkulun kehittäminen ja mm. moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen parantaa niin työ- kuin potilasturvallisuutta kuin myös työhyvinvointia.

4 PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY- HANKKEEN KEHITTÄMISKOHDE

Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry on kotkalainen vanhustenhuollon palvelutuottajana. Yhdistyksellä on Kotkassa neljä eri toimipistettä, Koskenrinteen Koti, Kotka-Koti ja Karhula-Koti sekä Karhunkulman kohtaamispaikka. Lisäksi yhdistys omistaa Sapokassa senioritalokiinteistön. Asukkaita kodeissa on reilut 200 ja yhdistyksen tarjoaminen erilaisten palvelujen piirissä on n. 600 kotkalaista vanhusta. Koskenrinne tuottaa asiakkailleen ympärivuorokautista hoivaa, kotihoitoa, lyhytaikaishoitoa ja päiväkeskustoimintaa.

Koskenrinteen toiminnan tarkoituksena on edistää ja kehittää vanhusten hyvinvointia, terveyttä, virkeyttä ja omatoimisuutta sekä kehittää asumisolosuhteita. Koskenrinteen toiminta-ajatus on ”Yhdistys tuottaa ikäihmisille turvallisia ja yksilöllisiä asumis-, hoiva- ja hyvinvointipalveluja.” Henkilöstöä toiminta-ajatuksen toteuttamiseksi palvelutaloyhdistyksessä oli vuoden 2012 lopussa vakinaisessa työsuhteessa 107 henki-

löö). Määräaikaisessa työsuhteessa oli 26 henkilöä. Palkattuja työllistettyjä oli vuoden 2012 aikana 10 henkilöä. Hoitohenkilöstöä vuonna 2012 oli 93 henkilöä.

Hankkeen suunnitteluvaiheessa käytettyjen Koskenrinteen vuoden 2009 tilastojen mukaan tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat aiheuttaneet kyseisenä vuotena vakituisen palvelutaloyhdistyksen henkilöstön keskuudessa yhteensä 1005 sairauspoissaolopäivää, mikä vastaa n. neljän henkilön vuosittaista työpanosta. Koko henkilöstön, sijaiset mukaan lukien, poissaolopäivien lukumäärä oli 3539, joka vastaa työpäivinä n. 15 työvuotta. Tilanteen kohentamiseksi katsottiin tarpeelliseksi ryhtyä kehittämistoimiin, joilla voidaan vähentää tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja parantaa työoloja. Kehittämiskeinoksi valittiin Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus, henkilöstön kuntokartoitukset ja -ohjaus sekä muut mahdolliset kehittämishankkeen esille tuomat keinot.

5 KOSKENRINTEEN ERGONOMIA -HANKKEEN TAVOITTEET

Suunnitelman mukaan Koskenrinteen ergonomia -hankkeen tavoitteet kohdentuvat yhtäältä työolosuhteiden ja asukasturvallisuuden parantamiseen ja toisaalta tuottavuuteen.

Suunnitelmassa esitetään olettamus, että potilassiirtoihin liittyvät tapaturmat ovat suurin yksittäinen syy tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Potilassiirtoihin liittyvien työtapa-turmien vähenemisen odotetaan vaikuttavan myönteisesti työolosuhteisiin, minkä puolestaan odotetaan parantavan hoitohenkilöstön työtyytyväisyyttä ja halua sekä kykyä jatkaa työuraa. Tavoitteena oli lisäksi parantaa asukasturvallisuutta siirtoergonomian kehittämisen keinoin. Tavoiteasettelun yksi premissi oli, että tapaturmien väheneminen vähentää sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä ja täten kokonaistuottavuus paranee. Hankkeessa oli myös tavoitteena arvioida tehostetun siirtoergonomian käyttöönoton organisatorisia edellytyksiä ja toteutusta kehittämisprosessin evaluoinnin ja toimintamallin tuottamisen keinoin.

Kehittäminen oli suunniteltu kohdentuvan:

henkilöstön siirtoergonomiseen osaamiseen ja osaamisen ylläpitämiseen:

- kartuttamalla henkilöstön siirtoergonomisia tietoja,
- soveltamalla kuntoutumista tukevaa työtettä ja käyttämällä siirtotilanteissa opittuja taitoja
- edelleen kehittämällä työyksikössä myönteisiä asenteita siirtovälineiden käyttöön

työympäristön ja työolojen kehittämiseen ja sen kautta hoitohenkilökunnan työterveyden tilan ylläpitoon ja paranemiseen

- edistämällä työyksikköön kuntoutumista tukevan hoitokulttuurin muotoutumista
- aikaansaamalla yhteinen tahtotila kuntoutumista tukevan työtteen ja
- siirtovälineiden käyttöön
- edelleen kehittämällä tiimityötä ja yhdessä tekemistä
- ottamalla käyttöön uusia siirtämistä ja nostamista helpottavia työvälineitä
- parantamalla työolosuhteita kuntoutumista tukevan työtteen toteuttamiseksi
- vähentämällä tuki- ja liikuntaelinsairauksia
- lisäämällä psyykkistä työssä jaksamista ja jatkamista

ja talouden ja etiikan arviointiin.

Tavoitteena oli työssä jaksamisen parantaminen, työurien pidentäminen ja työkyvyn ylläpito. Toimenpiteiden vaikutusta oli tarkoitus tutkia:

- mittaamalla siirtoergonomian soveltamisen vaikutusta työssä jaksamiseen
- laatimalla kokonaistaloudellinen vaikutusarvio vertaamalla parannettuun siirtoergonomiakoulutuksen kustannuksia tuki- ja liikuntasairauksista johtuvien

poissaolojen ja sairaseläkkeiden sekä muiden tuki- ja liikuntasairauksiin liittyviin kustannuksiin useilla aikaväleillä.

- arvioimalla työkykyä ylläpitävää toimintapolitiikkaa hyvinvoinnin ja etiikan näkökulmista osana hyvää henkilöstöpolitiikkaa ja sen sisältämä etiikka eli nk. työnantajan yhteiskuntavastuuta.

Hankesuunnitelman mukaan tarkoituksena oli julkaista tulokset tutkimusraporttina. Sen lisäksi suunnitelman mukaan hankkeessa laaditaan projektin keskeisistä tuloksista tieteellisen artikkeli, kiertoartikkeli sanomalehdistön käyttöön ja tuloksia kuvaava 20 diaa käsittävän pp-diaesitys sekä järjestetään loppuseminaarin lehdistötiedotteineen.

6 KOSKENRINTEEN ERGONOMIA -HANKKEEN TOTEUTUS

Hanke koostui kolmesta pääalueesta. Ensinnäkin hoitohenkilöstölle suunnatusta ergonomiakorttikoulutuksesta, toiseksi henkilöstön kuntotestauksista, liikuntaneuvonnasta ja terveystuokuntaryhmän järjestämisestä sekä kolmanneksi hankkeen arvioinnin kyselytutkimuksista ja seurannoista. Lisäksi hankkeen yhteydessä järjestettiin siivoushenkilöstölle omaa ergonomiseen työskentelyyn liittyvää koulutusta.

Ajallisesti hanke eteni seuraavasti:

Kevät 2012

- koulutuksen toteutuksen suunnittelu
- aikataulun laadinta

Syksy 2012

- alkukysely, väliraportti 1
- korttikoulutukset (ryhmät 1 ja 2)
- kuntokartoitukset

- yhteispalaveri

Kevät 2013

- korttikoulutukset (ryhmät 3-5)
- ohjausryhmän palaveri
- lähtötilannekartoitus työtaturmista ja sairauspoissaoloista, väliraportti2
- kuntotestausten palautetilaisuudet
- mielipidekartoitus

Syksy 2013

- korttikoulutukset (ryhmät 6 ja 7)
- ohjausryhmän palaveri
- yhteispalaveri
- kuntoharjoittelun ohjaukset
- seurantakysely
- siivoushenkilöstön koulutus

Kevät 2014

- arvioinnit
- seurantaselvitys työtaturmista ja sairauspoissaoloista
- yhteispalaveri
- julkaisut

- hankkeen päätöstilaisuudet toimipisteissä
- ohjausryhmän palaveri

Hankkeen varsinainen toteutuminen poikkesi hankesuunnitelmassa esitetystä. Kevään 2012 palaverin ja tutustumiskäyntien jälkeen hanke käynnistyi varsinaisesti elokuussa 2012 lähtötilanteen kartoituksella. Hanke päättyi kuitenkin suunnitelman mukaisesti helmikuun 2014 loppuun mennessä, joten hankeaika lyheni suunnitellusta kahdesta vuodesta noin puolella vuodella, minkä takia seurantojen ja kyselyjen lähtötilannekartoitusten ja loppumittausten välinen aika lyheni huomattavasti suunnitellusta. Koulutukseen ensimmäisinä osallistuneet, ryhmiin ja yksi ja kaksi kuuluneet, ehtivät hyödyntää koulutuksen oppeja työssään ennen seuranta-aikaa, ryhmien kaksi ja kolme henkilöä noin puoli vuotta. Ryhmiin kuusi ja seitsemän osallistuneiden koulutus päättyi samaan aikaan kun seurantakysely toteutettiin.

7 POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKORTTI® -KOULUTUS

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus toteutettiin työterveyslaitoksen ohjelman mukaisesti. Koulutuksen tavoitteena on, että työntekijät tietävät hoitotyön fyysiset kuormitustekijät ja ymmärtävät ergonomian merkityksen tuki- ja liikuntaelinten ongelmien ennaltaehkäisyssä sekä tunnistavat potilaan tai asukkaan siirtymisen avustamiseen liittyvät riskit omassa ja työyhteisön toiminnassa sekä osaavat soveltaa siirtotapoja erityyppisille potilaille ja asukkaille riskit huomioiden. Lisäksi tavoitteena on, että työntekijät osaavat koulutuksen käytyään käyttää erilaisia potilassiirtotekniikoita, joissa hyödynnetään potilaan tai asukkaan toimintakykyä sekä ymmärtävät potilassiirtojen merkityksen osana työpaikan turvallisuuskäyttäytymistä.

Koulutus jakautuu teoriaopintoihin ja käytännön harjoitteluun. Teoriaopinnoissa perehdytään Moodle -verkkoalustan avulla eri teemoihin. Tuolloin tehdään kirjallinen tehtävä aiheesta potilassiirtoergonomia tuki- ja liikuntaelinongelmien ennaltaehkäisyssä, pidetään kolmen viikon ajan harjoituspäiväkirjaa oman kehon hallinnasta potilassiirroissa, perehdytään hoitotyön työturvallisuutta koskeviin lakeihin ja asetuksiin ja käydään niistä verkkokeskustelua sekä tehdään kirjallinen tehtävä. Tehtävät arvioidaan hyväksytyksi/täydennettäväksi/hylätyksi. Tehtävät voidaan toteuttaa Moodle -alustan si-

jaan myös maksullisen teoriaopintojen koulutuskansiomateriaalin avulla. Teoriaopintojen teemoista pidetään koe.

Käytännönharjoitteluun sisältyy lähiopetusta vähintään 16 tuntia opiskelijaa kohden. Koulutusta annetaan luonnollisista liikemalleista ja avustajan asennosta, potilaan voimavarojen arvioinnista ja aktivoinnista, erilaisissa siirtotilanteissa avustamisesta, apuvälineiden käytöstä ja lisäksi käsitellään joitakin erityistilanteita. Opittuja tietoja ja taitoja harjoitellaan omassa työssä vähintään yhden kuukauden ajan ennen käytännön osaamisen kokeeseen osallistumista. Koetta edeltää kahdesta neljään tuntia kestävä kertauspäivä. Itse kokeessa jokaiselle osallistujalle varataan noin puoli tuntia. Kokeen vastaanottaa ja arvioi kaksi korttikouluttajaa.

Molempien kokeidenhyväksymisen jälkeen henkilö on oikeutettu Potilassiirtojen Ergonomiakorttiin. Kortin myöntää Työterveyslaitos. Mikäli henkilöllä on vähintään hyvät (=H4) potilassiirtotaidot, hän voi osallistua Työterveyslaitoksen järjestämään Potilassiirtojen Ergonomiakortin kolmepäiväiseen kouluttajakoulutukseen.

Koskenrinteen koulutus oli suunniteltu toteutettavan 20 henkilön ryhmissä (kaikkiaan 4 ryhmää) puolivuositain. Koulutukseen osallistuvia oli yhteensä 81 henkilöä. Varsinaisen ergonomiakoulutuksen toteutettiin suunniteltua pienemmissä ryhmissä, siten että koulutukseen mukaan tulevasta henkilöstöstä muodostettiin seitsemän noin 12 hengen ryhmää. Kuten toteutuksen aikataulusta kävi ilmi, nämä seitsemän ryhmää osallistui koulutukseen niin, että ryhmät yksi ja kaksi aloittivat koulutukset syyskuussa 2012. Ryhmät kolme, neljä, ja viisi alkoivat tammikuussa 2013 ja ryhmät kuusi ja seitsemän aloittivat opintonsa syksyllä 2013.

Jokaiselle ryhmälle järjestettiin koulutuksen aluksi infotilaisuus ammattikorkeakoulun tiloissa. Infossa oli hankkeen kouluttajien lisäksi mukana myös ATK-tukihenkilö, joka opasti koulutukseen osallistuvia Kyamkin sähköisen Moodle-oppimisympäristön käytössä. Infon jälkeen koulutuksessa seurasi noin 7-8 viikon jakso, jonka aikana osallistujat tekivät itsenäisesti verkkotehtäviä. Tehtäväjakson jälkeisinä neljänä viikkona opiskelijat harjoittelivat kerran viikossa neljä tuntia kerrallaan siirtoja ja liikkumisten avustuksia. Lisäksi tarkoitus oli, että tämän jälkeen kukin koulutukseen osallistuva työntekijä sovelsi harjoituksissa opittuja taitojaan omassa työssään kuuden viikon ajan, minkä jälkeen ryhmäläisille järjestettiin käytännön kokeet koulun ergonomialuokassa.

Korttikokeeseen osallistuneista kokelaista monien ensimmäinen suoritus jouduttiin hylkäämään. Korttikokeen hylkäämisen syynä oli se, että nosto oli selkeästi kuormittava tai siirtotilanne vaarallinen. Koe oli mahdollista uusida ja uusintojen läpimenoprosentti oli hyvä. Kaksi kurssilaisista suoritti uusinnan työpaikallaan. Näiden uusintojen arviointi perustui suoritusten videotallenteisiin ja avustustapojen valintojen kirjallisiin perusteluihin. Koepäivinä kokeeseen osallistuneiden oli mahdollista ensin aamupäivän ajan kerrata asioita ja harjoitella siirtoja, minkä jälkeen jokainen suoritti käytännön kokeen yksitellen. Kokeissa potilaina toimineet ulkopuoliset vapaaehtoiset henkilöt antoivat kokeeseen osallistuneille palautetta vuorovaikutuksen ja siirtotilanteen sujuvuudesta, apuvälineen käytöstä ja kokemastaan turvallisuuden tunteesta. Ergonomiakorttikoulutuksen sai hyväksytysti suoritettua 59 osallistujaa eli 73 % kurssilaisista. Henkilöillä, jotka eivät joko osallistuneet uusintakokeeseen tai eivät sitä saaneet läpi, on mahdollista suorittaa kortti keväällä 2014.

7.1 Koulutukseen osallistuneiden kommentteja koulutuksesta

Projektin väliarviointi toteutettiin siten, että Koskenrinteen toiminnanjohtaja lähetti koulutukseen osallistuneille tai sen aloittaneille pyynnön kommentoida ja kertoa näkemyksiään ja ideoitaan koulutuksesta. Mielipiteet oli mahdollista kirjoittaa vapaamuotoisesti sähköpostitse joko henkilökohtaisesti tai tiimin yhteisinä. Tavoitteena oli kerätä tietoa, jonka avulla koulutusta ja projektin toimintaa olisi mahdollista kehittää. Kyselyn ajankohta oli 16. - 26. huhtikuuta 2013. Kyselyyn tuli 15 vastausta, joista kaksi edusti tiimien/yksiköiden mielipiteitä, muut 13 olivat yksittäisten henkilöiden vastauksia.

Palautteet jakautuivat yhtäältä joko positiivisten tai negatiivisten kokemusten esittelyyn ja toisaalta soveltamismahdollisuuksien ja opitun toteutusten esille tuotiin sekä parannusehdotuksiin.

Pääsääntöisesti koulutukseen liitetyt mielipiteet olivat positiivisia. Koulutus koettiin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi ja siihen oltiin tyytyväisiä. Koulutuksen sisällölliset aihealueet koettiin mielenkiintoisiksi ja opettavaiseksi. Koulutus tarjosi hyvän tilaisuuden päivittää apuvälineisiin ja niidenkäyttöön liittyvät tiedot ja taidot, mikä herätti miettimään omia työtapoja ja niiden muuttamisen tarvetta. Erityisen tärkeänä pidettiin sitä, että koulutus annettiin kaikille samanlaisena, minkä ajateltiin edesauttavan tavoiteltavan toimintatavan vakiinnuttamista. Osallistujat kuvasivat kokemusta myös an-

toisaksi ja työhyvinvointia lisääväksi. Koulutukseen osallistuminen ja siitä suoriutuminen aikaansai ylpeyden tunnetta ja jätti, kuten eräs kommentoija totesi, hyvän mielen. Osallistujien mielestä opettajan tyyli tuntui hyvältä ja opettajalla koettiin olevan hyvää tietoa. Oma ryhmä koettiin mukavaksi. Kommenteissa esitettiin toiveena saada jatkossakin mahdollisuus osallistua näin hyvään koulutukseen.

Koulutus koettiin myös todella vaativaksi. Kommenteissa tuli ilmi, että joillekin suoriutuminen edellytti suuria ponnisteluja. Tehtävistä selviytymistä suorastaan jännitettiin. Kommenteissa esitettiin myös oletus, että tehtävät olisivat olleet ensimmäisinä koulutukseen osallistujilla haastavampia ja heidän tehtäviensä hylkäämisten takia niistä läpipääsyä olisi helpotettu koulutukseen myöhemmin osallistuneiden kohdalla. Jotkut kokivat tehtävät liki ylivoimaksi, toiset taas haasteellisiksi, joskaan ei ylipääsemättömiksi. Toisaalta kommenteissa tehtävien tekemistä kuvattiin myös hieman aikaa vieviksi, päänvaivaa vaativiksi ja toivottiin enemmän aikaa ja rauhallista tilaa keskittyä tehtävien tekoon. Jonkun mielestä tehtävät tuntuivat aluksi vaikeammilta kuin mitä ne itse asiassa olivatkaan. Teorian koettiin painottuvan yli käytännön harjoitteiden mutta teoria todettiin kyllä hyväksi pohjaksi käytäntöä ajatellen.

Kaikkien koulutuksessa läpikäytyjen asioiden ei katsottu olevan toteutettavissa mutta ”jotain kuitenkin soveltaen”, näin varsinkin heikompiuntoisten, vaikeahoitoisten tai kognitiivisilta kyvyiltään rajoittuneiden asukkaiden kohdalla. Soveltamiseen katsottiin saavan apua maalaisjärjen käytöstä. Tiedot ja taidot, hankitut opit oli joissain yksiköissä voitu ottaa heti käyttöön ja uusia työtä helpottavia keinoja oli hyödynnetty saman tien. Opin soveltaminen oli joissain tapauksissa toistaiseksi siirtynyt tuonemmaksi esim. tarvittavien apuvälineiden puuttumisen takia. Yhteistyö apuvälinelainaa mon kanssa katsottiin kuitenkin parantuneen. Osastoilla oli apuvälineitä päivitetty ja tehty tämän hyväksi jatkosuunnitelmia.

Koulutuksen koettiin aktivoineen kaiken kaikkiaan kiinnittämään enemmän huomiota työergonomiaan ja työasentoihin. Sekä työntekijöiden omiin että asukkaiden asentoihin että heihin ylipäättään. Koulutus nosti työergonomian osastojen yhteiseksi pohdinnan aiheeksi ja keskustelun kohteeksi, vaikka rasittuneisuuden tai kuormittuneisuuden kokemukset sinänsä vaihtelevat yksilöllisesti.

Koulutusta toivottiin kehitettävän siten, että käytännön työskentelyn osuutta painotettaisiin voimakkaammin. Käytännön läheisyyttä ehdotettiin lisättävän esimerkiksi si-

ten, että koulutuksessa olisi käytännön harjoitteet ensin ja vasta sitten tehtävät, jolloin tehtävät avautuisivat paremmin. Demonstraatioita toivottiin toteutettavaksi koulun tilojen ja apuvälineiden sijasta osallistujien omilla työtiloilla, omin apuvälinein ja oikeiden eli asukasvanhusten kanssa yhdessä opettajan kanssa harjoitellen. Huomiota haluttiin enemmän muistisairaiden vanhusten liikkumisen ja siirtojen opastukseen sekä jäykkien vanhusten avustamisen ohjaukseen. Kuntotestien tulosten tulkintaa kaivattiin aiemmaksi.

Kommenteissa tuotiin myös esille, etteivät koulutukseen osallistuneet aina saaneet vastauksia esittämiinsä kysymyksiin tai vastausten koettiin jääneen puutteellisiksi. Lisäksi palautteissa toivottiin korostettavan jokaisen yksilön omaa vastuuta omasta työkykyisyydestään.

8 KUNTOTESTAUKSET, LIKUNTANEUVONTA JA RYHMÄLIKUNTA

8.1 Kuntotestaukset työkykyisyyden ylläpidon tukena

Kuntotestausten tarkoituksena oli määrittää työntekijöiden fyysisen aktiivisuuden tarve ja edistää terveysliikunnan toteutumista henkilöstön keskuudessa. Kuntotestauksen tulosten perusteella oli tarkoitus määrittää jokaiselle osallistujalle, yhdessä hänen kanssaan, liikunnan tarvetta kuvaava terveystavoite ja laatia henkilökohtainen liikuntasuunnitelma. Käytännössä kaikki ryhmäliikuntaa osallistuneet noudattivat yhtä yhteistä liikuntaohjelmaa, jonka toteutuksessa huomioitiin yksilölliset kuntotekijät.

Kuntotestausten ja ryhmäliikunnan toteutuksen taustalla oli käsitys terveysliikunnan kiistattomista ja monitahoisista hyödyistä. Yhtenä liikunnan keskeisistä vaikutusalueista hankesuunnitelmassa oli esille nostettu painonhallinta syystä, että ylipaino lisää riskiä sairastua aikuistyyppin diabetekseen ja sydän- ja verisuonitauteihin. Se heikentää myös tuki- ja liikuntaelimestön toimintakykyä ja heijastuu fyysisesti kuormittavista työtehtävistä selviytymiseen. Muina tekijöinä esiteltiin liikuntaa mielialan ja vireystilan kohentajana sekä unen laadun parantajana ja masennusoireiden lievittäjänä. Hyvä fyysinen kunto lisää fyysisten toimintareservien määrää ja ehkäisee osaltaan uupumisoongelmia. Fyysisen kuormituksen ja kuormittumisen arvioimiseksi nähtiin tärkeäksi omata käsitys yksilön fyysisestä toimintakyvystä ja sen riittävyydestä työtehtävis-

tä suoriutumiseen. Oikein käytettynä kuntotestaus nähtiin apuvälineenä, jolla voidaan aktivoida yksilöä kannustavasti ja motivoivasti itsenäiseen huolehtimiseen ja vastuuseen omasta fyysisestä kunnosta työ- ja toimintakyvyn parantamiseksi.

Oleelliseksi nähtiin myös huomioida hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyky, joka alkaa laskea 45 ikävuoden jälkeen aiempaa nopeammin. Työikäiselle väestölle tehdyissä mittauksissa on todettu yksilötasolla jopa 20 - 25 % aleneminen neljän vuoden aikana. Fyysisen kunnan heikentymisestä huolimatta pitäisi työkyvyn säilyä useimmiten 65 ikävuoteen asti, myös fyysistä kestävyyttä vaativissa työtehtävissä.

Lihasten voimantuotto-ominaisuuksien yhteyttä terveyteen esiteltiin, koska ne lisäävät tai ylläpitävät kehon rasvatonta painoa ja lepoaineenvaihduntaa, jotka edesauttavat painonhallinnassa. Hyvä lihaskunto ylläpitää luun massaa ehkäisten osteoporoosia ja veren sokeritasapainoa ehkäisten aikuisiän diabetesta. Riittävät lihasvoimaominaisuudet ylläpitävät lihasten toimintakykyä, jolla voi olla yhteyttä alentuneeseen loukkaantumisriskiin ja esimerkiksi alaselkäkipuihin. Erityisesti nopean voimantuoton voi olettaa parantavan tilanteen hallintaa nopeiden asennonmuutosten yhteydessä, kuten horjahtaessa. Riittävä käden puristusvoima on tarpeen monien päivittäisten tehtävien suorittamisessa ja se korostuu hoitotyössä, joka sisältää nostoja, kantamista ja siirtämistä.

Suunnitelmassa todettiin myös, että liikkuvuudella on yhteys toiminta ja suorituskykyyn. Liikkuvuuden arviointia ei kuitenkaan kuntotestauksissa toteutettu. Myöskään siirtojen ergonomisen toteutuksen kannalta keskeisiä tekijöitä keuhonhallintaan ja tasapainoa ei kuntotestauksien toteutukseen ollut otettu mukaan.

8.2 Kuntotestausten toteutus

Ennen varsinaisia kuntotestauksia järjestettiin lokakuussa 2012 testaukseen liittyviä tiedotustilaisuuksia Koskenrinteen hoitohenkilöstölle. Tilaisuuksissa käytiin läpi testien sisältö, testien tarkoitus, vapaaehtoisuus, riskit, esitietolomake ja kyselylomake. Testien toteutus jäi marras-joulukuulle. Testejä toteutettiin kaikkiaan yhdeksänä kertana ja niihin osallistui kaiken kaikkiaan 72 henkilöä. Sairaslomalaisille ja muille poissaolleille tarjottiin tilaisuus tulla testattavaksi myöhemmin heille sopivana ajankohtana, mutta kukaan heistä ei käyttänyt tilaisuutta hyödykseen.

Kuntotestauksissa käytettiin esitietolomaketta, jonka Liikuntalääketieteen ja testaus-toiminnan edistämisyhdistys ry ja Liikuntatieteellinen seura ovat koonneet. Lomakkeella kartoitettiin testattavien henkilöiden terveydentilaa ja viimeisten kuuden kuukauden aikana esiintyneitä oireita sekä todettuja sairauksia. Lomakkeessa tiedusteltiin myös elintapoja, tupakointia ja kuntoliikunnan harrastamista. Lomake sisältää myös osallistujien pituuden ja painon, mitkä mitattiin kuntotestauspaikalla. Varsinaisia testeistä poissulkukriteereitä ei ollut ja jokainen osallistui testeihin omalla vastuullaan. Testeihin osallistuneilta kerättiin tietoja myös heidän eri oireiden ja haittojen kokemuksistaan.

Fyysisen kunnon mittaamisessa käytettiin submaksimaalista polkupyöraergometritestiä, puristusvoimamittausta, selän staattisen pidon testiä ja vatsalihasten toistotestiä. Puristusvoimamittauksella testattava yleinen käden puristusvoima on tarpeen monien jokapäiväisten tehtävien suorittamisessa. Se korreloi voimakkaasti useiden eri lihasryhmien voimatason kanssa ilmaisten hyvin yleistä lihasvoimatasoa. Puristusvoiman mittausta tehtiin voimadynamometrillä. Testi tehtiin istuen, hyvässä ryhdissä. Kyynärnivel asetettiin vartalon vierellä 90 asteen kulmaan ja vartalo ja hartiat pidettiin liikumatta testisuorituksen aikana. Testi tehtiin kolme kertaa. Tuloksista paras arvo otettiin mukaan analyysiin.

Vatsalihasten toistotestillä mitattiin vartalon koukistajien kestävyyttä. Tämä, kuten muutkin dynaamiset lihasvoimamittaukset, on yksinkertainen ja nopea tehdä, suoritusohje on selkeä ja mittaus osoittaa luotettavasti mahdolliset lihasvoimassa tapahtuneet muutokset. Testin alkuasento on koukkuselinmakuu, missä avustaja pitää testattavaa nilkoista kiinni. Suorituksessa testattava pitää käsiä suorana vartalon edessä ja eteenpäin kurottautuen tuo ranteet polvien päälle. Testi kestää yhden minuutin, jonka aikana tehdään mahdollisimman monta toistoa, kuitenkin maksimissaan 50 toistoa.

Selän staattisen pidon testillä mitataan selän ojentajalihasten staattista kestävyyttä, minkä on todettu korreloivan hyvin alaselän terveyden kanssa. Testattava oli päinmaakuulla pöydällä, niin että suoliluun harjun etukulma tuli pöydän reunalle, ylävartalo ilmassa ja jalat tuettuina pöytään kiinni. Kädet nostettiin suorina sivuille, irti vartalosta. Tässä asennossa testattava piti vartaloaan suorana niin kauan kuin on mahdollista, kuitenkin maksimissaan 240 sekuntia.

Aerobisen kunnan riittävyys terveyden ja toimintakyvyn kannalta testattiin submaksimaalisella polkupyöräergometritestillä. Testin tavoitesyke oli 85 % ikämaksimista. Naisilla testi alkoi 40 watin vastuksella, miehillä 50 watin vastuksella. Naisilla vastus nousi kahden minuutin välein 20 wattia, miehillä vastus nousi kahden minuutin välein 25 wattia. Testattava sai niin halutessaan jatkaa polkemista tavoitesykkeen saavuttamisen jälkeen niin kauan kuin jaksoi, mikä paransi testin mittaustuloksen luotettavuutta.

Kuntotesteihin osallistuneille järjestettiin kolme palautekeskustelutilaisuutta, joissa käsiteltiin testituloksia. Tilaisuuksissa oli mahdollista saada henkilökohtaista palautetta testituloksista. Kaksi tilaisuuksista pidettiin 25.4.2013 ja yksi 15.5.2013. Yhteensä tilaisuuksiin osallistui kahdeksan henkilöä. Jokaiselle kuntotesteihin osallistuneelle toimitettiin henkilökohtaiset testitulokset kirjekuorissa heidän omiin työpisteisiinsä.

8.3 Kuntotestien tulokset

Testiin osallistuneiden käden puristusvoima oli keskimäärin keskitasoinen, miesten keskiarvoinen kuntoluokka oli hieman parempi kuin naisten. Alle 30-vuotiaiden naisten puristusvoima oli heikko ja yli 50-vuotiaiden naisten puristusvoiman keskiarvo oli hyvä, nuorimpien naisten puristusvoima oli naisista selvästi huonoin.

Vatsalihasten toistotestien tulosten mukaan testiin osallistuneiden vatsalihasten kunto oli hyvää keskitasoa. Nuorten naisten (alle 30 v.) kuntoluokka oli keskimäärin kuitenkin hyvin heikon ja heikon välissä. Kaikkien naisten kuntoluokka on keskitasoa, miesten kuntoluokka oli erinomainen. Naisilla paras kuntoluokka (hyvä) oli yli 50-vuotialla. Keskimääräisesti vatsalihasten toistotestin tulokset laskivat nuorempiin ikäluokkiin siirryttäessä.

Kuntotestissä mukana olleiden selän kunto selän staattinen pito -testillä mitattuna osoittautui hyväksi. Kaikkien yhteinen kuntoluokka oli hyvä. Kyseisessä testissä kaikkien ryhmien naisten tulokset olivat tasaisesti hyviä. Miehillä puolestaan yleinen kuntoluokka oli keskitasoa.

Kestävyyskuntoa osoittavan testin perustella osallistujien keskimääräinen hapenotto-kyky oli heikko. Miesten polkupyöräergometrin tulokset olivat keskimäärin keskitasoa.

soa. Yli 50-vuotiaiden naisten kuntoluokka oli myös keskitasoinen, mutta alle 30-vuotiailla naisilla hapenotto-kyky oli keskimäärin vain hyvin heikon ja heikon tasoista.

Kaikkien kuntotestien keskiarvojen mukaan osallistujien kunto oli keskitasoa. Erikseen arvioituna miesten kunto oli hyvä. Heikoin kunto oli iältään alle 30-vuotiailla naisilla. Yli 50-vuotiaiden naisten kunto puolestaan oli hyvä.

Yksityiskohtaiset naisten tulokset on esitetty ikäluokittain: alle 30-vuotiaat, 30–39-vuotiaat, 40–49-vuotiaat ja yli 50-vuotiaat. Miesten tulokset on esitetty ainoastaan yhtenä ryhmänä yksittäisten henkilöiden tunnistettavuuden välttämiseksi. Alkuperäiset mittaustulokset on viitearvojen mukaisesti muutettu vastaamaan lukuarvoja 1–5. Yksi tarkoittaa hyvin heikkoa kuntoa, kaksi heikkoa, kolme keskitasoista, neljä hyvää ja viisi erinomaista kuntoa.

Testien tulosten keskiarvot (\bar{x}) koko ryhmän (N+M), erikseen naisten (N) ja miesten (M) osalta sekä ikäryhmittäiset naisten tulokset on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Koko ryhmän (M+N), naisten (N) ikäryhmittäiset ja miesten (M) kunto-
testausten tulosten keskiarvot (ka).

	M+N	N	M	M+N	N	M
	n	n	n	ka	ka	ka
Käden puristusvoima						
Kaikki	66	59	7	3,3	3,3	3,7
alle 30 -v.	7	6		2,3	1,8	
30-39 -v.	21	20		3,3	3,2	
40-49 -v.	22	19		3,0	3,0	
yli 50 -v.	16	14		4,2	4,3	
Vatsalihastesti						
Kaikki	66	59	7	3,5	3,3	4,9
alle 30 -v.	7	6		2,0	1,5	
30-39 -v.	21	20		3,1	3,0	
40-49 -v.	22	19		3,8	3,6	
yli 50 -v.	16	14		4,1	4,0	
Selkähastesti						
Kaikki	64	57	7	3,7	3,8	3,3
alle 30 -v.	7	6		3,9	3,7	
30-39 -v.	20	19		3,7	3,7	
40-49 -v.	22	19		3,6	3,8	
yli 50 -v.	15	13		3,7	3,8	
Hapenottokyky						
Kaikki	60	53	7	2,2	2,1	2,8
alle 30 -v.	7	6		1,5	1,4	
30-39 -v.	20	19		2,1	2,1	
40-49 -v.	21	18		2,0	1,9	
yli 50 -v.	12	10		3,0	3,0	
Keskimääräinen kuntoluokka						
Kaikki	72	65	7	3,1	3,0	3,7
alle 30 -v.	7	6		2,4	2,2	
30-39 -v.	27	26		3,0	2,9	
40-49 -v.	22	19		3,1	3,1	
yli 50 -v.	16	14		3,6	3,5	

8.4 Ohjattu ryhmäliikunta

Syksyllä 2013 (04.10 – 28.11, yhteensä 10 kokoontumista) tarjottiin kaikille Koskenrinteen työntekijöille mahdollisuus osallistua ohjattuun kuntoliikuntaan vapaaajallaan. Osa liikuntatuokioista pidettiin aamupäivisin, osa iltapäivällä, millä pyrittiin mahdollistamaan osallistuminen eri työvuoroista huolimatta. Liikuntatuokioiden ohjaajina toimi seitsemän sairaanhoidon opiskelijaa, jotka naprapatiaopiskelijan ohjaamina olivat perehtyneet kunto-ohjelman sisältöön ja ohjaukseen. Ohjelma koostui kahdestatoista liikkeestä, joita tehtiin kolme 45-60 sekunnin sarjaa. Liikkeet olivat: kyykky, ylöstyöntö, vartalon kiertoon yhdistetty askelkyykky, lankku, valakyykky, vatsalihasliike, maasta nosto, push-up -liike, pallon heitto, selkälihasliike, vatsalihasliike, alaraajojen harjoitus.

Liikuntatunnit pidettiin ammattikorkeakoulun tiloissa, luokkahuoneessa tai liikuntasalissa. Liikkeissä hyödynnettiin kuminauhoja, palloja, voimatankoja (10 kg) ja voimistelukeppejä. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitus oli toteuttaa harjoittelu kolmessa kuntotestin tulosten kuntoluokan mukaisessa ryhmässä, joihin kuhunkin odotettiin osallistuvan 20-25 voimistelijaa. Liikuntaharjoittelu toteutettiin kuitenkin vähäisen osallistujamäärän takia yhdessä yhteisessä ryhmässä. Osallistujien määrä vaihteli eri kerroilla viidestä kahdeksaan henkilöön. Kaikkiaan osallistujia oli 12 henkilöä, joista kolme edusti ergonomiakorttikoulutuksen kohderyhmää ja muut esimiehiä ja toimistotyöntekijöitä.

Ajatuksena oli, että ryhmäliikuntaan osallistujille olisi järjestetty ryhmäliikuntajakson jälkeen uusi kuntotestaus mahdollisen muutoksen todentamiseksi. Kuntotestauksesta kuitenkin luovuttiin mutta ohjaajien liikuntatuokioiden aikana saamien suullisten palautteiden mukaan osallistujat olivat kokeneet liikuntatunnit hyödyllisiksi ja havainneet lihaskunnossaan kohenemistä.

9 SIIVOUSTYÖERGONOMIA

Koskenrinteen siistiöiden koulutuspäivän (8 h) aiheet olivat siivoustyössä käytettävät työvälineet ja aineet sekä siivoustyöergonomia. Työn kuormittavia tekijöitä ja niiden

ennaltaehkäisyä käsiteltiin siistijöiden toimintatavoista ja tiloista tehdyn videoinnin ja haastattelujen pohjalta.

Koulutuspäivän aikana päivitettiin siivoustyöntekijöiden tiedot siivouksessa käytettävistä välineistä ja aineista, jaettiin ergonomiaan liittyvää teoretietoa sekä havainnollistettiin ja harjoiteltiin mm. työasentoja ja työtapoja. Työtilat, kuormittuminen ja apuvälineiden käyttö vaihtelee Koskenrinteen eri toimipisteiden välillä. Yhteistä kaikille oli aktiivisuus ja kiinnostus työn kehittämiseen.

Työn kuormittavuuden vähentämiseksi ehdotettiin:

- työnantajan ajoittaista työpäivään mukaan tuloa työnkuvaan perehtymiseksi
- parityöskentelyä
- esiin tuleviin ongelmiin puuttumista ajoissa
- asianmukaisia työvälineitä
- yhdenmukaisten aineiden käyttöä kaikissa kohteissa
- alan asiantuntija esimieheksi ammatillisen tuen lisäämiseksi

Siivoustyöhön liittyvä ergonomiakoulutus järjestettiin yhdessä Pesuainetukku Osola oy:n aluepäällikkö Soile Inkeröisen kanssa.

10 HENKILÖSTÖN POTILASSIIRTOJEN ERGONOMISEEN TOTEUTUKSEEN LIITTYVÄT KOKEMUKSET, TIEDOT, TAIDOT JA ASENTEET LÄHTÖTILANTEESSA

10.1 Kyselyn laadinta ja toteutus

Koskenrinteen ergonomia -projektin tutkimussuunnitelman mukaan toiminnan ja tulosten seurannan osana toteutetaan kysely, jossa selvitetään henkilöstön kokemuksia, tietoja, taitoja ja asenteita potilassiirtojen ergonomisesta toteutuksesta. Kysely oli suunniteltu toteutettavaksi keväällä 2012 mutta sen toteutus siirtyi projektin aloituksen

siirtymisen myötä syksyyn 2012. Tarkoituksena oli, että kysely toteutetaan ennen koulutuksen aloittamista (4.9. – 28.9) lähtötilanteen selvittämiseksi. Samalla kyselyn avulla saatiin koulutuksen räätälöintiä tukevaa tietoa. Suunnitelman mukaan seuranta-tutkimus tehdään vuoden kuluttua koulutuksen aloittamisesta.

Kysely pohjautuu tutkimussuunnitelman lisäksi Koskenrinteen tiimien tuottamiin tarvekartoituksiin, ergonomiakorttikouluttajien toiveisiin ja joihinkin aiempiin vastaaviin selvityksiin. Koskenrinteen tiimit eli johtoryhmä, Karhula-Koti (kotipalvelu ja kaksi hoivaosastoa), Koskenrinteen Koti (kotipalvelu, neljä hoivaosastoa, varahenkilöstö ja yöhoitajat) ja Kotka-Koti (kotipalvelu, lyhytaikaispaikkaosasto ja päiväkeskus) käsitelivät palaverissaan tai yhteisissä keskusteluhetkissään projektin teemoja, toiveita ja odotuksia projektin suhteen. Yksiköiden esitykset kirjattiin ylös ja ne jaoteltiin kyselyyn liittyviin esityksiin ja toisaalta projektin toteutukseen liittyviin kommentteihin ja toiveisiin. Kyselyyn ehdotetut teemat luokiteltiin edelleen kokemuksiin, tietoihin, taitoihin tai asenteisiin kuuluviksi ja niiden teemat sisällytettiin kyselyn eri osiin varsinaisina kysymyksinä. Projektin työryhmän on sekä kommentoinut kyselyä, että sen testannut, samoin kuin muutamat muutkin henkilöt. Testivastauksia saatiin kaikkiaan seitsemän. Testivastaajien kommenttien perusteella kahteen kysymykseen tehtiin hienosäätöä ennen kyselyn lähettämistä varsinaisille vastaajille vastattavaksi.

Kysely rakennettiin ja toteutettiin sähköisesti ZEF® Editorin avulla. Kysely lähetettiin Koskenrinteen yhteyshenkilölle, joka toimitti kyselyn eteenpäin ensin ensimmäiseen koulutusryhmään kuuluville heidän sähköpostiinsa ja sittemmin kaikille koulutukseen osallistuville. Vastaavasti kyselyn vastusaikaa jatkettiin alkuperäisestä 10.09 syyskuun 28. päivään, jotta mahdollisimman moni ehti halutessaan mukaan kyselyyn. Yhteyshenkilö muistutti tarvittaessa vastaajia kyselyyn osallistumisesta. Kyselyn vastausohje on liitteessä 1 ja ZEF® Editorin vastauslomake liitteessä 2.

10.2 Kohdejoukko

Kyselyyn vastasi 51 henkilöä. Neljäkymmenen yhdeksän naisen lisäksi joukossa oli kaksi miestä. Nuorimmat vastaajista olivat 22-vuotiaita, vanhimmat 61-vuotiaita. Vastaajien keski-ikä oli 41 vuotta. Valtaosa vastaajista (46 vastaajaa) edusti perus-, lähi- tai kodinhoitajien ryhmää, kolme vastaajista oli sairaanhoitajia, yksi fysioterapeutti ja yksi vastaajista oli vastaava hoitaja. Vastauksien analysoinnissa sairaanhoita-

jat, fysioterapeutti ja vastaava hoitaja muodostivat oman ryhmän. Karhula-Kotia edusti 20, Koskenrinteen Kotia 22 ja viisi henkilöä Kotka-Kotia.

Aiempaa potilassiirtojen ergonomiaan liittyvää koulutusta oli 41 henkilöä saanut tutkintoon johtavan koulutuksen osana. Toimipaikkakoulutuksena asiaan oli perehtynyt kahdeksan henkilöä ja muuna täydennyskoulutuksena kolme henkilöä. Kahden vastaajan kohdalla viimeisimmästä potilassiirtojen ergonomiaan liittyvästä koulutuksesta oli kulunut alle vuosi. Kahdenkymmenen kohdalla aikaa viimeisimmästä koulutuksesta oli kulunut yhdestä viiteen vuotta ja loppujen (27 henkilöä) osalla viimeisimmästä koulutuksesta oli aikaa yli viisi vuotta.

10.3 Työn kuormittavuus

Vastaajista kaikkiaan 47:n (92,2 %) hoitajan työvuoroon sisältyi avustettavan henkilön nostoja tai siirtoja. Työvuoronsa aikana hoitajista kahdeksan (17 %) teki yhdestä viiteen avustettavan henkilön nostoa tai siirtoa. Nämä nostot hoitajat suorittivat yksin ja he katsoivat, että näissä tulisi käyttää apuvälinettä. Yli puolella henkilöstöstä (n=24) työvuoroon nostoja tai siirtoja osui kuudesta kymmeneen, näistä 66,7 % hoitajat tekivät yksin. Tämän kuudesta kymmeneen nostoa tai siirtoa työvuorossa tekevien mielestä kolmessa neljäsosassa nostoista olisi käytettävä apuvälinettä. Viidellätoista hoitajalla (31,9 %) nostoja tai siirtoja oli työvuoron aikana yli kymmenen. Näistäkin 60 % tehtiin yksin. Noin puolessa nostoista tai siirroissa heidän mukaansa tulisi käyttää apuvälineitä. Vain yksi vastaaja ilmoitti, ettei yleensä tee työvuoronsa aikana yhtään nostoa yksin.

Työn fyysisestä kuormittavuutta kuvasi yksi vastaaja (2,1 %) kevyeksi, hieman rasittavaksi 18 (37,5 %), rasittavaksi 22 (45,8 %) ja erittäin rasittavaksi seitsemän henkilöä (14,6 %). Toiminimikkeittäin rasittavuutta tarkasteltaessa ilmeni, että vastaava sairaanhoitaja ja sairaanhoitajat kokivat työnsä fyysisesti joko hieman rasittavaksi tai rasittavaksi kun taas perus-, lähi-, tai kodinhoitajien kokemus työn fyysisestä kuormittavuudesta vaihteli kevyestä erittäin rasittavaan. Yleisimmin työ koettiin heidän keskuudessaan hieman rasittavaksi (n=16 eli 37,2 %) tai rasittavaksi (n=19 eli 44,2 %).

Psykkiseltä rasittavuudeltaan työnsä koki erittäin rasittavaksi yksi työntekijä. Muista henkilöistä puolet koki työnsä psyykkisesti hieman rasittavaksi ja puolet rasittavaksi. Kokemus jakaantui samalla lailla sekä sairaanhoitajien (mukaan lukien vastaava sai-

raanhoitaja) että muiden hoitajien parissa. Vastaajan iällä ei näyttänyt olevan yhteyttä työn fyysiseen kuormittavuuden kokemukseen eikä myöskään työn psyykkisen kuormittavuuden kokemukseen. Kuormittavuuksien kokemukset sen enempää fyysisen kuin psyykkisenkään kuormittavuuden osalta eivät eronneet toimipisteiden välillä.

Vastaajista lähes 80 prosentti ilmoitti kiinnittävänsä huomioita potilassiirtoihin liittyvään työergonomiaan päivittäin. Loput vastaajista kiinnittävät asiaan huomioita joskus ja yksi vastaajista ilmoitti, ettei yleensä tule työergonomiaan huomioita kiinnittäneeksi. Huomion kiinnittämisen useus oli samankaltaista kaikilla hoitajilla iästä ja toimimikkeestä riippumatta. Prosentuaalisesti eniten potilassiirtojen ergonomiaan kiinnitettiin huomiota Karhula-Kodissa (85 % vastaajista päivittäin). Vastaava luku oli Koskenrinteen Kodissa 77,3 % ja Kotka-Kodissa 80 prosenttia.

Vastaajien mielestä työtä eniten kuormittavia tekijöitä olivat työ- tai apuvälineiden puute, henkilöstövahvuus ja työn määrä / kiire . Nämä kolme oli kuormittaviksi kokenut 23 henkilöä, 45,1 % vastaajista. Asukkaiden vaikeahoitoisuus (n=19, 37,3 %), hankalat työasennot (n=16, 31,4 %) sekä hankala työympäristö (n=11, 21,6 %) oli monen mielestä yksi kuormittavimmista tekijöistä. Osaamisen vaje (n=5, 9,85 %), henkinen kuormittavuus (n=5, 9,8 %) ja omaisten osallisuus (n=4, 7,8 %) sai muutamia mainintoja kolmea kuormittavinta tekijää kysyttäessä. Lisäksi työn organisointi ja samoin huono ilmapiiri kuuluivat kahden vastaajan mielestä kolmen työtä eniten kuormittavan tekijän joukkoon.

Reilu puolet (n=26) vastaajista koki, että heillä on työn kuormittavuuteen liittyviä tuki- ja liikuntaelimestö sairauksia tai oireita. Kolmasosa kärsi väsymyksestä (n=17), kuusi henkilöä univaikeuksista ja neljä ilmoitti heille sattuneen työn kuormittavuuteen liittyneitä tapaturmia. Näiden lisäksi yhdelle henkilölle oli tehty keinonivelleikkaus.

10.4 Vaikutusmahdollisuudet

Työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia oman työnsä kuormittavuuteen kartoitettiin seitsemän eri osa-alueen osalta. Osa-alueet olivat: työn fyysinen kuormittavuus (n=50), työn psyykkinen kuormittavuus (n=47), työn organisointi (n=49), työtehtävät (n=48), työmenetelmät (n=49), työympäristö (n=48) sekä työyhteisön ilmapiiri (n=50). Vähiten vaikutusmahdollisuuksia koettiin olevan työn fyysiseen ja psyykkiseen kuormittavuuteen sekä työympäristöön. Eniten vaikutusmahdollisuuksia nähtiin

olevan käytettäviin työmenetelmiin ja työn organisointiin. Sairaanhoidajien ja muiden hoitajien kokemukset erosivat toisistaan. Sairaanhoidajien kokemus vaikutusmahdollisuuksistaan työn fyysiseen ja psyykkiseen kuormittavuuteen oli positiivisempi kuin muilla. Molempien ryhmien näkemys mahdollisuuksista vaikuttaa työn organisointiin oli jokseenkin yhtä lailla positiivinen. Sairaanhoidajien vastauksista 80 % kuului joukkoon kohtalaisen hyvä, hyvä tai erittäin hyvä ja muilla hoitajilla vastaava luku oli 82,2 prosenttia. Työtehtävien, -menetelmien, - ympäristön ja yhteisön ilmapiiriin kohdalla perus-, lähi- ja kodinhoitajiin lukeutuvien henkilöiden näkemykset omista vaikutusmahdollisuuksistaan olivat positiivisemmat kuin sairaanhoidajilla. Kokemus vaikutusmahdollisuuksista ei ollut yhteydessä ikään. Vaikutusmahdollisuudet oman työn kuormittavuuteen liittyviin osa-alueisiin on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Työntekijöiden kokemukset vaikutusmahdollisuuksistaan työn kuormittavuuden osa-alueisiin (prosentuaaliset osuudet suluissa).

Vaikutusmahdollisuus	Erittäin vähäinen	Vähäinen	Kohtalaisen hyvä	Hyvä	Erittäin hyvä
Työn fyysiseen kuormittavuuteen	7 (14,0)	21 (42,0)	18 (36,0)	4 (8,0)	
Työn psyykkiseen kuormittavuuteen	7 (14,9)	19 (40,4)	14 (29,8)	7 (14,9)	
Työn organisointiin	2 (4,1)	7 (14,3)	21 (42,9)	18 (36,7)	1 (2,0)
Työtehtäviin	3 (6,3)	14 (29,2)	20 (41,7)	11 (22,9)	
Työmenetelmiin	2 (4,1)	6 (12,2)	30 (61,2)	10 (20,4)	1 (2,0)
Työympäristöön	5 (10,4)	14 (29,2)	21 (43,8)	8 (16,7)	
Työyhteisön ilmapiiriin	10 (20,0)	13 (26,0)	20 (40,0)	7 (14,0)	

Työntekijöiden kokemukset työn kuormittavuuteen liittyvistä vaikutusmahdollisuuksista vaihtelivat toimipisteittäin ja osa-alueittain. Karhula-Kodissa vaikutusmahdollisuudet näyttivät olevan parhaimmat työmenetelmiin, Koskenrinteessä työn organisointiin ja Kotka-Kodissa puolestaan työyhteisön ilmapiiriin. Vaikutusmahdollisuutensa vähintään kohtalaisen hyväksi kokeneiden prosentuaaliset osuudet Karhula-Kodissa (n=20), Koskenrinteen Kodissa (n=20) ja Kotka-Kodissa (n=5) on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Vaikutusmahdollisuudet vähintään kohtalaisen hyväksi kokoneiden työntekijöiden prosentuaaliset osuudet.

Vähintään kohtalaisen hyvä vaikutusmahdollisuus	Toimipiste		
	Karhula Prosenttia	Koskenrinne	Kotka
Työn fyysiseen kuormittavuuteen	45,0	50,0	20,0
Työn psyykkiseen kuormittavuuteen	50,0	42,9	40,0
Työn organisointiin	73,7	90,9	80,0
Työtehtäviin	55,0	72,7	80,0
Työmenetelmiin	85,0	81,8	75,0
Työympäristöön	70,0	50,0	80,0
Työyhteisön ilmapiiriin	75,0	81,8	100

Työntekijöiden mukaan mahdollisuuksia vaikuttaa työhön liittyviin seikkoihin hyödynnetään aktiiviksi. Sairaanhoidajat käyttävät mahdollisuutta aina kun tilaisuus koittaa samoin muistakin työntekijöistä 84,1 % ja loputkin ainakin joskus. Toimipisteiden välillä ei ollut eroja. Ei myöskään vastaajien ikä eikä aika viimeisimmästä potilasergonomian koulutuksesta ollut yhteydessä vaikutusmahdollisuuksien hyödyntämiseen.

Potilassiirtojen ergonomista toteuttamista pidettiin pääsääntöisesti erittäin tärkeänä (70,0 %). Tärkeänä potilassiirtojen ergonomiaa piti 22 prosenttia vastaajista ja kahdeksan prosenttia melko tärkeänä. Tämän suuntainen suhtautuminen potilassiirtojen ergonomiaan oli yhtenäinen kaikissa toimipaikoissa, molemmissa työntekijäryhmissä, eri-ikäisillä eikä suhtautumisella ollut yhteyttä aiemmasta koulutuksesta kuluneeseen aikaan.

Vaikutusmahdollisuuksien kartoittamisen yhteydessä kysyttiin vastaajien kokemusta tuen saamisesta muilta työyhteisön jäseniltä. Kukaan ei kokenut jäävänsä tyystin ilman tukea, joskin yksi vastaajista koko saavansa tukea vain harvoin. Useimmiten tukea koki saavansa 61,2 % ja aina tarvittaessa 36,7 % vastaajista. Kotka-Kodissa vastanneista 80 % koki saavansa tukea aina, vastaavasti Karhula-Kodissa 45 % ja Koskenrinteen Kodissa 22,7 % vastaajista koki saavansa tukea työtovereiltaan aina tarvittaessa.

10.5 Työturvallisuus

Työturvallisuuslakien määrittämät velvoitteet ja vastuut olivat tuntemattomia 16 prosentille vastaajista. Osittain ne olivat tuttuja 58 prosentille ja 26 prosenttia vastaajista ilmoitti ne kyllä tuntevansa. Toiminimikeryhmittäisessä vertailussa ei näyttänyt olevan eroa sillä, kuinka hyvin velvoitteet tunnettiin. Parhaiten velvoitteet olivat hallussa niillä, joiden aiemmasta potilassiirtojen ergonomiakoulutuksesta oli ehtinyt kulua jo yli viisi vuotta. Karhula-Kodissa velvoitteet tunnettiin hivenen paremmin kuin muualla.

Ainoastaan yksi henkilö vastasi, ettei hänen tapanaan ole arvioida siirtoihin tai liikkumiseen liittyviä riskejä. Joskus riskejä työntekijöistä arvioi 37,5 % ja jokseenkin aina siirtoja tai liikkumista avustaessaan riskejä arvioi 60,4 % vastaajista. Aktiivisimmin riskejä arvioitiin Karhula-Kodissa ja niiden parissa, joiden koulutuksesta oli kulunut 1-5 vuotta.

Aktiivisesti näitä riskejä pyrkii omalla toiminnallaan vähentämään 36,7 % työntekijöistä ja jokseenkin aina 59,2 % . Kaksi henkilöä katsoi, etteivät he työssään aktiivisesti toimi siirtoihin tai liikkumisen avustamiseen liittyvien riskien vähentämiseksi. Riskien vähentämiseen tähtäävä toiminta oli aktiivisinta Karhula-Kodissa.

Kuvaukset siitä, kuinka riskejä oli pyritty vähentämään käsittelivät lähinnä toiminnan arviointia ja suunnittelua, toimintatapaa sekä apuvälineitä. Varsinaisten siirtojen tai liikkumisen avustamisen suunnittelussa huomiota kiinnitetään sekä avustettavan henkilön toimintakykyyn ja sen hyödyntämiseen, työntekijän omien työskentelyasentojen ja tekniikoiden optimointiin että toimintatilan valmisteluun. Aktiivinen ennakointi ja riskien arviointi koettiin tärkeiksi samoin kuin se, että havainnot huonoista, epäergonomisista työtavoista ja vastaavasti toimivista menetelmistä ja kuntouttavasta työtöteestä otetaan puheeksi. Yleisesti tuotiin esille, että ennen siirtoa ensinnäkin työskentelytila pyritään varmistamaan esteettömäksi (poistetaan ylimääräiset huonekalut, tavarat tai muut esteet) ja arvioidaan, onnistuuko siirtäminen yksin vai tarvitaanko avuksi työpari ja jos näin on, niin työpari myös pyydetään mukaan siirtoon. Riskejä vähennetään myös laittamalla opiskelussa opitut tiedot ja taidot aktiivikäyttöön. Rauhallinen työskentelytapa ja kertominen avustettavalle siitä, mitä hoitaja on tekemässä, katsottiin keinoiksi vähentää riskejä.

Eniten mainintoja riskien vähentämiseksi tähtäävistä toimenpiteistä ja työturvallisuutta lisäävistä tekijöistä tuli apuvälineistä. Apuvälineitä, joko paremmin toimivia tai lukumääräisesti useampi on esitetty hankittavaksi ja hankittu. Apuvälineiden kuntoon on kiinnitetty huomiota, niiden käyttöä ohjattu ja opastettu, ja ennen kaikkea niitä on pyritty käyttämään siirroissa ja liikkumisen avustamisessa työturvallisuusriskien vähentämiseksi.

10.6 Työympäristö

Työympäristön toimivuuteen liittyen kyselyssä tiedusteltiin työtilojen ja kalusteiden vaikutusta, työtilojen ahtautta, kalusteiden tarkoituksenmukaisuutta, mahdollisia tiellä olevia tavaroita ja työasujen toimivuutta. Yhden henkilön työhön työtiloilla ja kalusteilla ei ollut vaikutusta. Muista vastaajista 53,1 % katsoi, että työtilat ja kalusteet vaikeuttavat siirtoja tai liikkumisen tukemista jonkin verran ja 44,9 % oli sitä mieltä, että ne vaikeuttavat työskentelyä paljon.

Tilat koettiin pääsääntöisesti (89,1 %:n mielestä) ahtaiksi. Varsinkin wc-tilat (33 mainintaa) koettiin ahtaiksi. Myös asukkaiden huoneet (16 mainintaa) ja kodit ylipäättään koettiin ahtaiksi työskentelytiloiksi erityisesti silloin kun oli tarpeen käyttää apuvälineitä, esimerkiksi nosturia. Ruokailutilat, pesutilat ja sauna koettiin myös joissakin tapauksissa ahtaiksi, samoin lepotilat ja yleiset tilat.

Työympäristössä olevia kalusteita piti 37,5 % vastaajista tarkoituksenmukaisina. Näin ollen 62,5 %:n mielestä ne olivat epätarkoituksenmukaisia. Ongelmalliseksi koettiin ylipäättään se, että asukkaiden sinänsä pienissä asunnoissa on paljon kalusteita, joista monet nähtiin ylimääräisinä tai turhina (16 mainintaa). Tuolien, sekä nojatuolien että ruokapöydän tuolien, mataluus (8 mainintaa) ja niiden liitokset sekä myös pöytien, sänkyjen ja wc-istuinten mataluus koettiin hankalaksi. Kalusteiden sijoittelu, ovien väärät avautumissuunnat (4 mainintaa), kädensijojen tai tukikahvojen puute, kynnykset ja parvekekalusteet tuottivat ongelmia sujuvalle työskentelylle. Asukashuoneisiin toivottiin myös säilytystilaa hoitovälineille.

Huonekalujen lisäksi katsottiin, että asukashuoneissa olevat erinäiset apuvälineet, rullaattorit ja pyörätuolit ovat usein tiellä. Samoin useissa huoneissa matot ja erinäiset pöydät estivät ergonomista työskentelyä. Myös satunnaiset knippletit, knappelit ja til-

pehöörit koettiin ylimääräisiksi tavaroiksi, jotka haittaavat työskentelyä. Näitä ylimääräisiä tiellä olevia tavaroita kohtasi 71,4 % työntekijöistä työympäristössään.

Työasuihin sen sijaan oltiin jokseenkin tyytyväisiä. Valta-osa, 87,8 % piti niitä toimivina. Työasut toimimattomiksi kokeneiden mielestä asujen puutteena oli niiden hengittämättömyys, hiostavuus ja jäykkyys. Lisää joustavuutta kaivattiin niin työasujen materiaaleihin kuin myös työasujen valintaan, johon toivottiin voivan vaikuttaa.

Työympäristön toimivuuteen liittyvät kokemukset vaihtelivat jossain määrin eri toimipisteiden välillä. Työtilat ja kalusteet vaikeuttavat siirtoja tai liikkumisen tukemista paljon 30%:n mielestä Karhula-Kodissa, Koskenrinteellä 59,1 % ja Kotka-Kodissa 40 % työntekijöistä oli tätä mieltä. Ahtautta koettiin joka toimipisteessä. Muita hankaluuksia ilmeni yleisimmin Koskenrinteellä. Työympäristön toimivuuteen liittyvien eri osa-tekijöiden jakautumisen prosentuaaliset osuudet Karhula-Kodissa (n= 22), Koskenrinteen Kodissa (n= 20) ja Kotka-Kodissa (n=5) on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Työympäristön toimivuuden ongelmia kokeneiden prosentuaaliset osuudet

Työympäristön ongelmana	Toimipiste		
	Karhula	Koskenrinne	Kotka
	Prosenttia		
Ahtautta	80,0	86,4	80,0
Epätarkoituksettomat kalusteet	45,0	68,2	60,0
Ylimääräiset tavarat	55,0	86,4	60,0
Työasut	10,0	18,0	0,00

10.7 Apuvälineet

Yleisimmät siirroissa ja liikkumisen tukemisessa käytetyt apuvälineet olivat pyörätuolit ja rollaattorit. Lattianosturi sekä nousutuki olivat myös yleisesti käytössä, samoin kääntölevy, liukulauta ja seisomanojanostin. Siirto- tai talutusvyötä, ns. Fordia ja

apinapuutakin hyödynnettiin sekä satunnaisesti narutikkaita. Kyselyn apuvälinelistassa mainittujen apuvälineiden lisäksi vastaajat ilmoittivat käyttävänsä apunaan siirroissa tai liikkumisen tulemisessa myös sähkö- tai sairaalasänkyä, suihkutuolia ja tahmuuvia. Taulukossa 5 on esitetty kuinka monta prosenttia vastaajista käyttää kyseistä apuvälinettä.

Taulukko 5. Apuvälineiden käytön yleisyys.

Apuvälineiden käyttö	%
Lattianosturi	63,3
Seisomanojanostin	40,8
Kääntölevy	44,9
Siirto- tai talutusvyö	36,7
Liukulakana	22,4
Liukukauta	44,9
Mini-move	0,0
Ford	20,4
Pyörätuoli	98,0
Rollaattori	98,0
Nousutuki	61,2
Apinapuu	22,4
Narutikkaat	2,0
Joku muu	14,3

Kukaan vastaajista ei kokenut, että apuvälineiden käyttö pääsisi tyystin unohtumaan. Satunnaisesti apuvälineitä käytti 6,1 %, melkein aina 40,8 % ja aina 53,1 % hoitajista. Yleisin syy siihen, ettei apuvälinettä käytetä oli se ettei sitä ole (kahdeksan mainintaa) tai sitä ei tilojen ahtauden takia (11 mainintaa) mahdu käyttämään. Kaikki apuvälineet eivät sovi kaikille, ne voivat olla rikki tai ne ovat vaikeita käyttää. Kaikki asukkaat eivät myöskään ole motivoituneita apuvälineiden käyttämiseen tai eivät ymmärrä tai osaa apuvälineitä hyödyntää. Esteeksi apuvälineiden käytölle katsottiin myös työn heikko organisointi tai työparin osaamattomuus tai haluttomuus (neljä mainintaa) käyttää apuvälinettä. Lisäksi tuotiin esille, että aina ei apuvälinettä tarvita vaan siirto tai liikkumisen tukeminen luonnistuu ilmeisesti ilman niitä.

Apuvälineiden käyttöä edistävät tekijät ryhmittäytyivät neljään alueeseen. Ensinnäkin apuvälineisiin liittyvät tekijät, kuten se, että apuvälineet ovat käden ulottuvilla tai keskitetysti tietystä paikasta saatavissa ja ovat helppokäyttöisiä sekä asukkaalle sopivia, lisäävät niiden käyttöä. Apuvälineiden hyvä kunto ja puhtaus koettiin tärkeiksi tekijöiksi käytön ja käytettävyyden kannalta. Apuvälineiden valinnassa toivottiin kiinnitettävän huomiota niiden muotoiluun ja väriin ja siihen, missä tiloissa niitä on tarkoitus käyttää. Toisena ja keskeisimpänä apuvälineiden käyttöä edistävinä tekijöinä nähtiin niihin ja niiden käyttöön liittyvän osaamisen, niin tietojen kuin taitojenkin hallinta ja lisääminen. Välineiden käyttöön liittyvä koulutus ja opastus sekä aikaa harjoitella toimintoja nähtiin apuvälineiden käytön edellytyksinä. Pelkästään hoitajien koulutuksen ei katsottu riittävän vaan koettiin, että on tarpeen kyetä ohjaamaan myös asukkaita apuvälineiden käytössä. Kolmas edistävien tekijöiden osa-alue liittyi asenteisiin ja yhteisen työskentelytavan noudattamiseen. Myönteinen suhtautuminen apuvälineiden hyödyntämiseen sekä hoitajien että asukkaiden puolesta todettiin ratkaisevaksi ja yhteistyökykyä ja halua lisääväksi. Neljänneksi saadut kokemukset siitä, että apuvälineiden käytön avulla voidaan työn kuormittavuutta vähentää, jaksamista ja turvallisuutta lisätä sekä saada siirroista helpommin ja mukavammin sujuvia, edistävät apuvälineisiin tarttumista.

10.8 Siirtojen ja liikkumisen avustamisen suunnittelu

Siirtotapahtuma tai liikkumisen avustaminen vaikuttivat olevan suunniteltuja ja harkittuja toimintoja. Suunnitelman toimintavasta ja tarvittavista tarvikkeista ilmoitti tekevänsä 72,5 % hoitajista jokseenkin aina ennen siirtoa tai avustamista. Omaan asentoon ja liikkeittään avustustilanteen aikana ilmoitti miettivänsä kaksi kolmasosaa hoitajista jokseenkin joka tapahtuman yhteydessä. Avustettavan henkilön asentoon kiinnitettiin enemmän huomiota kuin omiin. Liki 90 % ilmoitti tekevänsä niin jokseenkin joka avustustilanteessa.

Asukkaan toimintakyvyn arviointi vaihteli enemmän. Asiakirjoihin perehtyminen tahtoi useimmiten unohtua 6,1 %:lla hoitajista. Satunnaisesti niihin perehtyi 34,7 %, usein 36,7 % ja päivittäin 22,4 % hoitajista. Asukkaan toimintakyvyn tilaa kysyttiin useimmiten työtoverilta. Usein niin tapaa tehdä puolet hoitajista ja 38,8 % tekee niin ihan päivittäin. Yleistä oli myös arvioida asukkaan toimintakykyisyyttä kuten lihavoimaa, nivelliikkuvuutta ja jaksamista, itse ennen siirtoa. Näin toimii 48 % usein ja

38 % aina ennen siirtoa. Asukkaan omia voimavaroja pyritään hyödyntämään siirtolanteissa. Satunnaisesti niin toimii 6,2 %, usein 52,1 % ja joka siirron yhteydessä 41,7 % hoitajista.

10.9 Ohjaaminen ja opastaminen

Siirroissa ja myös liikkumisen avustamisessa on keskeistä aktivoida avustettavaa sekä ohjata ja opastaa niin avustettavaa kuin työparit toistaan. Pääsääntöisesti asukasta aktivoidaan joko usein (45,8 %) tai joka siirron yhteydessä (50 %). Käytössä on monipuoliset aktivointitavat. Yleisimmin asukasta aktivoidaan verbaalisti. Kaikkiaan 93,9 % hoitajista ohjaa asukasta sanojen avulla. Apuvälineitä käyttää aktivoinnin apuna 79,6 % hoitajista. Monet (73,5 %) toteuttavat aktivointia antamalla asukkaille riittävästi aikaa osallistua itse avustustilanteeseen. Kosketusta (67,3 %), liikettä (57,1 %) sekä katsetta (44,9 %) käytetään myös keinoina aktivoida asukkaita avustamisen aikana.

Asukkaan kokemuksen ottaa huomioon joka siirron yhteydessä 31,9 %. Usein sen huomioi 53,2 % ja satunnaisesti 14,9 % hoitajista. Keltään asukkaan kokemuksen huomioiminen siirroissa ei aivan kokonaan unohdu.

Siirtotavan kulun kertaaminen työparin kanssa ennen siirtoa tahtoo useimmiten unohdettua kahdeksalta prosentilta työntekijöistä. Satunnaisesti asia tulee kerrattua työparin kanssa 32 %:n keskuudessa, usein 48 %:n ja joka siirron yhteydessä 12 %:n keskuudessa. Työtoverin opastaminen siirtotekniikoista jää tekemättä parin hoitajan osalta. Satunnaisesti opastukseen ryhtyy 32,7 %, jokseenkin aina 6,1 % ja aina tarvittaessa toimeen ryhtyy 57,1 % hoitajista. Eniten hajontaa sekä siirtotavan kulun kertaamisessa työparin kanssa että työtoverin opastamisessa oli Koskenrinteellä.

Työparin opastamatta jättämistä useammin jää omaisten ohjaaminen tekemättä. Kaikkiaan viidesosa hoitajista ilmoitti, että omaisten ohjaaminen siirtotekniikoissa tai liikkumisen tukemisessa jää tekemättä. Satunnaisesti omaisia opastaa 23,4 %, jokseenkin aina 6,3 % mutta kuitenkin aina tarvittaessa lähes puolet hoitajista.

Vaihtelua ilmeni myös potilassiirtojen käytänteiden yhteneväisyyteen liittyvissä kokemuksissa. Hoitajista 12,7 % koki, etteivät tiimin käytänteet ole yhteneväisiä. Ositain yhteneväisiä käytänteitä piti 59,2 % ja yhteneväisinä 28,6 % hoitajista.

Kyselyn yhteydessä vastaajia pyydettiin kuvaamaan lyhyesti kuinka he avustavat asukasta siirtymään sängystä pyörätuoliin tai vaihtoehtoisesti kuvaamaan joku muu siirto tai liikkumisen tukemisen tilanne. Kuvauksia käytettiin ensisijaisesti koulutuksen suunnittelun apuna.

10.10 Ajatuksia ja kokemuksia

Kyselyn loppuun oli varattu tilaa ajatuksille ja kokemuksille potilassiirroista ja työhyvinvoinnista. Vastaajat hyödynsivät tätä mahdollisuutta aktiivisesti. Kommentit käsitelivät teemaa laaja-alaisesti yleisen tason huomioista aina henkilökohtaisiin tunteuksiin ja mietteisiin.

Asukkaisiin kohdistetuissa mietteissä korostettiin asukasystävällistä toimintatapaa. Rauhallisuus, toimintojen perusteleminen ja ennen kaikkea asukkaiden rohkaisu aktiivisuuteen ja osallistumiseen nähtiin tärkeänä ja työskentelyä helpottavana toimintatapana kaikkien asukkaiden ja varsinkin muistisairaiden asukkaiden kanssa työskennellessä. Huolta koettiin siitä, että asukkaiden kunto huononee ikääntymisen myötä ja tämän takia tilanteiden kuormittavuus vaikeutuu. Toisaalta todettiin, että dementoivista sairauksista omaksuttu tieto ja työkokemuksen kerryttämä taito ottaa huomioon vanhusten tuntemukset helpottaa työtä kyllä.

Tavoitteena moni piti mahdollisuutta työskennellä kiireettä. Ajan lisäksi toivottiin lisää työntekijöitä. Työn sujuvuuden lisäksi mahdollisuus jakaa työtä tai tehdä yhdessä työparin kanssa koettiin oleelliseksi työhyvinvointia edistäväksi tekijäksi.

Tilojen ahtaus, kynnykset ja liian tavarat puhuttivat myös. Monen haaveissa oli tilojen remontointi. Hyvien apuvälineiden tärkeyttä korostettiin. Apuvälineiden ominaisuuksien ohessa pohdittiin niiden käytön ja yleisemmin siirtotekniikoiden hallintaa ja siihen ohjaamista. Uudistumisen sekä avoimen pohdinnan ja tiedotuksen tarve oli ilmeinen. Sitä, että ulkopuolinen taho kartoittaa tilannetta ja järjestää koulutusta pidettiin hyvänä. Koulutus katsottiin yhdeksi työturvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Uusien tai uuden koulutuksen saaneiden hoitajien todettiin osaavan uudet siirtotekniikat mutta työyhteisössä havaittu suuri vastustus koettiin estävän niiden käytäntöön soveltamisen.

Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus oli eniten vastaajia askarruttanut aihe. Koettiin, että ”työpäivä imee kaikki mehut” ja ”työvuoron jälkeen on ihan puhki eikä jaksakaan enää tehdä mitään vapaa-ajalla. Omasta kunnosta huolehtiminen on tällöin mahdotonta.” Itsestä huolehtiminen, riittävä lepo ja toive yhteisestä yhteisöllisestä toiminnasta työajan ulkopuolella tulivat esille monen vastauksissa. Kaikki eivät kuitenkaan kokeneet potilassiirtoja hankalaksi. Kokemuksen, asenteen, mukavien työtoverien ja yhtenäisten käytänteiden avulla katsottiin kuormittavuutta voitavan vähentää ja hyvinvointia kasvattaa. Todettiin myös, että ”työilmapiiri/hyvinvointi (on) todella hyvällä tasolla”.

11 HENKILÖSTÖN POTILASSIIRTOJEN ERGONOMISEEN TOTEUTUKSEEN LIITTYVÄT KOKEMUKSET, TIEDOT, TAIDOT JA ASEENTEET SEURANTAKYSELYSSÄ

11.1 Seurantakyselyn laadinta ja toteutus

Koskenrinteen ergonomia –projektin tutkimussuunnitelman mukaan hankkeessa oli tarkoitus tehdä henkilöstön potilassiirtojen ergonomiseen toteutukseen liittyvien kokemusten, tietojen, taitojen ja asenteiden muutokseen liittyvä seurantakysely vuoden kuluttua koulutuksen aloittamisesta. Alkuperäisen suunnitelman mukainen toteutus olisi poissulkenut tyystin viisi seitsemästä ergonomiakorttikoulutuksen ryhmästä. Tämän takia seurantakysely päätettiin toteuttaa kaikille koulutukseen osallistuneille joulukuussa 2013. Aika, minkä koulutukseen osallistuneet olivat ehtineet soveltaa oppimaansa työtehtävissään vaihteli ryhmien välillä ei lainkaan aikaa – vuosi. Alkumittauksen kyselylomaketta muokattiin seurantalilannetta vastaavaksi ja lisäksi siihen tehtiin projektin työryhmän esittämiä lisäyksiä liittyen koulutusryhmään ja fysioterapeutin toimintaan liittyviin kysymyksiin. Seurantalomakkeen toimivuus testattiin kolmen testivastaajan avulla.

Kuten lähtötilannetta kartoittanut kysely myös seurantakysely rakennettiin ja toteutettiin sähköisesti ZEF © Editorin avulla. Kysely lähetettiin Koskenrinteen yhteyshenkilölle, joka toimitti kyselyn eteenpäin kaikille koulutukseen osallistuneille. Kuten alkukyselyssä myös seurannassa kyselyn vastusaikaa jatkettiin, alkuperäisestä 08.12 joulukuun 15. päivään, jotta olisi saatu mahdollisimman monta vastausta analysoitaviksi. Yhteyshenkilö muistutti kaikkia koulutukseen osallistuneita kyselyyn osallistu-

misesta ja korttikoulutuksen kouluttajat kehottivat vielä koulutustilaisuudessa viikolla 50 mukana olleita osallistumaan kyselyyn.

11.2 Seurantakyselyn kohdejoukko

Kyselyyn vastasi 21 henkilöä. Kaikki seurantakyselyyn vastanneet henkilöt olivat naisia. Nuorin vastaajista oli 25-vuotias, vanhimmat 59-vuotiaita. Vastaajien keski-ikä oli 47 vuotta. Valtaosa vastaajista (18 vastaajaa) edusti perus-, lähi- tai kodinhoitajien ryhmää, loput kolme kuuluivat sairaanhoitajien ja fysioterapeutin muodostamaan ryhmään. Karhula-Kotia edusti 10, Koskenrinteen Kotia kuusi ja kaksi henkilöä Kotka-Kotia. Kolme henkilöä ei ollut valinnut mitään annetuista toimipisteistä. Vastaajista viisi edustivat ryhmiä 1 ja 2, joilla oli ollut mahdollista toteuttaa ergonomiakorttikoulutuksessa saamiaan oppejaan noin vuoden ajan. Ryhmästä kolme ei kukaan vastannut kyselyyn. Ryhmistä neljä ja viisi, joiden koulutusjakson päättymisestä oli seurantakyselyyn mennessä kulunut reilu kuusi kuukautta, vastasi yhteensä kolme henkilöä. Valtaosa vastaajista, kaikkiaan 11 henkilöä, edusti ryhmiä kuusi ja seitsemän, joiden koulutus loppui samaan aikaan kuin seurantakysely toteutettiin. Ryhmittäisissä tarkasteluissa ryhmät on yhdistetty siten, että ryhmät ja 1 ja 2 (ryhmä 1, n=5) on yhdistetty yhdeksi ryhmäksi, samoin ryhmät 3,4 ja 5 omaksi ryhmäkseen (ryhmä 2, n=3) ja ryhmät 6 ja 7 omakseen (ryhmä3, n=11). Seurantakyselyyn vastanneiden henkilöiden lukumäärä ja varsinkin koulutusryhmittäinen mutta myös muiden ryhmittelyjen jakautuminen huomioon ottaen, seurantakyselyn tulosten tarkastelu- ja tulkintamahdollisuudet ovat rajalliset.

11.3 Työn kuormittavuus seurantakyselyssä

Kaikkien seurantakyselyn työnkuormittavuuden osioon vastanneiden hoitajien työvuoroon sisältyi avustettavan henkilön nostoja tai siirtoja. Työvuoronsa aikana hoitajista neljä (10,5 %) teki yhdestä viiteen avustettavan henkilön nostoa tai siirtoa. Nämä nostot hoitajat suorittivat yksin ja he katsoivat, että näissä tulisi käyttää apuvälinettä. Yli puolella henkilöstöstä (n=11) työvuoroon nostoja tai siirtoja osui kuudesta kymmeneen, näistä 43,8 % hoitajat tekivät yksin. Tämän kuudesta kymmeneen nostoa tai siirtoa työvuorossa tekevien mielestä neljäsosassa nostoista olisi käytettävä apuvälinettä. Kuudella hoitajalla (31,6 %) nostoja tai siirtoja oli työvuoron aikana yli kymmenen. Näistä 25 % vastaajat ilmoittivat toteuttavansa yksin. Vain yksi vastaaja ilmoitti, ettei yleensä tee työvuoronsa aikana yhtään nostoa yksin. Näiden erityyppisten nostojen

suhteellisissa määrissä ei ollut toiminimikkeittäin vertailuna mainittavia eroavuuksia. Toimipisteiden välillä eroavuuksia ilmeni siten, että seurantakyselyyn vastanneiden keskuudessa Karhula-Kotilaisten työhön sisältyi eniten nostoja tai avustettavan henkilön siirtoja. Ryhmän kolme, jossa myös oli eniten vastaajia, henkilöiden työvuoroihin osuvien nostojen ja avustettavan henkilö siirtojen määrissä ja nosto- ja siirtotavoissa ilmeni eniten hajontaa. Muutoin tulokset vastasivat kaikkien vastaajien antamien vastausten peruslinjaa.

Työvuoron aikana toteutettavien siirtojen ja avustettavan henkilön siirtojen lukumäärissä sinänsä ei juurikaan muutosta ollut tapahtunut. Näiden toteutustavassa oli kuitenkin tapahtunut muutosta siten, että yksin tehtyjen siirtojen suhteellinen osuus pieneni. Alkukartoituksen mukaan 60 % nostoista ja siirron avustuksista tehtiin yksin niiden parissa, joiden työvuoroon osuu yleensä yli kymmenen nostoa tai siirron avustusta. Seurantakyselyyn osallistuneiden vastaavassa tilanteessa tehtävien yksin toteutettavien siirtojen osuus oli 25 %.

Työn fyysistä kuormittavuutta kuvasi yksi vastaaja (5,9 %) kevyeksi, hieman rasittavaksi 11 (64,7 %), rasittavaksi 4 (23,5 %) ja erittäin rasittavaksi yksi henkilö (5,9 %). Toiminimikkeittäin ja toimipisteittäin rasittavuutta tarkasteltaessa ei eroavuuksia ilmennyt. Juuri koulutuksessa mukana olleet kokivat työnsä muita kuormittavammasi fyysisesti. Alkukyselyyn nähden kokemus työn fyysisestä kuormittavuudesta oli lieventynyt. Alkukartoituksessa 37,5 % kuvasi työn kuormituksen olevan hieman rasittavaa, 45,8 % rasittavaa ja 14,6 % erittäin rasittavaa.

Myös psyykkisen kuormittuneisuuden kokemuksessa oli seurantakyselyn vastausten perusteella nähtävissä huojentumista. Psykkiseltä rasittavuudeltaan työnsä koki erittäin rasittavaksi yksi työntekijä. Muista henkilöistä 11 (64,7 %) koki työnsä psyykkisesti hieman rasittavaksi ja neljä (23,5 %) rasittavaksi. Yhden vastaajan mielestä työ oli psyykkiseltä rasittavuudeltaan kevyttä. Alkukartoituksen mukaan yksi henkilö koki työnsä psyykkisesti erittäin rasittavaksi, muista puolet koki työnsä psyykkisesti hieman rasittavaksi ja puolet rasittavaksi. Seurannassa kokemus jakaantui samalla lailla sekä sairaanhoitajien (mukaan lukien fysioterapeutti) että muiden hoitajien parissa. Kuormittavuuksien kokemukset sen enempää fyysisen kuin psyykkisenkään kuormittavuuden osalta eivät eronneet toimipisteiden välillä. Psykkisen kuormittavuus oli

kaikissa koulutusryhmissä valtaosin koettu hieman rasittavaksi. Juuri koulutettujen parissa ilmeni myös kokemusta työn erittäin rasittavasta kuormittavuudesta.

Vastaajista 14 eli 73,7 % ilmoitti kiinnittävänsä huomioita potilassiirtoihin liittyvään työergonomiaan päivittäin. Tässä oli tapahtunut hieman laskua alkukyselyyn verrattuna (80 %). Neljä vastaajista kiinnitti asiaan huomioita joskus ja yksi vastaajista ilmoitti, ettei yleensä tule työergonomiaan huomioita kiinnittäneeksi. Sairaanhoidajien ja fysioterapeutin muodostaman ryhmän jäsenet (n=3) vastasivat kiinnittävänsä potilassiirtoihin liittyvään työergonomiaan siten, että yksi heistä ei yleensä sitä työvuoronsa aikana tee, toinen joskus ja kolmas päivittäin. Prosentuaalisesti potilassiirtojen ergonomiaan kiinnitettiin huomiota eri toimipisteissä samoin kuin korttikoulutusryhmissä liki yhtäläisesti.

Vastaajien mielestä työtä eniten kuormittavat tekijät olivat henkilöstövahvuus (n=11, 64,7%) ja hankalat työasennot sekä hankala työympäristö (molemmat n=10, 58,8%). Lisäksi työn määrä / kiire mainittiin kuormittavaksi tekijäksi (n=7, 41,2 %). Asukkaiden vaikeahoitaisuus (n=5, 29,4 %) ja työ- tai apuvälineen puute (n=4, 23,5 %) oli monen mielestä yksi kuormittavimmista tekijöistä. Oma huono fyysinen kunto ja huono ilmapiiri saivat myös mainintoja kolmea kuormittavinta tekijää kysyttäessä. Työn organisointi, osaamisen vaje eikä henkinen kuormittavuus kuuluneet kenenkään vastaajan mielestä kolmen työtä eniten kuormittavan tekijän joukkoon. Toiminimikkeittäiset erot olivat yksittäisiä havaintoja. Toimipisteiden osalla suurin eroavuus oli, että seurantakyselyyn vastanneet, jotka valitsivat työn määrän yhdeksi kolmesta eniten kuormittavasta tekijästä, edustivat kaikki Koskenrinteen Kotia. Muut kuormittuneisuutta kuvaavat valinnat olivat samansuuntaisia kaikissa toimipisteissä. Koulutusajankohdan mukaisten ryhmien vastaukset erosivat toisistaan siten, että niiden parissa, joiden koulutuksessa oli kulunut vuoden verran kuormittavammiksi tekijäksi (80%) mainittiin henkilöstön vähyys, puolivuotta sitten kortti koulutuksen käyneitä ei juuri mitkään tekijät näyttäneet kuormittavan, ja juuri koulutuksessa mukana olleita kuormittivat eniten sekä henkilöstön vähyys että työympäristöön liittyvät seikat.

Kuormittaviksi ilmoitetuissa tekijöissä oli tapahtunut paljon muutosta seurantajakson aikana. Seurantakyselyn useimmin mainittu henkilöstövahvuus oli kyllä alkutilanteessa yksi kolmesta eniten kuormittaviksi koetuista tekijöistä mutta tilanne työ- tai apuvälineiden puutteen kohdalla oli parantunut ja työn määrän ja kiireen kokemisen osal-

takin hivenen helpottunut. Seurantakyselyssä kuormittavuuden havainnot kohdentuivat alkutilannetta enemmän hankaliin työasentoihin ja työympäristöön. Asukkaiden vaikeahoitoisuutta ei puolestaan enää seuranvaiheessa koettu yhtä lailla kuormittavaksi kuin ennen koulutusta. Omaiset kuormittavina tekijöinä säilyttivät asemansa. Työn organisointi, osaamisen vaje ja henkinen kuormittavuus olivat kaikki jääneet pois kolmen kuormittavimman tekijän listalta.

Alkukyselyyn syksyllä 2012 vastanneille esitettiin myös kysymys, josko heillä oli mielestään ollut työn kuormittavuuteen liittyen ensimmäisen kyselyn jälkeen tiettyjä sairauksia tai oireita. Kahdella vastaajista oli ollut tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia (28,6 %), väsymystä viidellä (71,4 %) ja univaikeuksia kahdella (28,6 %). Sairaanhoidajat ja fysioterapeutit olivat näiltä välttyneet, tapaturmia ei ollut sattunut kenellekään. Väsymystä kokivat niin Karhula-Kodin, Koskenrinteen kuin Kotka-Kodinkin työntekijät ja yhtäläillä oireita ja sairauksia oli huolimatta siitä, milloin korttikoulutukseen oli osallistuttu.

Muutos oireiden ja sairauksien suhteen oli kyselyn vastausten perusteella ainakin jossain määrin myönteinen. Työn kuormittavuuteen liittyneiltä tapaturmilta oli välttytty ja tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia kokeneiden suhteellinen osuus pieneni. Väsymys ei tosin ollut helpottanut ja univaikeudet vaikeuttivat edelleen joidenkin vastaajien jaksamista.

11.4 Vaikutusmahdollisuudet seurantakyselyssä

Samoin kuin lähtökartoituksessa myös seurantakyselyssä työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia oman työnsä kuormittavuuteen kartoitettiin seitsemän eri osa-alueen osalta. Osa-alueet olivat: työn fyysinen kuormittavuus (n=18), työn psyykinen kuormittavuus (n=18), työn organisointi (n=18), työtehtävät (n=18), työmenetelmät (n=18), työympäristö (n=18) sekä työyhteisön ilmapiiri (n=17). Vähiten vaikutusmahdollisuuksia koettiin olevan työn psyykkiseen kuormittavuuteen, työtehtäviin, työn fyysiseen kuormittavuuteen sekä työympäristöön. Eniten vaikutusmahdollisuuksia nähtiin olevan työyhteisön ilmapiiriin ja käytettäviin työmenetelmiin. Sairaanhoidajien ja fysioterapeutin muodostaman ryhmän jäsenten kokemukset erosivat toisistaan. Heistä yksi koki mahdollisuutensa vaikuttaa työnsä fyysiseen kuormittavuuteen erittäin vähäiseksi, toinen kohtalaisen hyväksi ja kolmas hyväksi. Kokonaisuudessaan kokemukset jakautuivat jokseenkin yhtäläisesti molempien toiminimikeryhmien välillä. Ryh-

mien näkemys mahdollisuuksistaan vaikuttaa työn organisointiin vaihteli. Sairaanhoidajat ja fysioterapeutti -ryhmän vastauksien mukaan heidän mahdollisuutensa vaikuttaa työnsä organisointiin vaihteli erittäin vähäisestä kohtalaiseen, muiden hoitajien kokemukset puolestaan olivat valtaosin positiivisempi vaihdellen vähäisestä hyvään vaikutusmahdollisuuteen. Työtehtäviin vaikuttamisen mahdollisuudet koettiin molemmissa ryhmissä jokseenkin vähäiseksi. Työmenetelmien, - ympäristön ja yhteisön ilmapiiriin kohdalla perus-, lähi- ja kodinhoitajiin lukeutuvien henkilöiden näkemykset omista vaikutusmahdollisuuksistaan olivat positiivisemmat kuin sairaanhoitajien ja fysioterapeutin. Vuosi sitten ergonomiakoulutuksessa olleiden kokemus vaikutusmahdollisuuksistaan jakautui tasaisesti erittäin vähäisestä hyvään. Puoli vuotta sitten koulutetuista vain yksi vastasi kysymykseen todeten vaikutusmahdollisuutensa hyväksi ja vast' ikään koulutetut olivat sitä mieltä, että mahdollisuus vaikuttaa oman työn kuormittavuuteen on vähäistä tai korkeintaan kohtalaista. Oman työn psyykkiseen kuormittavuuteen vaikuttaminen nähtiin kaikissa ryhmissä heikommaksi kuin fyysiseen kuormittavuuteen. Vaikutusmahdollisuudet oman työn kuormittavuuteen liittyviin osa-alueisiin on esitetty taulukossa 6

Taulukko 6 Työntekijöiden kokemukset vaikutusmahdollisuuksistaan työn kuormittavuuden osa-alueisiin (prosentuaaliset osuudet suluissa).

Vaikutusmahdollisuus	Erittäin vähäinen	Vähäinen	Kohtalaisen hyvä	Hyvä	Erittäin hyvä
Työn fyysis. kuormittavuuteen	4 (22,2)	5 (27,8)	6 (33,3)	3 (16,7)	
Työn psyykk. kuormittavuuteen	4 (23,5)	9 (52,9)	4 (23,5)		
Työn organisointiin	1 (5,6)	6 (33,3)	5 (27,8)	6 (33,3)	
Työtehtäviin	1 (5,9)	11 (64,7)	3 (17,6)	2 (11,8)	
Työmenetelmiin	1 (5,6)	2 (11,1)	10 (55,6)	5 (27,8)	
Työympäristöön	1 (5,9)	7 (41,2)	7 (41,2)	2 (11,8)	
Työyhteisön ilmapiiriin		1 (5,9)	4 (23,5)	10 (58,8)	2 (11,1)

Työntekijöiden kokemukset vaikutusmahdollisuuksista vaihtelivat toimipisteittäin ja osa-alueittain. Seurannassa havaitut vaikutusmahdollisuuksien muutoksiin liittyvät kokemukset olivat tosin nähtävissä kaikissa toimipisteissä. Karhula-Kodissa vaikutusmahdollisuudet näyttivät seurantakyselyssäkin edelleen olevan parhaimmat työme-

netelmiin, Koskenrinteessä myöskin työmenetelmiin ja samoin työyhteisön ilmapiiriin. Kotka-Kodissa puolestaan työn organisointiin ja työyhteisön ilmapiiriin. Koulutusryhmittäiset eroavuudet ilmenivät siten, että juuri koulutuksen läpikäyneet kokivat vaikutusmahdollisuutensa paremmiksi kuin he, joiden koulutusrupeatusta oli ehtinyt jo kulua aikaa.

Vaikutusmahdollisuutensa vähintään kohtalaisen hyväksi kokeneiden prosentuaaliset osuudet Karhula-Kodissa (n=10), Koskenrinteen Kodissa (n=6) ja Kotka-Kodissa (n=2) on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Vaikutusmahdollisuudet vähintään kohtalaisen hyväksi kokeneiden työntekijöiden prosentuaaliset osuudet eri toimipisteissä.

Vähintään kohtalaisen hyvä vaikutusmahdollisuus	Toimipiste		
	Karhula	Koskenrinne	Kotka
	Prosenttia		
Työn fyysis. kuormittavuuteen	44,4	66,6	
Työn psyykk. kuormittavuuteen	22,2	20,0	50,0
Työn organsointiin	44,4	66,7	100
Työtehtäviin	33,3		50,0
Työmenetelmiin	77,8	100	50,0
Työympäristöön	44,4	80,0	50,0
Työyhteisön ilmapiiriin	87,5	100	100

Työntekijöiden kokemukset vaikutusmahdollisuuksistaan työn kuormittavuuden osaluksiin olivat muuttuneet seurantajakson aikana. Vaikka monilta osin itse kuormittavuuden kokemus oli lievittänyt, niin kokemus vaikuttamismahdollisuuksista oli heikentynyt lukuun ottamatta työyhteisön ilmapiiriin ja fyysisen kuormittavuuden osaluksi. Alkutilanteessa vain 54 % vastaajista koki omat mahdollisuutensa vaikuttaa työyhteisön ilmapiiriin vähintään kohtalaisen hyväksi kun taas seurantakyselyyn osallistuneista 94,1 % koki näin. Muutos mahdollisuuksista vaikuttaa työn fyysiseen kuormittavuuteen oli kohentunut maltillisemmin. Vähintään kohtalaisen hyväksi sen ennen koulutusta koki 44 % vastaajista, seurantakyselyssä vastaavasti 50 % vastaajis-

ta. Työmenetelmiin vaikuttamisen mahdollisuus oli pysynyt samana. Vaikutusmahdollisuuksien vähenemisen kokemus oli suurinta työtehtävien osalla. Vähintään kohtalaisen hyväksi kokeneiden osuus väheni alun 64,6 %:sta seurannan 29,3 %:in. Vaikutusmahdollisuuksien heikentyminen näkyi myös psyykkisen kuormittavuuden kohdalla (alun 44,7 % verrattuna seurannan 23,5 %), työn organisoinnin (81,6 % versus 61,1 %) ja työympäristöön vaikuttamisen kohdalla (60,5 % versus 52,9 %).

Työntekijöiden mukaan mahdollisuuksia vaikuttaa työhön liittyviin seikkoihin hyödynnetään edelleen aktiiviksi. Molemmat työntekijäryhmät vastasivat kysymykseen yhtälailla, samoin eri koulutusryhmiin kuuluvat. Suurin osa seurantakyselyyn vastanneista (n=15 93,8 %) ilmoitti käyttävänsä vaikutusmahdollisuudet aina tilaisuuden koittaessa. Koskenrinteellä ja Kotka-Kodissa kaikki kokivat näin, Karhula-Kodin henkilöstöstä vastanneista 87,5 %.

Potilassiirtojen ergonomista toteuttamista pidettiin pääsääntöisesti erittäin tärkeänä (58,8 %). Tärkeänä potilassiirtojen ergonomiaa piti 29,4 prosenttia vastaajista ja 11,8 prosenttia melko tärkeänä. Tämän suuntainen suhtautuminen potilassiirtojen ergonomiaan oli yhtenäinen kaikissa toimipaikoissa ja molemmissa työntekijäryhmissä sekä koulutusryhmissä. Ergonomisen toteutuksen tärkeydessä ilmeni eroa alku- ja seurantakyselyjen välillä. Alkukyselyssä ne erittäin tärkeiksi kokevia oli 70 % vastaajista.

Myös seurannassa kartoitettiin vastaajien kokemusta tuen saamisesta muilta työyhteisön jäseniltä. Aivan kuten alkukyselyssäkin myöskään seurantakyselyssä kukaan ei ilmoittanut kokeneensa jäävänsä tyystin ilman tukea tai olisi kokenut saavansa tukea vain harvoin. Useimmiten tukea koki saavansa 62,5% ja aina tarvittaessa 37,5 % vastaajista. Kotka-Kodissa vastanneista 50 % (n=2) koki saavansa tukea aina, vastaavasti Karhula-Kodissa 37,5 % ja Koskenrinteen Kodissa 20 % vastaajista koki saavansa tukea työtovereiltaan aina tarvittaessa. Toimipisteittäinen tilanne oli siis pysynyt samana. Koulutusryhmittäisessä vertailussa parhaiten tukea saivat vuosi sitten koulutukseen osallistuneet (ryhmä 1).

11.5 Työturvallisuus seurantakyselyssä

Työturvallisuuslakien määrittämät velvoitteet ja vastuut eivät enää seurantamittauksessa olleet tuntemattomia kenellekään. Osittain ne olivat tuttuja 29,4 prosentille ja

70,6 prosenttia vastaajista ilmoitti ne kyllä tuntevansa. Karhula-Kodissa velvoitteiden tuntemisessa ilmeni hajontaa, muiden toimipisteiden vastaajat totesivat ne kyllä tuntevansa. Koulutuksesta kuluneella ajalla ei ollut merkitystä.

Kukaan osallistuneista ei vastannut, ettei hänen tapanaan ole arvioida siirtoihin tai liikkumiseen liittyviä riskejä. Joskus riskejä työntekijöistä arvioi 35,3 % ja jokseenkin aina siirtoja tai liikkumista avustaessaan riskejä arvioi 64,7 % vastaajista. Aktiivisimmin riskejä arvioitiin edelleen Karhula-Kodissa ja niiden parissa, joiden koulutuksesta oli kulunut vähiten aikaa. Alku- ja seurantakyselyn välillä ei ilmennyt eroavuutta tavassa arvioida riskejä.

Aktiivisesti näitä riskejä pyrki omalla toiminnallaan vähentämään 18,8 % työntekijöistä ainakin joskus ja jokseenkin aina 81,2 %. Riskien vähentämiseen tähtäävä toiminta oli nyt aktiivisinta Koskenrinteen Kodissa. Sillä, kuinka kauan sitten korttikoulutus oli suoritettu ei ollut väliä. Riskien vähentämisen aktiivisuus oli hivenen vähentynyt seuranta-aikana.

Seurantakyselyssä tiedusteltiin, mitä vastaajat olivat tehneet seurantajakson aikana vähentääkseen työturvallisuutta heikentäviä riskejä. Useimmiten vastaajat mainitsivat keskittäneensä enemmän huomiota apuvälineiden saatavuuteen ja sopivuuteen sekä yleensä koulutuksessa saatujen oppien ja neuvojen käytäntöön soveltamiseen. Työparin kanssa oli ryhdytty aiempaa tarkemmin harkitsemaan siirtojen sopivuutta. Jotkut ilmoittivat keskittyneensä nyt paremmin työasentojen sekä niin asukkaiden kuin oman kunnan ja voimavarojen hyödyntämiseen, jotta siirrot onnistuisivat turvallisesti.

11.6 Työympäristö seurantakyselyssä

Työympäristön toimivuuteen liittyen kyselyssä tiedusteltiin työtilojen ja kalusteiden vaikutusta, työtilojen ahtautta, kalusteiden tarkoituksenmukaisuutta, mahdollisia tiellä olevia tavaroita ja työasujen toimivuutta. Yhden henkilön työhön työtiloilla ja kalusteilla ei ollut vaikutusta. Muista vastaajista 62,5 % katsoi, että työtilat ja kalusteet vaikeuttavat siirtoja tai liikkumisen tukemista jonkin verran ja 31,2 % oli sitä mieltä, että ne vaikeuttavat työskentelyä paljon. Karhula-Kodin ja Kotka-Kodin tilojen koettiin pääsääntöisesti vaikeuttavan työskentelyä jossain määrin. Käsitykset Koskenrinteen Kodin tilojen toimivuudesta puolestaan vaihtelivat siten, että jonkun mielestä tilat eivät lainkaan häiritse työskentelyä, osan mielestä tilat vaikeuttavat työskentelyä jonkin

verran ja osan mielestä ne taas haittasivat paljon. Eniten tilojen ja kalusteiden takia vaikeutta kokivat vuosi sitten koulutukseen osallistuneet. Kokemukset työympäristön toimivuudesta olivat kaiken kaikkiaan pysyneet seurantajakson aikana jokseenkin samoina.

Tilat koettiin edelleen pääsääntöisesti (94,1 %) ja joka toimipisteessä ahtaaksi oli koulutuksesta kulunut miten paljon aikaa hyvänsä. Edelleen varsinkin wc-tilat koettiin ahtaaksi. Samoin asukkaiden huoneiden, makuuhuoneiden tai pienten asuntojen sinänsä koettiin vaikeuttavan siirtoja ja liikkumisen tukemista jonkin verran. Sähkökäyttöisten sänkyjen korkeiden sivulautojen epäkäytännöllisyys tuotiin esille sekä pienten makuuhuoneiden ahtauden yhteydessä mainittiin erityisesti sänkyjen sijoittelu siten, ettei sängyn molemmin puolin työskenteleminen ole mahdollista. Myös saunan pukuhuoneen ahtaus tuotiin esille siirtoja ja liikkumisen tukemista haittaavana tekijänä. Muiden tilojen soveltuvuutta ei seurantakyselyn vastauksissa kommentoitu.

Työympäristössä olevia kalusteita piti 41,2 % vastaajista tarkoituksenmukaisina. Näin ollen 58,8 %:n mielestä ne olivat epätarkoituksenmukaisia. Toimipisteitten välillä ilmeni eroavuuksia kalusteiden epätarkoituksenmukaisuuden suhteen. Karhula-Kodin ja Kotka-Kodin kalusteita kuvattiin valtaosin epätarkoituksenmukaisiksi mutta Koskenrinteen kalusteet jakoivat mielipiteitä. Siellä useat vastaajat totesivat, etteivät kalusteen ole epätarkoituksenmukaisia. Ongelmalliseksi koettiin varsinkin sänkyjen mutta myös wc-istuimien mataluus. Hankaluutta tuotti myös keittiön tuolien sopimattomuus, asukkaiden kalusteet ylipäättään sekä mattojen runsaus. Myös hyllyt ja lipastot mainittiin kysyttäessä epätarkoituksenmukaisia kalusteita. Seurantakyselyyn osallistuneista suurempi osa koki kalusteet tarkoituksenmukaisiksi kuin mitä alkukyselyyn osallistuneet ilmoittivat (alku 37,5 %).

Epätarkoituksenmukaisuuden ohessa asukkaiden huonekalut ylipäättään ja erikseen mainittuina pöydät, penkit, lipastot ja kirjahyllyt sekä matot mainittiin olevan työskentelyn tiellä. Huonekalujen lisäksi todettiin, että asukkaiden tavarat ovat usein tiellä. Näitä ylimääräisiä tiellä olevia tavaroita kohtasi 62,5 % työntekijöistä työympäristönsään (alkukyselyn mukaan 71,4 %). Karhula-kodissa ja Kotka-Kodissa vastaajat valtaosin toivat esiin, että ylimääräisiä tavaroita työskentelyn tiellä on. Tässä suhteessa Koskenrinteen edustajien vastaukset jakaantuivat tasan vaihtoehtojen välillä; puolet vastaajista olivat sitä mieltä ettei työskentely-ympäristössä ole tiellä ylimääräisiä tava-

roita, puolet taas olivat päinvastaista mieltä. Käsitys kalusteiden epätarkoituksenmukaisuudesta ei eronnut koulutusryhmien välillä.

Työasuihin oltiin edelleen jokseenkin tyytyväisiä. Valta-osa, 88,2 % vastaajista piti niitä toimivina. Toimivuuden lisäämiseksi työasujen materiaaleihin kaivattiin lisää joustavuutta.

Työympäristön toimivuuteen liittyvien eri osa-tekijöiden jakautumisen prosentuaaliset osuudet Karhula-Kodissa (n= 8), Koskenrinteen Kodissa (n= 6) ja Kotka-Kodissa (n=2) on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8. Työympäristön toimivuuden ongelmia kokeneiden prosentuaaliset osuudet.

Työympäristön ongelmana	Toimipiste		
	Karhula	Koskenrinne	Kotka
	Prosenttia		
Ahtautta	100	83,3	100
Epätarkoituksettomat kalusteet	75,0	33,3	50,0
Ylimääräiset tavarat	85,7	50,0	100
Työasut	12,5	0,0	0,0

11.7 Apuvälineet seurantakyselyssä

Yleisimmät siirroissa ja liikkumisen tukemisessa käytetyt apuvälineet olivat rollaattorit ja pyörätuolit. Seisomanojanostin sekä lattianosturi olivat myös yleisesti käytössä, samoin liukulaudat ja -lakanat ja nousutuki. Siirto- tai talutusvyötä, Eva-Fordia ja apinapuutakin hyödynnettiin sekä satunnaisesti kääntölevyä, Turneria ja Returneria. Myös suihkutuolia mainittiin käytettävän siirtoja tukevana apuvälineenä. apuvälineiden käyttö oli runsaita niiden parissa, jotka olivat osallistuneet koulutukseen ensimmäisten mukana. Taulukossa 9 on esitetty kuinka monta prosenttia vastaajista käyttää kyseistä apuvälinettä.

Taulukko 9. Apuvälineiden käytön yleisyys.

Apuvälineiden käyttö	%
Lattianosturi	58,8
Seisomanojanostin	70,6
Kääntölevy	23,5
Siirto- tai talutusvyö	35,3
Liukulakana	52,9
Liukukauta	52,9
Eva-Ford	29,4
Pyörätuoli	88,2
Rollaattori	100
Nousutuki	52,9
Apinapuu	29,4
Narutikkaat	0
Joku muu	5,9

Verrattaessa seurantakyselyn vastauksia alkukyselyn vastauksiin ilmeni, että apuvälineiden käytössä oli tapahtunut joidenkin apuvälineiden osalla lisääntynyttä käyttöä, toisten taas vähentynyttä käyttöä, joidenkin käyttö oli puolestaan pysynyt lähestulkoon samana. Lattianosturin, kääntölevyn ja nousutuen käyttäjien suhteellinen osuus oli pienentynyt, seisomanojanostinta, liukulakanoita ja liukulautaa, Eva-Fordia ja apinapuuta hyödykseen käyttäneiden osuus oli suurentunut.

Kukaan vastaajista ei kokenut, että apuvälineiden käyttö pääsisi tyystin unohtumaan. Satunnaisesti apuvälineitä käytti 5,9 %, melkein aina 47,1 % ja samoin aina 47,1 % hoitajista. Melkein aina ja aina apuvälineitä käyttäneiden osuus pysyi jokseenkin samana. apuvälineiden käytön suhteen ei näyttänyt olevan eroa sillä, mihin koulutusryhmään kuului. Aktiivisinta vastaajien apuvälineiden käyttö oli Koskenrinteellä. Siellä työskentelevistä seurantakyselyyn osallistuneista henkilöistä 83,3 % ilmoitti käyttävänsä apuvälineitä aina. Syyt apuvälineiden käyttämättä jättämiseen olivat edelleen samat. Niitä ei käytetä, jos niitä ei ole tai niitä ei osata tai mahdollista käyttämään. Myös asukkaiden vastahakoisuus koettiin apuvälineiden käytön esteeksi. Apuvälineisiin saatavuuteen ei muutoin puututtu mutta Karhula-Kotiin kaivattiin vielä liukulakanoita hoivaosastolle.

Seurantakyselyssä apuvälineiden käyttöä edistävästä tekijöistä keskeisimmäksi nousi se, että apuvälineiden käyttöön on saatavissa koulutusta, ohjausta ja opastusta. Tässä yhteydessä mainittiin myös työyhteisön osaamista tukevan ilmapiirin keskeisyys, se, että voi niin kysyä kuin antaa vinkkejä apuvälineiden käytöstä. Hyvin sujuva yhteistyö apuvälinelainaamon kanssa oli myös koettu käyttöä edistäväksi asiaksi. Toiseksi tuotiin esille, että ratkaisevaa on, että apuvälineitä ylipäättään on saatavilla ja että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Kolmas yhtä lailla keskeinen seikka oli, että kokemukset apuvälineiden käytöstä olivat osoittaneet niiden tuovat helpotusta fyysisesti kuormittavaan työskentelyyn. Arki helpottuu ja turvallisuus paranee.

Ergonomiakorttikoulutuksen myötä apuvälineiden käyttö oli puolella vastaavista pysynyt jotakuinkin samana kuin ennen koulutusta. Puolet vastaajista puolestaan kokivat apuvälineiden käytön lisääntyneen, eritoten he, joiden koulutuksesta oli eniten aikaa. Syiksi siihen, että muutosta ei ollut tapahtunut mainittiin se, että apuvälineitä oli käytetty jo ennen koulutustakin (kuusi mainintaa). Tosin niiden tarpeen huomiointi oli lisääntynyt. Yksi vastaajista toi esille, että apuvälineiden vähyys vaikuttaa edelleen. Apuvälineiden käytön lisääntymisen taustalla oli käyttöön liittyvän tiedon lisääntyminen, myönteiset kokemukset apuvälineiden kuormittuvuutta vähentävästä vaikutuksesta, neuvonnan osaamisen kasvu sekä aktivoituminen oman työasennon arviointiin ja oman jaksamisen tukemiseen. Eniten apuvälineiden käyttö oli lisääntynyt Koskenrinteen Kodissa, missä 60 % vastaajista ilmoitti apuvälineiden käyttönsä lisääntyneen korttikoulutuksen myötä.

11.8 Siirtojen ja liikkumisen avustamisen suunnittelu seurantakyselyssä

Siirtotapahtuman tai liikkumisen avustamisen suunnittelu oli seurantakyselyyn vastanneiden keskuudessa alkukyselyyn verrattuna hivenen vähentynyt. Suunnitelman toimintavasta ja tarvittavista tarvikkeista ilmoitti tekevänsä 68,8 % (alkukyselyssä 72,5 %) hoitajista jokseenkin aina ennen siirtoa tai avustamista. Suunnittelu oli yleisempää, mitä vähemmän koulutuksesta oli kulunut. Omaan asentoaan ja liikkeittään avustustilanteen aikana ilmoitti miettivänsä 73,3 % hoitajista jokseenkin joka tapahtuman yhteydessä, mikä oli enemmän kuin ennen koulutusta (66 %). Avustettavan henkilön asentoon kiinnitettiin yhä enemmän huomiota (94 % jokseenkin aina) kuin omaan asentoon. Toimintatavat olivat kaikissa toimipisteissä ja koulutusryhmissä hyvinkin samankaltaiset.

Asukkaan toimintakyvyn arviointi vaihtelu oli pysynyt lähes alkukyselyn tilanteen kaltaisena. Asiakirjoihin perehtyminen ei enää unohtunut keltään. Satunnaisesti niihin perehtyi 37,5 %, usein 37,5 % ja päivittäin 25 % hoitajista. Asukkaan toimintakyvyn tilaa kysyttiin useimmiten työtoverilta ja käytäntö oli seurantajakson aikana yleistynyt. Päivittäin niin tekee nyt 53,3 % (alussa 38,8 %), usein niin tapaa tehdä 26,7 % hoitajista ja 20 % satunnaisesti. Asukkaan toimintakykyisyyttä kuten lihasvoimaa, nivelliikkuvuutta ja jaksamista ennen siirtoa tehdään kyllä mutta ei aivan yhtä aktiivisesti kuin aiemmin. Arvioita tekee 68,8 % usein ja 18,8 % aina ennen siirtoa. Asukkaan omia voimavaroja pyritään hyödyntämään siirtotilanteissa hivenen aiempaa enemmän. Usein niin toimii 46,7 % ja joka siirron yhteydessä 53,3 % hoitajista. Toimintakyvyn arviointi ei eri toimipisteiden seurantakyselyyn osallistuneiden välillä eronnut toisistaan mutta oli sitä yleisempää mitä vähemmän koulutuksesta oli aikaa.

11.9 Ohjaaminen ja opastaminen seurantakyselyssä

Ymmärrys siitä, että siirroissa ja myös liikkumisen avustamisessa on keskeistä aktiivoida avustettavaa sekä ohjata ja opastaa niin avustettavaa kuin työparit toinen toistaan, oli seurantakyselyn mukaan lisääntynyt. Asukkaan aktivointi oli saanut enemmän huomiota. Pääsääntöisesti asukasta aktivoitiin joko usein (31,2 %) tai joka siirron yhteydessä (68,8 %). Käytössä oli edelleenkin monipuoliset aktivointitavat, joiden jokaisen käyttö oli alkukyselyyn verrattuna lisääntynyt. Yleisimmin asukasta aktivoidaan edelleen verbaalisti. Kaikki hoitajista ohjaavat asukasta sanojen avulla. Kosketusta käyttää aktivoinnin apuna 93,3 % (alkutilanteessa 67,3 %) hoitajista. Vastaajista 80 % (alussa 79,6 %) toteuttavat aktivointia apuvälineiden avulla ja antamalla asukkaille riittävästi aikaa osallistua itse avustustilanteeseen. Liikettä 66,7 % (alussa 57,1 %) ja katsetta, 53,3 % (alussa 44,9 %) käytetään myös keinoina aktivoida asukkaita avustamisen aikana. Ohjaaminen ja opastaminen kaikissa eri muodoissaan oli yleisempää niillä, jotka olivat saaneet korttikoulutusta äskettäin.

Asukkaan kokemuksen ottaa huomioon joka siirron yhteydessä seurantakyselyn mukaan 18,8 % kun alkukyselyn mukaan niin toimi 31,9 % vastaajista. Usein sen huomioi 81,2 % hoitajista (alussa 53,2 %). Keltään asukkaan kokemuksen huomioiminen siirroissa ei aivan kokonaan unohtu.

Siirtotavan kulun kertaaminen työparin kanssa ennen siirtoa ei ollut kokenut suuria muutoksia. Se tahtoo useimmiten unohtua vielä yhdeltä (6,2 %) työntekijältä. Satun-

naisesti asia tulee kerrattua työparin kanssa 18,8 %:n keskuudessa, suurin osa tekee niin usein 68,8 %:n ja joka siirron yhteydessä sen tekee yksi (6,2 %) hoitajista. Työtoverin opastaminen siirtotekniikoista ei myöskään ollut suuremmin muuttunut. Se jää tekemättä parin hoitajan osalta, varsinkin kun koulutuksesta ei ollut ehtinyt kulua juurikaan aikaa. Satunnaisesti opastukseen ryhtyy 20, jokseenkin aina 6,7 % ja aina tarvittaessa toimeen ryhtyy 73,3 % hoitajista, mikä osuus oli alkukyselyyn verrattuna kohentunut. Eniten hajontaa siirtotavan kulun kertaamisessa työparin kanssa oli Koskenrinteellä, työtoverin opastamisessa puolestaan Karhula-Kodilla.

Omaisten opastaminen oli muuttunut. Työparin opastamatta jättämistä useammin se kuitenkin jää edelleen tekemättä. Kaksi hoitajista (15,4 %) ilmoitti, että omaisten ohjaaminen siirtotekniikoissa tai liikkumisen tukemisessa jää tekemättä. Satunnaisesti omaisia opastaa 38,5 % (alussa 23,4 %), jokseenkin aina yksi (7,7 %) ja aina tarvittaessa 38,5 % (alussa lähes puolet) hoitajista. Omaisten ohjaus oli aktiivisinta Kotka-Kodilla ja Karhulassa ja heillä, jotka olivat saaneet koulutusta jo ensimmäisinä.

Potilassiirtojen käytänteiden yhteneväisyyteen liittyvät kokemukset vaihtelivat. Seurantakyselyn vastaajista isompi osuus koki käytänteiden olevan yhteneväisiä kuin mitä alkukyselyyn vastanneet tekijät. Hoitajista yksi (7,1 %) koki, etteivät tiimin käytänteet ole yhteneväisiä. Osittain yhteneväisiä käytänteitä piti 57,1 % ja yhteneväisinä 35,7 % (alkukyselyssä 28,6 %) hoitajista. Yhteneväisyyden kokemuksen ilmentyminen oli yhteneväinen toimipisteiden kesken ja yleisempää äskettäin koulutuksessa olleilla.

Myös seurantakyselyn yhteydessä vastaajia pyydettiin kuvaamaan lyhyesti kuinka he avustavat asukasta siirtymään sängystä pyörätuoliin tai vaihtoehtoisesti kuvaamaan joku muu siirto tai liikkumisen tukemisen tilanne. Kuvauksia käytettiin ensisijaisesti koulutusta antaneiden opettajien palautteena opetuksen kehittämisen tukena.

11.10 Seurantakyselyssä esille tuotuja ajatuksia ja kokemuksia

Kuten alkukyselynä myös seurantakyselyn loppuun oli varattu tilaa ajatuksille ja kokemuksille potilassiirroista ja työhyvinvoinnista. Lisäksi seurantatutkimuksessa tiedusteltiin vastaajilta, miten fysioterapeutti heidän mielestään voi parhaiten auttaa kunkin oman yksikön toiminnassa. Vastauksia saatiin kahdeksan. Näistä kuudessa opastus, ohjaus ja neuvonta koettiin parhaiksi auttamismuodoiksi. Lisäksi asukkaiden toimintakyvyn ylläpito omalta osaltaan sekä liikuntatapahtuminen pitäminen muistisai-

raille asukkaille tuotiin esille. Palautteissa todettiin lisäksi, että fysioterapeutti voisi auttaa paljonkin mutta toiminta oli vastaajan kokemuksen jäänyt pelkästään apuvälinetilauksiin.

Yleistä palautetta potilassiirroista ja työhyvinvoinnista antoi kolme vastaajaa. Heidän kommenteissaan näkyi usko apuvälineiden käytön hyödyllisyyteen huolimatta siitä, että aluksi apuvälineiden käyttö vie enemmän aikaa. Ergonomiakoulutus sai osakseen kiitosta. Sen koettiin olleet hyödyksi kaikille. Siirtotekniikkatietojen ja tietämyksen lisääntymisen todettiin auttavan vähentämään siirtojen fyysistä kuormittavuutta.

12 TYÖTAPATURMIEN, SAIRAUKSIEN ILMAANTUVUUDEN JA SAIRAUSSPOISSAOLAJEN KEHITYS

Tutkimussuunnitelman mukaan hankkeessa seurataan ja arvioidaan tilastotietojen avulla työtaturmien, sairauksien ilmaantuvuuden ja sairauspoissaolosten kehitystä. Ilmaantuvuuden eli insidenssin tarkastelussa seurataan uusien tapaturma- tai tautitapausten lukumäärää tietyssä seuranta-aikana eli sitä, kuinka monta työntekijää joutuu tapaturmaan tai kuinka monta tervettä työntekijää sairastuu määrättyä ajanjaksona.

Koskenrinteen henkilöstöraportin tilastot sairauksista kuvaavat vallitsevuutta (prevalenssia) eli sairauspäivien lukumäärää tietyssä ajanjaksona. Vallitsevuuteen vaikuttaa niin uusien tapausten määrä, sairastavien tuleminen tai poistuminen seurattavasta väkituisen henkilökunnan ryhmästä että myös sairauden kesto. Vallitsevuus ja sen myötä työyhteisön sairausrasite muuttuu siis sekä ilmaantuvuuden että sairauksien keston muuttumisen myötä.

Sairauspoissaolosten kehityksen arviointi aloitettiin vuosien 2011 ja 2012 henkilöstöraporttien pohjalta. Raportit sisältävät koko henkilökunnan sairauspoissaolopäivien kuukausittaiset lukumäärät. Vuodelle 2012 poissaolosten lukumäärä on eritelty tautiluokittain. Vuodesta 2011 ei tautiluokkaerittelyä ole tehty. Jotta seuranta oli mahdollista toteuttaa vain ergonomiakorttikoulutukseen osallistuvien osalta ja tautiluokituksen mukaisesti, kerättiin varsinaista analyysiä varten tarvittavat tiedot alkuperäisistä sairauslomastuksista ja laadittiin havaintomatriisin tästä pohja-aineistosta. Saira-

uspoissaolojen seurannan lähtötilanteen ajanjaksoksi päätettiin vuoden 2012 tammi-, helmi- ja maaliskuu.

Koulutukseen osallistuneista kahdeksastakymmenestä henkilöstä oli lähtötilanteen seuranta-jakson aikana sairauslomalla 41 henkilöä. Seurantakvartaalin aikana poissaolopäiviä kertyi kaikkiaan 258, joista 22:en (8,5 %) syynä oli lapsen sairaus. Näitä poissaoloja kertyi kuudelle työntekijälle. Yleisin poissaolojen syy oli infektioaudit. Infektioita poti seuranta-aikana 36 työntekijää. Niiden takia poissaolopäiviä kertyi kaikkiaan 150 päivää (58,1 %). Tule-sairauksien takia poissaoloja oli viidellä henkilöllä. Tules-poissaolopäiviä oli 42 päivää (16,3 %). Mielenterveyden liittyvien syiden takia kolme henkilöä oli poissa yhteensä 26 (10,1 %) sairauspäivää. Muiden terveydentilaan liittyvien syiden takia sairauspoissaolopäiviä oli kahdella työntekijällä seurantajakson aikana yhteensä 18 päivää (7 %). Sairauspoissaolojen kesto vaihteli yhdestä viiteentoista päivään. Keskimääräinen sairausloman pituus oli 6,45 päivää.

Tammikuussa 2012 sairauspoissaolopäiviä oli kaikkiaan 83 päivää, joista kahdeksan päivää oli lapsen sairauden takia aiheutuneita. Kun nämä kahden kohderyhmän kuuluvan henkilön lapsen sairaudesta johtuneet poissaolot pois suljettiin, jäi varsinaisia henkilökunnan sairauspoissaoloja jäljelle 75 päivää. Sairauden takia töistä oli tammikuussa poissa kaikkiaan 14 työntekijää. Heistä kolmella poissaolon syynä oli tulesryhmään luokiteltava sairaus. Tule-sairauksien takia henkilöt olivat sairauslomalla kolme, kahdeksan tai viisitoista päivää (yhteensä 26 sairauslomapäivää). Erilaisten infektiosairauksien takia tammikuussa poissa oli kaikkiaan yhdeksän henkeä. Poissaolot olivat joko yhden tai kahden päivän mittaisia. Kaikkiaan niitä kertyi 33 päivää. Mielenterveyteen liittyvien syiden takia (F-diagnoosit) oli yksi henkilö poissa töistä viisi päivää. Muista syistä johtuen tammikuussa 2012 yksi työntekijä oli poissa 11 päivää. Sairauspoissaoloihin johtavia tapaturmia ei tammikuussa 2012 ollut yhtään.

Helmikuussa sairauslomalla oli 33 henkilöä. Heistä kaksi oli sairauslomalla ainoastaan lapsen sairauden takia. Sairauspoissaolopäiviä oli yhteensä 111 päivää, joista sata oli työntekijän omasta sairaudesta johtuvia. Tule-sairaudesta takia poissa oli yksi henkilö viisi päivää. Eniten työntekijöitä sairauslomalle ajoivat erilaiset infektiot. Kaikkiaan 27 henkilöä poti helmikuussa infektiosairauksia, joiden takia poissaolopäiviä kertyi helmikuulle yhteensä 85 päivää. Infektioitauteja podettiin yhdestä kolmeentoista päivää. Kaksi henkilöä oli poissa mielenterveydellisten syiden takia kolme tai kuusi päi-

vää ja yksi työntekijä yhden päivän muista syistä johtuen. Myöskään helmikuussa 2012 ei tapahtunut sairauslomaa aiheuttavia tapaturmia lainkaan.

Maaliskuussa 2012 sairauslomalla oli 17 työntekijää, joista heistäkin kaksi ainoastaan lapsen sairauden takia. Sairauspoissaolopäivien lukumäärä maaliskuussa on yhteensä 64 päivää, joista 61 työntekijöiden omasta sairastamisesta johtuvia. Maaliskuussa tule-sairaudet vaivasit kahta henkilöä viidestä kuuteen päivää. Infektioita poti 13 työntekijää kaikkiaan 32 päivää. Nämä sairauspoissaolojaksot olivat jokseenkin lyhyitä. Ne kestivät yhdestä neljään päivään. Yksi henkilö oli yhteensä 12 työpäivää poissa mielen terveyteen liittyvien oireiden takia ja kaksi henkilöä muiden sairauksien takia päivän tai viisi. Maaliskuustakin 2012 oli selviydytty ilman yhtään sairauslomaa vaatinutta tapaturmaa.

Sairauspoissaolojen ja iän välillä ei ollut yhteyttä. Eri tautiluokkien välillä ei myöskään ollut havaittavissa yhteyttä sen enempää kuin yksittäisten tautien kuukausittaisissa esiintymisissäkään lukuun ottamatta paria yksittäistä henkilöä. Tehtävänimikkeeseen tai toimipisteeseen pohjautuvaa vertailua ei tehty anonymiteetin säilyttämisen takia. Taulukossa 10 on esitetty lähtötilanteen ajanjakson aikaiset sairauspoissaolopäivien määrät ja prosenttiosuudet.

Taulukko 10. Lähtötilanteen sairauspoissaolojen määrät (päivien prosentuaaliset osuudet suluissa).

	Yhteensä			Tammikuu -12			Helmikuu -12			Maaliskuu -12		
	n	lkm	(%)	n	lkm	(%)	n	lkm	(%)	n	lkm	(%)
Kaikki diagnoosit	41	258	(100)	14	83	(100)	33	111	(100)	17	64	(100)
Tule-sairaudet	5	42	(16,3)	3	26	(31,3)	1	5	(4,5)	2	11	(17,2)
Infektiot	36	150	(58,1)	9	33	(39,8)	27	85	(76,6)	13	32	(50,0)
F-diagnoosit	3	26	(10,1)	1	5	(6)	2	9	(8,1)	1	12	(18,7)
Tapaturmat	0	0	(0)	0	0	(0)	0	0	(0)	0	0	(0)
Muut syyt	2	18	(7,0)	1	11	(13,3)	1	1	(0,9)	2	6	(9,4)
Lapsen sairaus	6	22	(8,5)	2	8	(9,6)	6	11	(9,9)	3	3	(4,7)

Sairauspoissaolojen seurantajakso muodostui vuoden 2013 loka-, marras- ja joulukuun tilanteesta. Kaikista ergonomiakorttikoulutukseen osallistuneista oli seurantajakson aikana sairauslomalla 36 henkilöä. Seurantakvartaalin aikana poissaolopäiviä kertyi

kaikkiaan 449, joista seitsemään (1,6 %) syynä oli lapsen sairaus. Näitä poissaoloja kertyi neljälle työntekijälle. Yleisin poissaolojen syy oli infektioaudit. Infektioita poti seuranta-aikana 15 työntekijää. Niiden takia poissaolopäiviä kertyi kaikkiaan 55 päivää (12,2 %). Tule-sairauksien takia poissaoloja oli viidellä henkilöllä. Tulespoissaolopäiviä oli 69 päivää (15,4 %). Mielenterveyden liittyvien syiden takia viisi henkilöä oli poissa yhteensä 75 (16,7 %) sairauspäivää. Muiden terveydentilaan liittyvien syiden takia sairauspoissaolopäiviä oli yhdellätoista työntekijällä seurantajakson aikana yhteensä 67 päivää (14,9 %). Pitkäkestoisimpien sairauspoissaolojen syynä oli tapaturmat, joita viisi henkilöä oli kohdannut. Tapaturmien takia poissaolopäiviä kertyi kaikkiaan 176, eli 39,2 % kaikista sairauspoissaolopäivistä. Sairauspoissaolojen kesto vaihteli yhdestä 65:een päivään. Keskimääräinen sairausloman pituus oli 12,5 päivää.

Lokakuussa 2013 sairauspoissaolopäiviä oli kaikkiaan 209 päivää, joista viisi päivää oli lapsen sairauden takia aiheutuneita. Kun nämä kolmen kohderyhmän kuuluvan henkilön lapsen sairaudesta johtuneet poissaolot pois suljettiin, jäi varsinaisia henkilökunnan sairauspoissaoloja jäljelle 204 päivää. Sairauden takia töistä oli lokakuussa poissa kaikkiaan 27 työntekijää. Heistä viidellä poissaolon syynä oli tules-ryhmään luokiteltava sairaus. Tule-sairauksien takia henkilöt olivat sairauslomalla yhteensä 40 sairauslomapäivää. Erilaisten infektiosairauksien takia lokakuussa poissa oli kaikkiaan yhdeksän henkeä. Poissaoloja niistä kertyi kaikkiaan 29 päivää. Mielenterveyteen liittyvien syiden takia (F-diagnoosit) oli kolme henkilöä poissa töistä yhteensä 31 päivää. Muista syistä johtuen lokakuussa 2013 neljä työntekijää oli poissa yhteensä 30 päivää. Pitkäkestoisiin sairauspoissaoloihin johtaneiden tapaturmien takia lokakuussa 2013 oli neljä henkilöä poissa töistä.

Marraskuussa 2013 sairauslomalla oli 19 henkilöä. Heistä yksi oli sairauslomalla ainoastaan lapsen sairauden takia. Sairauspoissaolopäivä oli yhteensä 141 päivä, joista 136 oli työntekijän omasta sairaudesta johtuvia. Tule-sairauden takia poissa oli yksi henkilö 21 päivää. Eniten työntekijöitä sairauslomalle ajoivat marraskuussakin erilaiset infektiot. Kaikkiaan 7 henkilöä poti marraskuussa infektiosairauksia, joiden takia poissaolopäiviä kertyi helmikuulle yhteensä 21 päivää. Infektioitauteja podettiin yhdestä viiteen päivää. Kaksi henkilöä oli poissa mielenterveydellisten syiden takia kaksi tai 21 päivää ja viisi työntekijää yhteensä 21 päivää muista syistä johtuen. Uusia

tapaturmia ei marraskuussa ilmennyt. Kolmella tapaturmien takia lokakuussa sairauslomalla olleista sairausloma jatkui myös marraskuussa.

Joulukuussa 2013 sairauslomalla oli 14 työntekijää. Sairauspoissaolopäivien lukumäärä joulukuussa on yhteensä 99 päivää. Lapsen sairauden takia ei poissa ollut kukaan. Tule-sairaudet vaivasivat yhtä henkilöä kahdeksana sairauspoissaolopäivänä. Kaksi työntekijää poti infektioita, joista päästiin viiden päivän sairauslomalla. Kaksi henkilöä oli yhteensä 21 työpäivää poissa mielenterveyteen liittyvien oireiden takia ja kuusi henkilöä muiden sairauksien takia. Eniten poissaolopäiviä joulukuussakin verottivat tapaturmat, joskin yksi kolmesta tapaturman aiheuttamista seuraamuksista kärsivä selvisi omastaan viiden päivän sairauspoissaololla. Taulukossa 11 on esitetty seurantajakson aikaiset sairauspoissaolopäivien määrät ja niiden prosenttiosuudet.

Taulukko 11. Seurantajakson sairauspoissaolojen määrät (päivien prosentuaaliset osuudet suluissa).

	Yhteensä			Lokakuu -13			Marraskuu -13			Joulukuu -13		
	n	lkm	(%)	n	lkm	(%)	n	lkm	(%)	n	lkm	(%)
Kaikki diagn.	36	449	(100)	27	209	(100)	19	141	(100)	14	99	(100)
Tule-sairaudet	5	69	(15,4)	5	40	(19,1)	1	21	(14,9)	1	8	(8,1)
Infektiot	15	55	(12,2)	9	29	(13,9)	7	21	(14,9)	2	5	(5,0)
F-diagnoosit	5	75	(16,7)	3	31	(14,8)	2	23	(16,3)	2	21	(21,2)
Tapaturmat	5	176	(39,2)	4	74	(35,4)	3	53	(37,6)	3	49	(49,5)
Muut syyt	11	67	(14,9)	4	30	(14,4)	5	21	(14,9)	6	16	(16,2)
Lapsen sairaus	4	7	(1,6)	3	5	(2,4)	1	2	(1,4)	0	0	(0)

Lähtötilanteen eli vuoden 2012 tammi-, helmi- ja maaliskuun ja seurantajakson eli vuoden 2013 loka-, marras- ja joulukuun tilanteissa ilmeni eroavuutta. Lähtötilanteeseen verrattuna seurantajakson aikana pienempi joukko (41 versus 36) oli sairauslomalla mutta he sairastivat useampaan otteeseen, useampaa sairautta ja niistä johtuvien sairauspäivien lukumäärä oli suurempi (258 vs. 449) kuin lähtötilanteessa. Selkeimmät poikkeukset tästä olivat, että infektioiden ilmaantuvuus ja sairastavuus oli vähäisempää ja lapsen sairastelujen takia oltiin vähemmän poissa töistä. Tule-sairauksia potti seurannan aikana yhtä monta henkilöä kuin lähtötilanteessa mutta tules-taustaisten

poissaolopäivien määrä kasvoi. F-diagnoosien kohdalla sekä henkilöiden määrä ja että sairauspäivien lukumäärä kasvoi. Huomattavin muutos oli, että lähtötilanteessa oli vältytty tapaturmilta tyystin kun taas seurannan aikana viisi henkilöä oli poissa töistä tapaturman takia. Tapaturmista johtuvien poissalopäivien määrä seurantajakson aikana vaihteli viidestä 65:een sairauspäivään ollen keskimäärin 35 päivää. Tapaturmien taustalla oli mm. työmatkalla tapahtunut liikenneonnettomuus ja kylpyhuoneen lattialla ollut vesi, joka aiheutti liukastumisen. Seuraukset ilmenivät murtumina, polven venähdyksinä ja rintarangan lukkiutumana.

Korttikoulutuksen eri ryhmien sairauspoissaolotilastojen mukaan ryhmän yksi jäsenistä 41,2 % sairasti sekä lähtötilanteen että seurannan jaksoilla. Niitä henkilöitä, jotka olivat poissa töistä sairauden takia vain seurantajaksoilla oli tässä ryhmässä eniten. Ylipäätään ryhmän yksi jäsenet sairastelivat eniten kun taas ryhmän kaksi vähiten. Ryhmän kaksi jäsenistä 41,5 %:lla ei ollut lainkaan sairauspoissaoloja kartoitusajaksojen aikana. Ryhmään kolme kuuluvista työntekijöistä oli lähtötilanteessa ollut muihin ryhmiin verrattuna eniten sairauslomalla olleita. Seurantajaksoilla, jolloin myös heidän korttikoulutuksensa toteutettiin, heistä vain kahdella oli sairauspoissaoloja. Taulukossa 12 on esitetty korttikoulutuksen suorittaneiden sairauden takia poissaolleiden määrät koulutusryhmittäin eriteltyinä (suluissa prosentit).

Taulukko 12. Korttikoulutuksen suorittaneiden (n=59) ryhmittäiset sairauspoissaolijoiden määrät (prosentuaaliset osuudet suluissa).

Sairauspoissaoloja	Ryhmä n=17		Ryhmä 2 n=29		Ryhmä 3 n=13		Kaikki n=59	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
vain alkukartoituksessa	2	(11,8)	7	(24,1)	7	(53,8)	16	(27,1)
vain seurantajaksoilla	5	(29,4)	3	(10,3)	1	(7,7)	9	(15,3)
molemmilla jaksoilla	7	(41,2)	7	(24,1)	1	(7,7)	15	(25,4)
Ei sairauspoissaoloja	3	(17,6)	12	(41,5)	4	(30,8)	19	(32,2)
Yhteensä	17	(100)	29	(100)	13	(100)	59	(100)

Ryhmästä yksi sai 17 henkilöä suoritettua ergonomiakorttikoulutuksen joulukuussa 2012. Heidän kohdallaan seurattiin sairauspoissaolosten muutosta yksilötasolla (taulukko 13). Kolme kyseisistä 17:sta hoitajista ei ollut ollut sairaana kumpaisenaakaan

seurannan aikana, yhden henkilön sairauspoissaoloissa ei poissaolopäivien lukumäärässä tapahtunut muutosta, joskin poissaolon syy oli lähtötilanteen jaksolla eri kuin seurantajaksolla. Ryhmän kolmen henkilön kohdalla sairauspoissaoloja oli alussa ollut mutta ei seurantajaksolla lainkaan, yhdellä sairauspoissaolopäivien määrä oli vähentynyt. Yhdeksän henkilön sairauspoissaolopäivien määrä oli seurantajaksolla suurempi kuin alkukartoituksen jaksolla. Tapaturmia ei ryhmään yksi kuuluneilla ollut. Kaikki muut aiemmin eriteltyt tautiluokitukset esiintyivät ryhmän diagnooseissa. Alkukartoituksen aikana poissaolojen syinä oli pääasiallisesti infektioita ja poissaoloja lapsen sairauden takia. Seuranatajaksolla näiden lisäksi esiintyi myös tules sekä F-diagnoosi -taustaisia poissaoloja. Yleisin poissaolojen syy oli infektiot.

Taulukko 13. Ryhmän 1 jäsenten sairauspoissaolot

Hlö	Alkukartoitus	Seuranta	Muutos
1	0	14	Lisääntyi
2	14	33	Lisääntyi
3	6	0	Vähentyi
4	2	2	Sama
5	3	11	Lisääntyi
6	5	9	Lisääntyi
7	7	0	Vähentyi
8	0	4	Lisääntyi
9	0	0	0
10	4	1	Vähentyi
11	0	5	Lisääntyi
12	0	0	0
13	5	0	Vähentyi
14	3	5	Lisääntyi
15	2	11	Lisääntyi
16	0	0	0
17	3	5	Lisääntyi

13 TUOTTAVUUS

Hankesuunnitelman mukaan Koskenrinteen ergonomia -projektissa arvioidaan parantetun siirtoergonomian merkitystä talouden ja etiikan näkökulmista. Tavoitteena tässä yhteydessä oli parantaa työssä jaksamista, pidentää työuria ja ylläpitää työkykyä.

13.1 Vaikutus työssä jaksamiseen ja työkykyyn

Seurantakyselyn tulosten mukaan ergonomiakorttikoulutukseen osallistuneet työntekijät pääsääntöisesti kokivat työssä jaksamisensa kohentuneen lähtötilanteen kyselyn tuloksiin verrattuna huolimatta siitä, että työvuorojen aikana toteutettavien siirtojen ja avustettavan henkilön siirtojen lukumäärä pysyi kutakuinkin samana. Työssä jaksamisen osatekijöistä sekä psyykkisen että fyysisen kuormittavuuden kokemus osoittivat kuormittuneisuuden tunteen helpottuneen. Kuormittuneisuuden vähenemiseen liittyi erityisesti apu- ja työvälineiden saatavuuden paraneminen ja niiden käytön osaamisen lisääntyminen sekä työn määrän ja kiireen kokemisen lievittyminen. Osansa oli sillä, että yksin tehtyjen siirtojen osuus väheni.

Parempaa työssä jaksamista tuki myös se, että koulutuksen myötä osa hoitajista oli alkanut tehdä enemmän havaintoja työasunnoista ja työympäristöstä, mikä on yksi kuntouttavan työtteen käytäntöön soveltamisen edellytys. Myös asukkaiden vaikeahoitoisuuden kokemukseen koulutuksella oli myönteinen vaikutus. Seurannassa ilmeni, että asukkaiden vaikeahoitoisuutta ei enää seurantavaiheessa koettu niin kuormittavaksi kuin ennen koulutusta. Työn organisointiin ei seurannassa enää koettu liittyvän kuormittavia piirteitä eikä osaamisen vaje aiheuttanut rasittuneisuuden tunnetta.

Työssä jaksamista ja työkykyisyyden kohentumista kuvasi osaltaan myös se, että seurantakyselyyn vastanneista kaikki olivat välttyneet työn kuormittavuuteen liittyviltä tapaturmilta. Myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksia kokeneiden osuus pieneni.

Kuormittuneisuuden lievittymisestä huolimatta kuormittuneisuuteen vaikuttamisen mahdollisuudet olivat seurantakyselyn tulosten mukaan heikentyneet, mikä ilmeni selvimmin työtehtäviin vaikuttamisen kohdalla. Vaikutusmahdollisuuksia kuitenkin todettiin hyödynnettävän aina tilaisuuden tullen.

Yhteisöllisyyden merkitys työssä jaksamiseen ja työkyvyn ylläpitoon oli oleellinen. Vastaajat kokivat saavansa työyhteisön tukea. Parhaiten tukea kokivat saavansa vuotta aiemmin koulutukseen osallistuneet työntekijät. Ilman tukea ei jäänyt kukaan.

Työkykyisyyttä ja työturvallisuutta heikentävienriskien vähentämiseksi oli alettu aiempaa enemmän hyödyntää ergonomiakorttikoulutuksessa saatuja neuvoja ja taitoja, lisätty apuvälineiden hyödyntämistä ja parityöskentelyä. Työympäristön toimivuus oli pysynyt samanlaisena mutta kalusteiden tarkoituksenmukaisuus ei seurannassa enää aiheuttanut yhtä paljon kommentointia kuin alkukyselyssä. Työkyvyttömyyseläkkeelle ei hankkeen aikana siirtynyt kukaan.

13.2 Taloudellinen vaikutusarvio

Hankkeen suunnittelussa olettamuksena oli, että ergonomiakorttikoulutuksen oppien soveltamisen kautta siirtoergonomia kohenee ja sen myötä tuki- ja liikuntaelinten sairauksista johtuvat poissaolot vähenevät ja sairaseläkkeiden ja tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvät kustannukset pienevät.

Työtapaturmia, sairauksien ilmaantuvuutta ja sairauspoissaolojen kehittymistä käsittelevän seurannan mukaan koulutukseen osallistuneiden keskuudessa työtapaturmien määrä lisääntyi, tules -sairastavuus kasvoi ja sairauspoissaolopäivien lukumäärä suureni. Tulos on vastakkainen aiempien tutkimussuunnitelmissa raportoitujen tulosten suhteen.

Koulutuksen jälkeen pisimpään siirtokoulutuksen oppeja ehtivät ennen seurantaa soveltaa käytäntöön 17 ryhmien yksi ja kaksi korttikoulutuksen suorittanutta henkilöä. Heidän sairauspoissaoloista aiheutuneet kulut alkukartoitusjaksolla olivat yhteensä 7947,26 euroa. Seuranjaksolla vastaavat kulut olivat yhteensä 9939,18 euroa. Näiden seitsemäntoista henkilön ergonomiakortin koulutusajan palkkamenot oli yhteensä 9605,48 euroa. Kaikkiaan projektille siirretyt koulutusajanpalkat kokonaisuudessaan olivat 40 411,29 €. Muiden kuin korttikoulutettujenhankkeeseen liittyneet kustannukset työaika-arvion pohjalta henkilösivukuluineen olivat noin 7000 euroa. Palkkakulujen lisäksi Koskenrinteelle muodostui kuluja lähinnä yksittäisistä apuvälineisiin liittyvistä pikkuhankinnoista yhteensä noin tuhannen euron verran. Apuvälineet saatiin apuvälinekeskuksen kautta henkilökohtaisina lainavälineinä.

Työtapaturmien ja sairauksien etiologia ja epidemiologia ovat monitahoisia. Terveyden, työkyvyn ja toiminnan vajauksien jatkumon, ja perintö-, ympäristö- ja elintapatekijöiden, mukaan lukien työ, väliset yksilölliset suhteet ja niihin vaikuttavat tekijät muodostavat monisärmäisen kokonaisuuden. Näiden osien keskinäiset yhteydet ovat usein kaksisuuntaista ja mittasuhteiltaan ja vaikutukseltaan spesifejä. Siirtoergonomiakoulutus voi osaltaan yhtenä monista tekijöistä vaikuttaa niin työtapaturmien kuin sairauspoissaolojen määrään ja siten niistä aiheutuviin kustannuksiin. Sen vaikutusten ja vaikuttavuuden tunnistamisen ja todentamisen mahdollisuudet tosin ovat rajalliset suunnitelman mukaisella ja hankkeessa toteutetulla asetelmalla ja aikataululla. Tavoitteeksi asetettu kokonaistuottavuuden paraneminen vie käytettävissä ollutta ajankaksoa pidemmän ajan ja jää todennettavaksi jatkoseurannoissa.

13.3 Työkykyä ylläpitävä toiminta- ja henkilöstöpolitiikka

Hankkeen tavoitteet olivat pääsääntöisesti henkilöstöpoliittisia. Hankkeessa kyettiin vaikuttamaan myönteisesti työolosuhteisiin, lisäämään työtyytyväisyyttä ja parantamaan asukasturvallisuutta siirtoergonomian kehittämisen keinoin. Näiden taustalla oli panostus ylipäättään ergonomiakorttikoulutukseen ja siihen liittyvien organisatoristen edellytysten kehittämiseen. Nämä panostukset ovat saaneet vastakaikua vanhustyön yhdistysten ja työntekijöiden parissa näkyen positiivisena kiinnostuksena Koskenrinnettä kohtaan työnantajana.

Ergonomiakorttikoulutus kehitti henkilöstön siirtoergonomista osaamista kartuttaen työntekijöiden tietoja ja taitoja soveltaa kuntoutumista tukevaa työtöötä. Seuranta-kyselyn perusteella on todettavissa, että myönteinen asennoituminen apuvälineiden hyödyntämiseen vahvistui ja apuvälineiden käyttö potilassiirroissa ja liikkumisen avustamisessa lisääntyi. Tämän kehityssuunnan ylläpitämiseksi Koskenrinteen työyksiköihin valittiin ergonomiavastaavat, joiden ohjauksessa työmenetelmää saadaan juurrutettua arjen toimintoihin ja edelleen kehitetään ergonomista osaamista, mikä puolestaan edistää kuntoutuvan hoitokulttuurin toteutumista. Koulutuksen osallistuneiden arviot ja kommentit osoittivat kuormittuneisuuden vähentyneen, yhteisen tahotilan vankentuneen, yhdessä tekemisen lisääntyneen ja tiimityöskentelyn edellytysten parantuneen henkilöstöpoliittisten tavoitteiden mukaisesti.

Ergonomiavastaavien työmuotojen, ohjauksen ja opastamisen kehittäminen esimerkiksi hoito-, siirto- ja liikkumisen avustamistilanteiden videointien ja niiden työstämi-

sen avulla pienryhmissä työyksiköittäin voi vahvistaa toimintamallin käyttöä. Henkilöstön pääseminen päivitys- ja täydennyskoulutukseen on myös tärkeää, jotta voidaan ylläpitää osaamista ja tukea työntekijöiden työkykyisyyttä. Ergonomiavastaavien ohella lähiesimiesten ergonomisen osaamisen ja osallistumisen varmistaminen on keskeistä ja jatkossa heidän osallistumien ergonomiakorttikoulutukseen on suotavaa.

Tavoitteena olleen työurien pidentämisen todentamiseksi hankkeen toteutusjakso oli liian lyhyt.

14 YHTEENVETO JA POHDINTA

14.1 Ergonomiakortti -koulutus

Koskenrinteen henkilöstön ergonomiakortti -koulutus toteutui suunnitelman mukaisesti. Koulutukseen osallistuivat kaikki vakinaiseen hoitohenkilöstöön kuuluvat 81 henkilöä, joista 59 koulutettavaa sai ergonomiakortin hyväksytysti suoritettua. Koulutus koettiin hyödylliseksi. Siirtotekniikoiden ja liikkumisen avustamisen tekniikoiden ja yleisen tietämyksen todettiin auttavan vähentämään työn sekä fyysistä että psyykkistä kuormittavuutta ja täten kohentavan työkykyisyyttä ja työssä jaksamista.

Koulutuksella kyettiin kartuttamaan kehittämisen kohteena olleita henkilöstön siirtoergonomisia tietoja ja taitoja soveltaa kuntoutumista edistävää työtettä. Kuntoutumista edistävän hoitokulttuurin merkitys selkiytyi ja vahvistui samoin kuin sen toteuttamiseen tarvittavat tahtotila ja tiimityöskentely. Myönteinen asennoituminen siirtovälineiden käyttöä kohtaa laajeni ja työ- ja apuvälineiden hyödyntäminen siirroissa ja liikkumisen avustamisen tilanteissa lisääntyi. Projektin avulla saatiin näin, kuten tavoitteena oli, lisättyä valmiuksia parantaa asiakas- ja asukasturvallisuutta ja kohennettua myös työolosuhteita ja työtyytyväisyyttä.

14.2 Kuntotestaukset ja ohjattu ryhmäliikunta

Työntekijöiden työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin lisäämisen tueksi tarjottuun kuntotestaukseen osallistui 72 henkilöä. Testaukset koettiin positiivisesti ja lähes kaikki testeihin osallistuneet kykenivät suoriutumaan kaikista testiosioista. Kuntotestien tu-

lostien mukaan nuorempien työntekijöiden kunto oli huonompi kuin iäkkäämpien työntekijöiden. Keskimäärin testeihin osallistuneiden kuntotaso oli keskimääräinen. Yli 50 -vuotiaiden kuntotaso oli hyvä. Kuntotesteihin osallistuneet toivoivat, että testien palautetilaisuudet olisivat olleet toteutettua aiemmin, mikäli osaltaan olisi voinut motivoida osallistumaan ohjattuun kuntopiiriharjoitteluun.

Tätä kuntotestiin osallistuneita varten järjestettyä ohjattua ryhmäliikuntaa pidettiin kymmenen kertaa. Osallistujia ohjatussa harjoittelussa oli kaikkiaan 12 henkilöä, joista tosin vain kolme oli ergonomiakorttikoulutukseen osallistuneita. Liikuntatunteihin osallistuneet kokivat harjoittelun hyödylliseksi ja arvioivat itse lihaskuntonsa kohenneen. Ohjauksesta vastanneiden opiskelijoiden raporttien mukaan kunto-ohjelmaan osallistuneet olivat kokeneet mm. vatsa- ja selkälihastensa vahvistuneen, käsivoimien lisääntyneen, sekä kyykystä ja kumarasta asennosta nousemisten onnistuvan aiempaa helpommin. Työntekijät toivoivat, että liikuntaryhmään olisi voinut osallistua työajalla.

Jatkossa on hyödyllistä tarkentaa ja tarkistaa arviointia fyysisen toimintakyvyn riittävydestä suhteessa työtehtävistä suoriutumiseen. Sitä, mitä se pitää sisällään, miten se toteutetaan ja hyödynnetään. Työtehtävien suunnittelun ja organisoinnin tukena olemisen ohessa arvio voi kannustaa omasta kunnosta huolehtimiseen ja motivoida niin kuntotestauksiin kuin omaehtoiseen liikuntaharjoitteluun. Kuntotestien osioiden samoin kuin ohjatun harjoittelun sisältöjen ja toisaalta siirtojen ja liikkumisen avustamisessa tarvittavien fyysisen toiminta- ja työkyvyn ominaisuuksien vastaavuus on myös varmistettava mikäli testauksia ja ryhmäliikuntaa halutaan kehittää.

14.3 Henkilöstön kokemukselliset muutokset tiedoissa, taidoissa ja asenteissa

Henkilöstön potilassiirtojen ergonomiseen toteutukseen liittyviä kokemuksia, tietoja, taitoja ja asenteita kartoitettiin kyselyllä sekä ennen ergonomiakorttikoulutusta että sen jälkeen. Alkukyselyyn vastasi 51 henkilöä ja seurantakyselyyn 21 henkilöä, mikä rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Kyselyn tulosten mukaan projektin tavoitteet saavutettiin pääsääntöisesti hyvin. Erityisesti työn kuormittavuuden kokemuksissa tapahtui kohentumista, samoin työturvallisuuden tiedoissa ja taidoissa, apuvälineiden käytön lisääntymisessä, siirtojen ja liikkumisen osatekijöiden huomioimisessa sekä ohjaamisen ja opastuksen tehostumisessa.

Fyysinen ja psyykinen kuormittavuus ja työympäristö koettiin sellaisiksi kuormittavuuteen liittyviksi tekijöiksi, joihin voi vähiten vaikuttaa, vaikkakin sekä fyysisen että psyykkisen kuormittuneisuuden sinänsä oli koettu vähentyneen. Työergonominen tieto ja työmenetelmien soveltaminen lisääntyi. Toisaalta vastausten mukaan huomion kiinnittäminen potilassiirtojen työergonomiaan työvuoron aikana väheni. Samoin tapahtui kokemuksessa asukassiirtojen ergonomisen toteuttamisen tärkeydessä oman työhyvinvoinnin kannalta. Tämä voi heijastaa koulutuksen kautta saadun osaamisen kasvua, joka on vahvistanut taitoja vaikuttaa itse työhyvinvointiin omilla työskentelytapavalinnoilla.

Koulutuksen myötä siirtojen ja liikkumisen avustamisen suunnittelun osatekijöihin kiinnitettiin enemmän huomiota, joskin toimintatavan ja tarvittavien tarvikkeiden suunnittelua ei enää tehty yhtä usein kuin ennen koulutusta. Myös ennen siirtoa tapahtuva asukkaan toimintakykyisyyden arviointi oli seurantatulosten mukaan harvennut.

Ohjaaminen ja opastaminen eri muodoissaan oli kehittynyt ja potilassiirtojen käytännöt tiimeissä koettiin yhtenäistyneen entisestään. Taulukko 14 on kooste kyselyiden osa-alueiden muutosten suunnista projektin seuranjaksojen välillä.

Taulukko14. Keskeisten potilassiirtojen ergonomisen toteutuksen osatekijöiden muutokset.

	Kohentui	Heikentyi	Pysyi samana
Työn kuormittavuuden kokemukset			
Fyysinen kuormittavuus	X		
Psyykinen kuormittavuus	X		
Huominen kiinnittämien työergonomiaan		X	
Hankalat työasennot kuormittavana tekijänä	X		
Hankala työympäristö	X		
Työ- tai apuvälineiden puute	X		
Henkilöstövahvuus			X
Työn määrä/kiire	X		
Työn organisointi	X		
Osaamisen vaje	X		
Asukkaiden vaikeahoitoisuus	X		
Omaisten osallisuus			X
Tules oireilu	X		

Tapaturmat	X		
Univaikeudet			X
Väsymys			X
Kokemukset vaikutusmahdollisuuksista			
Fyysiseen kuormittavuuteen	X		
Psyykkiseen kuormittavuuteen		X	
Työn organisointiin		X	
Työtehtäviin		X	
Työmenetelmiin			X
Työympäristöön		X	
Ilmapiiriin	X		
Vaikutusmahdollisuuksien käyttäminen	X		
Ergonomisen toteutuksen tärkeys		X	
Tuen saanti			X

	Kohentui	Heikentyi	Pysyi sama- na
Työturvallisuus			
Lakien tuntemus	X		
Riskien arviointi	X		
Aktiivisuus riskien vähentämisessä	X		
Työympäristö			
Työtilat ja kalusteet haittana			X
Ahtaus			X
Kalusteiden epätarkoituksenmukaisuus	X		
Ylimääräiset tavarat			X
Työasut			X
Apuvälineiden käyttö	X		
Siirtojen ja liikkumisen avustamisen suunnittelu			
Huomio omaan asentoon ja liikkeisiin	X	X	
Huomio asukkaan asentoon ja liikkeisiin	X		
Toimintakyvyn arviointi asiakirjoista			X
Toimintakyvyn kysyminen työtoverilta	X		
Toimintakyvyn havainnointi		X	
Voimavarojen hyödyntäminen	X		
Ohjaaminen ja opastaminen			
Asukkaan ohjaaminen ja opastaminen	X		
Asukkaan kokemuksen huomioiminen			X
Siirtotavan kertaaminen			X

Työtoverin opastaminen		X
Omaisten opastaminen	X	
Käytänteiden yhteneväisyys	X	

Tulokset vastaavat poissaolojen lukumäärän kasvua lukuun ottamatta aiempien työergonomian kehittämisprojektien keskeisiä tuloksia.

14.4 Työtapaturmien, sairauksien ilmaantuvuuden ja sairauspoissaolojen kehittyminen

Hankkeen tavoitteena oli vähentää tapaturmia ja sairauspoissaoloja sekä työkyvyttömyyseläkkeitä. Tilastotietoihin perustuvien arviointien mukaan sekä tapaturmien että sairauspoissaolojen määrä lisääntyi. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisiä ei tapahtunut.

Työterveyden, työolojen ja tuottavuuden parantamisen yhtenä lähtökohtana suunnitelmassa esitettiin oletamus, että myönteinen työolosuhteisiin vaikuttaminen vähentää potilaiden ja asukkaiden siirtoihin liittyviä tapaturmia ja tämä edelleen tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Niin tapaturmien, sairauksien yleensä ja varsinkin tuki- ja liikuntaelinsairauksien etiologia ja epidemiologia on varsin monitahoinen. Syiden, niin riittävien kuin välttämättömien ja suorien ja epäsuorien syy-yhteyksien tai niiden puuttumisen sekä ajallisen yhteyden selvittäminen ja muiden mahdollisten selitysten pois-sulkeminen on haasteellista. Siirtoergonomiakoulutuksen roolin ja vaikutuksen tarkempi selvittäminen tapaturmien ja sairauksien vähentäjänä edellyttäisi tutkimusasetelman ja toteutustavan muokkaamista. Tämän ja koulutuksen järjestämisaikataulun realistinen suhteuttaminen seurantojen ja koko projektin keston voisi osaltaan mahdollistaa myös suunnitelmassa esitetyn toimintamallin ja usein aikavälien kokonaistaloudellisen vaikutusarvion laatimisen, mikä on mahdollista toteuttaa jatkoseurantojen avulla.

14.5 Toiminta- ja henkilöstöpolitiikka

Henkilöstön osaamisen kehittäminen koettiin toimivaksi keinoksi kohentaa henkilöstön työhyvinvointia. Osana työkykyä ylläpitävää toiminta- ja henkilöstöpolitiikkaa ergonomiakorttikoulutus lisäsi tavoitteiden mukaisesti henkilöstön niin osaamista, työtyytyväisyyttä kuin kokemuksellista työssä jaksamista. Osaamisen kehittymisen seu-

ranta kehittämishankkeen ja sen toimenpiteiden jälkeen edellyttää jatkuvaa työyhteisölähtöistä prosessikehittämistä työyhteisön kaikilla tasoilla.

Siirtoergonomiahanke vaati moninaisia taloudellisten ja henkilöstöressurssien järjestyttäjä. Jo työvuorojen suunnittelu ja sijaisten hankinta vaati lisätyötä. Hankeaika kaikkineen oli koko organisaatiolle vaativa ja aikaansai hyvien ominaisuuksiensa ohessa myös lisäkuormittumista ja stressiä. Opiskelumahdollisuuksien järjestämisen ja fyysisen työhyvinvoinnin tukemisen lisäksi jatkossa on hyvä huomioida myös psyykkisen ja sosiaalisen tuen tarve.

Ensisijaisesti koulutuksen koettiin antaneen eväitä työssä jaksamisen kasvattamiseen niin organisaatio-, tiimi- kuin myös yksilötasolla. Kasvun tueksi hahmoteltiin vaihtoehtoja organisoida työtä uudelleen. Esimiesten ja johdon sitoutuminen nähtiin tärkeäksi uuden toimintamallin käyttöön oton varmistamiseksi myös hankeajan päätyttyä.

Toimintamallin menettelyjen vakiinnuttaminen ja kehittäminen edellyttää perehtymisen ja perehdyttämisen lisäksi kaikkien osallistumista jatkuvaan pohdintaa ja soveltamiseen ja tietojen ja taitojen päivittämiseen ja täydentämiseen. Arvioinnin ja konkreettisen työtapojen toteutuksen vuorottelulla voidaan auttaa kunkin yksittäisen toimintaympäristön ja tiimin tarvitsemien sovellutusten löytämistä ja vahvistamista ja siten lisätä työssä jaksamista.

Työnantajan panostus organisatoristen edellytysten kehittämiseen myös projektin päätyttyä näkyy mm. siinä, että toimipisteisiin valittiin ergonomiavastaavat. He yhdessä fysioterapeutin kanssa varmistavat projektin suotuisten vaikutusten jatkumisen hoitohenkilöstön keskuudessa. Työympäristön kuntoutumista tukevan hoitokulttuurin muotoutuminen ja vakiinnuttaminen edellyttää koulutuksen suorittamisen lisäksi pitkäjänteistä ja tarvittaessa korjaavaa ja suuntaa tarkentavaa toimintaa, arviointeja, väliintuloja ja kannustamista.

14.6 Jatkotoimenpiteet

Koskenrinteen ergonomiahankkeen suunnitelman mukaisen toiminnan ja tulosten seurannan lisäksi on syytä toteuttaa jatkoseurantoja. Potilassiirtojen ja liikkumisen avustamisen koulutuksen vaikuttavuuden arviointi edellyttää nyt toteutettua pitkäkestoisempaa seuranta-aikaa. Arviointi on mahdollista toteuttaa ammattikorkeakoulun ge-

ronomiopiskelijoiden vanhustyön kehittämisprojektiharjoitteluna ja/tai opinnäytetyönä. Aihe on esitelty syksyllä 2013 opintonsa aloittaneille opiskelijoille, ja tarkoituksena on aloittaa opinnäytteen työstäminen ensi lukuvuonna. Kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa tekee opinnäytetyön digitaalisen kuvan hyödyntämisestä potilassiirroissa. Näiden lisäksi on suunniteltu opinnäytetyötä ergonomiavastaavien toiminnan käynnistämiseksi. Lisäksi kahden opiskelijan toimesta on meneillään Koskenrinteen työhyvinvointisuunnitelmaan liittyvä opinnäytetyön, joka sekin nivoutuu kehittämis- ja seurantaan hankkeen jatkotyöstämiseen.

Toteutettu siirtoergonomian kehittämishanke keskittyi hoitohenkilöstön osaamisen lisäämiseen ja työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin kohentamiseen. Projektissa tavoiteltujen hyötyjen tavoittamiseksi on hyvä ottaa huomioon jatkotyöskentelyssä ja uusinta-arvioinneissa mukaan myös siirtojen ja liikkumisen avustamisen toiset osapuolet eli asukkaat ja osallistaa heitä itse siirtotapahtumien lisäksi myös toiminnan kehittämisessä ja arvioinnissa. Heidän samoin kuin myös omaisten kokemuksellisuutensa ja näkemyksensä avulla asukasturvallisuutta ja hyvinvointia kyetään entuudestaan parantamaan käyttäjälähtöisesti ja samalla saadaan tärkeää tietoa tavoitteiden suuntaisen toiminnan tueksi. Yhtenäinen toimintatapa tukee myös opiskelijoiden oppimista ja osallistumista kuntouttavaan hoitotyöhön.

Kehittämistoiminnan jatkotyöskentelyssä voi olla antoisaa hyödyntää myös muita kuin nyt käytettyjä tutkimus- ja kehittämismenetelmiä. Esimerkiksi tutkimuksellisen kehittämistoiminnan metodologia ja toimintatutkimukselliset käytänteet tarjoavat tapoja kehittää koulutusta ja työtä systemaattisesti eri näkökulmista käsin.

14.7 Hankkeen raportointi

Hankkeen toteutuksesta ja tuloksista laadittiin arviointiraportti. Ergonomia kortti - koulutuksen toteuttamisesta ja kokemuksista kirjoitettiin artikkeli, sanomalehdistölle hanke-esittelytiedote ja kartoituksen tuloksista sekä sairastavuudesta tehtiin powerpoint esitykset. Hankkeen tuloksista on tarkoitus järjestää interaktiiviset tiedotustilaisuudet Koskenrinteen kaikissa hankkeen kolmessa toimipisteessä.

LIITE 1. KYSELYN VASTAAMISOHJE

Tervetuloa mukaan Koskenrinteen ergonomia -projektiin kehittämään potilassiirtojen ergonomiaa ja työhyvinvointia.

Projekti alkaa kyselyllä.

Kyselyyn on hyvä varata aikaa puolisen tuntia, että sen voi tehdä kerralla.

Jos kyselyn keskeyttää ja poistuu ohjelmasta, ei siihen enää voi palata.

Vastaamisen aikana voi kuitenkin palata aikaisempiin kysymyksiin ja tehdä halutessaan niihin muutoksia.

Vaihtoehtokysymyksissä voi valita yhden vastausvaihtoehdon, jonka jälkeen ohjelma ohjaa automaattisesti seuraavaan kysymykseen.

Muissa kysymyksissä pääsee eteenpäin klikkaamalla jatka/tallenna painiketta.

Vastaukset tulevat perille anonymieinä ja ne käsitellään ja julkaistaan siten, ettei yksittäisen vastaajan henkilöllisyys paljastu.

Vastausaikaa on maanantaihin 10.09 asti.

Kyselyyn pääsee vastaamaan alla olevasta linkistä:

<http://zef.kyamk.fi/player/?q=446-cd39b6dc>

Kiitos paljon!

Terveisin
projektin tutkija
Sari Ranta

LIITE 2. VASTAUSLOMAKE

1 Taustatiedot

1. Sukupuoli (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. nainen
- 2. mies

2. Ikä vuosina

3. Toiminimike (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Kotiavustaja
- 2. Perus-, lähi- tai kodinhoitaja
- 3. Sairaanhoidaja
- 4. Vastaava hoitaja

4. Toimipiste (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Karhula-Koti
- 2. Koskenrinteen Koti
- 3. Kotka-Koti

5. Aiempi potilassiirtojen ergonomiaan liittyvä koulutus (Monivalintakysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tutkintoon johtavassa koulutuksessa
- 2. Toimipaikkakoulutuksena
- 3. Muuna täydennyskoulutuksena

6. Vimeisimmästä potilassiirtojen ergomiakoulutuksesta kulunut aika (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. alle vuosi
- 2. 1 - 5 vuotta
- 3. yli 5 vuotta

2 Työn kuormittavuus

1. Kunka monta kertaa yleensä nostat tai siirrät avustettavaa henkilöä työvuorosi aikana?

(Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. yleensä en yhtään
- 2. 1 - 5
- 3. 6 - 10
- 4. yli kymmenen

2. Kuinka montaa kertaa yleensä nostat tai siirrät avustettavaa henkilöä yksin työvuorosi aikana?

(Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. yleensä en yhtään
- 2. 1 - 5
- 3. 6 - 10
- 4. yli kymmenen

3. Kuinka monta kertaa yleensä nostat tai siirrät avustettavaa henkilöä työparin kanssa työvuorosi aikana? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. yleensä en yhtään
- 2. 1 - 5
- 3. 6 - 10
- 4. yli kymmenen

4. Kuinka monta sellaista nostoa, jossa tulisi käyttää apuvälinettä, työvuorossasi yleensä on?

(Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. yleensä ei yhtään
- 2. 1 - 5
- 3. 6 - 10
- 4. yli kymmenen

5. Kuinka kuormittavaa työsi on fyysisesti? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin kevyttä

- 2. Kevyttä
- 3. Hieman rasittavaa
- 4. Rasittavaa
- 5. Erittäin rasittavaa

6. Kuinka kuormittavaa työsi on psyykkisesti? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin kevyttä
- 2. Kevyttä
- 3. Hieman rasittavaa
- 4. Rasittavaa
- 5. Erittäin rasittavaa

7. Tuletko kiinnittäneeksi huomiotasi potilassiirtoihin liittyvään työergonomiaan työvuorosi aikana? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. En yleensä
- 2. Joskus
- 3. Päivittäin

8. Mitkä tekijät kuormittavat työtäsi eniten. Valitse kolme. (Monivalintakysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Hankalat työasennot
- 2. Hankala työympäristö
- 3. Työ- tai apuvälineiden puute
- 4. Henkilöstövahvuus
- 5. Työn määrä / kiire
- 6. Työn organisointi
- 7. Osaamisen vaje
- 8. Oma huono fyysinen kunto
- 9. Henkinen kuormittavuus
- 10. Huono ilmapiiri
- 11. Asukkaiden vaikeahoitoisuus
- 12. Omaisten osallisuus
- 13. Muu, mikä?

9. Onko sinulla mielestäsi työn kuormittavuuteen liittyen (Monivalintakysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tuki- ja liikuntaelämistön sairauksia tai oireita
- 2. Väsymystä
- 3. Univaikeuksia
- 4. Sattunut tapaturmia
- 5. Muuta, mitä?

3 Vaikutusmahdollisuudet

1. Vaikutusmahdollisuuteni työni fyysiseen kuormittavuuteen on: (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin vähäinen
- 2. Vähäinen
- 3. Kohtalaisen hyvä
- 4. Hyvä
- 5. Erittäin hyvä

2. Vaikutusmahdollisuuteni työni psyykkiseen kuormittavuuteen on: (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin vähäinen
- 2. Vähäinen

- 3. Kohtalaisen hyvä
- 4. Hyvä
- 5. Erittäin hyvä

3. Vaikutusmahdollisuuteni työni organisointiin on: (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin vähäinen
- 2. Vähäinen
- 3. Kohtalaisen hyvä
- 4. Hyvä
- 5. Erittäin hyvä

4. Vaikutusmahdollisuuteni työtehtäviini on: (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin vähäinen
- 2. Vähäinen
- 3. Kohtalaisen hyvä
- 4. Hyvä
- 5. Erittäin hyvä

5. Vaikutusmahdollisuuteni käytettäviin työmenetelmiin on: (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin vähäinen
- 2. Vähäinen
- 3. Kohtalaisen hyvä
- 4. Hyvä
- 5. Erittäin hyvä

6. Vaikutusmahdollisuuteni työympäristöön on: (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin vähäinen
- 2. Vähäinen
- 3. Kohtalaisen hyvä
- 4. Hyvä
- 5. Erittäin hyvä

7. Vaikutusmahdollisuuteni työyhteisön ilmapiiriin on: (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Erittäin vähäinen
- 2. Vähäinen
- 3. Kohtalaisen hyvä
- 4. Hyvä
- 5. Erittäin hyvä

8. Kuinka usein tulet käyttäneeksi mahdollisuuksia vaikuttaa työhösi liittyviin seikkoihin? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. En lainkaan
- 2. Harvoin
- 3. Aina tilaisuuden koittaessa

9. Kuinka tärkeänä työhyvinvointisi kannalta pidät potilasiirtojen ergonomista toteuttamista? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Ei lainkaan tärkeää
- 2. Vähän tärkeää
- 3. Melko tärkeää
- 4. Tärkeää
- 5. Erittäin tärkeää

10. Koetko, että saat tarvittaessa tukea muilta työyhteisösi jäseniltä? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. En saa tukea
- 2. Harvoin
- 3. Useimmiten
- 4. Aina

4 Työturvallisuus

1. Tunnetko työturvallisuuslakien määrittämät velvoitteet ja vastuut? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. En
- 2. Osittain
- 3. Kyllä

2. Onko tapanasi arvioida siirtoihin / liikkumisen avustamiseen liittyviä riskejä? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Ei yleensä
- 2. Joskus
- 3. Jokseenkin aina

3. Toimitko aktiivisesti siirtoihin / liikkumisen avustamiseen liittyvien riskien vähentämiseksi?
(Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. En yleensä
- 2. Joskus
- 3. Jokseenkin aina

4. Mitä olet tehnyt vähentääksesi näitä riskejä? (Vapaapalaute)

5 Työympäristö

1. Vaikeuttavatko työtilat ja kalusteet siirtoja / liikkumisen tukemista? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Eivät vaikeuta
- 2. Vaikeuttavat jonkin verran
- 3. Vaikeuttavat paljon

2. Ovatko työtilat mielestäsi ahtaat? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Ei
- 2. Kyllä. Mitkä tilat?

3. Ovatko kalusteet mielestäsi epätarkoituksenmukaisia? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Ei
- 2. Kyllä. Mitkä kalusteet?

4. Onko työskentely-ympäristöissä tiellä ylimääräisiä tavaroita? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Ei
- 2. Kyllä. Mitä tavaroita?

5. Ovatko työasut toimivia? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Ei. Mitkä osat ?
- 2. Kyllä

6. Apuvälineet

1. Mitä alla luetuista apuvälineistä käytät siirroissa tai liikkumisen tukemisessa? (Monivalintakysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Lattianosturi
- 2. Seisomanojanostin
- 3. Kääntölevy
- 4. Siirto- tai talutusvyö
- 5. Liukulakana
- 6. Liukulauta
- 7. Mini-move
- 8. Ford
- 9. Pyörätuoli
- 10. Rollaattori
- 11. Nousutuki
- 12. Apinapuu
- 13. Narutikkaat
- 14. Joku muu, mikä ?

2. Miten usein käytät apuvälineitä siirroissa / liikkumisen tukemisessa? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tahtoo useimmiten unohtua
- 2. Satunnaisesti
- 3. Melkein aina
- 4. Aina

3. Mitkä tekijät mielestäsi estävät apuvälineiden käyttöä? (Vapaapalaute)

4. Mitkä tekijät mielestäsi edistävät apuvälineiden käyttöä? Vapaapalaute)

7. Siirtojen ja liikkumisen avustamisen suunnittelu

1. Teetkö ennen siirtoa suunnitelman toimintatavasta ja tarvittavista tarvikkeista?

(Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. En yleensä
- 2. Joskus
- 3. Jokseenkin aina

2. Mietitkö omaa asentoasi ja liikkeitäsi avustustilanteessa? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. En yleensä
- 2. Joskus
- 3. Jokseenkin aina

3. Mietitkö avustettavan henkilön asentoa ja liikkeitä avustustilanteessa? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. En yleensä
- 2. Joskus
- 3. Jokseenkin aina

4. Seuraatko asukkaan toimintakyvyn arviointeja asiakirjoista? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tahtoo useimmiten unohtua
- 2. Satunnaisesti
- 3. Usein
- 4. Päivittäin

5. Arviotko asukkaan toimintakykyä työtoverilta kysyen? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tahtoo useimmiten unohtua
- 2. Satunnaisesti
- 3. Usein
- 4. Päivittäin

6. Arvioitko asukkaan toimintakykyisyyttä (lihasvoima, nivelliikkuvuus, jaksaminen) ennen siirtoa itse? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tahtoo useimmiten unohtua
- 2. Satunnaisesti
- 3. Usein
- 4. Aina ennen siirtoa

7. Hyödynnätkö aktiivisesti asukkaan omia voimavaroja siirtotilanteissa? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tahtoo useimmiten unohtua
- 2. Satunnaisesti
- 3. Usein
- 4. Joka siirrossa

8. Ohjaaminen ja opastaminen

1. Aktivoitko ja ohjaatko asukasta siirroissa ja liikkumisen tukemisessa? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tahtoo useimmiten unohtua
- 2. Satunnaisesti
- 3. Usein
- 4. Joka siirrossa

2. Millä tavoin aktivoit asukasta avustamisen aikana? (Monivalintakysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Katseen avulla
- 2. Kosketuksen avulla
- 3. Liikkeen avulla
- 4. Sanojen avulla
- 5. Apuvälineiden avulla
- 6. Antamalla riittävästi aikaa osallistua

3. Otatko asukkaan kokemuksen huomion siirroissa? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tahtoo useimmiten unohtua
- 2. Satunnaisesti
- 3. Usein
- 4. Joka siirrossa

4. Kertaatko siirtotavan kulun työparisi kanssa ennen siirtoa? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Tahtoo useimmiten unohtua
- 2. Satunnaisesti
- 3. Usein
- 4. Joka siirrossa

5. Opastatko työtoveria siirtotekniikoissa ? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Jää tekemättä
- 2. Satunnaisesti
- 3. Jokseenkin aina
- 4. Aina tarvittaessa

6. Opastatko omaisia siirtotekniikoissa / liikkumisen tukemisessa? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Jää tekemättä
- 2. Satunnaisesti
- 3. Jokseenkin aina
- 4. Aina tarvittaessa

7. Ovatko käytänteet potilassiirroissa yhteneväiset tiimissänne? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. Ei
- 2. Osittain
- 3. Kyllä

8. Kuvaa lyhyesti, kuinka avustat asukasta siirtymään sängystä pyörätuoliin TAI kuvaa lyhyesti joku muu siirto tai liikkumisen tukemisen tilanne. (Vapaapalaute)

9. Tilaa ajatuksille ja kokemuksille

1. Tilaa ajatuksille ja kokemuksille potilassiirroista ja työhyvinvoinnista? (Vapaapalaute)

