

Turvallisuusjohtamista kehittämällä hoitotyön fyysiset riskit hallintaan

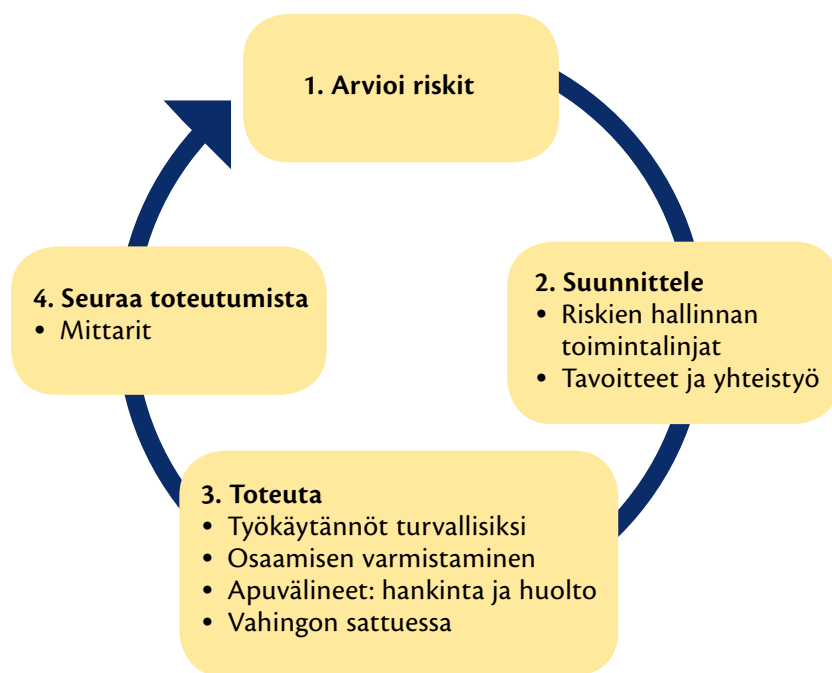
Turvallisuusjohtaminen on kokonaisvaltaista turvallisuuden hallintaa, jossa yhdistyy sekä menetelmien, toimintatapojen että ihmisten johtaminen.

MITÄ TULOKSELLINEN turvallisuusjohtaminen on hoitotyössä? Tätä lähdettiin miettimään Työterveyslaitoksen toteuttamassa Työkäytäntöjen kehittäminen vanhustenhuollossa osana hoitotyön turvallisuusjohtamista -hankkeessa. Hanke toteutettiin vuosina 2007 – 2009 kahdeksatoista vanhustenhuollon yksikössä Varsinais-Suomessa ja Lappeenrannan seudulla. Hanke oli kontrolloitu interventiotutkimus, jossa kehitettiin kuuden vanhustenhuollon organisaation turvallisuusjohtamista. Toiset kuusi osastoa olivat kontrolliosastoina.

Riskien arvioinneista riskien hallintaan

Fyysinen kuormitus on merkittävää sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla. Tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvat poissaolot muodostavat monissa organisaatioissa noin kolmanneksen sairauspoissaoloista. Riskinarvioinnit on yleensä hoito-organisaatioissa tehty. Tällöin on myös tiedostettu potilasnostojen olevan suurin fyysinen riski. Sen hallintaan ei ole kuitenkaan tartuttu siinä määrin, mitä asian vakavuus edellyttäisi.

Kehittämishankkeessa työskentelyn pohjana olivat organisaatioiden aikaisemmat riskien arvioinnit, mutta myös hankkeen alkumittauksissa saatu tarkennettu mittaustieto hoitotyön riskeistä, apuvälineiden käytöstä ja turvallisuusjohtamisesta. Kehittämistyötä tehtiin sekä organisaatiotasolla että osastotasolla.



Kuva 1. Fyysisten riskien hallintamalli

Organisaatiotasolla ylihoitajasta, työsuojelupäälliköstä, työsuojeluvaltuutetusta, osastonhoitajasta sekä työterveyshuollon edustajasta muodostettu moniammatillinen ryhmä kehitti työpaikalleen fyysisten riskien hallintamallin. Sen tavoitteena oli edistää turvallista työskentelyä osastolla, vähentää työntekijöiden kuormittumista fyysisesti raskaissa työtehtävissä ja luoda hoitotyön tavoitteita tukevia hyviä työkäytäntöjä. Interventio-osastojen kehittämistä malleista koottiin

ydinasiat yhdeksi hoitotyön fyysisten riskien hallintamalli-oppaaksi (Tamminen-Peter ym. 2010).

Hoitotyön fyysisten riskien hallintamalli perustuu työterveys- ja turvallisuusjohtamisjärjestelmään (OHSAS 18001:fi), jossa toteutuu ”suunnittele - toteuta - arvioi - toimi” -menettely (kuva1). Kaikissa kehittämisorganisaatioissa riskien hallintamallin työstämisestä muodostui prosessi. Prosessin alussa tehtyjen riskien arviointien pohjalta suunniteltiin tar-



KUVA: VIRRI FAGERSTRÖM

vittavat toimenpiteet ja toteutettiin ne mahdollisuuksien mukaan. Lisäksi tehtiin seurantasuunnitelma jatkuvan kehittämisen mahdollistamiseksi.

Jokainen organisaatio teki oman fyysisten riskien hallintamallin, jossa lausuttiin julki kyseisen organisaation turvallisuusjohtamisen toimintalinjat. Mallin luomisessa hyödynnettiin organisaation olemassa olevia hyviä käytäntöjä ja se liitettiin oleelliseksi osaksi organisaation turvallisuusjohtamista. Oppaan tarkoituk-

Kehittämistyön tuloksellisuutta lisää koko työyhteisön mukaan ottaminen mallin luomiseen.

senä on tukea tällaista toimintaa kaikissa sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa ja ohjata niiden itsenäistä kehitystyötä fyysisten riskien hallinnassa.

Hallintamallista työkaluja ja keinoja esimiehille

Fyysisten riskien hallintamalli opastaa esimiehiä hyvin konkreettisesti, kun he haluavat kehittää hoitotyön turvallisuusjohtamista ja vähentää työn fyysistä kuormitusta. Oppaan sisällöistä löytää

selkeitä työkaluja ja keinoja asioiden so-
pimiseksi. Hoitotyön fyysisten riskien ar-
viointiin löytyy juuri siihen suunniteltuja
menetelmiä kuten Karhulan ym. (2007)
kehittämä Potilassiirtojen kuormittavuuden
arviointimenetelmä tai hollantilainen
CareThermometer -menetelmä.

Oppaassa nostetaan esiin asioita, joita
työyhteisön tulisi yhdessä pohtia ja sopia
toimintatavoista. Esimiesten tehtävänä
on käynnistää ja valvoa prosessin etene-
mistä, mutta samalla jakaa vastuuta koko
työyhteisölle ja eri vastuuhenkilöille, ku-
ten ergonomiavastaaville. Organisaation
fyysisten riskien hallintamallia luodessa
organisaation on hyvä kirjata malliin tur-
vallisuusjohtamisen toimintalinjat, orga-
nisaation tavoitteet ja keinot saavuttaa
ne. Siinä kuvataan muun muassa

- työnantajan ja työntekijöiden turvalli-
suusvastuut ja valtuudet
- fyysisesti raskaiden ja riskialttiiden työ-
tehtävien työkäytännöt ja osaaminen
- koulutus osaamisen kehittämiseksi
- potilaiden avustamisen ja siirtämisen
apuvälineiden hankinta ja huolto
- toiminta vaara- ja väkivaltatilanteissa
sekä
- mallin toteutumisen seuranta.

Kehittämistyön tuloksellisuutta lisää
koko työyhteisön mukaan ottaminen
mallin luomiseen. Tällöin sitoutuminen
tapahtuu luonnostaan. Tavoitteenahan on
kehittää työyhteisön turvallisia työtapo-
ja, jossa jokaisen yksilön panostuksella on
vaikutusta työyhteisön turvallisuusilma-
piiriin.

Interventio-osastojen hyvät käytännöt

Interventio-osastojen organisaatiota-
son ryhmät työstivät fyysisten riskien
hallintamallin suuret linjat, jotka vietiin
osastotasolla käytäntöön. Osastotasol-
la perustettiin kehittämisryhmät, jotka
työstivät hallintamallin osiot käytännön
työohjeiksi. Ryhmät sovitettiin niin, että
kaikki saivat osallistua. Ryhmissä sovittiin
yhteisesti turvallista potilaan avustami-
sen pelisäännöistä. Ryhmätapaamisissa
harjoiteltiin ohjeiden mukaan toimimis-
ta ja kirjaamista. Lisäksi henkilökunta
sai hankkeessa tutkittua tietoa avustus-
tilanteiden kuormituksesta ja heidän
ongelmanratkaisutaitojen kehittymistä
tuettiin.

Interventioissa kehitettiin myös työym-
päristön ergonomiata ja työvälineitä. Jos
riskinarvioinnissa esimerkiksi oli todettu,
että täysin avustettavien potilaiden siir-
tämiseen tarvitaan nostolaite, yksikköön

otettiin koekäyttöön nostolaiteita. Laittei-
den kokeilujen jälkeen hoitajien parhaaksi
kokema nostin hankittiin.

Kaikki hoitajat harjoittelivat nostimen
käytön ja yhteisesti sovittiin, että kaikki
raskaat kahden hoitajan potilassiirrot teh-
dään nostimien kanssa. Monille osastoille
hankittiin muun muassa seisomanojanos-
timia, jolloin erityisesti raskaaksi koetut
WC-avustustilanteet helpottuivat oleelli-
sesti. Seisomanojanostin (kuva 2) koettiin
potilasta kuntouttavaksi ja miellyttäväksi
tavaksi siirtää potilas ilman, että hoitaja
ylikuormittuu.

Työkäytäntöjen muuttaminen oli haas-
tavaa, joten osastoihin nimettiin kaksi tai
kolme ergonomiavastaavaa. Heidän teh-
tävistään sovittiin ja ne kirjattiin osaksi
riskien hallintamallia. Heidän yksi tärkeim-
mistä tehtävistään oli auttaa työtovereita
yhteisesti sovittujen käytäntöjen juurrut-
tamisessa osaksi jokapäiväistä työtä.

Monissa yksiköissä he huolehtivat
myös apuvälineiden kunnosta ja tekivät
ehdotuksia uusien apuvälineiden hankin-
nasta. Ergonomiavastaavien omat tiedot
ja taidot ergonomiassa tulee olla kunnos-
sa, joten heille suositeltiin Potilassiirtojen
Ergonomiakortti-koulutuksen suoritta-
mista.

Turvallisuusjohtamisella saadaan tuloksia

Tuloksellinen turvallisuusjohtaminen on
jatkuva toiminnan kehittämistä ja henki-
löstön osaamisen ylläpitämistä. Hoitotyön
fyysisten riskien vähentämisessä oleellista
on työntekijöiden ergonomiatietämyksen
lisääminen ja potilaan avustamiskäytän-
töjen kehittäminen viimeisten tutkimus-
ten mukaisiksi (Nelson & Bابتiste 2004).
Suomessa hoitajat nostavat edelleen
liian raskaita potilaita käsivoimin, vaikka
tutkimuksissa ne on todettu riskialttiiksi
(Marras ym. 1999). Nostolaitteet ja muut
siirtymisen apuvälineet vähentävät oleel-
lisesti fyysistä kuormitusta. Tuki- ja liikun-
taelinsairauspoissaolojen ja kuormituksen
vähentäminen edellyttää laaja-alaista ja
pitkäjänteistä työtä fyysisten riskien hal-
lintaan.

Interventiotutkimuksessa havaittiin jo
yhden vuoden seurannassa monia posi-
tiivisia tuloksia. Interventio-osastoilla
potilassiirtoihin liittyvät riskit ja tuki- ja
liikuntaelimestön vaivat vähenivät. Yleen-
sä tämän tyyppisiä tuloksia havaitaan vas-
ta kahden tai kolmen vuoden kuluttua.
Myös turvallisuusjohtaminen kehittyi ja
sen taas on todettu edistävän myös po-
tilasturvallisuutta (Flin ym. 2006).

Turvallisuusjohtamisen on todettu
vaikuttavan myönteisesti muun muassa
henkilöstön sitoutumiseen, työilmapii-
riin, toiminnan laatuun sekä onnetto-
muuksien ja tapaturmien esiintymiseen
(Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Se
pitää sisällään jatkuvan suunnittelun, toi-
minnan ja seurannan, niin kuin fyysisten
riskien hallintamallikin. ■



Leena Tamminen-Peter
FT, SHO ja erikoistutkija



Virpi Fagerström,
TtM, ft (amk),
Työterveyslaitos, Sosiaali- ja
terveysalan työ -tiimi

LÄHTEET

Care Thremometer -mittari <http://www.carethermometer.com>

Flin R. Burns C. Mearns K. Yule S. & Robertson E.M. 2006. Measuring safety climate in health care. Quality and Safety in Health Care 15, 109-115.

Karhula K. Rönholm T. Sjögren T. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Työsuojeluhallinto. Työsuojelujulkaisuja 83. Tampere.

Marras W.S., Davis K.G., Kirking B.C. & Bertsch P.K. 1999. A comprehensive analysis of low-back disorder risk and spinal loading during the transferring and repositioning of patients using different techniques. Ergonomics 42, 904-926.

Nelson A. & Bابتiste A. 2004. Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement. OJIN 9 (3) www.nursing-world.org/ojin

OHSAS 18001:fi. 2007. Työterveys- ja turvallisuusjohtamisjärjestelmät. Vaatimukset. 3.painos.

Tamminen-Peter L. Fagerström V. & Moilanen A. 2009. Työkäytäntöjen kehittäminen vanhustenhuollossa osana hoitotyön turvallisuusjohtamista. Loppuraportti rahoittajalle (Tykes). Työterveyslaitos.

Tamminen-Peter L. Fagerström V. & Moilanen A. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Työterveyslaitos. Opas ilmestyy keväällä 2010.