

Jenna Rasinaho & Liisa Vuononvirta

AKTIVOINNIN KAUTTA KEVEÄMPÄÄN KUORMITUKSEEN

Opas ergonomisista potilassiirroista Oulunkaaren hoitohenkilöstön koulutukseen

AKTIVOINNIN KAUTTA KEVEÄMPÄÄN KUORMITUKSEEN

Opas ergonomisista potilassiirroista Oulunkaaren hoitohenkilöstön koulutukseen

Jenna Rasinaho & Liisa Vuononvirta
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijät: Jenna Rasinaho & Liisa Vuononvirta

Opinnäytetyön nimi: Aktivoinnin kautta keveämpään kuormitukseen- Opas ergonomisista potilassiirroista Oulunkaaren hoitohenkilöstön koulutukseen

Työn ohjaajat: Eija Mämmelä & Marika Tuiskunen

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2016

Sivumäärä: 37 + 4

Potilassiirrot ovat suuri fyysisen kuormituksen aiheuttaja hoitoalalla. Suuri fyysinen kuormitus aiheuttaa hoitajille tuki- ja liikuntaelinvaijoja, jotka aiheuttavat paljon sairauspoissaoloja. Tieto oikeanlaisista potilassiirroista ja apuvälineiden käytöstä on lisääntynyt, mutta työpaikoilla saatetaan toimia vanhojen, totuttujen kuormittavien tapojen mukaan ja apuvälineiden käyttö on edelleen liian vähäistä.

Työn aihe tuli toimeksiantajalta eli Oulunkaaren kuntayhtymän fysioterapeuteilta, joilla oli tarve ergonomisten potilassiirtojen koulutusmateriaaleihin. Hoitajien työskentelyssä näkee edelleen puutteita ergonomiassa, jonka vuoksi on syntynyt ajatus koulutukseen panostamisesta. Lisäksi hoitajia on työterveyshuollon asiakkaina tuki- ja liikuntaelinvaijojen vuoksi. Fysioterapeuteilta on pyydetty ergonomiakoulutusta ja ajatus opasvideoista syntyi ergonomiakorttikoulutuksessa. Työn tekijöiden tavoitteena oli laajentaa omaa ergonomiosaamistaan.

Työ koostuu kolmesta osiosta; hoitajille laaditusta kyselystä, opasvideoista ja työpajan pitämisestä. Kyselyn perusteella pyrimme selvittämään työpaikoilla ilmeneviä potilassiirtoihin liittyviä ongelmia ja haasteita. Lisäksi kysely ohjasi tietoperustan laatimista. Kyselyn vastauksia hyödynnettiin myös opasvideoita suunnitellessa, jotta videoista saadaan kohderyhmälle sopivia. Työpaja pidettiin kotihoidon työntekijöille, joten suunnittelussa ja totutuksessa otettiin huomioon kotihoidon hoitajien vastauksissa esille tulleet haasteet.

Työhön kuuluvan kyselyn tuloksista selvisi, että 80 % vastanneista hoitajista oli tuki- ja liikuntaelinvaijoja, joista selkä ja niskahartiaseudun vaivat olivat yleisimpiä. Yksi kuormittavimmista siirroista olivat siirtymiset eri tasoilta toiselle. Kyselystä selvisi myös, että hoitajat kokivat saavansa liian vähän koulutusta ergonomisista potilassiirroista. Kyselyyn vastanneet vaikuttivat olevan kiinnostuneita ergonomiasta hoitotyössä.

Jatkotoimenpiteenä olisi hyvä tutkia, onko uusia siirtomenetelmiä ja apuvälineitä otettu käyttöön sekä onko niillä ollut vaikutusta työn fyysiseen kuormittumiseen. Lisäksi olisi hyvä selvittää, onko hoitajien tuki- ja liikuntaelinvaijoja ja niistä johtuvia sairauspoissaoloja saatu vähennettyä.

Asiasanat: Ergonomia. Hoitotyö. Apuvälineet. Potilassiirrot. Fyysinen kuormittuminen.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

Authors: Jenna Rasinaho, Liisa Vuononvirta

Title of thesis: Guide of ergonomic patient handling for nurses of federation of municipalities of Oulunkaari

Title of thesis: Supervisors: Eija Mämmelä, Marika Tuiskunen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016 Number of pages: 37 + 4

Patient handling is a big factor in physical overloading in care work. Nurses often work in wrong positions and do not use handling aids. That causes symptoms in the musculoskeletal system, and these symptoms include back and neck pain. Even though the information on ergonomic patient handling has increased, there still are nurses working with old customary habits. The study was commissioned by the federation of municipalities of Oulunkaari.

The aim was to reduce physical overloading in care work, and to develop nurses' skills to work ergonomically. Additionally, this study will be used as educational material in ergonomic patient handling training.

This project consists of questionnaire-based study, video material and a work shop. Ergonomic patient handling videos were planned according to the questionnaire-based study. In addition to that, the questionnaire-based study helped us write the written part. The workshop was organized for nurses working in home care.

Over half of the nurses that answered the questionnaire had symptoms in the musculoskeletal system. The most loaded patient handling was transferring patients from bed to wheelchair. Nurses who answered the questionnaire were interested in ergonomic patient handling. Still, they feel that they do not get enough ergonomical training.

The proposal can be developed by surveying whether nurses use new patient handling techniques, and how that affects physical loading. On top of that, it would be good to figure out if symptoms in the musculoskeletal system and absence due to sickness have reduced.

Keywords: ergonomics, care work, patient handling, aid, physical loading

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	HOITAJIEN FYYSSINEN KUORMITTUMINEN JA POTILASSIIRTOJA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ	8
2.1	Hoitajien fyysistä kuormitusta lisäävät tekijät.....	8
2.2	Potilassiirtoja koskeva lainsäädäntö	9
3	POTILASSIIRTOJEN APUVÄLINEET	11
4	HYVÄT ERGONOMIAKÄYTÄNNÖT	16
4.1	Avustettavan aktivointi ja kiistanalaiset nostotekniikat.....	16
4.2	Fyysisten riskien hallintamalli ja potilassiirtojen yleisimmät menetelmät	19
5	KYSELY ERGONOMISISTA POTILASSIIRROISTA OULUNKAAREN HOITOHENKILÖSTÖLLE.....	25
6	OPASVIDEOIDEN JA POTILASSIIRTOJEN TYÖPAJAN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI	29
7	POHDINTA	33
	LÄHTEET	35
	LIITTEET	38

1 JOHDANTO

Ergonomialla tarkoitetaan sitä, miten toimintoa voidaan tehdä ihmiselle vähemmän kuormittavaksi. Ergonomialla pyritään vaikuttamaan ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja ennaltaehkäisemään tapaturmia sekä toimimaan turvallisesti. Ergonomialla pyritään myös tehostamaan työskentelyä. Ergonomia tulee kreikan sanoista ergo, joka tarkoittaa työtä sekä nomos, joka tarkoittaa luonnonlakeja. Ergonomialle on useita määritelmiä, jotka voivat painottaa hieman eri asioita. Työterveyslaitoksen mukaan ergonomialla pyritään vaikuttamaan hyvinvoinnin ja suorituskyvyn edistämiseen. Ergonomia on fyysistä, kognitiivista ja organisatorista, mutta yleensä keskitytään vain johonkin näistä osa-alueista kerrallaan. Tässä työssä keskityimme fyysisiin ergonomiatekijöihin ja miten ne näkyvät hoitoalalla. (Työterveyslaitos, viitattu 2.3.2016; Launis & Lehtelä 2011, 19.)

Ergonomian vaikutukset voivat näkyä esimerkiksi työntekijän hyvinvoinnin parantumisena sekä työn tehostumisessa. Hyvällä ergonomian suunnittelulla voidaan vaikuttaa myös työyhteisön hyvinvointiin. Ergonomian vaikuttavuutta voidaan havaita myös taloudellisesti. (Launis & Lehtelä 2011, 36-37.) Esimerkiksi Rovaniemen hoivaosaston hoitajat kävivät ergonomiakorttikoulutuksen, jonka seurauksena sairauspoissaolot vähenivät, työilmapiiri parani ja koulutus oli taloudellisesti kannattava. Rovaniemen kaupungin hoivaosastolla sairauspoissaoloja oli vielä vuonna 2009 yli 900 päivää, kun vuonna 2012 sairauslomapäiviä oli enää 300 päivää. Yhden sairauslomapäivän hinta oli 300 euroa. (Mäkinen 2013, viitattu 8.4.2016.)

Myös Fagerströmin Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä -tutkimuksen mukaan ergonominen avustaminen on vähentänyt hoitajien kokemia tuki- ja liikuntaelinoireita vuoden kestäneessä tutkimuksessa. Tutkimuksessa selvisi, että hoitajien ergonominen avustusinterventio on vähentänyt kipua niska-hartiaseudussa, olkapäissä ja selän yläosassa. Alaselän kiputiloihin interventiolla ei ollut vaikutusta. (Fagerström 2013, viitattu 15.4.2016.)

Tämä opinnäytetyö on tehty kehittämään Oulunkaaren kuntayhtymän hoitajien ergonomiasaamista. Oulunkaaren kuntayhtymään kuuluu viisi kuntaa. Oulunkaari järjestää jäsenkuntiansa sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Nämä kunnat ovat Ii, Pudasjärvi, Simo, Utajärvi ja Vaala. (Oulunkaaren kuntayhtymä 2016, viitattu 27.5.2016.) Opinnäytetyön tuote toimii ergonomisten potilassiirtojen opetusmateriaalina. Lisäksi se mahdollistaa hoitajien itsenäisen opiskelun, sillä materiaalit tulevat kaikkien Oulunkaaren hoitajien saataville. Materiaalia käytetään myös uusien

työntekijöiden perehdyttämiseen. Projektista hyötyvät avustettavat, omaiset, koko henkilökunta, mutta myös palkanmaksajat.

Opinnäytetyö on tehty ensisijaisesti Oulunkaaren kuntayhtymälle ja heillä on oikeudet käyttää materiaalia sellaisenaan koulutuksissaan. Opinnäytetyön tekijöillä on täydet oikeudet käyttää tekemäänsä työtä omassa työskentelyssään. Opinnäytetyön raportti saadaan julkaista ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden julkaisusivulla. Opinnäytetyön raportti julkaistaan Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ergonomiaverkoston nettisivuilla ja posterit on esillä Kouvolassa pidettävässä ergonomiaseminaarissa 9-10.6.2016. Hoitajat ovat vastanneet kyselyyn anonyymisti, joten tulokset saadaan julkaista sellaisenaan.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että hoitajat alkavat pohtia oikeita siirron tekniikoita asiakkaille kuten mitä apuvälineitä kukin asiakas tarvitsee, ja kuinka paljon avustettava tarvitsee apua siirroissa. Työn tavoitteena on myös saada avustettavia osallistumaan siirtoihin mahdollisimman paljon, joka edistää sekä ylläpitää avustettavien omaa toimintakykyä. Lisäksi tavoitteena on saada opetusmateriaalit käytäntöön, jotta hoitajat saavat päivitystä ergonomiosaamiseensa ja kouluttajille on valmista materiaalia koulutusten pitämiseen. Ergonomisia potilassiirtojen videoita on paljon saatavilla, mutta hoitajien päästessä vaikuttamaan videoiden suunnitteluun on mahdollista, että niiden sisältö vastaa paremmin hoitajien tarvetta, kun videot ovat juuri heille tehtyjä. Lisäksi aikaa ei mene videoiden etsimiseen, vaan ne löytyvät helposti yhdestä paikasta. Opetusmateriaaleja voidaan käyttää sovelletusti myös omaishoitajien sekä eri ammattiryhmien ergonomisten potilassiirtojen koulutuksessa.

2 HOITAJIEN FYYSINEN KUORMITTUMINEN JA POTILASSIIRTOJA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Hoitotyö on fyysisesti raskasta. Hoitotyön fyysinen kuormitus johtuu siitä, että työpäivän aikana tulee paljon kävelyä, kumarteluja sekä potilassiirtoja. Fyysinen kuormitus voidaan kokea esimerkiksi väsymyksenä sekä puutumisena. Jos fyysinen kuormitus on kestänyt pitkään riski tuki- ja liikuntaelinten sairauksille kasvaa. Hoitajat joutuvat usein työskentelemään hankalissa asennoissa. Hoitajat kokevat myös vaaratilanteita työssä, josta esimerkkinä avustettavan äkillinen kaatuminen. Tämän kaltaiset tilanteet ovat yleensä arvaamattomia sekä fyysisesti kuormittavia. (Tamminen-Peter 2005, viitattu 8.4.2016; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 11.)

Lainsäädännöllä on pyritty turvaamaan työntekijöiden terveys ja työolosuhteiden työturvallisuus. Erityisesti potilassiirtoja ja nostotyötä ohjaavat lait ovat EU:n nostodirektiivi, työturvallisuuslaki sekä valtioneuvoston asetus työvälaineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta. Kyseiset lait ohjaavat nostotyötä ja määrittävät siihen suositeltavia rajoituksia ottaen huomioon työntekijän ominaisuudet. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 23.)

2.1 Hoitajien fyysisistä kuormitusta lisäävät tekijät

Organisatoriset tekijät vaikuttavat myös hoitajien kokemaan fyysiseen kuormitukseen. Esimerkiksi liian vähäinen henkilökunta lisää kiirettä. Kiire lisää yksin tehtävien siirtojen määrää mikä taas lisää fyysistä sekä psyykkistä kuormittuneisuutta. Hoitotyön kuormittavuutta lisää vuorotyö ja tilojen epäsopevuus. Hoitajat voivat tehdä työtä hyvin erilaisissa tiloissa, kuten asiakkaan kotona, hoiva- ja palveluasunnoilla ja sairaaloiden sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla. Lisäksi yksilölliset tekijät sukupuoli, ikä, tiedot sekä taidot, aikaisemmat tuki- ja liikuntaelin vaivat, terveydentila ja toimintakyky vaikuttavat fyysisen kuormittuneisuuden kokemiseen. (Tamminen-Peter 2005, viitattu 8.4.2016; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 28-31.)

Hoitajien työssä tulee hankalia työasentoja, koska ergonomisesti säädeltäviä potilasvuoteita ja muita kalusteita ei ole tarpeeksi käytössä. Tämä on keskeinen syy selkävaivojen riskitekijänä. Selkäkkipua voi aiheutua jo pelkästä asentokuormituksesta, mutta kun tämä yhdistetään potilaiden siirtämisen avustamiseen, riski kudosten vaurioitumiselle kasvaa. Tämä johtuu siitä, että kudokset

eivät ole ehtineet toipua edellisestä raskaasta työvaiheesta. Lisäksi työn staattinen kuormitus lisää selkävaivoja. Raskaimpia työvaiheita ovat asiakkaan avustaminen vuoteesta tai wc:stä pyörätuoliin ja takaisin sekä vuoteessa ylöspäin siirtäminen. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 14-19.) Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan alaselän kuormittuminen vähenee, kun hoitajat säätävät potilasvuoteen lantion korkeudelle ja käyttävät wc -tiloissa pientä jakkaraa (Freitag 2014, viitattu 2.5.2016).

Niskan seudun vaivojen synnyn syytä ei hyvin tunneta. Kuormitustekijä, jolla on todettu olevan yhteys niskavaivoihin, on staattinen kuormitus. Niska-hartiaseudun vaivojen syntyyn vaikuttavat lihas-ten ja nivelsiteiden ylikuormittuminen niskan etukumaran asennon pitämisestä sekä olkavarren ko- hoasennosta johtuen. Niska-hartiaseudun sekä yläraajojen vaivojen on todettu vähenevän, kun hoitajat opettelevat liukulakanan, avustuskorkeuden sekä otteiden oikean käytön. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 20-21.)

2.2 Potilassiirtoja koskeva lainsäädäntö

Eu-direktiivi (1409/93) on asetettu voimaan valtioneuvoston päätöksellä vuoden 1994 alusta. Se asettaa vähimmäisvaatimukset käsin tehtävälle taakkojen käsittelylle ja sen pohjalta sovelletaan kaikki käsin tehtävät nostot sekä siirrot, joista työn luonteen tai epäsuotuisien ergonomisten olojen vuoksi aiheutuu erityisesti työntekijöiden selän vahingoittumisen vaaraa. Säädös koskee myös hoitotyössä tapahtuvaa potilaiden nostamista ja siirtämistä. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 23.)

Päätös antaa työnantajalle vastuun huolehtia siitä, että työntekijällä on käytössä asianmukaisia välineitä, erityisesti mekaanisia laitteita, jotta työntekijän ei tarvitse käsitellä taakkoja. Mikäli käsin tehtävää nostoa tai siirtoa ei voida välttää, on työnantajan annettava työntekijän käyttöön asianmukaisia noston ja siirron apuvälineitä. Lisäksi laissa sanotaan, että työnantajan on varmistauduttava siitä, että työntekijät saavat riittävästi opetusta ja tarvittavat ohjeet taakkojen oikeasta käsittelystä sekä vaaroista, joille he saattavat olla alttiina, jos nostoja ja siirtoja ei suoriteta oikein. (Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1993 1§, 2§.)

Työturvallisuuslain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työky- vyn turvaamiseksi sekä ylläpitämiseksi. Lisäksi lain tarkoituksena on ennaltaehkäistä ja torjua työ- tapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä sekä työympäristöstä johtuvia fyysisiä ja henkisiä ter- veyshaittoja. Lailla pyritään säilyttämään työntekijän työkyky koko työuran ajan mahdollisuuksien

mukaan, sikäli kun työkykyyn voidaan työolosuhteiden ja työympäristön terveellisyydellä ja turvallisuudella vaikuttaa. Laissa otetaan huomioon niin työntekijän fyysinen ja henkinen suorituskyky kuin työn kuormittavuus, ergonomia sekä väestön ikärakenteen muutos. Ihminen on ymmärretty psykofyysisenä kokonaisuutena työsuojelussa jo pitkään, joten työturvallisuuden on katsottu edellyttävän toimia myös henkisellä hyvinvoinnin puolella. (Työterveyslaitos 2012, 14-15; Työturvallisuuslaki 738/23.8.2002 1§, 2§.)

Työturvallisuuslaissa veloitetaan ottamaan huomioon, että työntekijällä on riittävästi tilaa työn tekemiseen ja mahdollisuus vaihtaa työasentoa. Lisäksi työtä pitää olla tarvittaessa mahdollisuus keventää apuvälinein ja haitalliset käsin tehtävät nostot ja siirrot on tehtävä mahdollisimman turvallisiksi, jos niitä ei voida välttää ja keventää apuvälinein. Toistorasituksen aiheuttama haitta työntekijälle on vältettävä tai, jos se ei ole mahdollista, niin rasituksen on oltava mahdollisimman vähäinen. Hoitotyössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että työnantajan on huolehdittava, että nostolaitteen käyttö ei aiheuta haittaa tai vaaraa työntekijän turvallisuudelle tai terveydelle. (Työterveyslaitos 2012, 52-53.)

Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta veloitaa, että työpaikan työvälineet, apuvälineet ja laitteet on huollettava säännöllisesti ja niitä on pidettävä turvallisena niiden käyttöänsä ajan. Kun laitteet otetaan käyttöön ja tarkastetaan, on sen yhteydessä perehdyttävä laitteen toimivuuteen. Mikäli apuvälineen tai laitteen kunnossa on vikaa, työntekijän, joka havaitsee vian, on velvollisuus huolehtia apuvälineen kunnossapidon käynnistämisestä. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 51; Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta 403/12.06.2008 5§.)

Apuvälineisiin ja laitteisiin on kiinnitettävä ohjeet, joiden avulla varmistetaan, että välineitä käytetään oikein. Työpaikalla on hyvä valita vastuuhenkilö, joka huolehtii säännöllisesti apuvälineistä. Lisäksi työnantajan on seurattava jatkuvasti työvälineen toimintakuntoa tarkastuksilla, testauksilla, mittauksilla ja muilla sopivilla keinoilla. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 51; Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta 403/12.06.2008 3§, 5§.)

3 POTILASSIIRTOJEN APUVÄLINEET

Siirtymiseen on olemassa erilaisia apuvälineitä (*KUVIO1*), joita voidaan käyttää itsenäisen siirtymisen apuna tai hoitajan avustaessa siirtymistä. Erilaisilla tuilla ja apuvälineillä pyritään helpottamaan niin potilaan liikkumista kuin häntä avustavan hoitajan työtä. Potilassiirtoihin käytettyjen apuvälineiden avulla pyritään antamaan tukea, kannattamaan avustettavan painoa, vähentämään kitkaa, estämään liukumista sekä helpottamaan avustettavaan tarttumisessa. Apuvälineen tarve arvioidaan potilaan toiminta- ja liikuntakyvyn mukaan. (Työterveyslaitos 2015, viitattu 11.4.2016.)

Liukumista estävät ja hyödyntävät apuvälineet

Kitkavoima syntyy, kun kahden kappaleen pinnat vastustavat liikettä suhteessa toisiinsa. Kitkavoimaan suuruuteen vaikuttavat pintojen ominaisuudet sekä kuinka pinnat painautuvat toisiinsa. Potilassiirtoja tehdessä on tärkeää miettiä materiaaleja, jotta esimerkiksi liukuminen onnistuu paremmin. Lepokitka on yleensä suurempi kuin liikekitka, joten liikkeelle lähteminen vaatii enemmän voimaa kuin liikkeessä pysyminen. (Kauranen & Nurkka 2010, 224.)

Kun kitkaa tarvitaan lisää, käytetään liukumista estäviä apuvälineitä. Nämä ovat yleensä kumista tai muovista tehtyjä liukuesteit. Liukuesteit voidaan käyttää esimerkiksi sängyssä makaavan avustettavan jalkojen alla, jonka avulla jalat pysyvät paikallaan ja hän pystyy ponnistamaan. Liukumista edistävillä apuvälineillä pyritään poistamaan kitkaa ja näin helpottamaan sekä potilaan oma-toimista siirtymistä, että hoitajan avustamista. Yksinkertaisimpia kitkaa poistavia apuvälineitä ovat muovipussi ja liukulakana. Liukulakanassa- ja alustassa on erilaisia kitka- ja liukupintoja, joiden avulla liikkuminen haluttuun suuntaan helpottuu. Lisäksi on olemassa helposti mukaan otettavia liukukintaita ja liukualustoja. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 39, 41.)

Liukulauta on apuväline istuma-asennossa siirtymiseen. Sitä voidaan käyttää, kun siirytään istumatasolta toiselle, kuten sängystä pyörätuoliin. Työterveyslaitos perustelee liukulaudan hyödyllisyyden siinä, että se antaa asiakkaalle mahdollisuuden itsenäiseen siirtymiseen, joka aktivoi jäljellä olevaa toimintakykyä. Lisäksi liukulauta keventää hoitajan työtä, sillä nostamisen sijaan hoitaja liu'uttaa asiakkaan ja hoitajalla on mahdollisuus työskennellä hyvässä asennossa selkä suorana polvista ja lonkista jostaen. Lisäksi liukulaudalla siirtyminen on asiakkaalle miellyttävämpää, koska hoitajan otteet ovat laajoja ja asiakasta pystytään avustamaan esimerkiksi lantiosta. (Työterveyslaitos 2016, viitattu 12.4.2016.)

Tukeutumista ja tarttumista helpottavat apuvälineet

Kehon tukipinta tarkoittaa aluetta, joka jää alustaa koskettavien kehon osien alle ja niiden kontaktikohtien väliin. Tukipintaa voidaan kutsua myös tasapainoalueeksi. Tukipintaa laajentamalla voidaan parantaa tasapainoa, sitä voidaan laajentaa muuttamalla jalkojen asentoa leveämmäksi sekä käyttämällä esimerkiksi kävelykeppiä. (Sandström & Ahonen 2011, 166; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 78.)

Potilaalle siirtyminen voi olla pelottavaa, kun omat voimavarat eivät välttämättä riitä tilanteen hallintaan ja hän voi joutua tukeutumaan toisen apuun. Tuen otto antaa turvallisuuden tunnetta, jos potilaalla on voimaa käsissä ja samalla se vähentää hoitajan kuormitusta. Seisomaan noustessa tai siirtyessä sängystä pyörätuoliin apuna voidaan käyttää nousutukea, joka on kiinnitettynä sängyn laitaan. Tuolin kyynär- tai selkänojaa voidaan myös käyttää apuna seisomaan nousussa. Lisäksi tukeutumista helpottavat seiniin kiinnitettävät tukikahvat. (Tamminen-Peter ym. 2007, 46.)

Istumaan nousua sängystä helpottavat sängyn jalkapäätyyn kiinnitettävät köysitikkaat tai niin sanottu elämänlanka. Flexingrip on uudenlainen elämänlanka, johon potilaan on helppo tarttua. Flexing-rippiä voidaan käyttää myös siirtyessä pyörätuolista sänkyyn itsenäisesti, jos potilaan käsivoimat ovat riittävät. (Tamminen-Peter & Wickström 2013; Tamminen-Peter ym. 2007, 44.)

Tukeutumisen apuvälineisiin kuuluu myös lattialla siirrettäviä tukitankoja, joihin on yhdistetty kääntölevy, näitä kutsutaan nousutelineiksi. Return-nousuteline on seisomaan nousua helpottava apuväline jossa asiakas saa jalkansa lähemmäksi itseään kuin monissa muissa nousuteline-malleissa. Return-nousuteline antaa käsien lisäksi polville tukea. Varsinaiset liikkumisen apuvälineet kuten kyynärsauvat, rollaattorit, eva-telineet, kelkat, rollaattorit ja fordit ovat myös hyviä apuvälineitä seisomaan noustessa. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 42,45; Tamminen-Peter ym. 2007, 46.)

Tarttumisen apuvälineitä tarvitaan silloin, kun kämmenote asiakkaan vartalosta ei anna riittävästi tukea tai hoitajan on vaikea ylettyä kohteeseen. Tällä vältetään myös otteet asiakkaan kainaloista tai vaatteista, jotka eivät ole suositeltavia otteita. Vuodesirroissa on perinteisesti käytetty otteen parantamiseksi poikkilakanaa tai vuodesuojaa. (Tamminen-Peter ym. 2007, 46.)

Kävelyvyö antaa tukea tarttumiseen niin potilaalle kun hoitajallekin. Vöitä on olemassa eripituisina ja niitä saa sekä tarra- että lukkiinnityksellä. Käytännössä on todettu, että vyöt joissa kahvat ovat pystysuunnassa, ovat parempia ja käytännöllisempiä. Vyö kannattaa kiinnittää asiakkaan lantiolle,

jolloin se pysyy hyvin paikallaan. Tällöin vyön saa myös kiinnitettyä tiukemmalle eikä se paina asiakkaan vatsanseutua eikä palleaa. Slinga, mini-move ja flexi-move ovat otteen parantamisen apuvälineitä, joissa tuki on kevyempi kuin edellä mainituissa kävelyvöissä. Siirtolevyt ovat tehty muovista ja niiden päissä on tartuntakahvat. Slinga antaa laajan tukipinnan ja sen voi asettaa esimerkiksi lapaluiden alapuolelle. Mini-move on slingaa pidempi apuväline, joten sillä saadaan tuettua paremmin avustettavan lantion seutua. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 46-47.)



KUVIO 1. Siirron apuvälineitä: vasemmalla liukueste, kaksi ylintä ovat kävelyvöitä, sininen on slinga ja alin on liukulauta

Potilasnostimet

Potilasnostimet voidaan jakaa seisomanojanostimiin, liinanostimiin ja katonostimiin niiden ominaisuuksien mukaan. Nostimien käyttö on suositeltavaa, kun avustettava ei pysty tukeutumaan alaraajoihinsa ja hoitajien fyysinen kuormitus käy liian suureksi siirron avustamisen yhteydessä. Kun avustettava ei pysty itse nousemaan seisoma-asentoon, mutta hänellä on alaraajoissa sen verran voimaa, että hän pystyy seisomaan alaraajat tuettuna, voidaan käyttää seisomanojanostinta. Liinanostinta käytetään puolestaan silloin kun avustettavan jalat eivät kannan enää lainkaan. Potilasnostimien käytöstä on tullut vastustusta sen vuoksi, että niiden avulla passivoivan avustettavaa. Seisomanojanostin voi antaa avustettavalle kuitenkin paljon aktiivisemmän osallistumisen siirtymiseen kuin kahden hoitajan käsin tekemässä avustuksessa. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 48; Työterveyslaitos 2015, viitattu 11.4.2016.)

Seisomanojanostimessa (*KUVIO 2a.*) asiakas seisoo nostolaitteessa siirtymisen aikana, joten asiakkaalla on oltava jonkin verran keskivartalon hallintaa ja alaraajojen kannattelevuutta. Seisomanojanostimen avulla avustettavaa voidaan siirtää esimerkiksi sängystä pyörätuoliin ja pyörätuolista wc-istuimelle. Lisäksi seisomanojanostinta voidaan käyttää seisoma-asennon harjoittamiseen. Seisomanojanostimen avulla asiakkaan siirtäminen on hoitajalle vähemmän kuormittavaa ja se ehkäisee hoitajan tuki- ja liikuntaelinvaivoja sekä tapaturmia. Lisäksi seisomanojanostimen hyvä ominaisuus on se, että hoitaja pystyy avustamaan asiakkaan yksin. Lisäksi asiakkaalle siirtyminen on miellyttävämpää ja turvallisempaa kun ilman nostinta tehtävä siirtyminen. Seisomanojanostimen käytössä on huomioitava, että liina on asiakkaalle sopiva ja säädöt ovat tehty asiakkaan mukaan. (Työterveyslaitos 2016, viitattu 18.04.2016.)

Liinanostinta (*KUVIO 2b.*) käytetään silloin, kun avustettavan alaraajat eivät enää kannan, asiakas ei hallitse vartalooaan istuma-asennossa ja, kun asiakas on vuodepotilas. Liinanostinta voidaan käyttää niin vuode-, pyörätuoli-, wc- kuin suihkusiirtoihin. Liinanostin vähentää hoitajan kuormittamista ja tuki- ja liikuntaelin vaivojen syntymistä kuten kaikki muutkin nostimet. Lisäksi liinanostin on asiakkaalle miellyttävä ja turvallinen siirtomenetelmä sekä liinanostimella voi siirtää painavankin asiakkaan. Nostimen liina valitaan asiakkaan koon, toimintakyvyn sekä painon mukaan ja liinaa valitessa on huomioitava, että liina ja asentoa tukeva nostokaari ovat oikeankokoiset. Liinaa pukiessa on tärkeää pukea se asiakkaalle huolellisesti oikealle kohdalle. Nostimen käyttö ei ole tarkoitettu pitkien matkojen kuljettamiseen, vaan sillä tehdään lyhyitä siirtoja. (Työterveyslaitos 2016, viitattu 18.04.2016.)

Kattoon asennettavan nostolaitteen hyvät puolet ovat siinä, että sitä on kevyempi liikutella, se on helpommin saatavilla potilashuoneessa ja laitteen säilytys sekä käyttö vievät vähemmän tilaa kuin liinanostimen. Kattonostinta voi kuitenkin käyttää vain sen kiskojen kattamalla alueella, kun taas liinanostimen käyttömahdollisuudet ovat vapaat. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 49.)

Fagerströmin ja Tamminen-Peterin tutkimuksen (2010, 121,126) tulosten mukaan nostimista aiheutuva kuormitus oli vähäistä varsinkin selälle ja yläraajat sekä hartiat kuormittuivat enemmän kuin selkä. Kuormittavimmiksi vaiheiksi koettiin jalkojen asettelu sekä liinan pukeminen. Työvaiheiden kuormittavuudessa ei ollut eroja nostintyyppien välillä. Tutkimuksessa suositellaan potilasnostimien käyttöä, sillä niiden käyttö on nopeaa eikä se ole hoitajille fyysisesti kuormittavaa.



KUVIO 2a. Seisomanojanostin



KUVIO 2b. Liinanostin

4 HYVÄT ERGONOMIAKÄYTÄNNÖT

Avustamisen kuormittavuudesta tiedetään nykypäivänä yhä enemmän ja sen myötä työskentelytavat ovat muuttuneet. Tiedon myötä siirtymisen avustaminen on kehittynyt ja apuvälineiden hyödyllisyys on ymmärretty paremmin. (Tamminen-Peter & Fagerström 2012, 42; Fagerström & Tamminen-Peter 2010, 18-128.) Potilassiirtojen osaaminen on tärkeä osa hoitajien ammattitaitoa ja tämä taito edesauttaa laadukkaan hoitotyön järjestämistä ja pitää hoitajien tuki- ja liikuntaelinkuormituksen kohtuullisena. Työturvallisuuslaki edellyttää koulutusta, mutta laissa ei määritetä tarkkaan koulutuksen sisältöä ja pituutta. Koulutuksen tulee olla osana työpaikan fyysisten riskien hallintaa ja turvallisuusjohtamista. Se edellyttää, että kaikkien, jotka työssään avustavat potilassiirroissa on saatava koulutusta, myös esimiesten. Esimiesten on hyvä päivittää omia tietojaan potilassiirtojen kuormittavuudesta ja sitä koskevasta ergonomiasta. Näin he näkevät potilassiirtojen turvallisen toteutuksen tärkeänä osana kuntouttavaa hoitotyötä ja he pystyvät johtamaan työkäytäntöjen muutosta tehokkaasti. (Tamminen-Peter & Fagerström 2013, 128.)

4.1 Avustettavan aktivointi ja kiistanalaiset nostotekniikat

Siirron avustamisessa on tärkeä muistaa, että siirto tehdään avustetavalle sopivassa liikenopeudessa. Jos hoitaja avustaa hänelle itselle sopivassa nopeudessa se on yleensä asiakkaalle liian nopea, jolloin hän ei kerkeä ymmärtämään mitä pitäisi tehdä saati että olisi aikaa tehdä siirto itse. Liian nopeasti tehty siirto passivoi avustettavaa ja vähentää hänen tunnetta siitä, että hän pystyy itse osallistumaan siirtymiseen. Lisäksi tilanne lisää hoitajan kuormittumista. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69.)

Suullisen ohjauksen tulee olla selkeää ja yksityiskohtaista. Muistisairaiden kohdalla on tärkeä ottaa huomioon selkeä ja rauhallinen ohjeistus. Kielto sanoja tulisi välttää, sillä kielto sana voi jäädä kuulematta. Esimerkiksi ”älä istu” voidaan kuulla ”istu”. Joskus pelkkä sanallinen ohjaus ei riitä, jolloin ohjaukseen lisätään kosketus ja liike. Kun avustetavalle annetaan tuki johon tarttua tai kosketetaan esimerkiksi hartiaa tai lantiota, asiakkaalla on helpompi havainnoida oma liike ja liikesuunta. Avustamisessa on vältettävä pakottamista. Tarraava ja vastusteleva asiakas on yleensä peloissaan, jolloin on tärkeää rauhoitella häntä ja luoda mahdollisimman turvallinen ilmapiiri. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69-70.)

Asiakkaan siirtymisen avustamisessa on tärkeä avustaa pehmeällä kämmenotteella. Liikettä avustetaan sieltä, mihin se tuntuu juuttuvan, esimerkiksi hartiat, lantio ja pään takaosa. Kosketusta on vältettävä niistä kohdista, missä liikettä tapahtuu, kuten kaulasta, olkapäästä, lonkista ja vyötäröstä. Kun asiakasta avustetaan oikeasta kohdasta, liike helpottuu, ja kosketus auttaa avaamaan koko liikeketjun. Kainaloista tarttumista tulisi välttää, sillä se estää asiakkaan tehokkaan käsien käytön ja voi aiheuttaa myös vahingoittumisen vaaraa. Vaatteista nostaminen on toinen epämiellyttävä tapa avustaa, ja se voi myös aiheuttaa vahinkoa. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 70-71.)

Asiakkaiden siirtymisen avustamista kuormittavilla tekniikoilla on hoitoalalla ollut kauan ja monet vanhoissa oppikirjoissa esitettävät tavat ovat kiistanalaisia, vaarallisia ja avustettavia passivoivia, eikä niitä suositella enää käytettäväksi. Kiisteltyjä tapoja on vielä käytössä Suomessa yleisesti ja 2000-luvun alkupuolella oppilaitoksissa on vielä kyseisiä siirtotapoja opetettu. Työtapojen muuttaminen työpaikalla onkin haasteellista, koska vanhemmat työntekijät perehdyttävät nuoremmat työntekijät työtapoihinsa, joihin he ovat tottuneet. (Rantsi 2005, 32; Tamminen Peter & Wickström 2013, 58-59.)

Laahaava nosto (KUVIO 3a) on yleisin kaksin tehtävä nosto, jossa hoitajat nostavat avustettavaa kainaloiden alta. Kyseinen nosto aiheuttaa hoitajalle kuormitusta välilevyihin ja avustettavalle nosto tuntuu epä mukavalle ja saattaa aiheuttaa nipistelyä sekä vastustusta. Toispuolihalvaantuneille laahaava nosto voi aiheuttaa olkapään pehmytkuodosvaurion ja avustettavilta, joilla vielä on voimaa yläraajoissa, vaikeutetaan heidän omien käsivoimiensa käyttöä. (Jäger, Jordan, Theilmeier, Wortmann, Kuhn Nienhaus & Luttmann 2012, viitattu 26.4.2016; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 59; Työterveyslaitos 2015, viitattu 20.4.2016.)



KUVIO 3a. Laahaava nosto



KUVIO 3b. Vaihtoehto laahaavalle nostolle

Yksin tehtävistä nostotavoista yleisin on edestä tehtävä avustaminen (KUVIO 4a.). Tässä nostotavassa estetään avustettavan luonnollinen seisomaannousu, koska hoitaja on avustettavan edessä ja estää eteenpäin kallistumisen. Avustettava joutuu siis tekemään ylösnousun vetämällä käsillään itsensä ylös. Avustettava ottaa yleensä otteen hoitajan niskasta ja hartioista ja hoitajalla on vaara saada niskavamma, jos avustettavan jalat esimerkiksi pettävät. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 59-60, 79, 84; Työterveyslaitos 2015, viitattu 21.04.2016.)



KUVIO 4a. Yksin tehtävä edestä avustaminen KUVIO 4b. Vaihtoehto edestä avustamiselle

Kolmas kiistanalainen nostotapa on perinteinen eli niin sanottu ortodoksinen nosto (KUVIO 5a.). Nostoa voidaan tehdä muun muassa siirrettäessä avustettavaa sängyssä ylöspäin. Kyseisessä nostossa selän kuormitus on suuri ja avustettava passivoidaan täysin. Suomessa kyseistä nostotapaa käytetään enää harvoin. (Tamminen-Peter ym. 2007, 19.)



KUVIO 5a. Perinteinen nosto

KUVIO 5b. Vaihtoehto perinteiselle nostolle

Jos avustettavaa nostetaan edellä mainituilla kiistanalaisilla nostotekniikoilla, viedään avustettavalta mahdollisuus osallistua siirtoon aktiivisesti ja näin ollen potilas passivoituu. Onkin tärkeää arvioida ensin, mitä avustettava pystyy itse tekemään jonka jälkeen mahdollistaa hänet käyttämään jäljellä olevaa liikunta- ja toimintakykyään sekä antaa hänen osallistua siirtoon aktiivisesti. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69.)

4.2 Fyysisten riskien hallintamalli ja potilassiirtojen yleisimmät menetelmät

Hoitoalalle on kehitelty fyysisten riskien hallintamalli jonka tavoitteena on vähentää hoitajien kuormittumista fyysisesti raskaissa työtehtävissä, luoda hoitotyön tavoitteita tukevia hyviä työkäytäntöjä, edistää turvallista työskentelyä sekä auttaa turvallisen työympäristön luomisessa. Fyysisten riskien vähentämisellä pyritään edistämään hoitajien terveyttä. Fyysisten riskien hallintamallin käyttöönotolla on todettu olevan hyviä vaikutuksia hoitajien niskavaivojen vähentymiseen. Osastot, joilla fyysisten riskien hallintamalli on otettu käyttöön, on vähentynyt 72 % niskavaivat kolmessa vuodessa verrattuna niihin osastoihin, joilla mallia ei ole käytössä. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2015, 7.)

Mallin tarkoituksena on auttaa hoitoalan työpaikkoja fyysisten riskien hallinnassa osana muuta turvallisuusjohtamista. Opas keskittyy asiakkaan siirtämisen ja liikkumisen avustamiseen liittyviin riskeihin. Malli kuvaa keinoja, joilla uudet turvallisuuteen liittyvät toimintatavat saadaan hoitajien päivittäiseen työhön. Fyysisten riskien hallintamalli toteutetaan yhteistyönä eri osapuolten kanssa. Ryhmään voi kuulua esimerkiksi hoitotyön johto, lähiesimies, työterveyshuollon, työsuojelun sekä hoitohenkilöstön edustajat. Tarkoituksena on saada asiantuntijat pohtimaan sekä löytämään yhdessä ratkaisuja työpaikan hyväksi. Asiat tulee kirjata paperille ja vastuhenkilöt tulee nimetä. Hallintamalliin kirjataan turvallisuusjohtamisen toimintalinjat, organisaation tavoitteet sekä keinot saavuttaa ne. Esimerkkejä kirjaamisesta ovat työntekijöiden sekä työnantajan turvallisuusvaltuudet ja vastuut, riskialttiiden ja fyysisesti raskaiden työtehtävien työkäytännöt sekä osaaminen, koulutus osaamisen kehittämiseen, asiakkaiden siirtämisen sekä avustamisen apuvälineiden hankinta ja huolto sekä mallin toteutumisen seuranta. (Tamminen-Peter ym. 2015, 8.)

Riskien hallintamallin prosessi etenee riskien arvioinnista suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan. Riskien arviointivaiheessa tarkastellaan aikaisempia riskinarvioiteja, tehdään lisäselvityksiä sekä kootaan olemassa olevat ohjeet. Suunnitteluvaiheessa asetetaan tavoitteet, suunnitellaan toimenpiteet, sovitaan yhteistyöstä ja vastuualueista sekä asetetaan aikataulu. Toteutusvaiheessa valitaan turvalliset työkäytännöt, varmistetaan osaaminen, kevennetään työtä apuvälineillä sekä ohjeistetaan toimenpiteet vahinkojen varalle. Seurantavaiheessa seurataan tavoitteiden saavuttamista, huolehditaan turvallisten työkäytäntöjen toteutumisesta, pidetään kirjaa koulutuksiin osallistumisesta, varmistetaan apuvälineiden kunto, raportoidaan vaaratapahtumien määrä sekä tutkitaan liikuntaelinvaijojen ja sairauspoissaolojen määrää. (Tamminen-Peter ym. 2015, 9.)

Jos osastolle valitaan ergonomiavastaava, tukee se osastoa koskevia muutoksia. Ergonomiavastaavat koulutetaan tehtävään ja heidän ergonomiosaamisensa on syvempää sekä laajempaa, jolloin he pystyvät auttamaan työtovereitaan ja soveltamaan työssä oikeita avustustapoja. Ergonomiavastaavaksi valitaan yleensä hoitajia, joilla on kiinnostusta ergonomiasta ja kuntouttavasta työtteesta. Ergonomiavastaavan työnkuvaan kuuluu muun muassa jokapäiväisen hoitotyön yhteydessä tapahtuvien potilassiirtojen ohjaus ja opastus, henkilöstön koulutuksen tarpeen arviointi ja apuvälineistä huolehtiminen. Lisäksi ergonomiavastaavan työnkuvaan kuuluu koulutuksien järjestäminen osastolla. Potilassiirtojen ergonomiakortti on hyvä todiste siitä, että ergonomiakäytännöt ovat ergonomiavastaavalla hallinnassa. (Tamminen-Peter ym. 2010, 28-31.)

Työterveyslaitoksen julkaiseman tutkimuksen mukaan fyysisten riskien hallintamallin luomisen sekä koulutusinterventioiden vaikutus näkyi positiivisena muutoksena. Muutoksia oli tullut vanhus-tenhuollon interventiopaikoissa ergonomisten potilassiirtojen kehittymisenä, fyysisten kuormitustekijöiden vähenemisenä, sekä esimiesten turvallisuuden huomioiminen oli parantunut työntekijöiden mielestä. Lisäksi ergonomiavastaavien työtehtävät olivat selkiytyneet sekä levinneet verrokkiryhmien osastoille. (Fagerström, Laine & Järvinen 2011, 30.)

Potilassiirtojen yleisimmät menetelmät

Suomessa on nykyisin käytössä erilaisia siirtomenetelmiä, joista suosituimpia ja eniten käytettyjä ovat ruotsalainen Durewell –menetelmä sekä yhdysvaltalainen Kinesteettinen menetelmä. Siirtomenetelmää valittaessa voidaan käyttää esimerkiksi Care Thermometriä, joka arvioi fyysistä kuormitusta. Ergonomisissa potilassiirroissa on hyvä oppia havainnoimaan asiakkaan luonnollisia liikemalleja ja havainnoinnin avulla avustaa asiakasta hänelle tuttuun tapaan liikkua. (Tamminen-Peter, 2005, 34; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 60, 70-78.)

Luonnolliset liikemallit ovat opittu ihmisen kehittyessä. Luonnolliset liikemallit palautuvat helposti sekä vaistonvaraisesti, kun avustettava on oikeassa alkuasennossa ja häntä aktivoidaan oikeasta kohdasta. Tämä johtuu siitä, että liikemallit ovat syvällä liikemuistissa. Luonnolliset liikemallit toteutuvat jokapäiväisessä perusliikkumisessa kuten vuoteesta kääntymisessä, makuulta istumaan tai istumasta seisomaan noustessa sekä kävelyssä. Kolmiulotteisessa liikkeessä tapahtuu vartalon kiertoa, kun taas kaksiulotteisessa liikkeessä liike tapahtuu eteen-taakse suunnassa. Ihmisen ikääntyessä liike muuttuu kolmiulotteisesta liikkeestä kaksiulotteiseksi, koska liikkuminen vähenee. Asiakasta avustaessa on hyvä muistaa, että kolmiulotteinen liike voi vähentää kehon jäykkyyttä. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 73-77.)

Kinestetiikka tarkoittaa voimavara- ja lähtöistä toimintamallia. Se perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen, ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen sekä niiden merkitykseen oppimiselle ja itsehallinnalle. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry, viitattu 20.4.2016.) Menetelmän tavoitteena on lisätä asiakkaan omatoimisuutta, vähentää hoitajan fyysistä kuormittamista sekä helpottaa asiakkaan ja hoitajan liikkumista. Kinestetiikan avulla pyritään hyödyntämään avustettavan jäljellä olevia voimavaroja häntä tuettaessa ja avustaessa, jolloin samalla tuetaan asiakkaan itsekontrollin säilymistä. Kinesteettinen menetelmä on hyvä perusta ihmisen liikkumisen ymmärtämiselle. Kun tämä ymmärretään, hoitaja voi luovasti avustaa asiakkaita nostamatta heitä. Asiakkaiden, joilla on puutteita kognitiivisissa valmiuksissa hyötyvät kosketuksesta ja liikkeestä jotka vahvistavat vuorovaikutusta. Kun hoitaja oppii oman kehon kautta liikkumisen perusteita, on helpompi ohjata asiakasta liikkumaan. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 62-63.)

Durewall –menetelmän on kehittänyt ruotsalainen Kurt Durewall soveltaen itsepuolustuslajin jiu-jitsun periaatteita. Menetelmä on pehmeä, jossa pienimmällä mahdollisella voimalla pyritään saavuttamaan suurin mahdollinen vaikutus ilman vahinkoa ja kipua. (Durewall institutet AB. 2016; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 60-61; Tamminen-Peter 2005.) Tämä menetelmä perustuu nykyisin kymmeneen periaatteeseen (TAULUKKO 1.), joita sovelletaan siirtotilanteen, ympäristön, avustettavan ja avustajan mukaan. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 61; Tamminen-Peter 2005.)

TAULUKKO 1. Durewall-menetelmän kymmenen periaatetta (Tamminen-Peter L. & Wickström G. 2013, 61).

1. vedetään, työnnetään sekä liu'utetaan alustaa pitkin nostamisen sijaan
2. käytetään teknisiä apuvälineitä varsinaisiin nostoihin
3. hyödynnetään kitkaa avustajan käsien, tyynyn, liukulakan tai muun vastaavan materiaalin avulla
4. siirretään avustettavaa vain vähän kerrallaan
5. pyritään välttämään kiertyneitä sekä kumaria asentoja avustustilanteissa
6. työskennellään mahdollisimman lähellä avustettavaa, selkä ja käsivarret suorina käyntiasennossa
7. avustetaan rauhallisin ja harmonisin liikkein luonnollisia liikemalleja noudattaen
8. käytetään hyödyksi vipuvaikutusta, liike-energiaa sekä painonsiirtoja
9. kosketaan avustettavaa laajoilla, pehmeillä ja liukuvilla kämmenotteilla vartaloon eikä päähän, kainaloihin tai genitaalialueille
10. pyritään vuorovaikutukseen avustettavan kanssa selkeillä komennoilla ja työskentelyllä kasvot avustettavaan päin

Care Thermometer

Care Thermometer on menetelmä hoitoalan työpaikkojen fyysisen kuormituksen arviointiin. Menetelmässä arvioidaan fyysisestä kuormituksesta aiheutuvat riskit, niiden ennaltaehkäisyyn sekä hoidon laadukkuuteen. Menetelmä on kehitetty osastonhoitajien, riskien arvioijien sekä työfysioterapeuttien työkaluksi, mutta menetelmä on kaikkien saatavilla internetissä. (Fagerström 2009, viitattu 20.4.2016.) Care Thermometerissä avustettavat asiakkaat luokitellaan viiteen eri toimintakykyluokkaan (KUVIOT 6-10). Toimintakykyluokituksia on tehty esimerkiksi erikoissairaanhoidon, akuuttisairauksien hoitoon, kotihoitoon, sekä vanhusten huoltoon. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 66-67; Fagerström 2009, viitattu 20.4.2016.)



Albert on omatoiminen. Hän liikkuu itsenäisesti, mutta saattaa käyttää kävelykeppiä. Hän on itsenäinen päivittäisissä toiminnoissa kuten pukemisessa ja peseytymisessä. Albert voi väsyä nopeasti.

- Ei ole hoitajille fyysisesti kuormittavaa riskiä
- Aktivointi toiminnalliseen liikkuvuuteen on hyvin tärkeää

KUVIO 6. Albert (Arjo Huntleigh 2016, viitattu 2.5.2016)



Barbara on osittain avustettava. Hän käyttää kävelytelineitä. Hän huolehtii osittain itsestään, mutta tarvitsee suullista ohjausta avustajalta esimerkiksi pukeutumisessa ja peseytymisessä.

- Hoitajille voi olla fyysisesti kuormittavaa, jos ei käytetä apuvälineitä
- Aktivointi toiminnalliseen liikkuvuuteen on hyvin tärkeää

KUVIO 7. Barbara (Arjo Huntleigh 2016, viitattu 2.5.2016)



KUVIO 8. Carl (Arjo Huntleigh 2016, viitattu 2.5.2016)



KUVIO 9.. Doris (Arjo Huntleigh 2016, viitattu 2.5.2016)



KUVIO 10. Emma (Arjo Huntleigh 2016, viitattu 2.5.2016)

Carl on myös osittain avustettava. Hän liikkuu pyörätuolilla ja varaa ainakin osittain toiselle alaraajalle. Hän hallitsee jonkin verran vartalonsa. Carl on riippuvainen hoitajista monissa tilanteissa.

- Hoitajille voi olla fyysisesti kuormittavaa, jos ei käytetä apuvälineitä, käytetään esim. seisomanojanostinta
- Aktivointi toiminnalliseen liikkuvuuteen on hyvin tärkeää

Doris on täysin avustettava. Hän istuu pyörätuolissa tai geriatrisessa tuolissa. Hän ei pysty varaamaan alaraajoihin eikä pysty huolehtimaan itsestään vaan tarvitsee hoitajan avustusta useissa eri tilanteissa.

- Korkea riski fyysiselle kuormittumiselle, jos ei käytetä apuvälineitä kuten henkilönostinta
- Aktivointi toiminnalliseen liikkuvuuteen on hyvin tärkeää

Emma on niin sanotusti vuodepotilas. Hän on passiivinen, usein jäykkä ja hänellä voi olla virheasentoja. Hän on täysin riippuvainen hoitajien avusta.

- Korkea riski fyysiselle kuormittumiselle, jos ei käytetä apuvälineitä kuten henkilönostinta, käytetään suihkutusta vaunuja
- Aktivointi toiminnalliseen liikkuvuuteen ei ole ensisijainen hoidon tavoite

5 KYSELY ERGONOMISISTA POTILASSIIRROISTA OULUNKAAREN HOITOHENKILÖSTÖLLE

Teimme kyselyn Oulunkaaren hoitohenkilökunnalle, jossa tiedustelimme ergonomiaan liittyviä asioita. Kysely muodostettiin ergonomiakorttikoulutuksessa nousseiden aiheiden pohjalta ja siinä käytetyistä lähdemateriaaleista sekä aikaisemmin tehdyistä ergonomiakyselyistä. Lisäksi toimeksiantaja oli osallisena kyselyn muodostumiseen, jotta myös heitä kiinnostavia asioita saatiin selville. Kyselyllä pyrittiin saamaan tietoa hoitajien kokemasta omasta sekä työpaikan ergonomiosaamisesta sekä selvittää haasteita, mitä he kokevat ergonomisessa potilassiirtotyössä. Hoitajien vastauksien perusteella tarkensimme työmme tietoperustaa. Lisäksi kysymyksiin vastaamalla hoitajilla oli mahdollisuus vaikuttaa minkälaisiin asioihin he haluavat lisää tietoa opetusmateriaalien avulla. Kysely lähetettiin Oulunkaaren hoitohenkilökunnalle joulukuussa 2015. Hoitajilla oli aikaa vastata kyselyyn Tammikuun 2016 loppuun saakka. Kyselyyn osallistui 157 vastaajaa. Oulunkaaren kuntayhtymässä työskentelee noin 400 hoitajaa. Vertailimme vastauksia myös työpaikkakohtaisesti, jos niissä oli selviä eroja.

Aloitimme kyselyn tiedustelemalla hoitajien kokemusta hoitoalalla sekä työskenteleekö hoitaja laitoksessa vai kotihoidossa. Vastauksista ilmeni, että suurin osa 42 % on työskennellyt yli 20 vuotta hoitoalalla. Hoiva- ja palveluasunnoilla sekä osastolla työskentelevistä suurin osa oli ollut alalla yli 20 vuotta. Kotihoidossa on ikäluokissa eniten vaihtelevuutta ja suurin osa heistä on työskennellyt hoitoalalla 11-20 vuotta. Kyselyn vastanneista suurin osa olivat kokeneita hoitoalan työntekijöitä. Jäimme pohtimaan, olivatko kokeneet hoitajat kiinnostuneempia ergonomisista potilassiirroista kuin kokemattomammat hoitajat. Emme tiedä Oulunkaaren hoitohenkilökunnan ikäjakaumaa emmekä tiedä kuinka paljon missäkin toimipisteessä on hoitohenkilökuntaa. Kyselyyn vastanneista suurin osa työskenteli hoiva- ja/tai palveluasunnoilla.

157 vastaajasta 80 % oli kokenut tuki- ja liikuntaelinvaivoista johtuvaa kipua viimeisen vuoden aikana. Kipua esiintyi eniten selässä ja niska-hartiaseudulla. Selkäkipua esiintyi eniten kotihoidon työntekijöillä ja niska-hartiaseudun kipua esiintyi eniten hoiva- ja palveluasunnoilla työskentelevillä. Vaivojen vuoksi sairauslomalla on ollut 42 % vastaajista. Kotihoidon vastaajasta yli puolet olivat olleet vaivojen vuoksi sairauslomalla, tämä on suurempi määrä verrattuna muihin työpaikkoihin.

Tuki- ja liikuntaelin vaivojen määrä oli hoitohenkilökunnalla suuri, ja mielestämme on huolestuttavaa, että 80 % kyselyyn vastanneilla oli ollut tuki- ja liikuntaelin vaivoja viimeisen vuoden aikana. Tämä tukee aikaisemmin tutkittua tietoa, jossa on huomattu, että hoitohenkilöstöllä on kipuja varsinkin selän ja niska-hartiaseudun alueella (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2009). Kotihoidossa on paljon yksin tehtäviä siirtoja, jotka kuormittavat selkää, kun taas hoiva- ja palveluasunnoilla tehdään paljon vuoteessa siirtoja parin kanssa, mikä kuormittaa niska-hartiaseutua. Sairauspoissaolojen suuri määrä on mielestämme asia, johon tulisi pyrkiä vaikuttamaan. Olettaisimme, että kotihoidossa työnjako on vaikeampaa, jolloin työntekijä joutuu olemaan herkemmin sairauslomalla.

Kysyimme hoitohenkilökunnan tavoista pitää hyvinvoinnista, lihaskunnosta sekä toimintakyvystä huolta. Hoitohenkilökunnan vastaukset olivat monipuolisia, mutta lihaskunnan vähäinen harjoittelu jäi mietityttämään. Hyvin moni harrasti arkiliikuntaa ja lenkkeilyä, mutta lihaskunnan vahvistaminen jäi vähemmälle. Potilassiirrot vaativat hyvää keskivartalon hallintaa sekä alaraajojen lihasvoimaa, jotta siirrot eivät olisi niin kuormittavia, lisäksi hyvä keskivartalon tukilihaksisto voi ehkäistä selän vaurioita kuormitustilanteissa (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 53-55). Siirtoihin vaadittava lihasvoima saadaan parhaiten lihaskuntoharjoittelulla eivätkä pelkkä lenkkeily ja sauvakävely välttämättä riitä. Aerobisen kunnon harjoittaminen on tärkeää, mutta tähän kannattaisi lisätä myös lihaskuntoharjoittelua.

Seuraavat kysymykset liittyivät hoitajien omiin kokemuksiin ergonomiosaamisestaan sekä siihen saatuun koulutukseen. 62 % vastanneista koki osaavansa suorittaa ergonomisia potilassiirtoja kohtalaisesti. 36 % vastaajaa koki osaavansa ergonomisia potilassiirtoja hyvin ja vain 1 % vastaajista koki osaamisen olevan huonoa. Kuitenkin 61 % vastaajista koki, ettei ole saanut tarpeeksi koulutusta ergonomisiin potilassiirtoihin. Mietimme, että kuinka usein he saavat kertausta ja päivitystä ergonomisiin potilassiirtoihin, jos he kokevat etteivät koulutusta ole tarpeeksi, mutta osaavat kuitenkin suorittaa siirtoja ergonomisesti.

Apuvälineiden käytön osaaminen ja tunteminen oli hoitajilla hallussa. 76 % koki tuntevansa työpaikan apuvälineet hyvin ja kohtalaisesti 22 % vastaajaa. Kukaan vastaajista ei kokenut etteikö osaisi käyttää työpaikan apuvälineitä. Työpaikalla oli eniten käytössä potilasnostimia, liukumisen apuvälineitä sekä nousutukia. 64 % vastaajista koki, että apuvälineitä on työpaikalla riittävästi. Vastaajat, jotka eivät kokeneet apuvälineiden riittävyttä olivat sitä mieltä, että työpaikalla pitäisi olla käytössä enemmän nostimia sekä liukumisen apuvälineitä. Lisäksi kotihoidon asiakkailla ei aina ole käytössä

tarvittavia apuvälineitä. Pohdimme, että voisiko kotihoidolla yleisiä apuvälineitä, joita käytettäisiin usealla asiakkaalla esimerkiksi liukulautoja ja muita liukumisen apuvälineitä sekä kävelyvöitä. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että potilasnostimia ei käytetä riittävästi vaikka niitä olisi käytössä työpaikalla (Fagerström & Tamminen-Peter 2010, viitattu 15.4.2016). Mielestämme hyvä asia, että työpaikoilla on apuvälineitä saatavilla ja niitä osataan käyttää. Mietimme kuitenkin, että käyttävätkö hoitajat kaikkia saatavilla olevia apuvälineitä vaan onko heillä käytössä muutamat tietyt apuvälineet, joita he osaavat käyttää.

Potilassiirtojen kuormittavuudesta kysyttäessä tuli esille se, että haastavimmaksi siirtotilanteeksi koettiin henkilön avustaminen sängystä pyörätuoliin ja takaisin. Koska tämä on yksi yleisimmistä potilassiirroista, tulisi tähän kiinnittää huomiota esimerkiksi valitsemalla avustettavalle oikea siirtotapa ja apuväline. Lisäksi lattialta nosto, jäykkä, veltto tai vastusteleva avustettava, yllättävät äkki-tilanteet, ahtaat tilat, toisen hoitajan epävarmuus sekä yksin tehtävät vuodesiirrot koettiin kuormittaviksi.

52 % vastaajista oli kokenut työssään vaaratilanteita potilassiirtoja tehdessään. Vaaratilanteita olivat esimerkiksi potilaan jalkojen pettäminen, apuvälineiden huono kunto, otteen lipeäminen, kopinosto-tilanteet, aggressiiviset potilaat sekä yksin nostelu. Näihin tilanteisiin liittyi vastaajien mukaan myös toisen hoitajan kokemattomuus tai piittaamattomuus ergonomisia potilassiirtoja kohtaan. Mietimme johtuuko tämä yhteisten pelisääntöjen puuttumisesta joka oli mainittu haasteena ergonomisille potilassiirroille. Mietimme, olisiko joitain vaaratilanteita voinut ennaltaehkäistä esimerkiksi siirron suunnittelulla sekä apuvälineiden huoltamisella, koska varsinkin nämä asiat oli mainittu vaaratilanteiden aiheuttajina.

Kyselyssä otimme myös selvää, mitkä edistävät hoitajien mielestä ergonomisten potilassiirtojen tekemistä ja mitkä asiat haittaavat siirtojen onnistumista. Kotihoidon mielestä tärkein asia oli ergonomiaa kunnioittava asenne ja osastolla sekä hoiva- ja palveluasunnoilla työskentelevien mielestä apuvälineiden riittävyttä pidettiin tärkeimpänä. Lisäksi vastaajat ottivat esille siirtojen suunnitelmallisuuden, yhteistyön sekä tilojen riittävyyden tärkeys. Nämä mielestämme ovat asioita joihin olisi työpaikoilla hyvä kiinnittää huomioita ja puuttua tarvittaessa.

Osastolla sekä hoiva- ja palveluasunnoilla työskentelevät kokivat suurimpana haittatekijänä välinpitämättömyyden/vähättelevän asenteen ergonomiaa kohtaan. Kotihoidossa työskentelevät kokivat puolestaan koulutuksen puutteen olevan suurin haittatekijä. Pohdimme sitä, että ovatko henkilöt

joilla on välinpitämätön asenne ergonomiiaa kohtaan, vastanneet kyselyyn. Kuitenkin suurin osa vastanneista vaikuttaa olevan kiinnostuneita ergonomiasta ja osaavat toteuttaa sitä työssään.

Hoitajien tietämyksessä ergonomisia potilassiirtoja koskevista laista sekä työpaikan kielletyistä siirtotavoista olisi kehittämisen varaa. Vain 32 % hoitajista koki tuntevansa lait. Mietimme johtuuko tämä siitä, että puhutaanko koulutuksissa tarpeeksi laista ja asetuksista sekä perehdytetäänkö työpaikalla riittävästi uusia työntekijöitä. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että työpaikalla ei ole sovittu yhteisistä käytännöistä potilassiirroista sekä kielletyistä siirtotavoista. Ergonomiavastaavia oli käytössä vain 5 vastaajan mukaan. Ergonomiavastaavan puutteen vuoksi työpaikalla ei välttämättä ole yhteisiä pelisääntöjä ja uusien apuvälineiden käyttö voi olla epävarmaa, koska perehdyttäminen ei ole kenenkään vastuulla.

Koulutuksen ja tiedon puute, yhteisten sääntöjen puuttuminen, työparin välinpitämätön asenne apuvälineiden käyttöön sekä huoli omasta ja asiakkaan turvallisuudesta olivat asioita, jotka askarruttivat vastaajia. Hoiva- ja palveluasunnoilla työskentelevillä esille nousi työparin välinpitämättömyys ergonomisia potilassiirtoja kohtaan ja kotihoidon työntekijöillä oli huoli omasta ja asiakkaan turvallisuudesta. Kotihoidolla ei ole apua lähellä, jolloin he kokevat enemmän turvattomuuden tunnetta mitä muilla työpaikoilla. Työntekijöitä askarruttavat asiat tukivat aikaisemmin tutkittua tietoa ja ovat yleisiä ongelmia, mitä hoitotyössä tulee esille. Huoli askarruttavista asioista ovat sidoksissa toisiinsa. Esimerkiksi, jos henkilö kokee saaneensa liian vähän koulutusta, se voi heijastua omaan työskentelyyn ja sitä kautta huoleen asiakkaan turvallisuudesta sekä omasta terveydestä.

Kyselyn lopussa työntekijöiltä kysyttiin, mitä he haluavat oppia vielä ergonomisista potilassiirroista ja yleisin vastaus oli asioiden kertaaminen, käytännössä harjoittelu sekä uusiin apuvälineisiin perehdytys. Tämä voi kertoa siitä, että työntekijät eivät koe saavansa tarpeeksi koulutusta ergonomisista potilassiirroista. Lisäksi vastaajat haluavat oppia kaatuneen asiakkaan nostot, äkkilanteista selviytymisen sekä ahtaissa tiloissa toimimisen. Myös lakiasioiden ja kiellettyjen nostotapojen päivitystä kaivattiin. Nämä asiat ohjasivat tietoperustaa, videoiden sekä Power-pointin suunnittelua sekä työpajan pitämistä.

6 OPASVIDEOIDEN JA POTILASSIIRTOJEN TYÖPAJAN SUUNNITTELU, TOEUTUS JA ARVIOINTI

Ergonomisia potilassiirtovideoita lähdettiin suunnittelemaan kyselyn vastauksien perusteella. Haastaviksi koetut siirrot olivat sängystä pyörätuoliin ja takaisin siirtyminen, äkkitilanteet, kaatuneen asiakkaan ylös avustaminen sekä jäykät avustettavat, ja ne ohjasivat videoiden suunnittelua. Videoista pyrittiin saamaan selkeitä ja napakoita. Puhumme videoilla avustettavalle, jotta kuvaus-tilanne olisi luonnollinen ja katsoja saisi kuvan miten avustettava otetaan mukaan siirtotilanteeseen. Videoiden lopuissa on kerrottu avainasioita, joita kuvattavassa siirrossa tulisi huomioida.

Päätimme opasvideoissa käydä läpi tavallisimpia siirtoja eri variaatioilla. Esimerkiksi sängystä pyörätuoliin siirtyminen haluttiin kuvata eri tavoilla, jolloin hoitajat voivat arvioida, mitä menetelmää käyttää omassa työssään. Näitä keinoja ovat esimerkiksi siirtyminen liukulaudan avulla, ilman apuvälineitä siirtyminen ja seisomanojanostimen avulla siirtyminen. Suunnittelimme kuvaavamme kaatumatilanteen asiakkaan kanssa, jolla on hyvä toimintakyky ja pystyy nousemaan pienellä avustuksella lattialta ylös. Toinen asiakas on täysin avustettava ja käytössä on potilasnostin. Lisäksi suunnitelmissa on kuvata tapahtuma, jossa asiakas lähtee äkillisesti kaatumaan ja miten hoitajan kannattaa tässä tilanteessa toimia. Vuodesiirtoja suunniteltiin kuvattavan yhden ja kahden henkilön avustamana apuvälineillä ja ilman.

Yksi videoiden kuvaamisen tavoite on antaa hoitajille ohjeita miten työskennellä ergonomisesti, vaikka kaikkia apuvälineitä ei ole aina saatavilla. Apuvälineitä voidaan korvata muun muassa pyyhkeillä, pöytätasolla tai tuolin avulla. Videoiden lisäksi suunnitelmissa on tehdä diaesitys, jossa kerrotaan tietoa eri potilastilanteissa toimimisesta kuten jäykän asiakkaan avustamisesta. Lisäksi diaesityksessä on kooste tärkeimmistä potilassiirtoja koskevista laista ja asetuksista sekä ohjeita siihen, miten työpaikalla saadaan edistettyä hyvää ergonomiakäytäntöä.

Koimme, että opasvideot ovat onnistuneet ja saimme kuvattua kaikki suunnittelemamme videot. Tarkoitus oli kuvata videot yhden päivän aikana, mutta päädyimme kuvaamaan osan videoista uudelleen toisena päivänä ohjaajilta saadun palautteen jälkeen. Kuvan laatu videoissa on alhainen, jotta videot olisivat helposti ladattavissa intranettiin. Intranetistä videot sekä Power-Point -esitys löytyvät helposti omista kansioistaan. Palauttamamme opetusmateriaali on jaoteltu siirtokohtaisesti

omiin kansioihin. Se, miten materiaalit näkyvät intranetissä, on toimeksiantajan vastuulla. Saimme kameran käyttöön ammattiapua, joka helpotti kameran käyttöä sekä videoiden visuaalista ilmettä. Kuvauksissa apuna oli toimeksiantaja sekä fysioterapeuttipiskelija, jotka olivat käyneet ergonomiakorttikoulutuksen. Tämä nopeutti kuvauksia ja toi varmuutta videoiden luotettavuuteen.

Olemme tyytyväisiä, että saimme käyttöön aidon ympäristön sekä hyvän kuvausrekvisiitan. Olemme katsoneet useita erilaisia ergonomisten potilassiirtojen videoita ja nähdyn perusteella, päädyimme kuvaamaan videoita mahdollisimman realistisesti. Emme halunneet käyttää oikeita avustettavia eettisyyden vuoksi. Videoissa ei ole ohjeita avustajalle, vaan ne tulevat ilmi avustettavan sanallisessa ohjauksessa. Koimme, että onnistuimme opasvideoiden teossa. Saavutimme toimeksiantajan ja omat tavoitteet videoiden toteutuksessa.

Toimeksiantajalta tuli positiivista palautetta videoiden onnistumisesta: ”He ovat toteuttaneet kaikki toiveemme juuri niin kuin oli tarkoitus. Opiskelijat ovat tehneet suunnittelun ja toteutuksen hyvin itsenäisesti, mutta toiveemme huomioiden. Heillä on selvästi ollut itsellään hyvä käsitys siitä, millaisesta materiaalista hoitajat hyötyvät ergonomian taitoja kehittäessään. Opiskelijat valmistautuivat huolellisesti videointeihin ja esittivät etukäteen tarkan kuvaussuunnitelman.”(LIITE 3.)

Työpajan suunnittelu ja tavoitteet

Työpajaan osallistujat ovat hoitoalan ammattilaisia, jotka työskentelevät koti-hoidon puolella. Heille tehdyssä kyselyssä hoitajat vastasivat selkäkipujen olevan yleisin tuki- ja liikuntaelinvaiva ja vastaajista yli puolet olivat olleet tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi sairauslomalla. Lisäksi kotihoidon työntekijät kokivat, ettei asiakkailta ole aina käytössä tarvittavia siirron apuvälineitä. Työpaja on suunniteltu kymmenelle hoitajalle.(LIITE 4) Välineet, joita työpajan pitämiseen tarvitaan, ovat tietokone, videotykki, ja valkokangas sekä potilasvuode ja siirron apuvälineet; slinga, kävelyvyö, siirtolevy, pyyhe, pöytä, tuoli, seisomanojanostin ja potilasnostin sekä pyörätuoli. Työpaja pidetään 12.5.2016 klo 13.00-15.00. Paikkana on lin vanha hoito-osasto tai fysioterapian ryhmätila. Pyyntö työpajatunnin pitämisestä tuli toimeksiantajan puolelta. Tavoitteena on, että hoitajat saavat keräystä ja päivitystä ergonomisiin potilassiirtoihin ja vaihtoehtoja eri siirtymätilanteisiin. Lisäksi tavoitteena on, että hoitajat oppivat keinoja, miten voidaan avustaa siirtymisessä, jos apuvälineistä on puutetta. Toiveena olisi, että hoitajat käyttäisivät työpajassa oppimaansa hyödyksi työpaikoillaan.

Meidän omana tavoitteenamme on pitää työpaja, jossa käydään läpi kattavasti ergonomisen potilassiirtojen periaatteita. Haluamme, että hoitajat saavat käyttöönsä siirtomenetelmiä, joita he voivat käyttää työssään ja näin ollen heidän työnsä fyysinen kuormitus vähenisi. Tavoitteenamme on vastata kysymyksiin, joita kyselyssä on tullut esille, kuten apuvälineiden vähäiseen saantiin ja potilassiirtoja koskeviin lakeihin. Tavoitteenamme on, että työpajatunti on sisällöltään hyvä ja, että pysyisimme hyvin aikataulussa. Työpajatunnin pito on meille oppimiskokemus, jossa pääsemme konkreettisesti tuomaan esille omaa osaamistamme. Lisäksi työpajan avulla pääsemme kokeilemaan Power-Point –esityksen toimivuutta sekä testaamaan opasvideoilla käytettyjä siirtotekniikoita käytännössä.

Työpajan alussa käytämme opetusmenetelmänä Power-Point esitystä. Esityksen avulla on tarkoitus kertoa hyvistä ergonomiakäytännöistä ja ottaa esille potilassiirtoja koskeva lainsäädäntö sekä kielletyt nostotavat. Power-pointilla pyrimme tuomaan hieman teoriaa esille, ennen kuin alamme harjoittelemaan ja samalla herätelämme kiinnostusta aiheeseen. Lisäksi Power-Point esitys tulee intranettiin, josta hoitajat voivat myöhemmin käydä kertaamassa, mitä on työpajassa käyty läpi. Power-Point on meille ohjaajille havainnollistamisen väline ja se on erityisesti visuaalisten oppijatyypin oppimista tukeva opetustapa. (Oamk 2006, viitattu 4.5.2016.)

Teorian jälkeen opetamme siirtotapoja, miten asiakkaita voidaan eri tavoilla avustaa. Käytämme oppimisen keinoina osallistavaa opetusta ja annamme osallistuville mahdollisuuden keskusteluun. Tällä pyrimme, että hoitajat yhdessä miettivät oikeaa siirtomenetelmää ja, että asiat jäisivät heille hyvin mieleen. Sen jälkeen he pääsevät itse kokeilemaan ja harjoittelemaan kyseisiä siirtomenetelmiä. Tekemällä oppiminen on tärkeä keino potilassiirtojen havainnollistamiseen ja konkretisointiin. Käytännön harjoittelu tukee erityisesti kliinisen oppijatyylin oppimista. Lisäksi tekemällä oppimisen kautta pyritään pääsemään siihen todellisuuteen, johon itse oppimisen tavoite kohdistuu. (Vuorinen 2001, 180-181.)

Työpajaa on lähdetty työstämään samalla kuin opinnäyteyötä on alettu tekemään. Teoria ja kohderyhmään perehtyminen on tullut kyselyä ja opinnäytetyön tietoperustaa tehdessä. Itse työpajan sisällön suunnittelu on alkanut toukokuun 2016 alussa. Ennen työpajan pitämistä kävimme seuraamassa ja avustamassa hoivapuolelle pidettyä ergonomiakoulutusta, josta saimme vinkkejä oman ohjauskerran pitämiseen.

Työpajan toteutus ja arviointi

Työpajan pitäminen oli onnistunut ja asettamamme tavoitteet saavutettiin. Työpajan pito oli meille hyvä mahdollisuus päästä näkemään kuinka olemme kehittyneet omassa ergonomiaosaamisessamme. Yhteistyö toimi ohjaajien sekä toimeksiantajan välillä ja ohjaus oli selkeää. Toinen meistä oli loukannut jalkansa ja liikkui kynnärsauvojen varassa, joten se toi suunnitelmiin muutoksia. Vastuu saatiin kuitenkin jaettua tasapuolisesti, toinen otti vastuuta enemmän sanallisesta ohjauksesta ja toinen siirtotekniikoiden näyttämisestä.

Osallistujia tuli suunniteltua enemmän, joten se aiheutti aikataulullisia haasteita. Power-Point -esitys oli sisällöltään onnistunut ja ajaltaan sopivan mittainen. Esitys toimi hyvin mielenkiinnon herättäjänä ja sai keskustelua aikaan. Käytännön harjoitteet olivat onnistuneita ja niitä oli sopiva määrä. Etenkin vähäisillä apuvälineillä tehdyt siirrot koettiin käytännöllisiksi. Vuodesiirtojen harjoitteluun meni odotettua enemmän aikaa, mutta saimme käytyä kaikki suunnittelemamme harjoitteet läpi. Lisäksi loppuun jäi aikaa asiakastapausten pohtimiseen. Hoitajilta saatu palaute oli positiivista ja he kertoivat oppineensa uusia tekniikoita ja he myös aikoivat kokeilla niitä työssään. Myös toimeksiantaja oli tyytyväinen työpajan pitämiseen: ”Opiskelijat toimivat avustavina ohjaajina yhdessä työpajassa ja ohjasivat itsenäisesti toisen työpajan. Heidän ergonomiaosaaminen näissä käytännön ohjaustilanteissa oli selkeää ja varmaa. Osallistujat olivat erittäin tyytyväisiä työpajoihin ja antoivat välittömästi myönteistä palautetta”.(LIITE 3.)

7 POHDINTA

Työn tavoitteena oli tuottaa ergonomisia potilassiirtovideoita Oulunkaaren hoitohenkilöstön koulutukseen. Tavoitteena oli, että hoitajien ergonomiaosaaminen kehittyisi, heidän työnsä fyysinen kuormitus ja sairauspoissaolot vähenisivät. Lisäksi tavoitteena oli, että fysioterapeutit voisivat käyttää videoita opetusmateriaaleina ja hoitajat pääsisivät intranetistä opiskelemaan videoiden avulla ergonomisia potilassiirtoja itsenäisesti. Aihe kiinnosti meitä tekijöitä paljon. Kävimme ennen työn aloittamista ergonomiakorttikoulutuksen ja saimme hyvän pohjan kyselyn sekä opetusmateriaalin laatimiseen. Koemme että, hyvä ergonomia on iso osa työn fyysisen kuormituksen vähentämistä. Jos hyvällä ergonomialla voidaan vähentää sairauspoissaoloja, on se yhteiskunnalle merkittävä asia.

Tuote koostui kolmesta osasta, kyselystä, opasvideoista ja Power-Pointista sekä työpajatunnin pitämisestä. Alun perin oli tarkoitus tehdä vain kysely ja potilassiirtovideot, mutta työn edetessä kiinnostuimme myös työpajan pitämisestä. Työpajassa pääsimme seuraamaan konkreettisesti hoitajien ergonomiaosaamista ja tuomaan omaa osaamista esille käytännössä. Mielestämme ergonomian opettaminen on yksi fysioterapian osa-alue, joten oli hyvä päästä harjoittelemaan opettamista käytännössä.

Vaikka työmme laajenikin suunniteltua isommaksi, olemme tyytyväisiä työmme tuloksiin. Koimme, että kaikki osa-alueet olivat tärkeitä työmme tulosten sekä oppimisen kannalta. Onnistuimme mielestämme kyselyn laatimisessa ja saimme kaikki tarvittavat asiat selville. Kysely helpotti työn rajamista sekä tiedon hankintaa. Lisäksi yhteistyö toimeksiantajan kanssa toimi hyvin ja he pääsivät vaikuttamaan kyselyyn. Toimeksiantaja sai kyselyn avulla myös heitä kiinnostavia asioita selville ja he aikovat käyttää kyselyä myös jatkossa.

Toivomme, että videoita katsotaan aktiivisesti ja niitä käytetään opetusmateriaaleina. Lisäksi toivomme, että videoiden sekä Power-Point –esityksen myötä hoitajien ergonomiaosaaminen parani ja työpaikkojen yhteiset käytännöt selkiintyisivät. Jatko kehityksenä olisi hyvä tutkia onko työn avulla saatu vähennettyä hoitajien fyysistä kuormitusta ja miten se on vaikuttanut tuki- ja liikuntaelinvaivoihin. Lisäksi olisi hyvä tietää ovatko tuki- ja liikuntaelinvaivoista johtuvat sairauspoissaolot vähentyneet. Olisi myös hyvä tutkia mitä uusia siirron menetelmiä on otettu käyttöön ja mitkä ovat koettu parhaimmiksi.

Opinnäytetyön prosessin aikana olemme oppineet suunnittelemaan ja toteuttamaan projektimuotoista opinnäytetyötä, laajentamaan tietotekniikkaa, syventämään omaa ergonomiosaamista sekä tuomaan tietotaitoja käytännön työskentelyyn. Lisäksi ohjaustaidot ovat kehittyneet projektin aikana, mikä on tärkeää fysioterapeutin ammatissa. Meillä ei ollut paljon kokemusta videomuotoisten opetusmateriaalien tekemisestä, joten projektia tehdessä olemme oppineet, mitä kaikkea niissä tulee huomioida. Työn aikana yhteistyötaitomme ovat kehittyneet ja olemme päässeet työskentelemään eri ammattikuntien kanssa. Projekti oli laaja sekä haastava, mutta koemme onnistuneemme siinä hyvin.

LÄHTEET

Arjo Huntleigh. Mobility Gallery. 2016. Viitattu 20.4.2016, <http://www.arjohuntleigh.com/knowledge/mobility-gallery/>

Durewall Institutet AB. 2016. Durewallmetoden. Viitattu 20.4.2016, <http://durewall.se/durewallmetoden/>

Fagerström, V. 2009. Care Thermometer – menetelmä: työkalu osaston fyysisen kuormituksen arvioimiseen. Työterveyslaitos. Viitattu 20.4.2016, http://www.tyoturva.fi/files/890/virpi.fagerstrom_05062009.pdf

Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä - monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 15.4.2016 https://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-8805.pdf

Fagerström, V., Laine M. & Järvinen, M. 2011. Fyysisten riskien hallintamallin juurtuminen osaksi vanhustenhuollon turvallisuusjohtamista. Turku: Työterveyslaitos. Viitattu 21.4.2016 http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/ergonomia/fyysiset_riskit/Documents/Loppuraportti_juurtumishanke.pdf

Fagerström, V. & Tamminen-Peter, L. 2010. Potilasnostimien ergonomia ja käytettävyys vanhustyössä. Turku: Hoitotiede. Viitattu 15.4.2016 http://www.sotergo.fi/files/32/Potilasnostimien_ergonomia_ja_kaytettavyys_vanhustyossa.pdf

Freitag, S. 2014. The Impact of Stressful Postures on the Physical Workload in Nursing. Ruotsi: School of Technology and Health Royal Institute of Technology. Viitattu 2.5.2016 <http://kth.diva-portal.org/smash/get/diva2:707019/FULLTEXT01.pdf>

Jäger M., Jordan C., Theilmeier A., Wortmann N., Kuhn S., Nienhaus A. & Luttmann A. 2012. Lumbar-Load Analysis of Manual Patient-Handling Activities for Biomechanical Overload Preven-

tion Among Healthcare Workers. Germany: Oxford University Press on behalf of the British Occupational Hygiene Society. Viitattu 26.4.2016, <http://annhyg.oxfordjournals.org/content/early/2012/12/18/annhyg.mes088.full>

Kauranen, K. & Nurkka, N. 2010. Biomekaniikkaa liikunnan ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tampere: Liikuntatieteellisen seuran julkaisu nro 166. Liikuntatieteellinen seura ry

Launis, M. & Lehtelä, J. 2011. Ergonomia. Tampere: Työterveyslaitos

Mäkinen, T. 2013. Uusien oppien iloa – Sairauspoissaolojen määrä romahti Rovaniemellä, kun hoitajat ottivat käyttöön ergonomiset siirtotavat. Tehy 2013 (16), 14-19. Viitattu 8.4.2016, http://www.sotergo.fi/files/304/Tehy-lehden_artikkeli_2013.pdf

Oulun ammattikorkeakoulu. 2006. Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana. Viitattu 4.5.2016 <http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelmat06a/html/av-materiaali.html>

Oulunkaaren kuntayhtymä 27.5.2016. Oulunkaari - hyvinvointia ihmisten lähellä. Viitattu 27.5.2016, http://www.oulunkaari.com/sivu/fi/oulunkaari/oulunkaari_lyhyesti/

Rantsi, H. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Kuopion yliopisto

Sandström, M. & Ahonen, J. 2011. Liikkuva ihminen – aivot, liikuntafysiologia ja sovellettu biomekaniikka. Keuruu: VK-Kustannus

Suomen Kinestetiikka yhdistys ry. 2016. Kinestetiikan kehittyminen ja periaatteet. Viitattu 20.4.2016, <http://www.kinestetiikka.fi/index.php/kinestetiikka3/81-kinestetiikka3/17-kinestetiikan-kehittyminen-ja-periaatteet>

Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Viitattu 8.4.2016, <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/Tietokanta-Tutkittu/2003/103047TamminenPeterC228.pdf>

Tamminen-Peter, L., Eloranta M-B., Kiviranta M-L., Mämmelä E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen – opettajan käsikirja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö

Tamminen-Peter, L. & Fagerström V. 2012. Potilassiirtojen ergonomiakortti turvallisen liikkumisen avuksi. Fysioterapia 59 (7), 42.

Tamminen-Peter, L. Moilanen A. & Fagerström V. 2009. Työkäytäntöjen kehittäminen vanhustenhuollossa osana hoitotyön turvallisuusjohtamista. Helsinki: Työterveyslaitos

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

Tamminen-Peter, L., Moilanen A. & Fagerström V. 2015. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Tampere: Työterveyslaitos

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

Työterveyslaitos. 2012. Työturvallisuuslaki- Soveltamisopas. Tampere: Työterveyslaitos

Työterveyslaitos. 2015. Ergonomia. Viitattu 2.3.2016, <http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/Sivut/default.aspx>.

Työterveyslaitos. 2016. Liukulauta – apuväline istuma-asennossa siirtymiseen. Viitattu 16.4.2016, <http://www.ttl.fi/fi/ratkaisupankki/Sivut/details.aspx?luokka=Ergonomia&item=524>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738

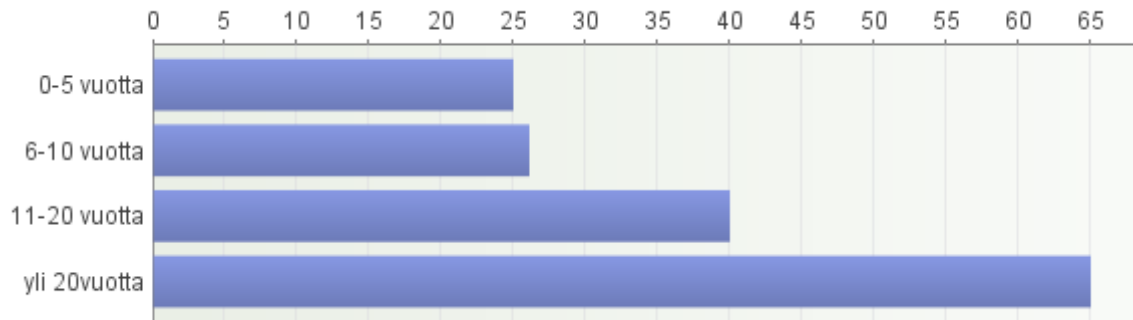
Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta 12.06.2008/403

Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 22.12.1993/1409

Vuorinen, I, 2001. Tuhat tapaa opettaa. Vammala. Kirjatalo Resurssi

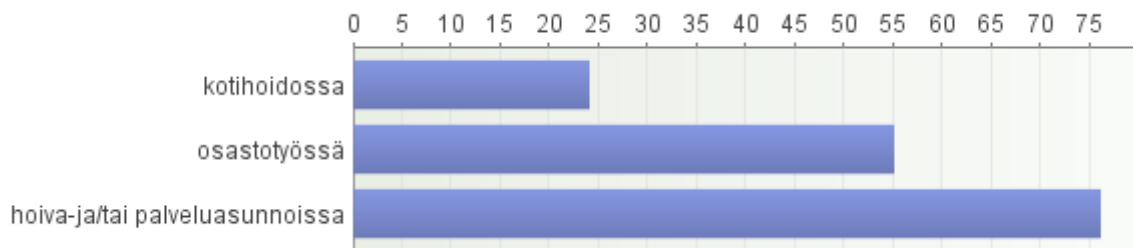
1. Kuinka pitkään olet ollut hoitotyössä?

Vastaajien määrä: 156



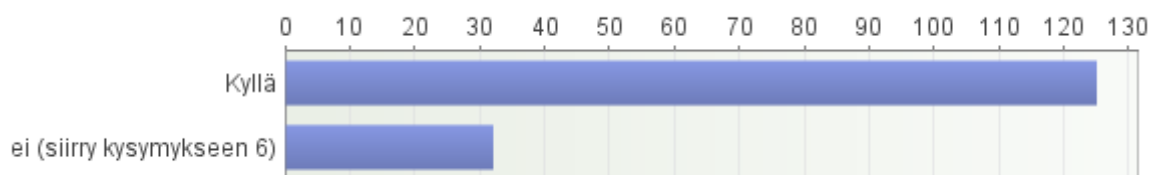
2. Työskenteletkö tällä hetkellä..

Vastaajien määrä: 155

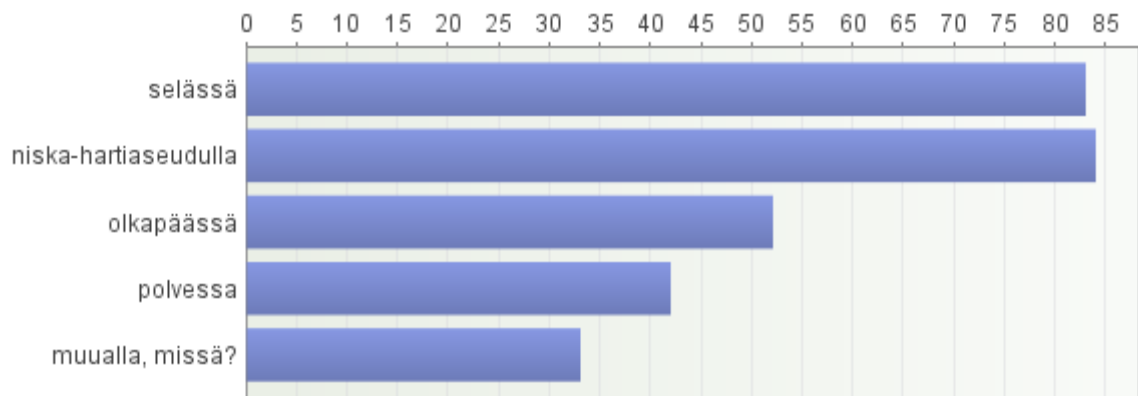


3. Oletko kokenut viimeisen vuoden aikana tuki-ja liikuntaelin vaivoja?

Vastaajien määrä: 157



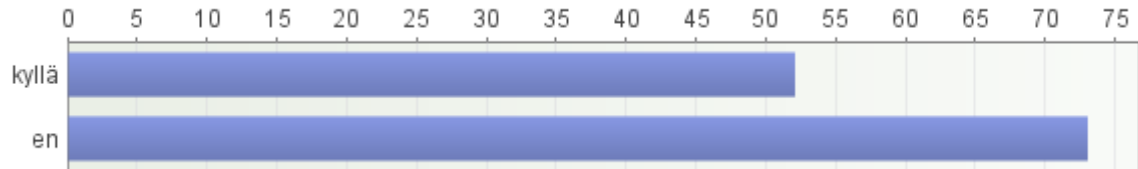
4. Jos vastasit kyllä, missä olet tuntenut kipua?



- kynärvarsi
- käsivarsi, kämmen, sormet, ranne
- nilkan ja jalkaterän alue

5. Oletko joutunut olemaan vaivojen vuoksi sairauslomalla?

Vastaajien määrä: 125

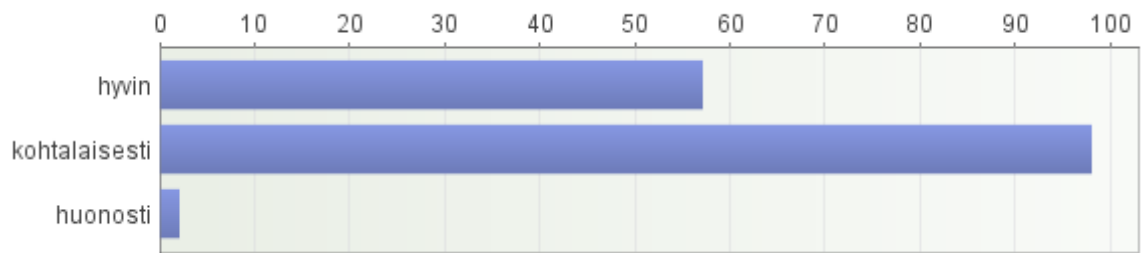


6. Miten huolehdit omasta lihaskunnostasi, toimintakyvyn ylläpidosta sekä hyvinvoinnistasiasi?

- lenkkeily tosi yleistä
- sauvakävely
- kotijumppaa
- kuntosali
- hieronta
- venyttely
- arkiliikunta
- uni
- ruokavalio

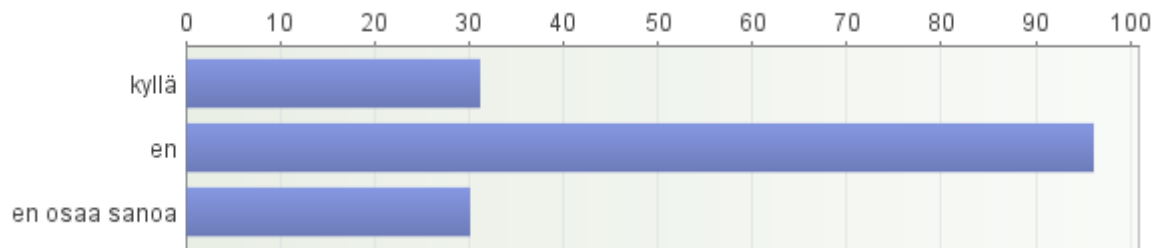
7. Miten koet osaavasi suorittaa ergonomisia potilassiirtoja?

Vastaajien määrä: 157



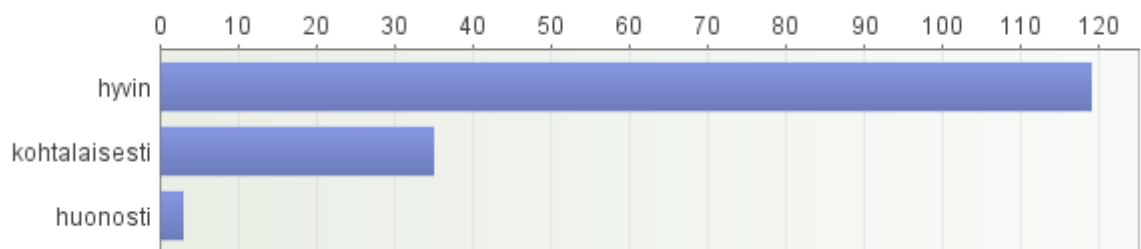
8. Koetko saavasi tarpeeksi koulutusta ergonomiaan potilassiirtoihin?

Vastaajien määrä: 157



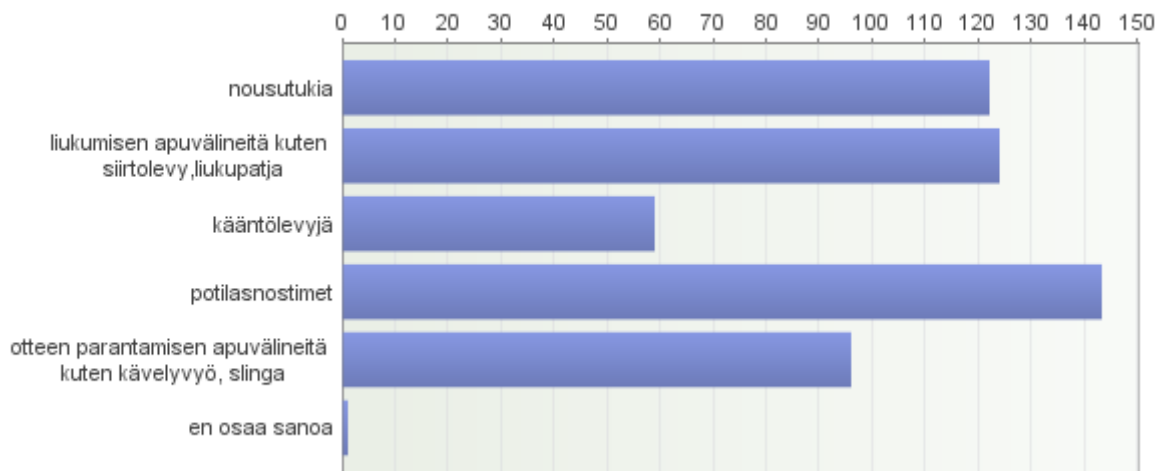
9. Kuinka hyvin tunnet mielestäsi työpaikkasi apuvälineet?

Vastaajien määrä: 157



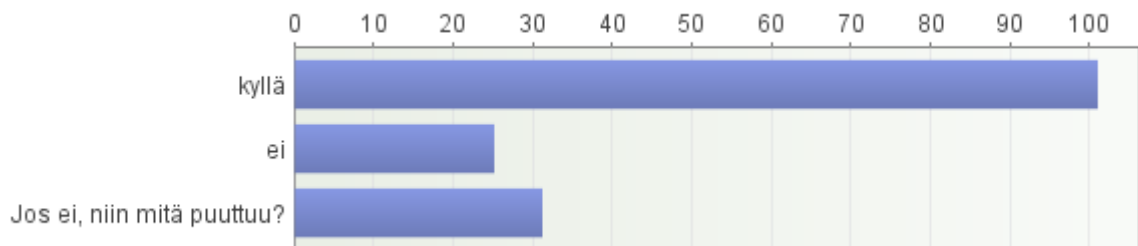
10. Minkälaisia siirron apuvälineitä sinulla on mahdollista käyttää työssäsi?

Vastaajien määrä: 157



11. Koetko, että työpaikallasi on tarpeeksi siirron apuvälineitä?

Vastaajien määrä: 157



Avoimet vastaukset: Jos ei, niin mitä puuttuu?

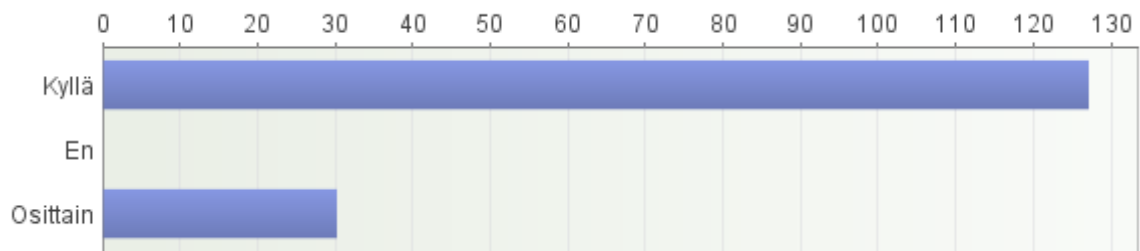
→liukulevyjä

→liian vähän nostimia

→kotihoitoon asiakkaille ei ole tarpeeksi tarvittavia apuvälineitä

12. Osaatko käyttää työpaikallasi olevia apuvälineitä?

Vastaajien määrä: 157

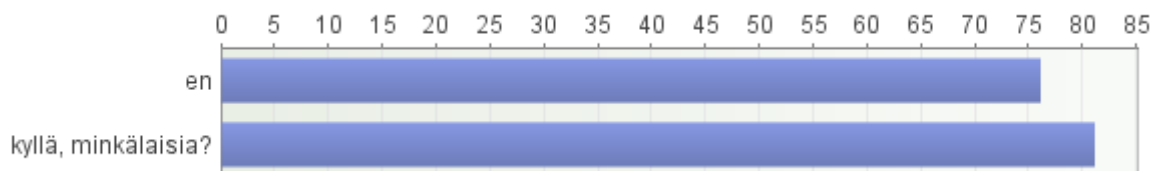


13. Mitkä tilanteet koet raskaimmaksi potilaita siirräessä? Oletko kokenut jonkin siirron erityisen haastavaksi?

- siirtyminen sängystä pyörätuoliin ja takaisin
- lattialta nosto
- jäykkä tai veltto potilas
- vastusteleva potilas
- yllättävät äkkitilanteet
- ahtaat tilat, matalat sängyt
- toisen hoitajan voimattomuus/epävarmuus
- vuodesiirrot varsinkin yksin
- ylipainoinen potilas

14. Oletko kohdannut vaaratilanteita potilassiirtoja tehdessä?

Vastaajien määrä: 157

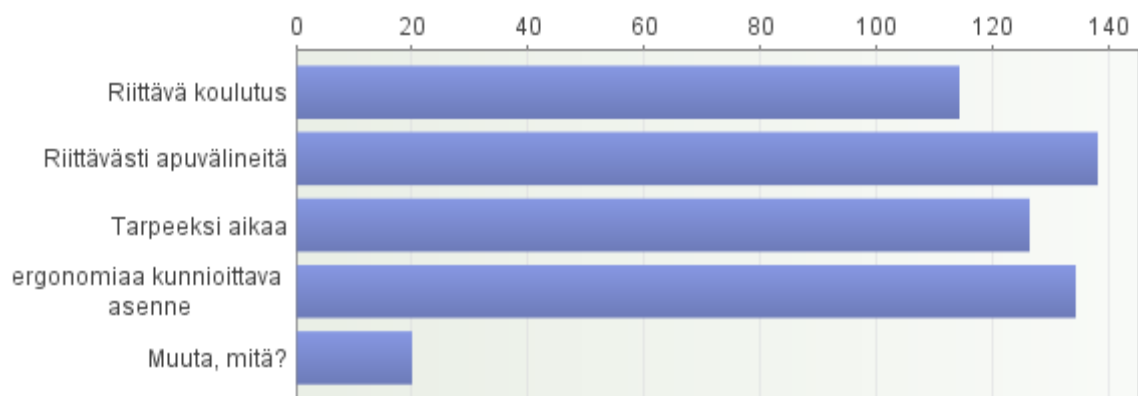


Avoimet vastaukset: kyllä, minkälaisia?

- potilaan jalkojen pettäminen
- apuvälineitten huono kunto, varsinkin pyörätuolien lukkojen pitämättömyys
- otteen lipeäminen, nostovyö
- koppinosto-tilanteet
- aggressiiviset potilaat
- yksin nostelu

15. Mitkä tekijät edistävät mielestäsi onnistuneita potilassiirtoja?

Vastaajien määrä: 157

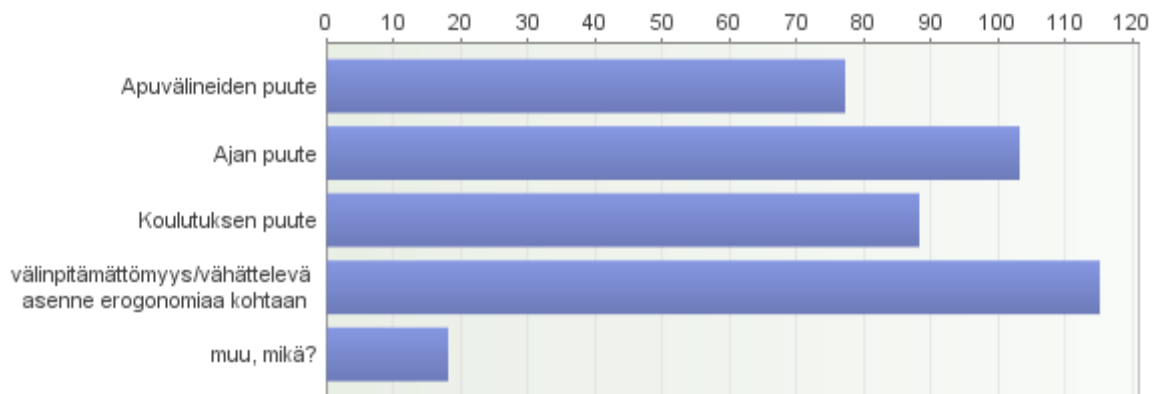


Avoimet vastaukset: Muuta, mitä?

- suunnitelmallisuus
- yhteistyö
- riittävät tilat

16. Mitkä tekijät haittaavat mielestäsi ergonomisia potilassiirtoja?

Vastaajien määrä: 157

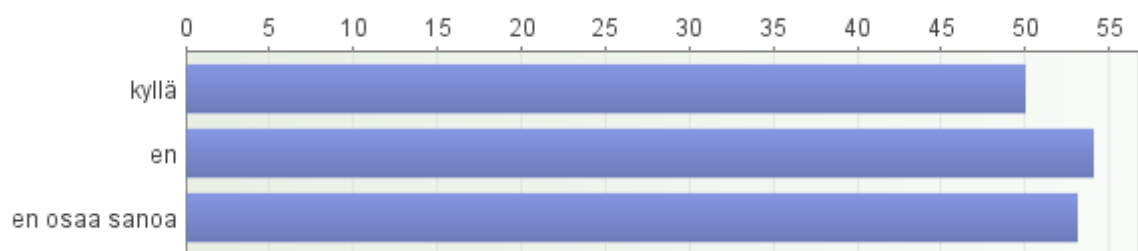


Avoimet vastaukset: muu, mikä?

- työparin kiire ja asennoituminen
- ahtaat tilat
- liian vähän hoitohenkilökuntaa
- lihasvoiman heikkous

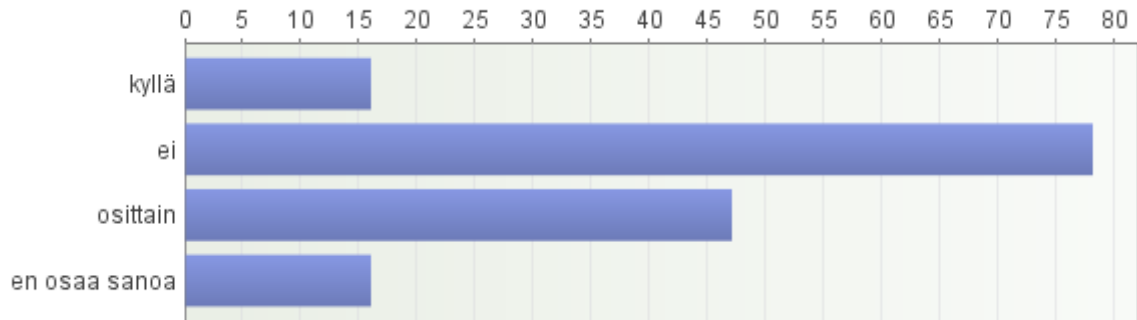
17. Oletko tietoinen potilassiirtoja koskevista laista ja asetuksista?

Vastaajien määrä: 157



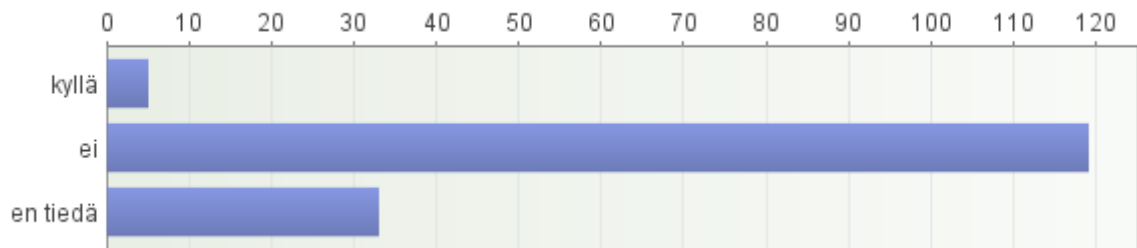
18. Onko työpaikallanne sovittu yhteisesti potilassiirroista, kuten esimerkiksi kielletyistä siirtotavoista?

Vastaajien määrä: 157



19. Onko käytössänne ergonomiavastaavaa?

Vastaajien määrä: 157



20. Mikä ergonomiassa askarruttaa?

- koulutuksen/tiedon puute
- ei yhteisiä sääntöjä
- työparin välinpitämätön asenne varsinkin apuvälineitten käyttöön
- huoli omasta ja asiakkaan turvallisuudesta

21. Mitä haluaisit oppia ergonomisista potilassiirroista?

- kertausta, ajan tasalla asioista
- kaatuneen asiakkaan nostot
- harjoitteita käytännössä
- uudet apuvälineet ja niiden käyttö
- äkkitilanteista selviytyminen
- lakiasioiden päivitys
- ahtaissa tiloissa toimiminen
- kielleyt nostotavat

Kuvauspaikka: lin vanha hoito-osasto

Kuvauspäivä: 27.4.2016

1. **Asiakkaan siirtäminen vuoteessa ylöspäin kahden hoitajan avustamana.**
Kuvataan sivustapäin, jotta videolta näkee hoitajien käyntiasennon, erityinen huomio että työ tehdään painonsiirroilla kädet suorina ja hartiat alhaalla. Tämä kuvataan, koska vuodesiirtoja tehdään edelleen sivusuunnassa jalkaterät kohti sänkyä jolloin työskennellään käsillä.
 2. **Asiakkaan siirtäminen vuoteessa ylöspäin yhden hoitajan avustamana.** Kuvataan erilaisilla aktiivisuusasteilla.
 - Asiakas aktiivinen, tarvitsee vain sanallista ohjausta. Kuvataan jalkapäädystä alaviistosta, jolloin hoitaja on toisella puolella ja kuvasta näkee asiakkaan työskentelyn.
 - Asiakas passiivisempi, mutta pystyy alaraajoilla työntämään hieman itseä ylöspäin. Hoitaja avustaa ylävartalosta laittamalla kädet lavanseudulle ylävartalon raskaimpaan kohtaan ja siirtää asiakasta painonsiirron avulla liu'uttamalla. Kuvataan hoitajan puolelta sivulta viistosti, jotta kuvasta näkyy hoitajan käyntiasento, painonsiirto sekä käsiensä paikka.
 3. **Asiakkaan siirtäminen vuoteessa sivulle.** Kuvataan kolme eri vaihtoehtoa. Nämä kuvataan hoitajan puolelta sivulta, jotta kuvasta näkee hoitajan asennon sekä paikat mistä avustaa asiakasta.
 - Sanallinen ohjaus asiakkaalle (polvista voi hieman tukea ponnistusvaiheessa).
 - Passiivisempi asiakas: hoitaja laittaa kädet asiakkaan lantion alle tekee painonsiirrolla liu'utuksen, sama hartiatasolta
 - Passiivinen asiakas: hoitaja tekee siirron alustaa hyödyntäen (lantion ja hartian tasolta).
- Kyselyssä ilmeni, että niska-hartiaseudun oireita ilmeni erityisesti hoiva- ja palvelutaloilla, joissa tehdään paljon vuodesiirtoja. Näillä siirroilla pyritään vähentämään niskahartiaseudun kuormitusta, kun otamme käyttöön painonsiirrot.
4. **Makuulta istumaan avustaminen.** Kuvataan kolme vaihtoehtoa jalkapäädystä vastakkaiselta puolelta hoitajaa jotta otteet näkyvät selvästi
 - Sanallisella ohjauksella istumaan kyljen kautta
 - Istumaan nousu pienen tuen avulla esim. käsi tai nousutuki
 - Lantiosta ja hartiasta avustettu istumaan nousu
 5. **Pakarakävely vuoteessa eteen- ja taaksepäin**
 - huomioidaan riittävä sivukallistus, jotta kävely sujuu paremmin. Tämä kuvataan asiakkaasta katsottuna etuviistosta, jotta kallistus näkyy parhaiten.

6. Siirtäminen vuoteesta pyörätuoliin ilman apuvälineitä sekä apuvälineiden kanssa

- Aktiivisen asiakkaan avustaminen seisoma-asennon kautta edestä avustaen (ote kyy-närvarsista)
- Hieman passiivisemmän asiakkaan avustaminen edestäpäin (asiakas ottaa tuen hoita-jan lantiosta)
- Hieman passiivisemmän asiakkaan avustaminen sivulta, huomioidaan etureisien akti-vointi sivelemällä ja asennon suoristaminen seisoessa
- Passiivisen asiakkaan siirtäminen ilman apuvälineitä (polviseisonnan avulla)
- Slingan avulla seisomaannousu yhden avustamana
- Hieman apua tarvitsevan asiakkaan siirtäminen tuolin/pöydän avulla
- Liukulaudan avulla liu'utus edestä sekä sivulta avustaen
- Slingan ja kävelyvyyön avulla seisomaannousu kahden avustamana (Ergonomisesti hoitajalle ei paras mahdollinen, mutta parempi vaihtoehto laahaavalle nostolle, kun ha-lutaan harjoittaa seisomaannousua)
- Seisomanojanostimella siirto pyörätuoliin

Siirtymisen vaiheet makuulta pyörätuoliin istumaan on koettu haasteelliseksi, joten kuvaamme vaiheittain kyseinen siirto. Koemme tärkeänä kuntouttavan työtteen käytön, joten kuvaamme eri-laisia vaihtoehtoja avustettavan toimintakyvyn mukaisesti. Koska kyselyn vastauksista ilmeni, että sängystä pyörätuoliin siirtymiset koetaan raskaimpina sekä hankalimpina niin halusimme tuoda esiin useita eri vaihtoehtoja huomioiden erilaiset työympäristöt sekä asiakkaat.

7. Kaatuminen ja lattialta ylös avustaminen

- Asiakkaan kaatuessa hoitaja liu'uttaa asiakkaan omaa vartaloa hyödyntäen lattialle
- Lattialta asiakkaan avustaminen seisomaan edestä avustaen
- Lattialta asiakkaan avustaminen polviseisonnan kautta kahden tuolin avulla istumaan
- Potilasnostimen avulla asiakkaan nostaminen

Hoitajat ovat kokeneet kaatumatilanteet kuormittaviksi, joten tähänkin haluttiin tuoda erilaisia vaihtoehtoja asiakkaan auttamiseksi. Nostimien käyttö on vähäistä kaatumatilanteissa, joten halu-simme tuoda esille senkin vaihtoehdon. Kuvaukset toteutetaan vanhalla hoito-osastolla, jos se on mahdollista. Rekvisiittana meillä on käytössä oikeat potilasvaatteet, potilasvuode sekä tarvittavat apuvälineet. Kuvaustarvikkeet saadaan toimeksiantajan puolesta ja sieltä saadaan myös avustaja kuvauksiin. Pyrimme luomaan siirtotilanteista mahdollisimman aitoja, joten haluamme itse puhua videoilla, jotta hoitajille jää kuva asiakkaan sanallisen ohjauksen tärkeydestä. Videoiden loppuun tuotamme vielä tekstin avulla huomioitavia asioita kuten pyyhkeen käyttö slingan tilalta sekä tär-keimmät asiat kyseisistä siirroista.

8. Valokuvaus

- laahaava nosto
- koppinosto
- edestäpäin nosto
- apuvälineet (liukulauta, nostimet, kävelyvyyöt, slinga ja liukueste)

Oulunkaaren kuntayhtymä
Terveyspalvelut/Kuntoutus

26.5.2016

Opinnäytetyö:

Rasinaho Jenna, Vuononvirta Liisa. Aktivoinnin kautta keveämpään kuormitukseen. Opas ergonomisista potilassiirroista Oulunkaaren hoitohenkilöstön koulutukseen. Opinnäytetyö 2016. Oulun ammattikorkeakoulu, fysioterapian tutkinto-ohjelma.

Oulunkaaren kuntayhtymässä on aloitettu tänä vuonna fysioterapeuttien toimesta säännölliset ergonomiakoulutukset koko hoitohenkilökunnalle (n. 400 työntekijää). Koulutus sisältää käytännön harjoittelua työpajoissa ja itseopiskelua Oulunkaaren intrassa olevaa materiaalia hyödyntäen. Suunnitelmissa on myös varmistaa webropol-kyselyllä hoitajien ergonomiosaamista.

Oulunkaaren fysioterapiayksikkö tilasi opiskelijoilta opinnäytetyön tähän ergonomiakoulutukseen liittyen. Halusimme saada käsityksen hoitajien nykyisestä ergonomiaan liittyvistä tiedoista ja asenteista. Lisäksi toivoimme saavamme koulutuksen välineeksi erilaisia siirtotekniikoita esitteleviä videoita ja helposti omaksuttavaa teoriamateriaalia. Yhteistyö opiskelijoiden kanssa on sujunut koko hankkeen ajan erinomaisesti. He ovat toteuttaneet kaikki toiveemme juuri niin kuin oli tarkoitus. Opiskelijat ovat tehneet suunnittelun ja toteutuksen hyvin itsenäisesti, mutta toiveemme huomioon. Heillä on selvästi ollut itsellään hyvä käsitys siitä, millaisesta materiaalista hoitajat hyötyvät ergonomian taitoja kehittäessään. Opiskelijat valmistautuivat huolellisesti videointeihin ja esittivät etukäteen tarkan kuvaussuunnitelman. Opiskelijat toimivat avustavina ohjaajina yhdessä työpajassa ja ohjasivat itsenäisesti toisen työpajan. Heidän ergonomiosaaminen näissä käytännön ohjaustilanteissa oli selkeää ja varmaa. Osallistujat olivat erittäin tyytyväisiä työpajoihin ja antoivat välittömästi myönteistä palautetta.

Koko opinnäytetyön tekemisen tuloksena opiskelijoilla on mielestäni erittäin hyvät valmiudet ohjata hoitajien ergonomiaa erilaisilla hoitoalan työpaikoilla.

Tiina Vuononvirta, kuntoutuksen palveluesimies
puh: 050-3093 196
s-posti: tiina.vuononvirta@oulunkaari.com

IIN KOTIHOITO

12.5.2016 klo 13.00 - 15.00

Ohjaajat: Jenna Rasinaho ja Liisa Vuononvirta, mukana toimeksiantaja

Tuntisuunnitelma: Työpaja aloitetaan johdattelemalla aiheeseen, tämän jälkeen siirrymme käytännönharjoitteisiin jossa ensin näytetään kyseinen siirto ja sen jälkeen harjoitellaan. Toimimme kahdessa viiden hengen ryhmässä joissa molemmissa toimii yksi ohjaaja. Suunnittelemamme ajat muovautuvat tilanteiden ja tarpeiden mukaisesti, kuitenkin aikataulussa pysyen.

MENETELMÄ	RESURSSIT	AIKA	TAVOITE
Aloitus Yleistä tietoa potilassiirroista – power point esitys	Videotykki, valkokangas, tietokone Molemmilla vastuu esi- tyksestä	20min	-Ajatusten herättely -lyhyt tietoperustan ker- taus ergonomisista poti- lassiirroista
KÄYTÄNNÖNHARJOITTELU			
Vuodesiirrot ylöspäin sekä si- vusuunnassa	Sänky, liukulakana, poikkilakana, liukueste	20min	-Avustaminen ylöspäin yläraajojen ja painonsiir- ron avulla -sivuttain siirtymiset ylä- raajojen sekä poikkilaka- nan avulla
Istumaannousu	Sänky	20min	-Kyljen kautta avustami- nen istumaan eri aktiivi- suustasoilla
Siirtyminen kahden tason vä- lillä	Pyörätuoli, sänky, liuku- lauta, slinga, kävelyvyö, tuoli/pöytä	30min	-Opitaan siirtymään kah- den tason välillä erilais- ten apuvälineiden avulla sekä ilman apuvälineitä
Kysymykset varalta liinanostimen ja sei- somanostimen käyttö sekä lattialta avustaminen tuolien avulla	potilasnostimet, 2 tuolia, pyörätuoli, sänky	30min	- Pohtia ja löytää vastauksia as- karruttaviin kysy- myksiin - jos jää aikaa niin opetellaan poti- lasnostimien käyttöä sekä lat- tialta avustamista ylös - lopetus