

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali - ja terveysala Lappeenranta
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Anne Seppälä

Hoitajien ergonomisen osaamisen arviointia ammattillisen lisäkoulutuksen jälkeen

Opinnäytetyö 2016

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Potilassiirtojen turvallisuus ja kuormittavuus	6
2.1 Hoitotyön kuormittavuus	6
2.2 Hoitotyön ergonomiaa ohjaava lainsäädäntö.....	8
2.3 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus	9
3 Ergonominen osaaminen hoitotyössä	10
3.1 Potilassiirtojen ergonominen siirtotaito	10
3.2 Ergonomiataitojen oppiminen ja arviointi	12
3.3 Ergonomiseen osaamiseen vaikuttavia tekijöitä työyhteisössä	13
3.4 Uusien suositusten siirtyminen työkäytäntöihin.....	15
4 Opinnäytetyön tarkoitus	17
5 Tutkimuksen toteutus	17
5.1 Kohderyhmä	17
5.2 Aineistonkeruumenetelmät ja mittarit.....	18
5.3 Aineiston keruu.....	19
5.4 Aineistojen analysointi	22
6 Tulokset	22
6.1 Hoitajien itsearvioitu ergonominen osaaminen	22
6.2 Hoitajien siirtotaidon arviointi	31
7 Pohdinta.....	34
7.1 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus	34
7.2 Ergonomisen osaamisen arviointi.....	37
7.3 Ergonomisen osaamisen hyödyntämiseen vaikuttavat tekijät.....	39
7.4 Jatkotutkimusaiheet.....	42
Kuvat.....	43
Lähteet.....	44
Liitteet	
Liite 1. Sopmas -mittari	
Liite 2. Kyselyn saatekirje	
Liite 3. Kyselylomake	
Liite 4. Saatekirje	
Liite 5. Suostumuslomake hoitajille	
Liite 6. Suostumuslomake asiakkaille	

Tiivistelmä

Anne Seppälä
Hoitajien ergonomisen osaamisen arviointia ammatillisen lisäkoulutuksen jälkeen, 47 sivua, 6 liitettä
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Opinnäytetyö 2016
Ohjaajat: Yliopettaja Pirjo Vaittinen ja lehtori Eija Tyyskä, Saimaan ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutuksen käyneiden hoivapalvelun hoitajien ergonomista osaamista. Samalla selvitettiin ergonomisen osaamisen hyödyntämiseen vaikuttavia tekijöitä työyhteisössä.

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli 43 Kotkan kaupungin hoivakotien lähi- ja perushoitajaa. Opinnäytetyön aineiston keräämiseen käytettiin Webropol -kyselyä ja havainnointia. Havainnoinnilla arvioitiin hoitajien siirtotaitoja Sopmasmittarin avulla ja sen tukena käytettiin videointia.

Kyselyyn vastasi 55,8 % (n=24) kohderyhmään kuuluvista. Kyselyn tulokset analysoitiin SPSS ohjelmaa ja havainnoinnin tulokset Excel –ohjelmaa käyttäen. Saaduista vastauksista välittyi aktiivisuus apuvälineiden käytössä. Toisaalta useat kyselyyn vastanneet kokivat ajoittain käyttävänsä potilassiirroissa paljon voimaa ja työskentelevänsä kumarissa asennoissa. Arvioidessaan omaa ergonomista osaamistaan, hoitajat vastasivat asiakkaan suullisen ohjaamisen ja kannustamisen käyttämään omia voimavarojaan kuvaavan omaa osaamistaan hyvin. Potilassiirtojen arviointiin osallistui 7 hoitajaa. Sen perusteella hoitajien avustustaidot ovat keskimäärin turvalliset.

Eniten oman ergonomisen osaamisen kehittymistä vastattiin vaikeuttavan kiire sekä puutteet työympäristön tarkoituksenmukaisuudessa. Kyselyyn vastanneet hoitajat ilmoittivat omaa ergonomista osaamistaan edistäneen eniten asiakkaan havaittu kuntoutuminen sekä positiivinen vaikutus omiin tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin ja niiden ennaltaehkäisyyn. Esimieheltä saamansa tuen he arvioivat vaihtelevasti. Yhtenä jatkotutkimusaiheena olisikin esimiehen rooli potilassiirtoergonomian kehittämisessä. Myös siirron apuvälineiden tarkoituksenmukaista saatavuutta ja käyttöä asiakkaan toimintakyky huomioiden olisi mielenkiintoista selvittää.

Asiasanat: potilassiirrot, ergonominen osaaminen, koulutus

Abstract

Anne Seppälä

Assessment of the ergonomic skills of nurses' after a training course, 47 pages, 6 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Social and Health Care Services, Lappeenranta

Master's Degree Program of Health Promotion

Master's Thesis 2016

Instructors: Ms. Pirjo Vaittinen, Principal Lecturer, and Ms. Eija Tyyskä, Senior Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this study was to investigate the ergonomic skills of nursing home nurses after attending a training course. Another aim was to identify the factors that are promote or prevent applying of ergonomic skills in working environments.

The data for the study was collected by a Webropol survey and a Sopmas (Structure of the Observed Patient Movement Assistance Skills) observation instrument. The analyses were made by SPSS and Excel programs. An email with a link to the survey was sent to 43 nurses who had attended the training course. The number of respondents was 24 (55.8 %). Seven nurses took part in the observation. Based on the observation results, assisting skills are on a safe level.

In the survey, many respondents described that they often communicate with and encourage the patients in patient handling situations. Many respondents actively use equipment for patient handling. On the other hand several respondents work in wrong positions and use a lot of muscular strength in patient handling. The factors that best promoted the use of ergonomic skills were patients' recovery and a positive impact on preventing and reducing musculoskeletal disorders. Managers' support was given varied estimations. The role of the manager in ergonomic intervention would be a good topic for further study. It would also be necessary to survey the availability and use of patient handling equipment considering patients' functional capabilities.

Keywords: patient handling, ergonomic skills, training

1 Johdanto

Avustus- ja siirtotaitojen koulutus kuuluu osaksi hoitotyön organisaation fyysisten riskien hallintaa sekä turvallisuusjohtamista. Työturvallisuuslaki velvoittaa, että avustus- ja siirtotaitojen koulutusta tulee antaa työntekijöille, jotka avustavat potilaiden siirtymisiä. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2011, 27.)

Yleisesti koulutuksen avulla pyritään muuttamaan yhteisön käytäntöjä ja ratkaisemaan ajankohtaisia ongelmia. Koulutuksella pyritään saamaan koulutettavan tiedoissa ja taidoissa, arvoissa, asenteissa ja motivaatiossa muutoksia. Tavoitteena on, että koulutettavissa tapahtuisi tavoitteiden mukaista oppimista. Oppimista tulisi olla enemmän kuin mitä normaalissa arkiympäristössä opitaan. (Rauste von Wright, von Wright & Soini 2003, 14.)

Etelä-Kymenlaakson ammattiopisto (Ekami) aloitti vuonna 2011 lähi- ja perushoitajille suunnatun Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön – koulutuksen. Koulutus toteutettiin oppisopimuskoulutuksena yhdessä Ekamin ja Kotkan kaupungin kotihoidon ja hoivapalveluiden kanssa. Koulutuksen tarkoituksena on ollut hankkia erityisosaamista kuntouttavaan työotteeseen omassa työssä, lisätä ergonomiatietoisuutta sekä vaikuttaa asiakkaiden ja oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Koulutukseen kuuluu seitsemän lähiopetuspäivää sekä itsenäisesti tehtäviä verkko-opintoja ja omaan työhön tiiviisti liittyvä kehittämistehtävä. Yhtenä osana koulutusta on Potilassiirtojen Ergonomiakortti®. (Ekami-koulutusessite 2013.)

Potilassiirtojen Ergonomiakortilla® tarkoitetaan opintokokonaisuutta, joka on suunnattu sosiaali- ja terveystieteen työntekijöille. Koulutus on otettu käyttöön vuonna 2010. Sen tavoitteena on työ- ja potilasturvallisuuden lisääminen tilanteissa, joissa avustetaan potilaiden liikkumista ja siirtymistä. (Työterveyslaitos 2015a.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutuksen käyneiden hoivapalvelun hoitajien ergonomista osaamista. Samalla selvitetään mitkä tekijät edistävät tai vaikeuttavat

ergonomisen osaamisen hyödyntämistä työyhteisössä. Opinnäytetyö kohdistuu Kotkan kaupungin hoivapalveluiden toiminta-alueelle.

Kotkan kaupunki tuottaa hoivapalvelua omana toimintanaan, ostopalveluna yksityiseltä palvelun tuottajalta sekä palvelusetelillä. Hoivapalvelun paikkoja on Kotkassa noin 750. Kaupungin järjestämää toimintaa on neljässä hoivakodissa. Hoiva-asumisella tarkoitetaan hoivayksikössä tarjottavaa tehostettua palveluasumista, hoivaa ja hoitoa. Toiminta ja asuminen hoivayksiköissä perustuvat alueelliseen toimintamalliin. (Kotkan kaupunki 2015a.)

Työskentelen fysioterapeuttina eräässä Kotkan kaupungin hoivakodeista ja työhöni kuuluu muun muassa henkilökunnan ohjaaminen ergonomisissa työtavoissa. Opinnäytetyössä saatujen tietojen myötä pystyn kehittämään omaa työtäni. Saadut tulokset palvelevat lisäksi muita hoivapalvelun fysioterapeutteja sekä ovat hyödyksi myös esimiehille muun muassa työturvallisuuden edistämistyössä ja hoitajien ammatillisen osaamisen tukemisessa. Hoitajien kannalta opinnäytetyön avulla voidaan tuoda esiin heidän näkemyksiään siitä, missä asioissa työyhteisössä olisi kehitettävää ergonomiaan liittyen. Esiin voi tulla myös asioita, joilla asiakkaiden saaman hoivan laatua voidaan parantaa.

2 Potilassiirtojen turvallisuus ja kuormittavuus

2.1 Hoitotyön kuormittavuus

Hoitotyö kuormittaa hoitajia sekä fyysisesti että psyykkisesti (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 11). Fyysisesti raskaimpiin työtehtäviin kuuluvat käsin tehtävät nostot ja siirrot sekä avustaminen potilaan liikkumisessa. Käsin tehtävällä siirtämisellä tarkoitetaan lihasvoimalla tehtävää siirtämistä esimerkiksi nostamalla, laskemalla, vetämällä tai kantamalla. (Työterveyslaitos 2015b.) Potilaan liikuntakyvystä ja aktiivisuudesta riippuu se, miten kuormittavaa hoitotyö on. Avustaminen ei enää nykyään saisi olla raskasta nostamista, vaan potilaan sanallista ohjaamista ja aktivointia. Raskaissa nostoissa tulisi käyttää potilasnostimia. (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 13.)

Erilaiset tuki- ja liikuntaelimestön oireet ovat yleisiä hoitotyötä tekevillä. Rungas kävely, usein toistuvat kumartumiset sekä erityisesti potilaiden siirtymisen avustaminen lisäävät oireiden esiintymistä ja vaikeusastetta. Kokopäiväinen työ paljon apua tarvitsevien henkilöiden hoito-osastolla kuormittaa eniten juuri tuki- ja liikuntaelimestöä. Mitä parempi yleis- ja lihaskunto sekä verenkiertoelimestön kunto hoitajalla on, sitä paremmin hän jaksaa työstä johtuvaa kuormitusta. Tuki- ja liikuntaelinten oireita voidaan fyysisellä harjoittelulla vähentää ja jopa ehkäistä. (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 11, 53.) Hoitotyötä tehdessä hoitajan keho on työväline, jota on pidettävä hyvässä kunnossa (Hellstén 2014, 26).

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät ilmoittavat työnsä kuormittavan heitä nykyään aiempaa enemmän. Erityisesti terveyskeskuksen vuodeosastoilla sekä vanhainkodeissa työskentelevät pitävät omaa työtään sekä henkisesti että fyysisesti kuormittavana. (Laine & Kokkinen 2013, 203.) Hoivapalvelun ja terveydenhuollon työntekijöistä 61% pitää työtään fyysisesti erittäin tai melko raskaana (Lehto, Sutela & Pärnänen 2015, 8). Tuki- ja liikuntaelinvaikeuksista johtuvia työterveyshuollon käyntejä on hoitoalalla paljon, kuten työkyvyttömyyseläketapauksiakin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 43.)

Apuvälineitä käyttämällä ja potilassiirtotaidon koulutuksella hoitotyön fyysistä kuormitusta voidaan vähentää selvästi (Työterveyslaitos 2015b). Apuvälineiden käytöllä hoitotyössä on yhteys fyysisen kuormittumisen sekä selkäkipujen vähentymiseen (Koppelaar, Knibbe, Miedema & Burdorf, 2012). Apuvälineiden käytön lisäksi myös oikean työskentelytekniikan käyttäminen vähentää riskiä selkäsairauksiin. Nostamisen sijaan voidaan esimerkiksi hyödyntää liu'utusta tai siirtotilanne voidaan tehdä parityöskentelynä. (Fagerström 2013, 29.) Hellstén (2014, 109) on väitöskirjassaan todennut, että ergonomiakoulutus vähensi hoitajien kokemaa fyysistä kuormittumista työssä.

Kun arvioidaan potilassiirtoergonomian kehittämistä, nousevat myös taloudelliset näkökulmat tärkeäksi asiaksi. Tehtävien toimenpiteiden tulee olla myös taloudellisesti kannattavia. (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 135.) Esimerkiksi työssä sattuneista tapaturmista aiheutuu kustannuksia työnantajalle sekä hankaluuksia tapaturman kohteeksi joutuneelle henkilölle ja hänen

läheisilleen (Työterveyslaitos 2016). Potilassiirtojen kehittämisintervention seurauksena on muun muassa todettu potilassiirtoihin liittyvien työtapaturmien vähentyneen (Lim, Black, Shah, Sarker & Metcalf 2011, 188–191). Tamminen-Peter ja Wikström toivat kirjassaan esiin yhtenä esimerkkinä Rovaniemen terveyskeskussairaalan vuodeosaston. Ergonomiakoulutuksen ja apuvälinehankintojen myötä henkilökunnan sairauspoissaolot ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet vähenivät reilusti. Tosin vähenemiseen voi olla myös muitakin syitä. (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 136.) Työ hyvässä toimintaympäristössä on sekä sujuvaa että turvallista. Tuki- ja liikuntaelinten terveyden näkökohdista katsottuna työkuormituksen tulee olla sopivaa niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin kuormituksen osalta. (Työterveyslaitos, 2015c.)

2.2 Hoitotyön ergonomiaa ohjaava lainsäädäntö

Suomen lainsäädännössä ei ole määritelty painorajoja henkilönostoissa (Tamminen-Peter ym. 2011, 16). Nuorille, alle 18 vuotiaille henkilöille on säädetty suositeltavat nostorajat taakoille jatkuvassa nostotyössä. Miehillä se on 20 kg ja naisilla 15 kg. (Työministeriön päätös nuorille työntekijöille vaarallisista töistä 1432/1993.) Käsien tehtävät, terveydelle haitalliset nostot tehdään mahdollisimman turvalliseksi, milloin niitä ei voi välttää tai keventää apuvälinettä käyttämällä. Tarvittaessa työtä kevennetään apuvälineitä käyttämällä. (Työturvallisuuslaki 2002/738, 24§.) On myös otettava huomioon, että työntekijällä on riittävästi tilaa tehdä työtään ja mahdollisuus vaihtaa työasentoja. Toistorasituksesta tulevaa haittaa vältetään tai jos se ei ole vältettävissä, se on mahdollisimman vähäinen (Työturvallisuuslaki 2002/738, 24§.)

Työnantajan kuuluu selvittää ja tunnistaa työstä, työtilasta, työympäristöstä ja työolosuhteista työntekijöille aiheutuvia haitta- ja vaaratekijöitä. Jos niitä ei voida poistaa, on arvioitava niiden merkitystä työntekijöiden turvallisuuteen ja terveyteen. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 10§.) Työnantajan velvollisuuteen kuuluu muun muassa hankkia työntekijöille apuvälineitä tapaturman ja sairastumisen vaaran välttämiseksi (Työturvallisuuslaki 2002/738 15§). Työnantajan kuuluu myös huolehtia, että apuvälineet ovat toimivia ja turvallisia

(Tamminen-Peter ym. 2011, 34). Apuvälinesuosituksia ohjaa yleisellä tasolla Työturvallisuuslaki, mutta se ei ota kantaa organisaatioihin hankittavien apuvälineiden määriin (Fagerström 2013, 34).

Lain mukaan työnantaja on vastuussa terveellisistä työoloista, mutta työntekijöilläkin on velvollisuuksia (Tamminen-Peter ym. 2011, 10). Työntekijän on noudatettava määräyksiä ja ohjeita, joita työnantaja on toimivaltansa mukaisesti antanut. Hänen on myös huolehdittava niin omasta kuin muidenkin turvallisuudesta ja terveydestä. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 18§.) Jos työntekijä havaitsee työolosuhteissa, -menetelmissä tai työvälineissä vikoja tai puutteita, jotka voivat aiheuttaa vaaraa tai haittaa turvallisuuteen tai terveyteen, on hänen viipymättä ilmoitettava siitä työnantajalle ja työsuojeluvaltuutetulle (Työturvallisuuslaki 738/2002, 19§). Työntekijän on käytettävä koneita, työvälineitä ja laitteita ohjeiden mukaan sekä noudatettava niihin kuuluvia turvallisuus- ja suojalaitteita (Työturvallisuuslaki 738/2002, 21§). Työntekijällä on myös oikeus tehdä työpaikan turvallisuuteen ja terveellisyyteen liittyviä ehdotuksia työnantajalle ja saada niistä palautetta (Työturvallisuuslaki 2002/738 17§).

2.3 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® on standardoitu ja rekisteröity opintokokonaisuus, jossa on määritelty potilassiirtojen turvalliseen hallintaan vaadittava taito- ja tietotaso. Koulutus on kehitelty yhteistyössä Työterveyslaitoksen ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen siirtoergonomian tiedonvälitysverkoston asiantuntijaryhmän kanssa. Kortti on voimassa viisi vuotta, jonka jälkeen on mahdollista päivittää kortti. Tällä hetkellä Potilassiirtojen Ergonomiakortin suorittaneita on Suomessa yli 4000. (Työterveyslaitos 2015a.)

Opintokokonaisuuteen kuuluu itsenäisesti tehtäviä verkkotehtäviä, 16 tuntia lähiopetusta sekä taitojen harjoittelua käytännön työssä. Opiskelijan osaaminen arvioidaan verkkotehtävien lisäksi näyttökokeessa. Koulutuksessa tavoitteena on työ- ja potilasturvallisuuden parantuminen ja laadukkaan hoidon lisääminen.

Samalla pyritään myös vähentämään työstä johtuvia tuki- ja liikuntaelinongelmia. (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 130–131.)

Koulutuksen verkkotehtävien aiheina ovat ergonomian merkitys potilaan hoidossa, biomekaniikan hyödyntäminen siirtotilanteissa, turvallisen avustamisen periaatteita, työturvallisuutta koskevia lakeja ja asetuksia sekä oman kehon hallintaharjoituksia. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen jälkeen on mahdollista pätevoityä korttikouluttajaksi. (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 130.)

3 Ergonominen osaaminen hoitotyössä

3.1 Potilassiirtojen ergonominen siirtotaito

Hyvä ergonominen siirtotaito on hoitajan kykyä tunnistaa avustettavan henkilön voimavarat ja osata hyödyntää niitä siirtotilanteessa, jotta hän pystyisi mahdollisimman pienellä avustuksella siirtymään. Siirtymisen tulee olla turvallinen ja miellyttävä. Samalla hoitaja itse työskentelee hyvässä ja tasapainoisessa asennossa sekä hyödyntää siirron apuvälineitä ja avustusympäristöä. (Tamminen-Peter 2005, 57.)

Hyvään siirtotaitoon tarvitaan tietoa, taitoa ja niiden soveltamista erilaisissa tilanteissa erilaisille avustettaville. Tietoa tarvitaan toiminnallisesta anatomiasta, biomekaniikasta, potilassiirtojen periaatteista sekä apuvälineistä. Hyvä siirtotaito edellyttää myös oman kehon hallintaa, potilaan liikuntakyvyn arviointia, apuvälineiden käyttöä sekä potilaan aktivointia ja ohjaamista. (Tamminen-Peter ym. 2007, 25.)

Siirtotaito on jaettavissa neljään eri osa-alueeseen: vuorovaikutukseen avustettavan kanssa, kykyyn ohjata avustettavan liikkumista, hoitajan työasentoon ja -liikkeisiin sekä ympäristön ja tarvittavien apuvälineiden hyödyntämiseen. (Tamminen-Peter 2005, 75.) Hyvän vuorovaikutuksen lähtökohdانا on avustettavan kuuleminen sekä tuntemus hänen liikkumiskyvystään. Ennen avustustilannetta on selvitettävä mitä rajoituksia,

toivomuksia ja voimavaroja avustettavalla on. Avustettavalta on hyvä kysyä, miten hän itse haluaisi siirtyä, jos kykenisi. (Tamminen-Peter ym. 2007, 36, 39.)

Avustettavan suullisen ohjauksen on oltava tarpeeksi selkeää ja yksinkertaista. Silloin, kun sanallinen ohjaus ei riitä, yhdistetään ohjaukseen kosketus ja liike (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69,84). Avustettavaa autetaan juuri sen verran kuin hän tarvitsee ja liike suoritetaan yhdessä (Tamminen-Peter ym. 2007, 39). Avustaminen tapahtuu niin, että ote on mahdollisimman lähellä avustettavan painopistettä, lantiota tai hartiaseutua. Tällöin ote on turvallinen ja tukeva. Vartalon liikekohdista, kuten kainaloista, vyötäröstä tai kaulasta, ei pidä ottaa kiinni. Jos avustettava tarvitsee paljon apua, käytetään toista avustajaa ja arvioidaan tarkoituksenmukaisen apuvälineen käyttöä. (Tamminen-Peter ym. 2007, 39–40.)

Ennen avustamista on tarkistettava, että työympäristössä on tilaa työskennellä. Samalla huomioidaan, onko esteet esimerkiksi pyörätuolin jalkatuet poistettu. Apuvälineiden säätömahdollisuutta hyödynnetään, jotta avustettavan siirtyminen helpottuisi ja avustajan työasento olisi hyvä. (Tamminen-Peter ym. 2011, 19.) Hyvän työasennon perustana on hyvä keuhonhallinta. Avustustilanteissa hoitajan ja avustettavan painopisteiden tulisi olla toisiaan lähellä. Avustettavaa tulisi olla lähellä, mutta kuitenkin niin, ettei estä avustettavan omaa liikettä. Oikean työskentelykorkeuden löytymiseen joustetaan polvista ja alaraajojen suurilla lihaksilla tuotetaan voimaa lattiasta ponnistaen. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 84.) Avustettaessa tulisi työskennellä niin, että selkä pysyy mahdollisimman suorassa. Nykyään avustustilanteissa suositaan käyntiasentoa. Käyntiasennossa tasapaino on parempi ja liikkuminen sujuvampaa. (Työterveyslaitos 2015a) Avustaja liikkuu avustettavan liikkumisen mukana aktivoiden ja tukien, eikä paikallaan seisten ja nostaen (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 84). Liikkeissä avustaja hyödyntää painonsiirtoja (Tamminen-Peter ym. 2011, 23).

Potilaan kokema turvallisuuden tunne siirtotilanteissa on yhteydessä hoitajan käyttämiin siirtotekniikoihin. Siirrot, jotka hoitajat suorittavat turvallisempien työtapojen mukaan, ovat myös potilaiden mielestä miellyttävämpiä ja turvallisempia. (Kjellberg, Lagerström & Hagberg 2004, 251–259)

3.2 Ergonomiataitojen oppiminen ja arviointi

Salakari (2007) lähestyy taitojen oppimista tekemisen kautta. Hänen mukaansa oppimisen ydin on tekemisessä. Taitojen oppiminen on kokemusten mukaan oppimista ja työtä oppii tekemällä. Tekemällä oppiessa oppija on tapahtuman keskellä. Varsinkin aluksi opitaan havaintoihin nojaten. Mallia otetaan opettajasta tai kokeneemmalta työkaverilta. Myöhemmin reflektointi ja itsenäinen toiminta lisääntyvät. Oppiminen on kokonaisvaltainen, oppijan sisäinen prosessi. Siihen vaikuttavat oppimisen mielekkyys, tahdonalaiset ja emotionaaliset tekijät. Oppiminen tehostuu, kun oppija haluaa oppia ja oppiminen on hänestä miellyttävää. (Salakari 2007, 10–15,72.)

Monien taitojen, erityisesti motoristen taitojen oppiminen vaatii paljon harjoittelua, eikä niitä opita nopeasti (Salakari 2007, 65). Siirtotaitojen opettelu on motoristen taitojen oppimista (Tamminen-Peter ym. 2007). Niiden opettelu vaatii hoitajalta hyvää oman kehon hallintaa. Avustamisessa käytetään omaa kehoa monipuolisesti. Tarvitaankin hyviä motorisia taitoja, joiden oppimisessa tarvitaan paljon harjoittelua. Uusien taitojen oppiminen vaatii sitä enemmän harjoittelua mitä enemmän harjoiteltava asia poikkeaa aiemmin opitusta tavasta. Siirtotaitojen oppimiseen vaikuttavat tasapainokyky, koordinaatiokyky ja kinesteettisen aistin erottelukyky. Ne vaihtelevat eri ihmisillä ja vaikuttavat heidän kykyynsä hahmottaa omaa kehoaan. Yksittäisen hoitajan on vaikea muuttaa omaa toimintatapaansa, jos asiasta ei ole yhteistä sopimusta ja ohjeistusta (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 126, 129.)

Työelämän koulutuksissa on alettu näkemään oppiminen elinikäisenä ja jatkuvana prosessina. Työssä oppimista voidaan tarkastella yksilö-, ryhmä- tai organisaatiotasolla. Oppijan oman kokemisen ja kokeilemisen seurauksena tapahtuva oppiminen on tehokkainta. Työssä oppimisessa keskeistä on yksilön oppiminen, mutta yhä enemmän keskiössä on myös yhteisön oppiminen. Ryhmän tasolla oppiminen on tasavertaista työskentelyä ja toisen asiantuntijuuden kunnioittamista. (Salminen & Suhonen 2008, 12–13.) Työyhteisössä tavoitteiden toteutumista haittaa muutosvastarinta, eri henkilöiden asenteiden erilaisuus ja osaamisen eritasoisuus (Järvinen, Koivisto & Poikela 2002, 121).

Ergonomia-aiheisen koulutuksen ja hankkeen onnistumista voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, oli sitten kyse pienimuotoisesta koulutuksesta tai laajemmasta hankkeesta. Hankkeen sisältö ja tavoite vaikuttavat siihen millainen mittari tarkoitukseen parhaiten sopii. (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 132.)

Sopmas –mittari (Structure of the Observed Patient Movement Assistance Skills) on kehitetty siirtotaidon arviointiin. Mittarissa pisteytetään hoitajan avustustaito viiteen luokkaan. Mittari sopii sekä itsearviointiin että ulkopuolisen tekemään arviointiin. Mittarissa arvioidaan hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus, potilaan liikkumisen ohjaus, hoitajan oma työasento ja -liikkeet sekä apuvälineiden ja työympäristön ergonominen hyödyntäminen. (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 132.)

3.3 Ergonomiseen osaamiseen vaikuttavia tekijöitä työyhteisössä

Sosiaali- ja terveysalalle tehty työsuojelun valvontahanke vuonna 2008 toi esiin, että työpaikoilla olisi kiinnitettävä enemmän huomiota oikeisiin työtapoihin ja työvälineiden käyttöön. Ohjeiden vastaiseen toimintaan ja väärin työtapoihin tulisi myös aina puuttua. Hoitohenkilökuntaan kuuluvat arvioivat itse omaa osaamistaan hyväksi, mutta asiantuntijat ovat toista mieltä nostojen ja siirtojen sujumisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 43.)

Swain, Pufahl ja Williamson (2003) tutkivat, miten opiskelijat toteuttavat koulussa opettuja siirtotekniikoita käytännön harjoittelujaksoilla. Tutkimuksessa todettiin, että opiskelijat eivät juurikaan käyttäneet niitä potilassiirroissa. Syynä tähän oli se, että harjoittelupaikoissa työskentelevät hoitajat eivät käyttäneet suositeltuja siirtotekniikoita. Tällöin opiskelijat mukautuivat harjoittelupaikkojen työkäytäntöihin. Nuoremmat ja miespuoliset opiskelijat lähtivät herkemmin mukaan huonompiin työtapoihin. Muita syitä suositeltavien työtapojen hylkäämiseen olivat muun muassa ajan puute ja siirron apuvälineiden puuttuminen. (Swain, Pufahl & Williamson 2003, 297-306.)

Fagerströmin (2013) väitöskirjassa selvitettiin ergonomisen avustusintervention vaikutusta vanhustenhuollossa työskentelevien hoitajien työn fyysiseen kuormitukseen, hoitajien avustustaitoon ja liikuntaelinvaivoihin. Samalla

kuvailtiin intervention aikaansaamia johtamis- ja työkäytäntömuutoksia. Tutkimuksen mukaan hoitajien avustustaito parani interventiossa tyydyttävästä kohtalaiseksi. Hoitajien avustustaidon kehittymiseen vaikutti asennoituminen positiivisesti oppimiseen ja osallistuminen aktiivisesti järjestettyihin koulutuksiin. Samalla kun ergonomisia avustamismenetelmiä kehitettiin, paranivat myös osastojen työ- ja johtamiskäytännöt. Tapahtuneita muutoksia paransi esimiesten tuki, kannustaminen ja yhteisöllisyys. Myös hoitajien itsensä kokema hyöty ja asiakkaan kuntoutuminen edistivät muutoksia. Toisaalta henkilöiden vaihtuminen, johdon rooliepäselvyydet, ilmapiiriongelmat ja osastojen poikkeustilanteet haittasivat muutosten toteutumista. (Fagerström 2013, 4, 129-130.)

Ergonomisen avustamisen kehittymistä edistivät ylemmältä johdolta saatu tuki ja kannustaminen, toiminnan suunnitelmallisuus ja yhteisöllisyys. Lisäksi hoitajien itsensä kokema hyöty sekä asukkailta saatu hyvä palaute ja asukkaiden kuntoutuminen edistivät taitojen kehittymistä. Myönteisen muutoksen esteinä olivat henkilöiden vaihtuvuus, rooliepäselvyydet johdossa, ilmapiiriongelmat ja osastojen poikkeustilanteet. Lisäksi yksittäisten henkilöiden kielteinen suhtautuminen ja heikko pätevyys estivät muutosta. (Fagerström 2013, 131.)

Koppelaar ym. ovat todenneet, että potilasnostimien käyttö on yleisempää hoivakodeissa kuin sairaalassa. Potilasnostimien käyttöön vaikuttavat sekä yksilölliset tekijät, kuten motivaatio että organisaatioon liittyvät tekijät esimerkiksi olemassa olevat tarkat toimintaohjeet siirron apuvälineiden käyttämiseksi. (Koppelaar, Knibbe, Miedema & Burdorf 2011, 659-665.)

Ergonomiakoulutuksella hoitajien avustamistaitoja pystytään parantamaan. Kun koulutuksen lisäksi hankitaan riittävästi siirron apuvälineitä, voi sillä olla merkitystä myös työkäytäntöihin. (Fagerström 2013, 153.) Tamminen-Peterin (2005) mukaan hoitajan on vaikea muuttaa toimintatapojaan työpaikallaan, jos hän ei saa tukea työkavereiltaan ja esimiehiltään. Organisaation on myös varmistettava, että siirron apuvälineitä on tarpeeksi käytettävissä ja niiden huollot on järjestetty. (Tamminen-Peter 2005, 93.)

3.4 Uusien suositusten siirtyminen työkäytäntöihin

Terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen kohdistuu odotuksia niin asiakkailta kuin päätöksentekijöiltäkin. Palveluiden käyttäjät odottavat hoidon olevan laadukasta ja helposti saatavilla. Päätäjät taas ajattelevat laadun ohella kustannuksia. Palveluiden tulisi olla myös kustannustehokkaita. Laadun ja kustannustehokkuuden odotukset lisäävät myös näyttöön perustuvan toiminnan vaatimuksia. (Korhonen, Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson & Korhonen 2015, 44-46.) Häggman-Laitila (2009) määrittelee artikkelissaan näyttöön perustuvan hoitotyön olevan parhaan, ajantasaisen tiedon arviointia sekä sen harkittua käyttöä potilaan hoidossa. Se käsittää yksittäisen potilaan hoidon ohella myös laajemmalti koko väestöä koskevaa päätöksentekoa ja hoitotoimintaa. (Häggman-Laitila 2009, 20.) Näyttöön perustuvassa toiminnassa hyödynnetään mahdollisimman luotettavaa ja vahvaa näyttöä. Sen juurruttaminen käytännön työhön on haasteellista. Tärkeää on tunnistaa vanhat ja huonot työtavat sekä käytännöt, jotka vaikuttavat kielteisesti potilaan kuntoutumiseen tai lisäävät kustannuksia. (Korhonen ym. 2015, 44-51.)

Hoitosuosituksen ottaminen käyttöön on prosessina monimutkainen. Sen tavoitteena ovat asiakkaiden hyvä hoito sekä organisaation laadultaan hyvät ja tasa-arvoiset käytännöt. Muutos organisaatiossa vaatii yksittäisten yksilöiden toimintatapojen muutosta. On kuitenkin muistettava, että yksilöt käyvät läpi muutoksen eri vaiheita eri aikoihin. (Sipilä & Lommi 2014, 836-837.) Uusien hoitosuosituksen ja menetelmien käyttöönottoon liittyvät termit diffuusio, disseminointi ja implementointi. Diffuusio on passiivista leviämistä esimerkiksi lehden tai internetin välityksellä julkaistua tietoa. Disseminaatio on kohderyhmälle räätälöityä ja kohdennettua tietoa, jota levitetään esimerkiksi tiedottamisen kautta. Implementointi puolestaan tarkoittaa aktiivisilla menetelmillä tuettua hoitosuosituksen muuttumista toimintatavoiksi. Suomessa käytetään implementoinnista myös muita termejä, kuten juurruttaminen ja jalkauttaminen. (Sipilä & Lommi 2014, 832.)

Uusien hoitosuosituksen käyttöönotto toteutuu vaihtelevasti. Vaativaa uusien toimintatapojen omaksuminen on silloin, kun on tarvetta monimutkaisille muutoksille kliinisissä toimintatavoissa, kun tarvitaan eri ammattiryhmien välistä

yhteistyötä tai on muutoksia hoidon organisoimisessa. Perusterveydenhuollossa uutta tietoa tulee koko ajan, mikä pitää yllä tarvetta toimintatapojen muutoksiin. (Sipilä & Lommi 2014, 832.) Mitä selkeämmin hoitosuosituksen yhteydessä kerrotaan mitä kenenkin kuuluu tehdä ja miten, sitä helpommin sitä toteutetaan. Uuden suosituksen käyttöönotto on helpompaa, kun sille on vahva näyttö, aihe on kohderyhmälle keskeinen ja suositus on myös helposti saatavilla. (Sipilä & Lommi 2014, 833.) Hoitajien toteuttamat yhtenäiset toimintamallit tuovat myös asiakkaalle tuntemuksen hyvästä ja laadukkaasta hoidosta (Korhonen ym. 2015, 46).

Auditointia ja palautetta on käytetty laajalti toiminnan arviointiin. Niiden käytöllä on ollut vaihtelevaa vaikutusta toimintatapoihin ja toimintatapojen muutoksiin. Auditointi ja palautteen antaminen on tehokkaampaa, jos palautteen antaja on palautteen saajan esimies tai kollega. Palautetta tulisi myös antaa useasti sekä suullisen palautteen ohella myös kirjallisesti. Auditointiin ja palautteeseen tulisi myös liittyä selkeät tavoitteet ja suunnitelmat. (Ivers, Jamtvedt, Flottorp, Young, Odgaard-Jensen, French, O'Brien, Johansen, Grimshaw & Oxman. 2012.) Myös Fagerström (2013, 127) on todennut, että palautteen antaminen vahvistaa työkäytäntöjen muutosta.

Johdolta saatu tuki sekä hyvä vuorovaikutus edistävät yhteisiä tavoitteita. Johdon on järjestettävä kehittämiseen riittävästi aikaa, henkilökuntaa ja tarvittavia laitteita. (Sipilä & Lommi 2014, 834.) Kun esimerkiksi ergonomia nähdään tärkeänä asiana organisaation ylemmillä tasoilla, edistää se työ- ja johtamiskäytäntöjen muutosta (Fagerström 2013, 126-127). Korhonen ym. (2010) ovat tutkineet hoitosuositusasenteita ja työn piirteitä. Tutkimuksen mukaan työhön liittyvä kuormittavuus, sosiaalisen tuen puute sekä tietotekniset ongelmat ovat yhteydessä siihen, että uusiin suosituksiin suhtaudutaan kielteisemmin. Olisikin kiinnitettävä huomiota työolojen kehittämiseen niin, että ne edistäisivät uusien toimintakäytäntöjen omaksumista. (Korhonen, Kortteisto, Kaila, Rissanen & Elovainio 2010, 12-15.) Sipilä ja Lommi (2014, 836) kehottivatkin pohtimaan, mitkä tekijät juuri omassa organisaatiossa edistävät ja estävät suositusten ottamista käyttöön ja toteutumista.

4 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutuksen käyneiden hoivapalvelun hoitajien ergonomista osaamista. Samalla selvitettiin ergonomisen osaamisen hyödyntämiseen vaikuttavat tekijät työyhteisössä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista ergonomista osaamista on Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutuksen suorittaneilla hoivapalvelun hoitajilla heidän itsensä arvioimana?
2. Mitkä tekijät edistävät tai vaikeuttavat ergonomisen osaamisen hyödyntämistä työpaikalla?
3. Millainen siirtotaito on Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutuksen suorittaneilla hoivapalvelun hoitajilla?

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä on 43 Kotkan kaupungin hoivakotien henkilökunnan lähi- ja perushoitajaa, jotka ovat suorittaneet Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutuksen. Kaikki koulutuksen suorittaneet ovat naisia. Koulutukset on suoritettu vuosien 2011–2015 aikana. Yksittäinen koulutus on ajoittunut yhden lukuvuoden ajalle.

Toiminta Kotkan kaupungin hoivapalveluilla perustuu alueelliseen toimintamalliin. Käsitteenä hoiva-asuminen on rinnakkainen käsite tehostetulle palveluasumiselle. Hoiva-asuminen on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät selviydy kotona runsaankaan kotihoidon avulla, mutta eivät myöskään tarvitse sairaalahoitoa. Pääosin hoiva-asuminen on suunniteltu iäkkäille. Hoiva-asumisen toimintamalli painottaa toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää työtettä. (Hoiva-asumisen toimintamalli 2016.) Hoiva-asumisen ohella kahdessa hoivakodissa on yhteensä kolme lyhytaikaiseen hoitoon keskittyntä

yksikköä. Niiden tarjoamien kuntoutusjaksojen tavoitteena on tukea kotona selviytymistä ja siirtää mahdollista hoiva-asumisen tarvetta myöhäisempään ajankohtaan. (Kotkan kaupunki 2016a.) Kun otetaan huomioon hoiva-asumisen toimintamallin kuvaus, avustustilanteisiin liittyy asiakkaan päivittäisissä toimissa avustamista. Nämä tilanteet voivat liittyä asiakkaan liikkumisen tai siirtymisen avustamiseen.

5.2 Aineistonkeruumenetelmät ja mittarit

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen ja rakentuu sekä kyselystä että havainnoinnista. Webropol-kysely lähetettiin 43 hoitajalle, jotka ovat käyneet Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön –koulutukseen.

Internetin kautta tehtävissä kyselyissä vastaukset tallentuvat suoraan tietokantaan. Tällainen kysely on nopea tapa kerätä tietoa. Kyselyiden toteuttamiseksi on olemassa tutkimus- ja tiedonkeruuohjelmia. Yksi vaihtoehto on Webropol. Sen avulla voidaan toteuttaa koko tutkimus kyselylomakkeen seurannasta tulosten tarkasteluun asti. Ohjelma toimii verkon välityksellä ja kyselyyn osallistuvia pyydetään sähköpostin kautta vastaamaan kyselyyn. (Heikkilä 2014, 66-67.) Verkon kautta täytettäviin lomakkeisiin voi kuitenkin liittyä tavoitettavuusongelmia (Vehkalahti 2014, 45). Havainnointitutkimuksessa tiedonkeruu tapahtuu keräämällä havainnot tutkimuskohteesta. Havainnoinnin avulla voidaan täydentää kyselystä saatuja tietoja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havainnointi suoritetaan yleensä niin, että tutkimuksen suorittaja on ulkopuolinen tarkkailija, joka ei osallistu havainnoitaviin toimintoihin. (Heikkilä 2014, 17.)

Hoitajien siirtotaitoja arvioitiin Sopmas- mittarin avulla (Liite 1). Sopmas –mittari on todettu luotettavuudeltaan hyväksi, kun arvioidaan hoitajan siirtotaitoa avustettaessa potilasta pyörätuolista sängyn reunalle ja takaisin pyörätuoliin (Tamminen-Peter 2005, 94). Havainnoinnin tukena käytettiin videointia, jonka suoritti opinnäytetyön tekijä. Videointi suoritettiin älypuhelimien videointitoiminnolla ja video tallentui puhelimen muistikortille. Kuvattuja videoita arvioitiin tietokoneen näytöltä katsomalla. Ennen siirtotilanteiden videointeja testattiin, että kuvattun videon laatu on hyvä ja riittävän tarkka, ääni kuuluu

videolta hyvin sekä teknisten toimintojen yhteensopivuus tietokoneen kanssa. Videotoimintoja testatessa kuvauksen kohteena oli opinnäytetyöntekijä sekä erään hoivakodin fysioterapeutti.

Videointi valittiin käytettäväksi havainnoinnin tueksi, koska se mahdollisti tilanteen yksityiskohtaisemman tarkastelun. Siirtotilanne pystyttiin katsomaan useamman kerran läpi ja tarvittaessa keskittymään vain yhteen arvioitavaan kohtaan kerrallaan. Videointi mahdollisti myös toisen arvioitsijan läsnäolon paremmin, koska yhteisestä ajasta oli helpompi sopia.

Muutama hoitaja kertoi jännittäneensä videointia, mutta osa sanoi, ettei videointi vaikuttanut heidän toimintaansa millään tavalla. Osa hoitajista halusi katsoa kuvatun videon siirtotilanteen jälkeen. Tällöin video katsottiin yhdessä ja hoitajalle tarjoutui tilaisuus arvioida ja kommentoida omaa suoritustaan. Muutama hoitaja kertoikin perusteluja tekemille valinnoilleen tai kysyi mielipidettä siirtotilanteen sujumisesta tai apuvälineen käytön sopivuudesta asiakkaalle. Myös yksi asiakas toivoi näkevänsä videon ja hän katsoi sen yhdessä häntä avustaneen hoitajan sekä opinnäytetyöntekijän kanssa.

Videokuvauksen kohteena oleminen ja itsensä katsominen videolta ei aina ole kaikille miellyttävä kokemus. Samalla se kuitenkin voi olla hyödyllinen ja informatiivinen muun muassa omien liikkeiden oppimisen kannalta. (Backåberg, Gummesson, Brunt & Rask 2015, 8.) Saarinko-Weidemann (2007) on potilassiirtojen ergonomiaan liittyvässä tutkimuksessaan todennut, että hoitajat kokivat videoinnin hyvänä ja opettavaisena menetelmänä siirtotaidon arvioinnissa. Siirtotilanteen videointi ja suorituksen katsominen jälkikäteen on hyödyllistä, sillä siirtotilanteessa hoitajan on vaikea arvioida omaa asentoaan. (Saarinko-Weidemann 2007, 51.)

5.3 Aineiston keruu

Kyselylomake

Kyselyn perusteella tulevan aineiston keräämiseen käytettiin verkkokyselylomaketta. Kyselyn saatekirje (Liite 2) ja linkki kyselylomakkeeseen (Liite 3) lähetettiin kohderyhmään kuuluville työsähköpostiosoitteeseen.

Kyselylomakkeen esitestauksen suoritti kaksi hoitajaa, jotka ovat käyneet Potilassiirtojen ergonomiakortti –koulutuksen muussa yhteydessä. Heiltä ei tullut ehdotuksia kyselylomakkeen muuttamiseksi. Koulutuksen on käynyt 48 hoitajaa, mutta kaupungin sähköpostijärjestelmästä löytyi 43 koulutuksen käyneen tiedot. Heille kaikille lähetettiin sähköpostiin saatekirje ja linkki kyselyyn. Kysely suoritettiin ajalla 12.2. -1.3.2016 ja uusintakysely ajalla 16.3. - 23.3.2016. Vastauksia saatiin yhteensä 24, jolloin vastausprosentiksi saatiin 55,8%.

Kyselylomakkeessa on sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Suljetut eli strukturoidut kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia käyttää silloin, kun tiedetään vastausvaihtoehdot etukäteen ja niitä on rajatusti (Heikkilä 2014, 49). Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot on valittu valmiiksi. Niihin kuuluvat vaihtoehtokysymykset sekä erilaiset asteikkokysymykset. (Kananen 2011, 31.) Avoimia kysymyksiä on tarkoituksenmukaista käyttää silloin, kun vaihtoehtoja ei tiedetä tarkkaan etukäteen (Heikkilä 2014, 47). Osassa kysymyksiä käytetään Likertin asteikkoa. Likertin asteikkoa käytetään mielipideväittämissä ja siinä on yleensä 4- tai 5-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko (Heikkilä 2014, 51).

Kysymyslomakkeen kysymykset 1-4 tuovat taustatietoa kyselyyn vastanneista. Kysymykseen 5 on ollut pohjana Sopmas -mittari. Kysymyksen väittämiin olen ottanut asioita Sopmas -mittariin kuuluvasta neljästä eri osa-alueesta. Kysymyksen 5 väittämät jakautuvat vuorovaikutukseen, potilaan liikkumisen ohjaamiseen, hoitajan omaan työasentoon ja liikkeisiin sekä apuvälineiden ja työympäristön hyödyntämiseen Sopmas -mittarin mukaan (Tamminen-Peter & Hantikainen, 2004). Kuvassa 1. havainnollistetaan kysymyksen väitteiden jakautuminen eri osa-alueisiin.

Väite	Vuorovaikutus	Potilaan liikkuminen	Hoitajan oma työasento	Ympäristön hyödyntäminen
1	x			
2	x			
3	x			
4	x			
5		x		
6		x		
7		x		
8			x	
9			x	
10			x	
11			x	
12			x	
13				x
14				x
15				x
16				x
17				x

Kuva 1. Kyselylomakkeen kysymyksen 5 jakautuminen Sopmas -mittarin osaluokkiin.

Kysymykseen 6 olen valinnut asioita, jotka mielestäni kuuluvat päivittäisiin asiakkaiden avustustilanteisiin. Kysymykseen 7 on noussut asioita, joita Fagerströmin (2013) ja Tamminen-Peterin (2005) väitöskirjojen tuloksista on tullut ilmi. Kysymyksissä on myös asioita, jotka sopivat Swain ym. (2003, 297-306) tekemään tutkimukseen.

Siirtotaidon arviointi

Opinnäytetyöstä lähetettiin hoivakotien esimiehille sähköpostitse tiedote 10.2.2016. Esimiehiä pyydettiin tiedottamaan yksiköissään opinnäytetyöstä ja kertomaan koulutuksen käyneille mahdollisuudesta osallistua siirtotaidon arviointiin. Tiedotteen liitteenä oli saatekirje (Liite 4). Ilmoittautumiset pyydettiin tekemään kahden viikon kuluessa. Esimiehet lähettivät sähköpostitse siirtotaidon arviointiin osallistuvien hoitajien nimet. Muutama ilmoittautui suoraan opinnäytetyön tekijälle. Hoitajiin otettiin yhteyttä sähköpostitse. Sähköpostiviestissä kerrottiin lyhyesti opinnäytetyöstä ja käytännön

järjestelyistä. Sähköpostin liitteenä oli saatekirje. Sähköpostin lähettämisen jälkeen yksi hoitaja peruutti osallistumisensa, mutta hänen tilalleen ilmoittautui toinen hoitaja. Siirtotaidon arviointiin osallistui 7 hoitajaa. Hoitaja sai itse valita avustettavan henkilön.

5.4 Aineistojen analysointi

Verkossa täytettävän kyselylomakkeen tiedot tallentuvat suoraan sähköiseen muotoon (Vehkalahti 2014, 45). Kyselyn tulokset siirrettiin SPSS 2,0 -ohjelmaan. Tulosten esittämisessä käytettiin frekvenssi- ja prosenttilukuja sekä graafista esitystä. Joistakin muuttujista laskettiin keskiarvot. Hakeutuminen koulutukseen ja koulutuksen ajankohta ovat nominaaliasteikollisia muuttujia. Työkokemus vuosina ilmaistuna ja ikä ovat suhdeasteikollisia muuttujia. Suhdeasteikon tasoisilla muuttujilla on olemassa yksiselitteinen nollakohta (Heikkilä 2014, 82). Kysymyksissä 5-8 kysytyt asiat ovat järjestysasteikollisia muuttujia. Tyypillisiä järjestysasteikollisia muuttujia ovat mielipidemittaukset. Järjestysasteikollisille muuttujille ei yleensä lasketa keskiarvoja, mutta mielipidettä mitatessa sitä käytetään yleiskuvan antamiseen tutkittavista asioista. (Heikkilä 2014, 81.)

Sopmas –mittarin tuloksista laskettiin keskiarvo ja vaihteluväli Excel-ohjelmaa käyttäen. Tulokset eriteltiin mittarin viiden osa-alueen mukaan ja jokaiselle osa-alueelle laskettiin erikseen keskiarvo ja vaihteluväli. Tuloksia tarkasteltiin myös tutkimushenkilöittäin. Sopmas –mittarin muuttujat ovat järjestysasteikollisia muuttujia (Tamminen-Peter 2005, 59).

6 Tulokset

6.1 Hoitajien itsearvioitu ergonominen osaaminen

Vastaajien taustatiedot

Webropol –kyselyyn vastanneiden iän keskiarvo oli 43,7 vuotta, iän vaihdella 26 vuodesta 57 vuoteen. Hoitoalan työkokemusta oli vastaajilla keskimäärin 17,2 vuotta, työkokemuksen vaihdella 5-35 vuoden välillä. Vastaajista 9 (37,5 %) oli hakeutunut koulutukseen oma-aloitteisesti ja 15 (62,5

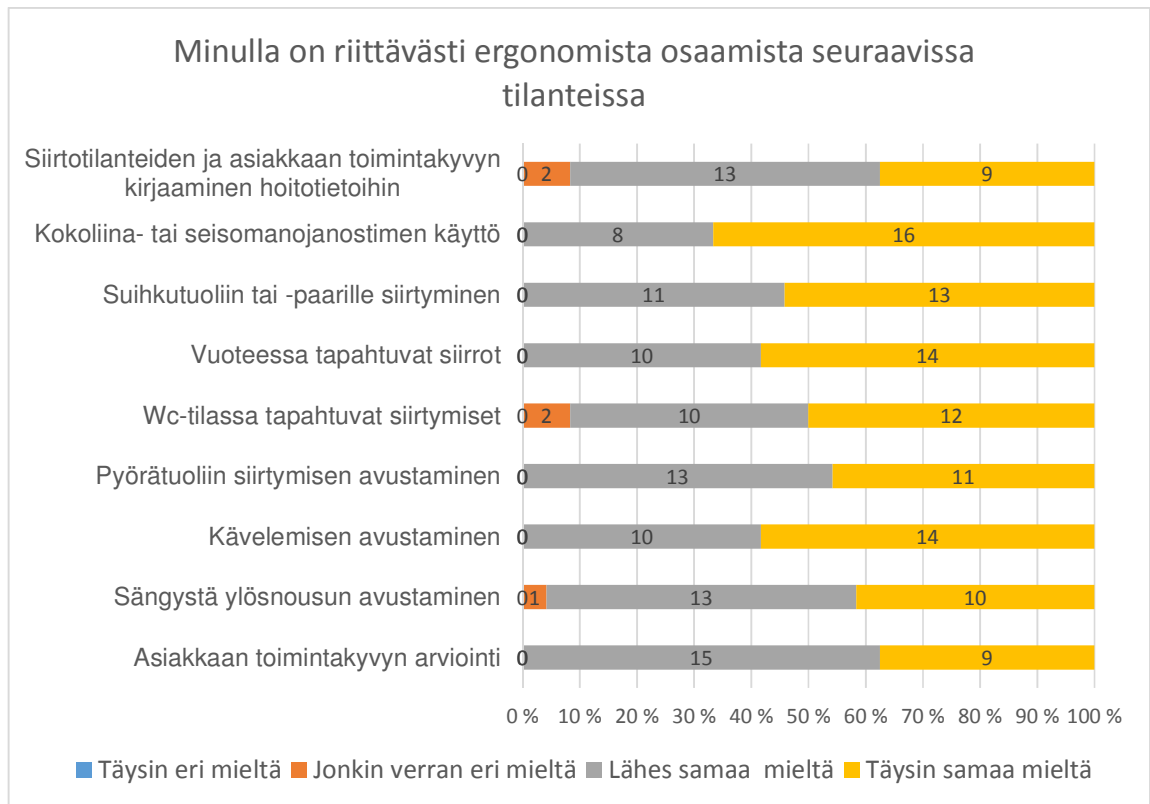
%) esimiehen ehdotuksesta. Eniten vastaajia oli lukuvuonna 2013-2014 koulutuksen käyneissä, joista 10 vastasi kyselyyn. Vähiten vastaajia oli lukuvuonna 2011-2012 koulutuksen suorittaneissa. Heistä vain kaksi vastasi kyselyyn ja vastaamatta jätti 10 hoitajaa. Vastaajien koulutuksen ajankohtaa esitellään tarkemmin kuvassa 2.



Kuva 2. Kyselyyn vastanneiden koulutuksen ajankohta (n=24).

Ergonominen osaaminen päivittäisissä hoitotilanteissa

Vastaajia pyydettiin arvioimaan ergonomista osaamistaan erilaisissa tilanteissa, jotka kuuluvat asiakkaiden päivittäiseen hoitoon. Arvioitavien tilanteiden tuloksissa ei ollut suuria eroja, kuten kuvasta 3 näkyy.



Kuva 3. Oman ergonomisen osaamisen arviointia päivittäisissä hoitotilanteissa (n=24).

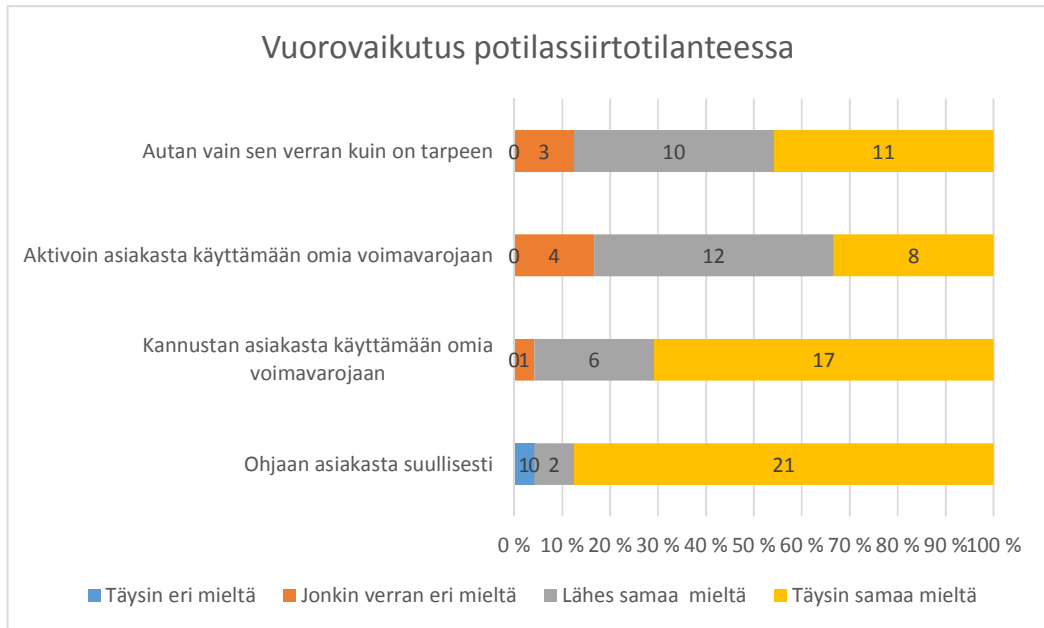
Jonkin verran eri mieltä –vastauksia tuli vain muutamia ja täysin eri mieltä ei ollut kukaan. Eniten täysin samaa mieltä vastauksia tuli kokoliina- ja seisomanojanostimen käytössä. Vähiten täysin samaa mieltä vastauksia tuli asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa sekä siirtotilanteiden ja asiakkaan toimintakyvyn kirjaamisessa hoitotietoihin.

Ergonominen osaaminen siirtotilanteessa

Kyselyn kysymyksen 5 väitteet jakautuvat Sopmas-mittarin neljän eri osa-alueen mukaisesti. Kyselyssä pyydettiin arvioimaan omaa osaamista potilassiirtotilanteessa.

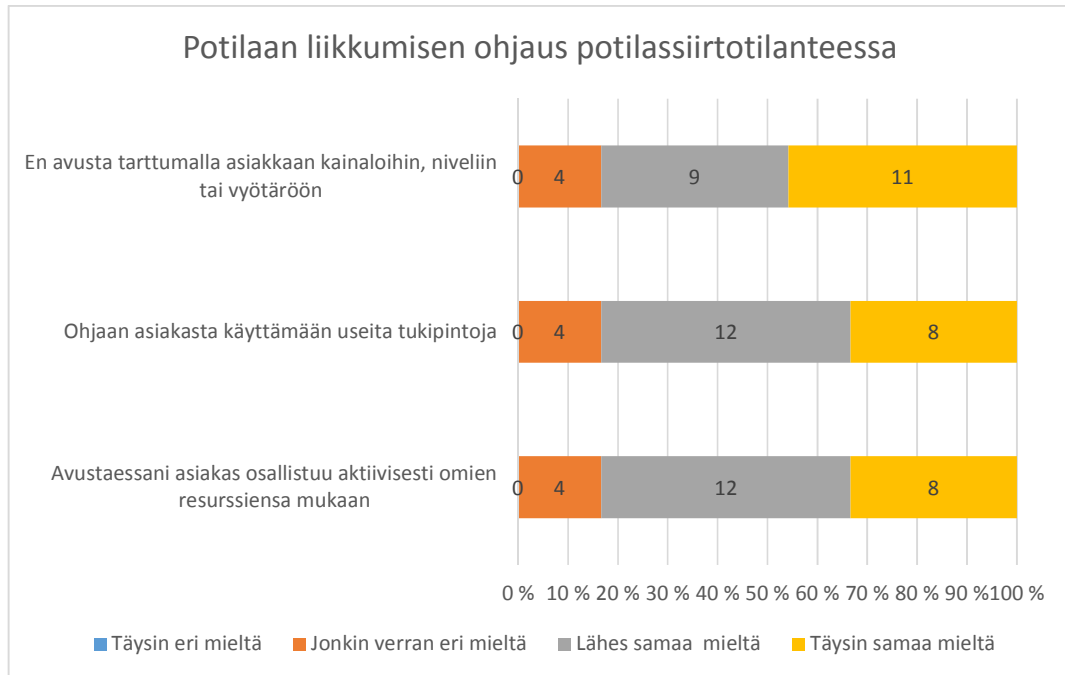
Vuorovaikutuksen osalta vastaajat arvioivat osaamistaan hyväksi, sillä täysin eri mieltä tai jonkin verran eri mieltä väitteisiin vastanneista oli vain muutamia. Vastanneista 21 (87,5 %) kertoi olevansa täysin samaa mieltä väitteeseen Ohjaan asiakasta suullisesti. Lisäksi kaksi vastaajaa arvioi olevansa lähes

samaa mieltä. Väitteeseen kannustan asiakasta käyttämään omia voimavarojaan vastasi täysin samaa mieltä 17 (70,8 %), lähes samaa mieltä oli 6 (25 %) ja jonkin verran eri mieltä 1 vastaaja. Vähiten vastaajat ilmoittivat käyttävänsä asiakkaan aktivoimiseen kehonosien liikuttelua tai sivelyä. Kuitenkin siinäkin 8 (33,3 %) vastaajaa ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä asiaa kysyttäessä ja 12 (50 %) lähes samaa mieltä. Kuvassa 4 on näkyvissä kaikkien vuorovaikutukseen liittyvien vastauksien jakautuminen.



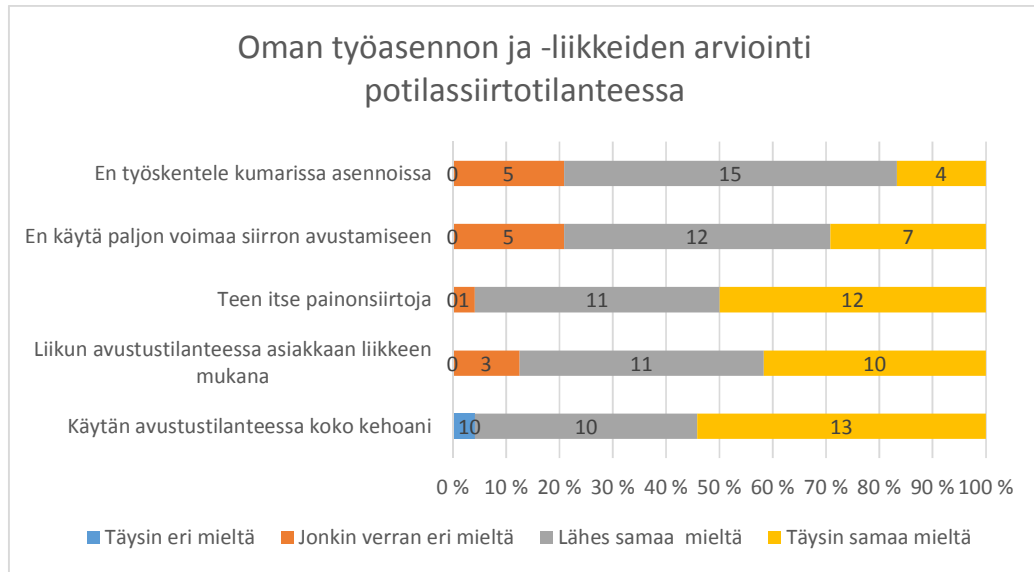
Kuva 4. Potilassiirtotilanteisiin liittyvän osaamisen arviointi vuorovaikutuksen osalta (n=24).

Potilaan liikkumisen avustamiseen liittyvissä kysymyksissä täysin eri mieltä vastauksia ei tullut lainkaan. Jonkin verran eri mieltä vastauksia tuli kaikissa kysymyksissä 4 (16,6 %). Kyselyyn vastanneista suurin osa ohjaa asiakasta käyttämään aktiivisesti omia resurssejaan siirtotilanteessa ja ohjaa myös käyttämään useita tukipintoja. Vastaajista puolet (12) ilmoitti, etteivät he tartu avustaessa asiakasta liikekohdista, kuten kainaloista tai nivelistä. Vastaajista 9 ilmoitti olevansa lähes samaa mieltä. Jonkin verran eri mieltä oli 4 (16,6 %) vastaajaa. Kuvassa 5 on näkyvillä vastausten jakautuminen.



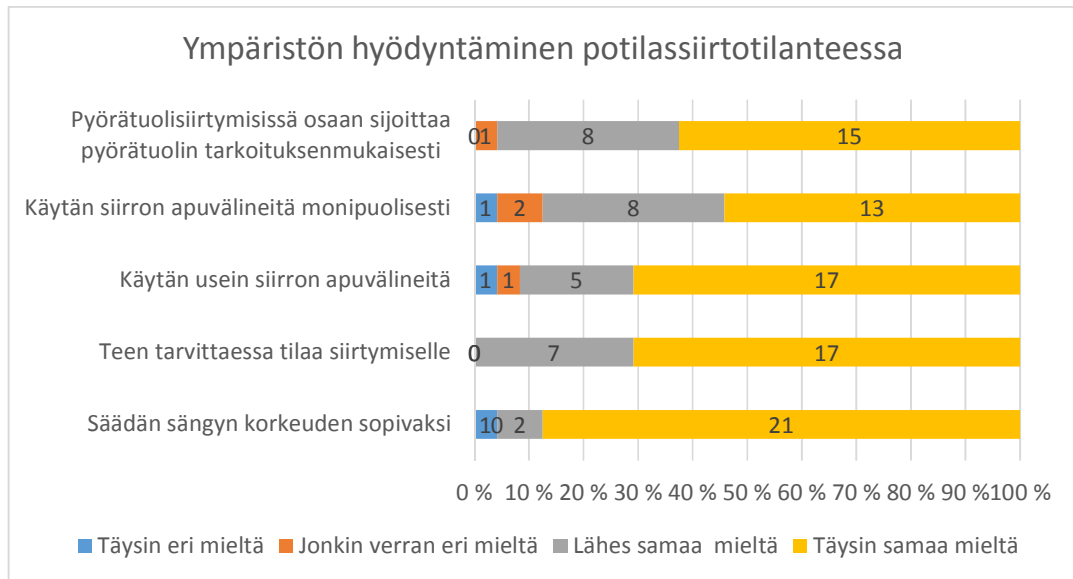
Kuva 5. Potilassiirtotilanteisiin liittyvän osaamisen arviointi potilaan liikkumisen ohjauksen osalta (n=24).

Hoitajat arvioivat omia työasentoja ja –liikkeitään siirtotilanteessa kysymyksen väitteissä 8-12. Vastaajista 5 vastasi En työskentele kumarissa asennoissa -väitteeseen jonkin verran eri mieltä, 15 lähes ja 4 täysin samaa mieltä. En käytä paljon voimaa siirron avustamiseen –väitteeseen vastasi 5 jonkin verran eri mieltä, 12 lähes ja 7 täysin samaa mieltä. Eniten täysin samaa mieltä vastauksia tuli koko kehon käytöstä siirtotilanteessa ja vähiten kumarissa asennoissa työskentelylle. Vastausten jakautuminen eri väitteille näkyy kuvasta 6.



Kuva 6. Potilassiirtotilanteisiin liittyvän osaamisen arviointi hoitajan oman työasennon ja -liikkeiden osalta (n=24).

Vastaajat arvioivat ympäristön hyödyntämistä siirtotilanteessa väitteissä 13-17. Väitteessä Säädän sängyn korkeuden sopivaksi vastasi 21 (87,5 %) täysin ja 2 (8,3 %) lähes samaa mieltä. Väitteeseen Teen tarvittaessa tilaa siirtymiselle vastasi 17 (70,8 %) täysin ja 7(29,2 %) lähes samaa mieltä. Väitteessä Käytän usein siirron apuvälineitä 17 (70,8 %) oli täysin ja 5 (20,8 %) lähes samaa mieltä. Kuvassa 7 on esitetty kaikkien ympäristön hyödyntämiseen luokiteltujen väitteiden vastaajamäärät.



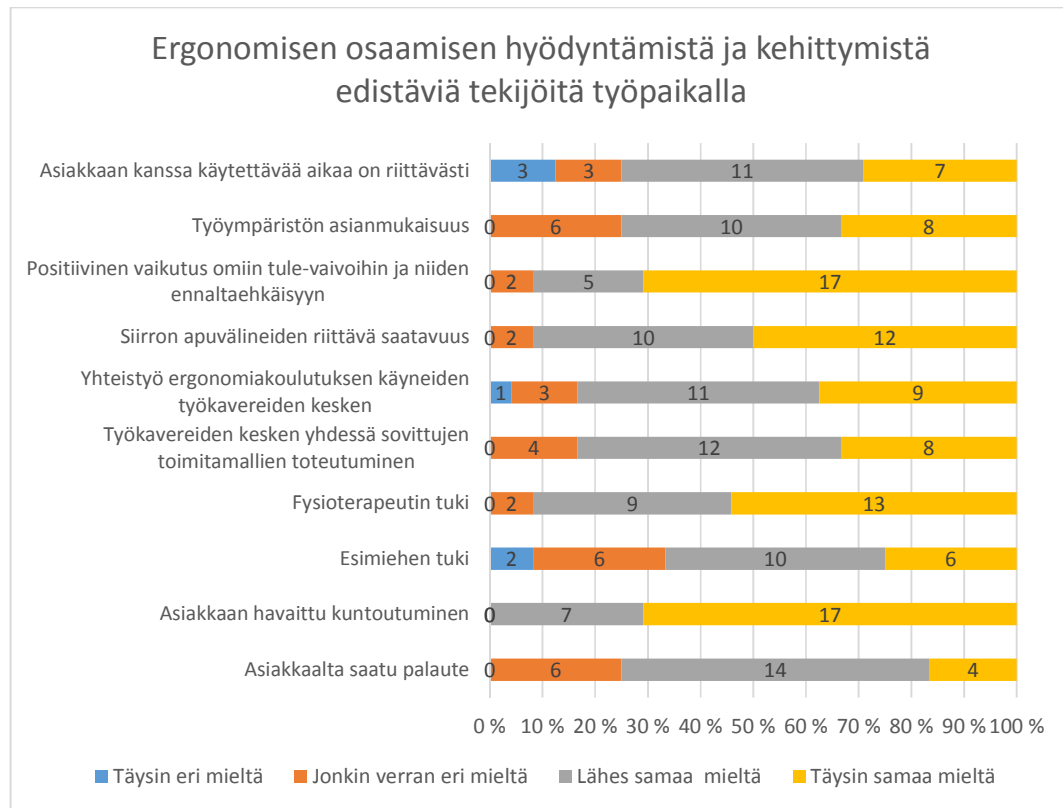
Kuva 7. Potilassiirtotilanteisiin liittyvän osaamisen arviointi ympäristön ja apuvälineiden hyödyntämisen osalta (n=24).

Jotta saatiin tietoon, miten kysymyksen 5 eri osa-alueet keskenään painottuivat, laskettiin jokaiselle väitteelle keskiarvo. Minimipistemäärä 1 kuvaa vastausta täysin eri mieltä ja pistemäärä 4 vastausta täysin samaa mieltä. Vuorovaikutuksessa väitteiden keskiarvot vaihtelivat välillä 3,2-3,8. Keskiarvo potilaan liikkumisessa jakautui välille 3,2-3,3, hoitajan työasunnoissa ja –liikkeissä 3,0-3,5 ja ympäristön hyödyntämisessä 3,4-3,8. Alhaisimmat keskiarvot tulivat kumarissa asunnoissa työskentelyssä ja voimankäytössä siirtotilanteessa. Korkeimmat keskiarvot tulivat sängyn säätämisessä sopivalle korkeudelle ja asiakkaan ohjaamisessa suullisesti.

Ergonomisen osaamisen hyödyntäminen työpaikalla

Kyselyssä vastaajia pyydettiin arvioimaan tekijöitä, jotka vaikuttavat ergonomisen osaamisen hyödyntämiseen työpaikalla. Eniten ergonomisen osaamisen kehittymistä ja hyödyntämistä on edistänyt asiakkaan havaittu kuntoutuminen. Siinä 17 vastaajaa oli täysin samaa mieltä ja 7 lähes samaa mieltä väitteeseen. Lisäksi kehittymistä ja hyödyntämistä on selvästi edistänyt positiivinen vaikutus omiin tuki – ja liikuntaelinten vaivoihin ja niiden

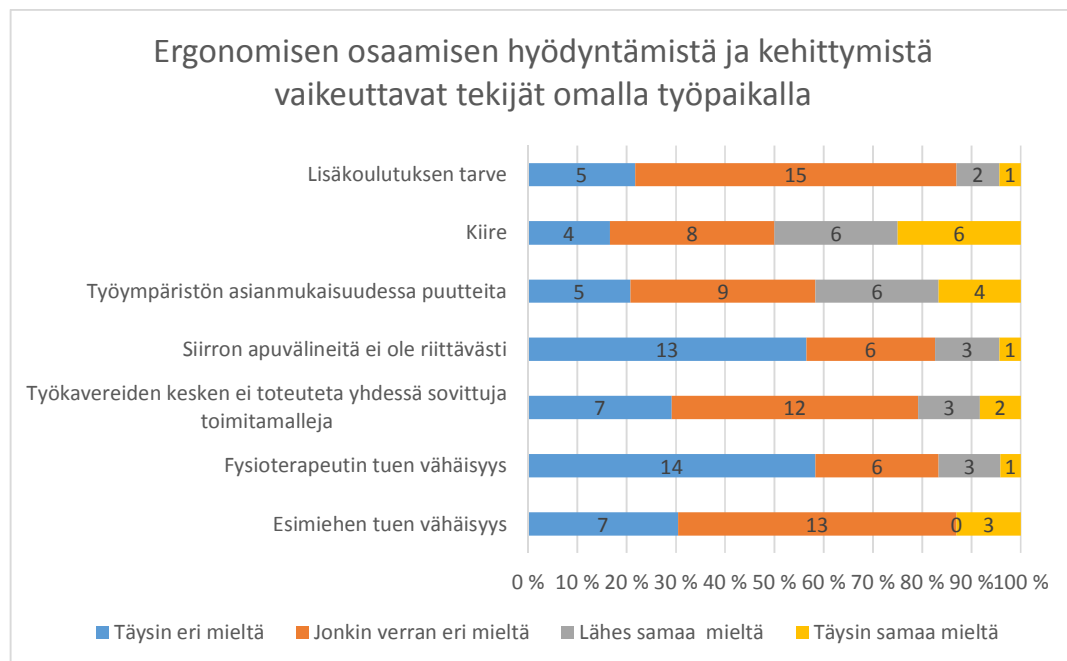
ennaltaehkäisyyn sekä fysioterapeutilta saatu tuki. Apuvälineiden riittävästä saatavuudesta täysin samaa mieltä oli 12 ja lähes samaa mieltä 10 hoitajaa. Täysin eri mieltä ei ollut kukaan. Esimieheltä saadun tuen kohdalla täysin samaa mieltä oli 6, lähes samaa mieltä 10, jonkin verran eri mieltä 6 ja täysin eri mieltä 2 vastaajaa. Kuvassa 8 esitetään vastausten jakautuminen eri väitteiden kesken.



Kuva 8. Ergonomisen osaamisen hyödyntämistä ja kehittymistä edistävät tekijät omalla työpaikalla (n=24).

Kun kaikille väitteiden vastauksille laskettiin keskiarvo, Suurin keskiarvo (3,7) tuli asiakkaan havaitussa kuntoutumisessa. Pienin keskiarvo tuli esimiehen tuesta (2,8). Kysymykseen kuului myös avoin kohta, johon vastaajilla oli mahdollista kirjoittaa muita osaamisen edistämiseen vaikuttavia tekijöitä. Vastauksia tuli viisi. Niissä tuotiin esiin seuraavat asiat: *oma vireys, oma aktiivisuus, työyhteisön kannustus ja tuki sekä asiakkaan oma halu osallistua parhaansa mukaan*. Eräs vastaaja kirjoitti, että *tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat pysyneet poissa, kun työssä on ergonominen työote*.

Edistäneiden asioiden ohella vastaajilta kysyttiin arviointia tekijöistä, jotka ovat vaikeuttaneet oman ergonomisen osaamisen kehittymistä työpaikalla. Eniten sitä vastattiin vaikeuttavan kiire. Vastaajista 12 oli väitteen kanssa täysin tai lähes samaa mieltä. Työympäristön asianmukaisuuden puutteita –väitteen kanssa lähes tai täysin samaa mieltä oli 10 vastaajaa. Jonkin verran eri mieltä oli 9 ja täysin eri mieltä 4 vastaajaa. Vastaukset kaikkiin väitteisiin on nähtävissä kuvassa 9.



Kuva 9. Ergonomisen osaamisen hyödyntämistä ja kehittymistä vaikeuttavat tekijät omalla työpaikalla (n=24).

Kysymyksessä oli myös avoin kohta, johon vastaajat saivat kirjoittaa asioita, jotka heidän mielestään vaikeuttivat ergonomisen osaamisensa kehittymistä ja hyödyntämistä työpaikalla. Vastaukseksi kirjoitettiin neljä kommenttia: *apuvälineiden tarkoituksenmukainen saanti, asiakkaan motivointi*

kuntoutukseen ja asukkaiden oma haluttomuus tehdä itse sekä motivoinnin puute, kun henkilökuntaa on vähän. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kohtiin lisäkoulutus, siirron apuvälineet ja esimiehen tuki. Kysymyksen väitteissä olikin näissä kohdissa 23 vastaajaa.

Väittämien vastausten keskiarvot vaihtelivat välillä 1,6-2,6. Pienimmät keskiarvot olivat väitteillä fysioterapeutin tuen vähäisyys (1,6) sekä siirron apuvälineitä ei ole riittävästi (1,7). Kiire sai suurimman keskiarvon 2,6. Esimiehen tuen vähäisyydellä keskiarvo oli 2,0 ja keskiarvojen mukaan se asettui keskitasoon.

6.2 Hoitajien siirtotaidon arviointi

Siirtotilanteet

Siirtotilanteet kuvattiin asiakkaiden omissa huoneissa. Siirtotilanne toteutettiin luonnollisissa tilanteissa, jolloin asiakas oli esimerkiksi menossa heräämisen jälkeen aamutoimille tai ruokailemaan. Siirtotilanteissa hoitaja avusti asiakasta sängystä ylösnousemisessa ja pyörätuoliin siirtymisessä. Kahdessa siirtotilanteessa asiakkaat pystyivät kävelemään lyhyen matkan rollaattorilla ennen istumaan käymistä. Yhdessä siirtotilanteessa asiakas siirtyi hoitajan avustamana pyörätuolista sänkyyn ja takaisin pyörätuoliin.

Kaksi hoitajaa käytti asiakkaan avustamisessa seisomanojanostinta ja yksi hoitaja liinanostinta. Yksi hoitaja käytti apunaan siirrettävää kohottautumistelinettä (ReTurner). Rollaattoria avustustilanteessa puolestaan käytti kaksi hoitajaa. Kaikkiaan kolme hoitajaa käytti siirtotilanteessa apunaan toista avustajaa. Yhdessä avustustilanteessa avustajana toimi toinen hoitaja ja kahdessa hoivakodin fysioterapeutti.

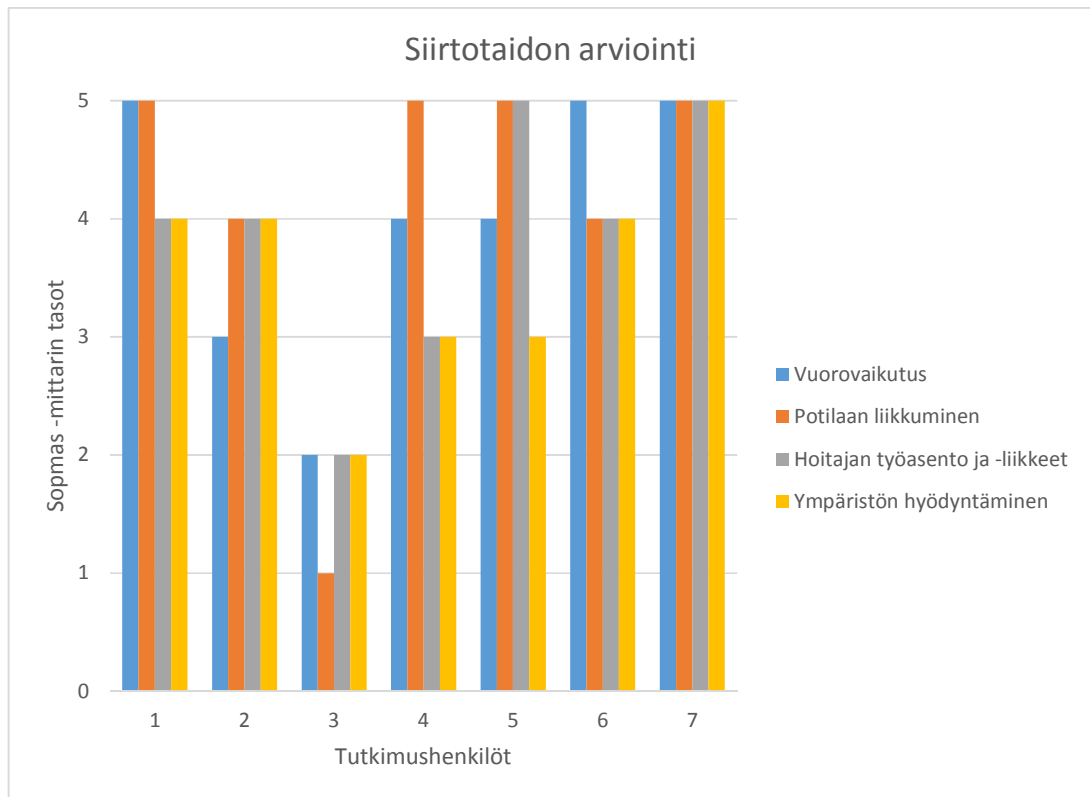
Hoitajien siirtotaito

Ympäristön hyödyntämisen osalta kaikki hoitajat käyttivät siirtotilanteessa sängyn korkeuden säätöä. Apuvälineitä käytettiin oikein. Monessa siirtotilanteessa hyödynnettiin sängyn nousutukea. Muutamassa

siirtotilanteessa tilaa olisi voinut käyttää tarkoituksenmukaisemmin ja hyödyntää olemassa olevia apuvälineitä paremmin. Yhdessä siirtotilanteessa nousutuki ei ollut kunnolla kiinni, vaan se liikkui asiakkaan ottaessa siitä tukea. Yhdessä siirtotilanteessa olisi ollut tarvetta siirron apuvälineen käytölle.

Hoitajien työasentojen osalta muutamalla hoitajalla käyntiasento ja painonsiirrot olivat hyvin käytössä. Vuorovaikutukseen kuuluvassa potilaan ohjauksessa asiakasta ohjattiin suullisesti, mutta ajoittain hoitaja auttoi asiakasta enemmän kuin oli tarpeen. Myös asiakkaan aktivoimista sivelyillä ja kehonosien liikuttelemista voisi käyttää enemmän.

Jokaiselle hoitajalle laskettiin siirtotaidon eri osa-alueiden keskiarvo. Henkilökohtaiset keskiarvot vaihtelivat 1,75 ja 5,00 välillä. Hoitajista neljällä siirtotaidon keskiarvo oli yli 4 ja kahdella yli 3. Yhden hoitajan siirtotaito jäi tasolle 1-2 keskiarvon ollessa 1,75. Tasot 1 ja 2 kuvaavat siirtotaidon olevan avustajalle kuormittava ja avustettavalle turvaton (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 132). Yksi hoitaja sai kaikista osa-alueista arvon 5. Taso 5 ilmaisee hoitajan erinomaista siirtotaitoa yhdistettynä kuntouttavaan hoitoon (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 132). Kuvassa 10 on kuvattu hoitajien saamat pistemäärät osa-alueittain.



Kuva 10. Siirtotaidon arvioinnin tulokset tutkimushenkilöittäin (n=7).

Siirtotaitoa arvioitiin myös laskemalla kaikille eri osa-alueille keskiarvot, jotta voitiin vertailla niitä keskenään. Neljästä osa-alueesta korkein keskiarvo 4,14 tuli potilaan liikkumisen avustamisessa. Vuorovaikutuksen osalta keskiarvoksi tuli 4,0. Vuorovaikutuksen annetut arviot vaihtelivat tasolta 1 tasolle 5. Muissa osioissa annetut arvot vaihtelivat tasolta 2 tasolle 5. Hoitajien työasentojen ja -liikkeiden arvioinnissa keskiarvo oli 3,86. Ympäristön hyödyntämisen keskiarvo 3,57 jäi arvioitavista osioista alhaisimmaksi. Yhdestä siirtotilanteesta tulleet matalammat pisteet laskivat keskiarvoja kaikissa neljässä osiossa. Potilassiirtojen arvioinnin perusteella hoitajien avustustaidot ovat keskimäärin turvalliset.

7 Pohdinta

7.1 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tuloksien raportoinnissa on oltava huolellinen siinä, ettei kenenkään yksityisyyttä vaaranneta. Yksittäistä ihmistä ei saa tuloksista tunnistaa. Tulosten julkaisemisessa lähtökohtana on yksilöiden tietosuoja. (Heikkilä 2014, 29.) Kyselyyn osallistuvien anonyymiteetti säilyy, kun ei kysytä tietoja, joista kyselyyn vastaajat pystyittäisiin tunnistamaan. Kyselyssä ei myöskään kysyty asioita, jotka liittyisivät hoivakotien asiakkaisiin ja heidän asioihinsa. Koulutukseen osallistuneiden hoitajien nimet saatiin opinnäytetyötä varten lähiesimieheltä, joka pitää kirjaa koulutukseen osallistujista. Hän on myös ollut koulutuksen ohjausryhmän jäsenenä. Saatekirje ja linkki kyselyn vastaamiseen lähetettiin sähköpostitse niin, että viestin saajat eivät nähneet toistensa nimiä. Myös sähköpostit, jotka lähetettiin siirtotaidon arviointiin osallistuneille, lähetettiin niin, etteivät vastaanottajat nähneet toistensa nimiä.

Siirtotilanteiden videointiin osallistuvilta hoitajilta kysyttiin kirjallinen lupa ja osallistuminen oli heiltä vapaaehtoista (Liite 5). Asiakkaita informoitiin opinnäytetyöstä ja heiltä kysyttiin osallistumiseen kirjallinen lupa (Liite 6). Myös asiakkaalla oli oikeus kieltäytyä. Jos hoitaja arvioi, että asiakas ei itse pysty ymmärtämään asiaa esimerkiksi pitkälle edenneen muistisairauden takia, informoitiin omaisia puhelimitse ja pyydettiin osallistumiseen suullinen lupa. Kolme asiakasta antoi kirjallisen suostumuksen itse. Muiden asiakkaiden kohdalla pyydettiin suullinen suostumus omaiselta. Arviointiin osallistuvia hoitajia ohjattiin kirjaamaan omaiselta saatu suostumus asiakkaan potilaskertomukseen.

Videoinnin kohteena oli hoitaja eikä asiakas. Videoinnissa painotettiin hoitajien työskentelyn ja työasentojen näkymistä. Tulosten valmistuttua tallenteet hävitettiin. Sekä kyselylomakkeen tiedot että videotallenteet käsiteltiin luottamuksellisesti. Videoita analysoimassa oli luotettavuuden varmistamiseksi mukana toinen fysioterapeutti, joka työskentelee hoivapalveluilla. Videointiin osallistuville kerrottiin tämä asia ja se oli myös kirjattuna heille annettuun saatekirjeeseen (Liite 3). Opinnäytetyöhön tarvittiin tutkimuslupa.

Tutkimuslupahakemus toimitettiin Kotkan kaupungin vanhustenhuollon johtajalle. Tutkimuslupa myönnettiin 2.2.2016.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa validiteetti ja reliabiliteetti ovat hyvän tutkimuksen perusvaatimuksia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksen on mitattava sitä, mitä on tarkoituskin. Kyselyssä esimerkiksi kysymysten on mitattava oikeita asioita ja niiden on katettava koko tutkimusongelma. Jälkikäteen validiutta on hankala tarkastella ja siksi se onkin varmistettava etukäteen ennakkosuunnittelulla ja harkitusti tehdyllä tiedonkeruulla. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa tutkimuksen tulosten tarkkuutta ja toistettavuutta. Sisäistä reliabiliteettia voidaan tutkia mittaamalla sama tilastoyksikkö useamman kerran. Ulkoisella reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että samat mittaukset voidaan toistaa myös muissa tutkimuksissa ja tilanteissa. Jos otoskoko on pieni, tulokset jäävät sattumanvaraisiksi. Myös kato eli kyselyyn vastaamatta jättäneiden osuus vaikuttaa tulosten sattumanvaraisuuteen. (Heikkilä 2014, 27-28, 178.)

Opinnäytetyön tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia saman koulutuksen käyneitä. Sitä varten pitäisi arvioida kaikki koulutuksen käyneet, eikä siihen käytännössä ollut mahdollisuutta. Tuloksista on pääteltävissä, että yksittäisten hoitajien kyselyiden vastauksissa ja arvioidussa siirtotaidossa voi olla suuriakin eroja.

Siirtotaidon arvioinnin osalta tuloksiin vaikutti todennäköisesti se, että hoitajat saivat itse valita avustettavan henkilön. Kaikissa tapauksissa avustettava henkilö oli heille jo ennestään tuttu. Tällöin siirtotilanteita on taustalla jo useita ja hoitajat ovat myös saattaneet harjoitella erityisesti siirtotaidon arviointia varten. Asiakkaiksi valikoitui myös todennäköisesti niitä, joiden siirtotilanteissa hoitajat tunsivat toimivansa hyvin yhteistyössä. Hoitajat olisivat voineet toimia eri tavoin, jos he olisivat tavanneet asiakkaan ensimmäistä kertaa vasta siirtotilanteessa.

Tuloksiin vaikutti myös hoitajien valikoituminen siirtotaidon arviointiin vapaaehtoisen ilmoittautumisen kautta. Ilmoittautuneet ovat voineet olla niitä, jotka ovat omasta mielestään omaksuneet ergonomiset työtavat hyvin. Myös

arvioitavien hoitajien määrä vaikutti tulokseen. Tulokset olisivat todennäköisesti olleet erilaisia, jos arvioitavien määrä olisi ollut suurempi.

Jokaisessa Kotkan kaupungin hoivakodissa työskentelee 1-2 fysioterapeuttia, joten hoitajilla on saatavilla ohjausta siirtotilanteisiin sekä asiakkaan toimintakyvyn kartoitukseen. Asiakkaan saapuessa hoivakotiin tai toimintakyvyn muuttuessa asiakkaalle tehdään toimintakyvyn kartoitus. Fysioterapeutti on myös tiiviisti mukana osastojen päivittäisessä arjessa muun muassa ohjaamalla hoitajia siirtotilanteissa sekä kuntouttavassa hoitotyössä. (Hoiva-asumisen fysioterapeutin työnkuva Etelä-Kymenlaakson alueella 2016.) Myös tällä voi olla vaikutusta hoitajien siirtotaidon kehittymiseen. Lisäksi osa koulutukseen osallistuneista hoitajista on voinut osallistua muihin lyhyempiin ergonomiaiheisiin koulutuksiin sekä hoivakotien omiin potilasergonomian kertauskoulutuksiin.

Sopmas –mittarin käyttö oli opinnäytetyön tekijälle uusi mittari. Toisena arvioinnin tekijänä oli fysioterapeutti, joka toimii Potilassiirtojen Ergonomiakortti® –koulutuksen kouluttajana ja on ollut arvioimassa kortin suorittamiseen kuuluvia näyttöjä. Myös hänelle Sopmas –mittari oli uusi, sillä Potilassiirtojen Ergonomiakortti®–koulutuksen yhteydessä käytetään erilaista arviointia. Fysioterapeutin työnkuvaan hoivapalveluilla kuuluu potilassiirtotilanteiden arviointia, joten fysioterapeutit ovat harjaantuneet arvioimaan erilaisia siirtotilanteita (Hoiva-asumisen fysioterapeutin työnkuva Etelä-Kymenlaakson alueella 2016). Sopmas –mittarin käytön opettelu on tuonut arvioimiseen uusia näkökulmia ja monipuolisuutta. Opinnäytetyöllä ei pyritty tuottamaan yleistettävää tietoa, vaan saamaan tietoa potilassiirtoergonomian kehittämistyöhön Kotkan kaupungin hoivapalveluilla.

Kyselyn osalta opinnäytetyössä oli kyse kokonaistutkimuksesta. Kyselyyn vastasi 24 hoitajaa ja vastaamatta jätti 19 hoitajaa. Vastausprosentiksi muotoutui 55,8%. Yleensä kyselyyn vastanneet ovat erilaisia kuin vastaamatta jättäneet ja kato myös vääristöä tuloksia (Heikkilä 2014, 76). Ei siis voida tietää miten vastaamatta jättäneet omaa ergonomista osaamistaan arvioivat tai miten he osaamiseen vaikuttavia tekijöitä arvioivat. Tärkeä vastausprosenttiin vaikuttava tekijä on se, miten tärkeänä vastaaja tutkimusta pitää (Heikkilä 2014,

63). Toisaalta kaikkia kohderyhmään kuuluvia kysely ei ole välttämättä tavoittanut. Opinnäytetyöntekijällä ei ollut tiedossa koulutuksen käyneiden mahdollisia pidempiä poissaoloja töistä esimerkiksi äitiys- tai hoitovapaan tai sairausloman takia. Tällöin työ sähköpostiosoitteeseen mennyt kysely ei välttämättä ole kohderyhmään kuuluvaa henkilöä tavoittanut.

Ennen kuin kyselylomake otetaan käyttöön, täytyy se testata. Hyviä testajia ovat henkilöt, jotka kuuluvat kohderyhmään. Testaajien määrän ei tarvitse olla suuri, sillä muutamakin testaja riittää. (Vehkalahti 2014, 48.) Kyselylomake oli etukäteen testattu, joten se lisää tulosten luotettavuutta. Kyselyn testasivat hoivakodin henkilökuntaan kuuluvat 2 hoitajaa, jotka ovat suorittaneet potilassiirtojen ergonomiakortin muussa yhteydessä. Heiltä ei tullut ehdotuksia kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeesta tuli palautetta, että se oli helposti ymmärrettävä ja nopea täyttää.

7.2 Ergonomisen osaamisen arviointi

Tässä opinnäytetyössä hoitajien siirtotaitoa arvioitiin Sopmas-mittarilla. Sopmas –mittari jakaa siirtotaidon vuorovaikutukseen potilaan kanssa, hoitajan kykyyn ohjata potilaan liikkumista, hoitajan työasentoihin ja liikkumiseen sekä työympäristön huomioimiseen sekä apuvälineiden käyttöön (Tamminen-Peter & Hantikainen 2004). Kyselyn avulla saatiin tietoa hoitajien itse arvioimasta siirtotaidosta sekä tekijöistä, jotka vaikuttavat siirtotaidon kehittymiseen työympäristössä.

Saarinko-Weidemann (2010) käytti Sopmas –mittaria omassa tutkimuksessaan arvioidessaan vanhainkodin hoitajien siirtotaitoja. Tutkimuksessa saatuja tuloksia verrattiin aiempaan 2007 tehtyyn arviointiin. Vuonna 2007 kahdeksasta hoitajasta puolet jäi 1-tasolle, kaksi hoitajaa 2-tasolle ja yhdellä hoitajalla arviointi oli 4,5. Potilassiirtojen Ergonomiakorttikoulutuksen® suorittamisen jälkeen 3-tasolle ylsi neljä hoitajaa. Kolme hoitajaa sijoittui 4 –tasolle ja yksi hoitaja 5 –tasolle. (Saarinko-Weidemann 2010, 24.) Tässä opinnäytetyössä tulokset ovat samansuuntaisia. Hoitajista neljällä siirtotaidon keskiarvo oli yli 4 ja kahdella yli 3. Yhdellä hoitajalla keskiarvo oli 5 ja yhdellä hoitajalla 1,75. Fagerströmin väitöskirjassa (2013) hoitajien avustustaito koheni intervention

johdosta tyydyttävästä kohtalaiseksi. Ennen interventiota avustustaito oli keskiarvoltaan 1,3 ja sen jälkeen 2,6 Sopmas -mittarilla arvioituna. (Fagerström 2013, 101, 129.)

Saarinko-Weidemannin (2010) tutkimuksessa hoitajien työasunnoissa ja -liikkeissä oli eniten puutteita ja tällä osa-alueella arvioinnit olivat asteikolla 3-5 (Saarinko-Weidemann 2010, 27). Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan parannettavaa oli keskiarvojen perusteella eniten ympäristön hyödyntämisessä. Siinä keskiarvo oli 3,57, työasentojen ja -liikkeiden keskiarvon ollessa 3,86. Ympäristön hyödyntämisessä arvioinnit olivat asteikolla 2-5.

Vuorovaikutus

Arvioidessaan omaa ergonomista osaamistaan, hoitajat vastasivat asiakkaan suullisen ohjaamisen ja kannustamisen käyttämään omia voimavarojaan kuvaavan omaa osaamistaan hyvin. Siirtotilanteen arvioinnissa havaittiin, että asiakkaita ohjattiin usein suullisesti, mutta ajoittain muutama hoitaja auttoi asiakasta enemmän kuin olisi ollut tarpeen. Tämä taas voi näkyä kyselyn vastauksissa siinä, että suullisessa ohjaamisessa ja kannustamisessa lähes ja täysin samaa mieltä vastauksia tuli enemmän kuin asiakkaan aktiivisessa osallistumisessa ja avustamisessa. Itsearviointissa tuli myös esiin, että asiakkaan aktivoimista kehonosien sivelyillä ja passiivisella liikuttamisella käytetään vähemmän kuin muita vuorovaikutuksen keinoja. Siirtotilanteen arvioinnissa kiinnitettiin myös huomiota siihen, että näitä menetelmiä olisi voinut käyttää enemmän.

Potilaan liikkuminen

Kyselyn tuloksista voi päätellä, että osa koulutuksen käyneistä käyttää avustaessaan ajoittain avustustapoja, jotka eivät ole suositeltavia. Näitä avustustapoja ovat esimerkiksi avustaminen liikekohdista, kuten kainaloista ja nivelistä (Tamminen-Peter 2007, 39-40).

Hoitajan työasento ja -liikkeet

Useat kyselyyn vastanneet kokevat ajoittain käyttävänsä siirroissa paljon voimaa ja työskentelevänsä kumarissa asunnoissa. Siirtotilanteen arvioinnissa

muutamilla hoitajilla esiintyi hetkittäisiä kumaria työasentoja ja kurkotteluja. Muutamalla hoitajalla käyntiasento ja painonsiirrot olivat hyvin käytössä. Yhdessä siirtotilanteessa voiman käyttöä tuli liikaa, mikä olisi apuvälineen käytöllä korjaantunut.

Ympäristön hyödyntäminen

Siirtotaidon arviointitilanteissa kaikki hoitajat käyttivät sängyn korkeuden säätöä. Sängyn säätöjä osattiin käyttää tilanteen vaatimalla tavalla. Vuodetasolla avustettaessa sängyn korkeus tuli hoitajan mukaan ja istumasta seisomaan noustessa asiakkaan mukaan. Sängyn säätöjen käyttämisen omaksuminen näkyy myös kyselyn vastauksissa. Kyselyssä 87,5 % vastanneista vastasi täysin samaa mieltä kysyttäessä sängyn korkeuden säätämisessä sopivaksi. Lähes kaikissa arvioiduissa siirtotilanteissa käytettiin jotain siirron apuvälinettä.

Kyselyn tuloksista välittyi aktiivisuus apuvälineiden käytössä. Siirron apuvälineitä kyselyn mukaan käyttää aktiivisesti selvä enemmistö vastaajista. Tuloksista tuli myös ilmi, että useat vastanneet käyttävät ajoittain paljon voimaa siirtotilanteessa. Tämän johdosta onkin hyvä pohtia, ovatko apuvälineet asiakkaan sen hetkiseen toimintakykyyn sopivia. Kyselyn perusteella tilan tekeminen siirtymiselle hallitaan keskimäärin hyvin. Havainnoinnissa huomattiin, että tiellä olevia esteitä ei aina poistettu.

Koska kyselyyn vastattiin nimettömänä, tiedossa ei ole, ovatko siirtotilanteen arviointiin osallistuneet hoitajat vastanneet myös kyselyyn. Siitä, millainen siirtotaito hoitajilla on ollut ennen koulutusta, ei myöskään ole tiedossa. Osalla koulutuksen käyneistä hoitajista koulutuksen suorittamisesta on kulunut jo useampi vuosi. Näin ollen tässä opinnäytetyössä ei voitu suoraan arvioida koulutuksen vaikuttavuutta. Tämän opinnäytetyön perusteella potilassiirtojen ergonomiassa ja työtapojen juurruttamisessa on vielä kehitettävää.

7.3 Ergonomisen osaamisen hyödyntämiseen vaikuttavat tekijät

Hoitajat ilmoittivat eniten ergonomista osaamistaan edistäneen asiakkaan havaittu kuntoutuminen ja positiivinen vaikutus omiin tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin ja ennaltaehkäisyyn. Tämä tulos on yhteneväinen Fagerströmin

(2013,131) tutkimukseen, jossa todettiin hoitajien itsensä kokeman hyödyn ja asiakkaan kuntoutumisen edistävän muutoksia.

Avoimien kysymysten vastauksista voi päätellä, että muutamalla vastaajalla on ollut vaikeuksia motivoida asiakkaita osallistumaan kuntouttavan hoitotyön mukaisesti. Sipilän ja Lommin (2014, 833-834) artikkelissa on mainittu, että myös potilailta tulevat toiveet, tarpeet ja asenteet voivat olla esteitä muutokselle, kun tehdään yhteistä päätöstä hoitotavoista.

Apuvälineiden saatavuutta arvioitiin ergonomiseen osaamiseen vaikuttavien edistävien tekijöiden kohdalla. Siinä väitteeseen Siirron apuvälineiden riittävä saatavuus vastasi täysin samaa mieltä 12 vastaajaa, lähes samaa mieltä 10 ja jonkin verran eri mieltä 2 vastaajaa. Täysin eri mieltä vastanneita ei ollut yhtään. Apuvälineiden riittävällä saatavuudella on mahdollisesti merkitystä myös työkäytäntöihin (Fagerström 2013, 131).

Tämä opinnäytetyö ei anna tietoa siitä, miten erilaisia apuvälineitä on hoitajien mukaan eri hoivakodeissa saatavilla. Tiedon saamiseksi olisi joka hoivakodissa tehtävä kartoitus apuvälineistä ja niiden käytöstä. Tähän voisi käyttää apuna muun muassa CareThermometer –menetelmää (ArjoHuntleigh, 2016). Care Thermometer –menetelmässä otetaan huomioon asiakkaan toimintakyky tarvittavia apuvälineitä määriteltäessä (Fagerström 2013, 27). Menetelmän käyttöön olisi fysioterapeuttien lisäksi hyvä aktivoida hoivakotien hoitajat, jotka toimivat ergonomiavastaavina.

Hoitajat arvioivat esimieheltä saamansa tuen vaihtelevasti. Kysyttäessä ergonomisen osaamisen ja hyödyntämisen edistäviä tekijöitä, esimiehen tuki sai vähiten täysin ja lähes samaa mieltä vastauksia suhteessa muihin vastauksiin. Kun kysyttiin estävistä tekijöistä, esimiehen vähäinen tuki sai 3 täysin samaa mieltä olevaa vastausta ja 20 jonkin verran tai täysin eri mieltä vastausta. Esimiesten rooli on tärkeä toimintatapojen muutoksessa ja kehittämisessä, sillä silloin edellytetään hyvää johtamista ja pitkäkestoista toimintaa (Hellstén 2014, 124). Osan vastaajien kokema kiire ja asiakkaan kanssa käytettävissä oleva vähäinen aika kuuluvat myös esimiehen kanssa keskusteltaviin asioihin. Vaikka

esimiehen rooli on tärkeä, myös työntekijöiden aktiivisuutta tarvitaan, jotta muutokset toteutuvat (Hellstén 2014, 124).

Työympäristön tarkoituksenmukaisuudelle esimerkiksi asiakashuoneissa ja wc-tiloissa tuli toiseksi eniten täysin samaa tai lähes samaa mieltä vastauksia kysyttäessä vaikeuttavista tekijöistä. Usein esimerkiksi sairaalan potilashuoneet ovat ahtaita ja tilantarvetta lisää potilaiden huonokuntoisuus sekä apuvälineiden säilyttäminen huoneissa (Tamminen-Peter & Wikström 2014, 31). Tilan tarve esimerkiksi wc-tiloissa riippuu käytetystä avustusmenetelmästä, apuvälineistä ja hoitajan tarpeesta liikkua. Perinteisissä, kahden avustamana suoritettavissa ei-suositeltavissa avustusmenetelmissä tilan tarve on suurempi kuin ergonomisempia työtapoja käytettäessä. (Sipiläinen 2011, 117-119.)

Siirtotaidon arviointiin osallistuneet hoitajat ovat saaneet hyviä oppimiskokemuksia, kun potilassiirtotilanteita on yhdessä arvioitu videotallenteelta siirtotilanteen jälkeen. Hoivapalveluilla voisikin miettiä, miten siirtotilanteiden videointi otettaisiin mukaan arkityöhön asiakkaiden siirtotilanteita arvioidessa ja sopivia avustusmenetelmiä pohdittaessa. Kirjallisuuteen perustuvan tiedon perusteella palautteen saaminen omasta työskentelystä vahvistaa myös uusien työtapojen juurruttamista (Ivers ym. 2012, Fagerström 2013, 127). Vaikka hoitohenkilökuntaa koulutetaan ergonomiosaamisessa, fysioterapeutin tuesta ja osaamisesta on hyötyä muun muassa toimintakyvyn arvioinnissa ja siirtotilanteiden ohjauksessa, apuvälineiden käytössä sekä ohjaamisessa kuntouttavaan hoitotyöhön.

Hoivapalveluilla on Osaamista ja laatua hoitotyöhön –koulutusten loppumisen jälkeen alkanut Potilassiirtojen Ergonomiakortti®-koulutukset omana toimintana. Hoivapalveluilta kouluttajakoulutuksen on suorittanut kaksi fysioterapeuttia ja kaksi lähihoitajaa, jotka toimivat kouluttajina. Opinnäytetyöstä saatuja tietoja tullaan hyödyntämään muun muassa koulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa. Opinnäytetyön tuloksista on keskusteltu hoivapalvelun esimiesten kanssa. Erityisesti esiin tuotiin ergonomiseen osaamisen kehittämiseen ja hyödyntämiseen vaikuttaneita edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyötä tehdessä esiin nousi apuvälineiden saatavuus ja käyttö Kotkan kaupungin hoivapalveluilla. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisikin olla siirron apuvälineiden saatavuus ja käyttö, kun otetaan huomioon asiakkaiden toimintakyky.

Osallistuin kesäkuussa 2015 Sotergon seminaariin Kouvolassa. Seminaariesityksiä kuunnellessa yhtenä tärkeimpänä asiana ergonomian edistämisessä tuli esiin esimiehen rooli. Myös tätä asiaa voisi tutkia potilassiirtoergonomian kehittymisen näkökulmasta.

Kuvat

Kuva 1. Kyselylomakkeen kysymyksen 5 jakautuminen Sopmas -mittarin osa-alueisiin, s. 21

Kuva 2. Kyselyyn vastanneiden koulutuksen ajankohta (n=24), s. 23

Kuva 3. Oman ergonomisen osaamisen arviointia päivittäisissä hoitotilanteissa (n=24), s. 24

Kuva 4. Potilassiirtotilanteisiin liittyvän osaamisen arviointi vuorovaikutuksen osalta (n=24), s. 25

Kuva 5. Potilassiirtotilanteisiin liittyvän osaamisen arviointi potilaan liikkumisen ohjauksen osalta (n=24), s. 26

Kuva 6. Potilassiirtotilanteisiin liittyvän osaamisen arviointi hoitajan oman työasennon ja -liikkeiden osalta (n=24), s. 27

Kuva 7. Potilassiirtotilanteisiin liittyvän osaamisen arviointi ympäristön ja apuvälineiden hyödyntämisen osalta (n=24), s. 28

Kuva 8. Ergonomisen osaamisen hyödyntämistä ja kehittymistä edistävät tekijät omalla työpaikalla (n=24), s. 29

Kuva 9. Ergonomisen osaamisen hyödyntämistä ja kehittymistä vaikeuttavat tekijät omalla työpaikalla (n=24), s. 30

Kuva 10. Siirtotaidon arvioinnin tulokset tutkimushenkilöittäin (n=7), s. 33

Lähteet

ArjoHuntleigh. Care Thermometer.
<http://www.arjohuntleigh.com/services/assessment-services/care-thermometer/>.
Luettu 11.6.2016.

Backåberg, S., Gummesson, C., Brunt, D. & Rask, M. 2015. Is that really my movement?—Students' experiences of a video-supported interactive learning model for movement awareness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* Vol. 10/2015. Luettavissa:
<http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/28474/41519>. Luettu 15.6.2016.

Etelä-Kymenlaakson ammattiopisto 2013. Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutusesite 2013.

Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä: monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hellstén, K. 2014. Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhustenhuollossa - seurantatutkimus ergonomisen kehittämistyön tuloksista Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Kliininen laitos, Työterveyshuolto. Akateeminen väitöskirja.

Hoiva-asumisen fysioterapeutin työnkuva Etelä-Kymenlaakson alueella. Päivitetty 2016.

Häggman-Laitila A. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen - systemoitu katsaus toimintamalleihin. *Tutkiva Hoitotyö* 2009, 7(3), 20-27.

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S.; Young, J.M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J. & Oxman, A. D. 2012. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Luettavissa: http://www.cochrane.org/CD000259/EPOC_audit-and-feedback-effects-on-professional-practice-and-patient-outcomes. Luettu 24.5.2016.

Järvinen, A., Koivisto, T. & Poikela, E. 2002. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. Juva: WSOY.

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampereen yliopistopaino Oy.

Kjellberg K., Lagerström M., Hagberg M. 2004. Patient safety and comfort during transfers in relation to nurses' work technique. *Journal of Advanced Nursing* 47(3), 251–259.

Koppelaar, E., Knibbe, J.J., Miedema, H.S. & Burdorf, A. 2011. Individual and organisational determinants of use of ergonomic devices in healthcare. *Occupational and Environmental Medicine* 2011(68), 659-665.

Koppelaar, E., Knibbe, J.J., Miedema, H.S. & Burdorf, A. 2012. The Influence of Ergonomic Devices on Mechanical Load during Patient Handling Activities in Nursing Homes. *The Annals of Occupational Hygiene*, Vol.56, Issue 6. 708-718.

Korhonen H., Kortteisto T., Kaila M., Rissanen P. & Elovainio M. 2010. Työn piirteet ja hoitosuositusasenteet terveydenhuollon ammattilaisilla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010/47, 3–16. Luettavissa: <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/2722/4120>. Luettu 24.5.2016.

Korhonen, T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretoja, R., Eriksson, E. & Korhonen A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. *Tutkiva Hoitotyö* 2015, 13(1), 44-51.

Kotkan kaupunki 2015a. Vanhuspalvelut. <http://www.kotka.fi/asukkaalle/vanhuspalvelut>. Luettu 26.10.2015.

Kotkan kaupunki 2015b. Ohje tutkimusluvan hakijalle. http://www.kotka.fi/hallinto_ja_talous/lomakkeet. Luettu 29.12.2015.

Kotkan kaupunki 2016. Hoiva-asumisen toimintamalli.

Laine, M. & Kokkinen, L. 2013. Terveys- ja sosiaalipalvelut. Teoksessa: Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Toimituskunta Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M, & Virtanen, S. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy. Luettavissa: <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyohyvinvointi/sivut/default.aspx>. Luettu 4.9.2015.

Lehto A-M., Sutela, H. & Pärnänen, A. 2015. Työn henkinen ja ruumiillinen rasittavuus. STM:n tilaama selvitys Tilastokeskukselta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:33. Helsinki.

Lim, H.J., Black, T.R., Shah, S.M., Sarker, S. & Metcalfe J. 2011. Evaluating repeated patient handling injuries following the implementation of a multi-factor ergonomic intervention program among health care workers. Abstract. *Journal of Safety Research* 2011, 42(3), 185-191.

Rauste von Wright, M., von Wright, J. & T. Soini 2003. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: WSOY.

Saarinko-Weidemann, E. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuus – Hoitajien fyysisen kuormittumisen ja potilassiirtotaitojen arviointi helsinkiläisessä vanhainkodissa ja palvelutalossa. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Fysiologian laitos. Ergonomia. Pro gradu – tutkielma.

- Saarinko-Weidemann, E. 2010. Potilassiirtojen Ergonomiakorttikoulutus hoitajien potilassiirtotaitojen kehittäjänä. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Salakari, H. 2007. Taitojen opetus. Saarijärvi: Eduskills Consulting.
- Salminen, L. & Suhonen, R. 2008. Oppiminen ja oppimismenetelmät ja niiden hyödyntäminen ammatillisen kehittymisen tukena -raportti täydennyskoulutuksesta ja sen mahdollisuuksista. Hämeenlinna.
- Sipilä, R. & Lommi, M-L. 2014. Hoitosuositukset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2014/130(8), 832-839.
- Sipiläinen, P. 2011. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille. Aalto –yliopiston julkaisusarja. Helsinki: Aalto Print. Väitöskirja.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:3. Terveystuon työsuojejun valvontahankkeen loppuraportti. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Swain J, Pufahl E, Williamson G. 2003. Do they practice what we teach? A survey of manual handling practice amongst student nurses. Journal of Clinical Nursing 12, 297–306.
- Tamminen-Peter L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Turun yliopisto. Painosalama Oy. Akateeminen väitöskirja.
- Tamminen-Peter L., Eloranta M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Tamminen-Peter L., Moilanen A. & Fagerström V. 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint.
- Tamminen-Peter L. & Wikström, G. 2014. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos. Otavan Kirjapaino.
- Tamminen-Peter L. & Hantikainen, V. 2004. Sopmas-mittari. Structure of the observed patient movement assistance skills. <http://www.sotergo.fi/linkit>. Luettu 20.11.2015.
- Työministeriön päätös nuorille työntekijöille vaarallisista töistä 1432/1993.
- Työterveyslaitos 2015a. Potilassiirtojen ergonomiakortti. http://www.ttl.fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/ergonomiakortti/sivut/default.aspx. Luettu 25.10.2015.

Työterveyslaitos 2015b. Potilassiirrot.
http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/sivut/default.aspx. Luettu 24.5.2016.

Työterveyslaitos 2015c. Työn organisointi ja johtaminen.
http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/tyon_fyysisia_kuormitustekijoita/tuletyohon/edista/tyonorg_joht/sivut/default.aspx. Luettu 16.6.2016.

Työterveyslaitos 2016. Tapaturmien ehkäisy.
http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tapaturmien_ehkaisy/Sivut/default.aspx. Luettu 17.8.2016.

Työturvallisuuslaki 2002/738.

Vehkalahti K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.

Liite 1

Is_gd/drx5wf Is_gd/uqdaqz Is_gd/BX3UfR			SOPMAS mittari	© Dr. L.Tamminen-Peter & Dr. V. Hantikainen 2004
	VUOROVAIKUTUS	POTILAAN LIIKKUMINEN	HOITAJAN TYÖASEN- TO JA - LIIKKEET	YMPÄRISTÖN HYÖDYN- TÄMINEN
V	Verbaalinen vuorovaikutus potilaan omia resursseja kannustavaa. Hoitaja valmistaa potilasta liikkumaan aktiivomalla lihaksia ja niveliä sivelemällä tai kehonosia liikuttamalla. Hoitaja antaa potilaalle tämän tarvitseman ajan ja tilan liikkeen suorittamiseen. Hoitaja hyödyntää potilaan jäljellä olevaa toimintakykyä ja auttaa vain sen verran kuin potilas tarvitsee. Hoitaja ja potilas toimivat yhteis-	Hoitaja tukee potilaan liikkumista stabiileista kehonosista ja jättää liikekohdat eli nivelet ja vyötärön vapaaksi. Potilaan paino siirtyy luuston kautta useille kehon ulko- puolille tukipinnoille. Kehon paino siirtyy ylemmiltä kehonosilta alemmille ja sivulta sivulle. Potilaan liike on kolmiulotteinen. Potilas osallistuu aktiivisesti liikkeeseen resurssiensa sallimissa rajoissa.	Hoitaja käyttää koko kehoaan, ei ainoastaan käsiään, ja paino säilyy luustolla koko avustuksen ajan. Hoitajan liikkeet ovat dynaamisia ja harmonisia.	Hoitaja hyödyntää käytettävän tilan optimaalisesti: -säätää sängynkorkeuden, -sijoittaa tuolin tarkoituksen mukaisesti, -tekee tilaa itselleen tarvittaessa, -käyttää apuvälineitä luovasti, -huolehtii potilaan tarkoituk senmukaisesta vaateuksesta.
IV	Hoitaja valmistaa potilaan liikkumaan ainoastaan verbaalisesti. Hoitaja antaa potilaalle tämän tarvitseman ajan, mutta tilaa ei huomioida. Hoitaja hyödyntää potilaan jäljellä olevaa toimintakykyä, mutta auttaa enemmän kuin potilas tarvitsisi.	Hoitaja tukee potilaan liikkumista stabiileista kehonosista ja jättää liikekohdat eli nivelet ja vyötärön vapaaksi. Potilas käyttää useita tukipintoja, mutta paino ei siirry aina luuston kautta tukipinnoille. Potilaan liike on kolmiulotteinen.	Hoitaja käyttää koko kehoaan, ei ainoastaan käsiään, ja paino säilyy luustolla koko avustuksen ajan. Liikkeet eivät dynaamisia ja harmonisia.	Hoitaja säätää sängyn ja huomioi tilantarpeen sekä ja potilaan vaateuksen. Hoitaja sijoittaa pyörätuolin oikein. Hoitaja käyttää apuvälineitä oikein, vaikkei luovasti.
III	Hoitaja tekee teknisesti oikean suontuksen, mutta potilaan huomiointi ei onnistu... Hoitaja yrittää huomioida potilaan jäljellä olevaa toimintakykyä, mutta potilas ei ole täysin mukana toiminnassa. Toimitaan hoitajan ehdoilla.	Potilas kannattelee osittain omaa painoaan luustonsa kautta esim. seisoen jaloillaan, mutta tukipisteitä hyödynnetään vain osittain. Hoitaja tukee potilasta osittain liikekohdista ja potilas kannattelee painoaan myös lihaksillaan.	Hoitaja liikkuu potilaan mukana ja tuottaa voimaa jaloilla. Hoitajan paino ei ole luustolla aivan koko siirron ajan. Hoitaja nostaa osittain.	Hoitaja saataa sängyn ja huomioi tilantarpeen sekä ja potilaan vaateuksen. Hoitaja sijoittaa pyörätuolin oikein. Hoitaja käyttää apuvälineitä, muttei täysin oikein.
II	Hoitaja yrittää ottaa huomioon potilaan jäljellä olevaa toimintakykyä, muttei onnistu ja tekee lopulta potilaan puolesta. Toimitaan hoitajan ehdoilla eli manipuloidaan.	Potilaan jalat tai muut kehonosat tukeutuvat alustaan, mutta paino siirtyy vain osittain tukipinnoille, koska hoitaja tukee liikekohdista. Potilaan paino ei ole luuston varassa.	Hoitaja nostaa selkä- ja käsi-lihaksilla ja tekee vain osittaisen painonsiirron. Hoitaja käyttää paljon voimaa.	Hoitaja säätää sängyn korkeutta. Hoitaja tekee tilaa itselleen. H. huomioi potilaan vaateuksen. H. ei käytä apuvälineitä ja/tai toista avustajaa, vaikka tarvittaisiin.
I	Hoitaja ei anna potilaalle aikaa eikä tilaa. Hoitaja ei hyödynnä jäljellä olevia resursseja, kuten liikuntakykyä ja aisteja. Hoitaja tekee kaikki potilaan puolesta. Hoitaja ja potilas eivät tiedä tarkalleen, mitä tilanteessa tapahtuu.	Hoitaja tarttuu liikekohtiin, kuten kainaloihin, niskaan tai vyötäröön. Potilas on täysin passiivinen ja potilaan paino nostetaan ilmaan, eikä hyödynnetä tukipintoja.	Hoitaja nostaa kasi- ja hartialihaksilla, ei painon- siirtoa jaloilla. Hoitajan selkä on kumarassa ja hän käyttää paljon voimaa.	Hoitaja ei tee tilaa, on ahdasta. Hoitaja ei huomioi potilaan vaateusta, ei säädä sänkyä eikä pyörätuoli ole kohdallaan. Hoitaja ei käytä apuvälineitä, vaikka niistä olisi hyötyä.

Kysely Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön –koulutukseen osallistuneille hoitajille

Ekami (Etelä-Kymenlaakson ammattiopisto) on vuosien 2011- 2015 aikana järjestänyt Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön –koulutuksia Kotkan hoivapalvelun ja kotihoidon työntekijöille. Koulutuksen tarkoituksena on ollut hankkia osaamista kuntouttavaan työotteeseen omassa työssä, lisätä ergonomiatietoisuutta sekä vaikuttaa asiakkaiden ja oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen.

Työskentelen Kotkan kaupungin hoivapalveluilla fysioterapeuttina ja opiskelen Saimaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opiskeluuni kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutuksen käyneiden hoivapalvelun hoitajien ergonomista osaamista. Samalla selvitetään mitkä tekijät edistävät tai vaikeuttavat ergonomisen osaamisen hyödyntämistä työyhteisössä. Opinnäytetyön tiedonkeruu rakentuu sekä kyselystä että havainnoinnista. Kysely toteutetaan Webropol -ohjelman avulla. Havainnointiosuudessa siirtotaitoa arvioidaan SOPMAS-mittarin avulla potilassiirtotilanteessa.

Pyydän sinua osallistumaan kyselyyn oheisen linkin kautta. Kyselyyn vastaaminen toisi arvokasta tietoa potilassiirtoergonomian kehittämiseen hoivapalvelun alueella. Jokainen vastaus on tärkeä kyselyn tulosten luotettavuuden kannalta. Kysely lähetetään kaikille koulutuksen suorittaneille hoivapalvelun hoitajille. Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti niin, ettei yksittäistä vastaajaa pystytä tunnistamaan. Vastaamiseen menee aikaa noin 15 minuuttia. Kyselyyn on mahdollista vastata XX.X.2016 asti. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Jos olet kiinnostunut osallistumaan myös siirtotaidon arviointiin ja haluat asiasta lisätietoa, ota minuun yhteyttä. Annan myös mielelläni lisätietoa kaikissa opinnäytetyöhöni liittyvissä kysymyksissä. Kiitos jo etukäteen kyselyyn vastaamisesta.

Terveisin,

Anne Seppälä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

anne.seppala@xxxxx

p. 040 XXXXXXXX

Liite 3

Kysely

Hyvä vastaaja. Olet suorittanut Osaamista ja laatua hoitotyöhön –koulutuksen vuosien 2011- 2015 aikana. Koulutus toteutettiin oppisopimuskoulutuksena yhdessä Eksam ja Kotkan kaupungin kotihoidon ja hoivapalveluiden kanssa. Koulutuksen tarkoituksena on ollut hankkia osaamista kuntouttavaan työtoteeseen omassa työssä, lisätä ergonomiatietoisuutta sekä vaikuttaa asiakkaiden ja oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen.

Vastaa seuraaviin kysymyksiin valitsemalla sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus siihen varattuun kohtaan.

1. Miten hakeuduit Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutukseen? *

- Oma-aloitteisesti
- Esimiehen ehdotuksesta

2. Milloin kävit koulutuksen? *

- syksy 2011- kevät 2012
- syksy 2012- kevät 2013
- syksy 2013- kevät 2014
- syksy 2014- kevät 2015

3. Minkä ikäinen olet? *

4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt hoitoalalla? *

5. Arvioi omaa osaamistasi potilassiirtotilanteessa. Valitse väittämistä itseäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto *

	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Ohjaan asiakasta suullisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kannustan asiakasta käyttämään omia voimavarojaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Aktivoin asiakasta hänen kehonosiaan liikuttamalla tai sivelemällä esim. alaraajojen passiivisilla jumppaliikkeillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Autan vain sen verran kuin on tarpeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avustaessani asiakas osallistuu aktiivisesti omien resurssiensa mukaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ohjaan asiakasta käyttämään useita tukipintoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. En avusta tarttumalla asiakkaan kainaloihin, niveliin tai tai vyötäröön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Käytän avustustilanteessa koko kehoani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Liikun avustustilanteessa asiakkaan liikkeen mukana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Teen itse painonsiirtoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. En käytä paljon voimaa siirron avustamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. En työskentele kumarissa asennoissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Säädän sängyn korkeuden sopivaksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Teen tarvittaessa tilaa siirtymiselle esim. huonekaluja huonekaluja siirtämällä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Käytän usein siirron apuvälineitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Käytän siirron apuvälineitä monipuolisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Pyörätuolisiirtymisissä osaan sijoittaa pyörätuolin tarkoituksenmukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Valitse seuraavista väittämistä osaamisesi parhaiten sopiva vaihtoehto. Minulla on riittävästi ergonomista osaamista seuraavissa tilanteissa: *

	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Asiakkaan toimintakyvyn arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sängystä ylösnousun avustaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kävelemisen avustaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pyörätuoliin siirtymisen avustaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Wc-tilassa tapahtuvat siirtymiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Vuoteessa tapahtuvat siirrot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Suihkutuoliin tai -parille siirtyminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kokoliina- tai seisomanojanostimen käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Siirtotilanteiden ja asiakkaan toimintakyvyn kirjaaminen hoitotietoihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Arvioi miten seuraavat tekijät vaikuttavat ergonomisen osaamisen hyödyntämiseen työpaikallasi. Valitse väittämistä parhaiten sopiva vaihtoehto. Ergonomisen osaamiseni hyödyntämistä omalla työpaikallani on edistänyt:

	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Asiakkaalta saatu palaute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Asiakkaan havaittu kuntoutuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Esimiehen tuki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Fysioterapeutin tuki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Työkavereiden kesken yhdessä sovittujen toimintamallien toteutuminen esim. siirtotilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yhteistyö ergonomiakoulutuksen käyneiden työkavereiden kesken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Siirron apuvälineiden riittävä saatavuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Positiivinen vaikutus omiin tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin ja niiden ennaltaehkäisyyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Työympäristön asianmukaisuus esim. asukashuoneissa on on riittävästi tilaa siirtotilanteisiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Asiakkaan kanssa käytettävää aikaa on riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Muu, mikä? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Ergonomisen osaamiseni kehittymistä ja hyödyntämistä omalla työpaikallani on vaikeuttanut:

	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Esimiehen tuen vähäisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fysioterapeutin tuen vähäisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Työkavereiden kesken ei toteuteta yhdessä sovittuja toimintamalleja esim. siirtotilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Yhteistyötä ergonomiakoulutuksen käyneiden työkavereiden kesken vähän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Siirron apuvälineitä ei ole riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Työympäristön asianmukaisuudessa puutteita esim. asukashuoneissa tai wc-tilassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kiire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Lisäkoulutuksen tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Muu, mikä? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saatekirje

Ekami (Etelä-Kymenlaakson ammattiopisto) on vuosien 2011- 2015 aikana järjestänyt Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön –koulutuksia muun muassa Kotkan kaupungin hoivapalvelun hoitajille. Koulutuksen tarkoituksena on ollut hankkia osaamista kuntouttavaan työotteeseen omassa työssä, lisätä ergonomiatietoisuutta sekä vaikuttaa asiakkaiden ja oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen.

Työskentelen Kotkan kaupungin hoivapalveluilla fysioterapeuttina ja opiskelen Saimaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opiskeluuni kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Ammatillista osaamista ja laatua hoitotyöhön -koulutuksen käyneiden hoivapalvelun hoitajien ergonomista osaamista. Samalla selvitetään mitkä tekijät edistävät tai vaikeuttavat ergonomisen osaamisen hyödyntämistä työyhteisössä. Opinnäytetyön tiedonkeruu rakentuu sekä kyselystä että havainnoinnista. Kysely toteutetaan Webropol -ohjelman avulla. Havainnointiosuudessa siirtotaitoa arvioidaan SOPMAS-mittarin avulla potilassiirtotilanteessa.

Pyydän sinua osallistumaan potilassiirtotaidon arviointiin. Potilassiirtotilanteen arviointiin osallistuminen toisi arvokasta tietoa potilassiirtoergonomian kehittämiseen hoivapalvelun alueella.

Potilassiirtotilanne arvioidaan asiakkaiden normaalissa asuinympäristössä. SOPMAS -mittarilla arvioidaan hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, potilaan liikkumisen ohjausta, hoitajan omaa työasentoa ja liikkeitä sekä apuvälineiden ja työympäristön ergonomista hyödyntämistä. Arvioinnin tukena käytetään siirtotilanteen videointia. Videota ei käytetä muihin tarkoituksiin ja videotallenne hävitetään arvioinnin tekemisen jälkeen. Arvioinnin luotettavuuden varmistamiseksi arvioinnin tekee kanssani toinen hoivapalvelun fysioterapeutti. Arviointi käsitellään luottamuksellisesti niin, ettei yksittäistä ihmistä pystytä arvioinnin tuloksista tunnistamaan. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Annan mielelläni lisätietoa kaikissa opinnäytetyöhöni liittyvissä kysymyksissä.

Terveisin,

Anne Seppälä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Terveysten edistämisen koulutusohjelma

anne.seppala@xxxxx

p. 040 XXXXXXX



Sosiaali- ja terveysala

Suostumus

Hoitajien ergonomisen osaamisen arviointia ammatillisen lisäkoulutuksen jälkeen. Anne Seppälä

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen.

Aika ja paikka

Opiskelija



Sosiaali- ja terveysala

Suostumus

Hoitajien ergonomisen osaamisen arviointia ammatillisen lisäkoulutuksen jälkeen. Anne Seppälä

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa ilman että se vaikuttaa saamaani hoitoon tai kuntoutukseen. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen.

Aika ja paikka

Asiakas

Opiskelija