



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HOIVAKODIN ASUKKAIDEN POTILASSIIRROT

Ergonomiakoulutus hoitohenkilökunnalle

TE - Tiina-Liisa Dromberg
KIJÄ/T: Jasmin Rautiainen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Tiina-Liisa Dromberg ja Jasmin Rautiainen	
Työn nimi Hoivakodin asukkaiden potilassiirrot–Ergonomiakoulutus hoitohenkilökunnalle	
Päiväys 24.11.2017	Sivumäärä/Liitteet 47/3
Ohjaaja(t) Tuija Sairanen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Mainiokoti Pirtti	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Potilassiirrot ovat yksi merkittävimmistä tekijöistä hoitajien tuki- ja liikuntaelinongelmien synnyssä. Erytisesti hoitotyö ikäihmisten hoivakodeissa lisää hoitajien fyysistä kuormittumista, sillä useasti asukkaiden fyysinen toimintakyky on oleellisesti heikentynyt. Tutkimusten mukaan noin kolmannes hoitajien sairauspoissaoloista selittyy tuki- ja liikuntaelinongelmilla. Suomen ikääntyvä väestörakenne aiheuttaa tulevaisuudessa haasteita hoitotyöhön, kun potilaat ovat yhä vaikeammin hoidettavia.</p> <p>Opinnäytetyö oli kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli järjestää potilassiirtojen ergonomiakoulutus hoivakodin hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että potilassiirrot ovat turvallisia ja aktivoivia hoivakodin asukkaiden näkökulmasta sekä potilassiirrot ovat turvallisia hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelimistön kannalta. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Mainiokoti Pirtti.</p> <p>Ergonomiakoulutus suunniteltiin ryhmähaastattelun pohjalta, jotta koulutus vastaisi hoitajien kokemaa tarvetta. Koulutus sisälsi teoreettisen osuuden, jossa käsiteltiin luonnollisia liikemalleja, hoitajan työasentoja, muistisairaahan asukkaan ohjaamista, jäykän asukkaan avustamista sekä siirtymisen apuvälineitä. Teorian lisäksi hoitajat harjoittelivat ohjattuna potilassiirtoja toisilleen vuoteen ja pyörätuolin välillä. Koulutuksen jälkeen hoitajat saivat halutessaan ergonomiohjausta hoivakodin asukkaiden potilassiirroissa.</p>	
Avainsanat Potilassiirrot, ergonomia, hoitotyö	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Physiotherapy			
Author(s) Tiina-Liisa Dromberg and Jasmin Rautiainen			
Title of Thesis Patient handling tasks in nursing home–Ergonomic training for nursing staff			
Date	24.11.2017	Pages/Appendices	47/3
Supervisor(s) Tuija Sairanen			
Client Organisation /Partners Mainiokoti Pirtti			
<p>Abstract</p> <p>Patient handling tasks are a significant reason for nurses' musculoskeletal issues. Especially nursing and caring work at elderly caring homes increases the nurses' physical load because the patients' physical performance is usually impaired. According to studies about one third of the nurses' sick leaves is caused by musculoskeletal issues. Finland's aging population will cause challenges to nursing and caring work in the future because patients are even more difficult to take care of.</p> <p>This thesis was a development work with the purpose of organizing ergonomic training about patient handling tasks for the nursing staff. The aim of our thesis was that the patient handling tasks are safe and active for the residents of caring home and safe for nurses' musculoskeletal system. The client organisation of our thesis was Mainiokoti Pirtti.</p> <p>The ergonomic training was premeditated by a group interview so that the training corresponds to nurses' needs. The training included a theoretical part about natural movement patterns, the nurse's working positions when guiding a memory disorder patient, assisting of a patient with stiffness and patient handling aids. After the theoretical part nurses trained the patient handling tasks between bed and wheelchair supervised with each other. After ergonomic training the nurses had a chance to get ergonomic guidance for patient handling tasks of caring home residents.</p>			
Keywords Patient handling tasks, ergonomics, nursing and caring work			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	ERGONOMIA POTILASSIIRROISSA.....	7
2.1	Potilassiirtojen apuvälineet.....	7
2.1.1	Pienapuvälineet	8
2.1.2	Nostimet.....	12
2.2	Potilaan aktivointi.....	13
2.2.1	Muistisairaahan potilaan ohjaaminen	14
2.2.2	Jäykän potilaan avustaminen.....	15
2.3	Hoitajan fyysinen kunto, kehonhallinta ja työasennot	15
2.4	Potilassiirtoja koskeva lainsäädäntö	17
3	POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKOULUTUS MAINIOKOTI PIRTISSÄ.....	20
3.1	Suunnitteluprosessi	20
3.2	Toteutus	21
3.2.1	Ryhmähaastattelu.....	22
3.2.2	Koulutuspäivät	23
3.2.3	Ergonomiaohjaus potilassiirtotilanteissa	23
3.3	Arviointi	24
4	POHDINTA	26
4.1	Opinnäytetyöprosessin arviointi	26
4.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	27
4.3	Ammatillinen kasvu	29
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	32
	LIITE 1: RYHMÄHAASTATTELU	37
	LIITE 2: KOULUTUSMATERIAALI	38
	LIITE 3: PALAUTEKYSELY.....	48

1 JOHDANTO

Hoitotyö on fyysisesti kuormittavaa ikäihmisten hoivakodeissa, joissa useiden asukkaiden fyysinen toimintakyky on heikentynyt (Tamminen-Peter 2005, 12). Käsien tehtävät nostot ja siirrot ovat hoitajalle fyysisesti raskaimpia työtehtäviä. Suomessa on vielä nykyään yleisesti käytössä haitalliseksi määriteltyjä nostotapoja, jotka kuormittavat hoitajaa ja passivoivat potilasta. (Työterveyslaitos s. a.) Näistä nostotavoista aiheutuvat hankalat työasennot ovat merkittävimpiä syitä hoitajan fyysiseen ylikuormittumiseen (Tamminen-Peter 2005, 48). Yleisesti potilassiirroissa käytetyn laahaavan noston, jossa hoitajat tarttuvat potilasta kainaloitten alta, on mitattu aiheuttavan 5–7 kN puristusvoiman välilevyyn suositusarvon ollessa 3,4 kN (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 59).

Tilastokeskuksen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus Suomen väestöstä nousee arviolta 26 prosenttiin vuonna 2030 nykyisestä (2015) 19,9 prosentista. Tämä väestörakenteen muutos yhdessä avoterveydenhuollon kehittämisen kanssa aiheuttaa sen, että hoivakotien asukkaat ovat yhä vaikeammin hoidettavia, mikä asettaa hoitohenkilökunnalle uusia vaatimuksia (Tamminen-Peter 2005, 12). Carlsonin, Gargin ja Owenin tutkimuksessa (1992) vertailtiin 16 hoitajan työtehtävää, jotka sisälsivät potilaan avustamista. Tutkimuksen mukaan siirrot vuoteen ja pyörätuolin sekä pyörätuolin ja wc-istuimen välillä aiheuttavat eniten kuormittumista hoitajan alaselälle. Tutkimuksen aikana suoritetuista potilassiirroista 98 prosenttia tehtiin manuaalisilla siirtotekniikoilla. (Carlson, Garg ja Owen 1992.)

Tämä opinnäytetyö on laadultaan kehittämistyö. Opinnäytetyön tilaaja on Mainiokoti Pirtti, joka on ympärivuorokautista hoivaa tarjoava hoivakoti (Mehiläinen Hoivapalvelut Oy 2017). Merkittävä osa hoivakodin asukkaista sairastaa muistisairautta. Opinnäytetyön tarkoitus on järjestää potilassiirtojen ergonomiakoulutus hoitohenkilökunnalle Mainiokoti Pirtissä. Opinnäytetyön tavoite on, että potilassiirrot ovat turvallisia ja aktiivisia asukkaan näkökulmasta, sekä potilassiirrot ovat turvallisia hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelimestön kannalta. Tässä opinnäytetyössä käytetään hoitohenkilökunta-käsitettä, jolla viitataan lähi- ja sairaanhoitajiin.

Ergonomiakoulutus toteutetaan hoivakodilla koulutuspäivänä, joka sisältää teoria-osuuden sekä potilassiirtojen ohjatut harjoitukset hoitajien kesken. Lisäksi koulutuksen jälkeisinä päivinä tarjotaan ergonomiaohejausta hoivakodin asukkaiden potilassiirroissa. Koulutuksessa ja tässä opinnäytetyössä käsitellään potilassiirtoja, jotka tapahtuvat vuoteen ja pyörätuolin sekä pyörätuolin ja wc-istuimen välillä. Potilassiirroissa käytetään pienapuvälineistä liukulaataa, OneWaySlide-liukupatjaa, kääntölevyä, siirtovyötä sekä slingaa eli muovista siirtolevyä. Potilasnostimista käytetään seisomanojanostinta, sillä se tukee tavoitetta aktiivisista

potilassiirroista. Potilassiirtojen turvallisuuteen ja ergonomiaan vaikuttaa oleellisesti ympäristö, jossa potilassiirtoja toteutetaan (Eloranta ym. 2007, 21). Tässä opinnäytetyössä ympäristöä ei tuoda esille omana kappaleena, vaan sitä käsitellään eri yhteyksissä osana Ergonomia potilassiirroissa -lukua.

Valitsimme aiheen opinnäytetyölle oman ammatillisen mielenkiinnon mukaan, joka painottuu työfysioterapiaan ja ergonomiaan. Työelämän ja fysioterapian harjoittelujaksojen kautta olemme havainneet puutteita potilassiirtojen ergonomiassa esimerkiksi sairaaloissa, hoivakodeissa ja kotihoidossa. Henkilökohtaisia oppimistavoitteitamme opinnäytetyöprosessissa ovat ergonomiosaamisen sekä ohjaustaitojen kehittäminen. Lisäksi saamme opinnäytetyön tekemisen myötä kokemusta koulutustapahtuman järjestämisestä.

2 ERGONOMIA POTILASSIIRROISSA

Ergonomia on tietoa ihmisen rakenteista ja toimintamekanismeista sekä kyvyistä ja tarpeista, jotka on otettava huomioon, kun suunnitellaan toimintaympäristöä. Ergonomiaa hyödyntäen suunnitellaan työ, työvälineet ja työympäristö vastaamaan ihmisen ominaisuuksia. Terveyttä ja hyvinvointia, sekä turvallisuutta ja järjestelmän toimintaa pyritään parantamaan ergonomian avulla. Sopimattomista tekniikoista tai toiminnoista voi ihmiselle seurata terveyshaittoja, tapaturmia ja onnettomuuksia sekä tehottomuutta. Ergonomian tavoitteena on tekniikan ja ihmisen yhteistoiminnan tehokkuus ja laatu sekä ihmisen turvallisuus, terveys, hyvinvointi ja kehittyminen. (Launis ja Lehtelä 2011, 17–20.)

Ergonomian osa-alueita ovat fyysinen, kognitiivinen ja organisatorinen ergonomia. Fyysiseen ergonomiaan kuuluu esimerkiksi työympäristön, työvälineiden ja työmenetelmien suunnittelu, kognitiivinen ergonomia puolestaan koostuu järjestelmien ja tiedon etsimistapojen suunnittelu. Organisatoriseen ergonomiaan kuuluu muun muassa henkilöstön ja työprosessien suunnittelu sekä tuotannon, laadun ja yhteistyön kehittäminen. (Launis ja Lehtelä 2011, 20.) Opinnäytetyössä käsitellään fyysistä ergonomiaa.

Potilaan liikkumisen avustaminen on fyysisesti rasittavaa hoitotyöntekijöille. Hoitajien fyysistä kuormitusta pyritään vähentämään erilaisilla apuvälineillä sekä aktivoimalla potilasta niin paljon kuin mahdollista. (Lehtelä 2011, 189.) Apuvälineiden käyttäminen helpottaa myös potilaan liikkumista (Fagerström, Moilanen ja Tamminen-Peter 2011, 33).

Potilassiirroissa peruseriaatteena on välttää käsivoimin tehtäviä nostoja ja pitkäaikaista työskentelyä huonoissa asennoissa. Ergonomisesti hyvässä siirrossa hoitaja tunnistaa potilaan voimavarat ja osaa hyödyntää niitä niin, että potilas pääsee siirtymään mahdollisimman pienellä avustuksella turvallisesti ja miellyttävästi. Myös hoitajan oma asento on ergonomisesti hyvä ja tasapainoinen. (Fagerström ym. 2011, 16.)

2.1 Potilassiirtojen apuvälineet

Potilassiirtojen apuvälineiden tarkoitus on helpottaa potilaan liikkumista tai siirtämistä sekä samalla vähentää hoitajaan kohdistuvaa fyysistä kuormittumista (Fagerström ym. 2011, 33). Potilaan fyysinen toimintakyky määrittää apuväline tarpeen potilassiirrossa (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 38). Siirtymisen apuvälineet antavat tukea, kannattavat potilaan painoa, vähentävät kitkaa, estävät liukumista tai helpottavat potilaaseen tarttumista (Työterveyslaitos s. a.). Potilassiirtojen apuvälineitä voidaan käyttää joko avustettuun tai itsenäiseen siirtymiseen (Koistinen, Leivo, Mustonen ja Töytäri 2010, 133). Wardellin

tutkimuksen (2007) mukaan 64 % tutkimukseen osallistuneista hoitajista ei käyttänyt apuvälinettä, koska ei kokenut sitä soveltuvaksi potilassiirtoon. Hoitajista 26 % ei käyttänyt apuvälinettä, koska sitä ei ollut saatavilla ja 29 % vastanneista koki apuvälineen käytön vievän liikaa aikaa. (Wardell 2007.)

Potilashuoneessa tulisi olla riittävästi tilaa, jotta siirtoapuvälineitä voi käyttää tarkoituksenmukaisesti. Huoneen kalustamisessa pitää huomioida paljon tilaa vievien siirtoapuvälineiden, kuten lattianostimen käyttö, jotta huonekalut eivät ole potilassiirtojen tiellä. Vuode tulisi sijoittaa huoneessa niin, että vuoteen molemmilla puolilla on tarvittaessa tilaa avustaa potilasta. Potilasvuoteen ominaisuudet ovat tärkeitä hoitajan ergonomian kannalta. Tärkein ominaisuus on vuoteen korkeuden säätäminen. Sängyn alle jäävän vapaan korkeuden tulisi olla vähintään 150 mm, jotta siirtoapuvälineiden pyörät mahtuvat sen alle. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 31.) Siirtoapuvälineiden käyttöä edistää niiden sijoittaminen siten, että ne ovat helposti ja nopeasti saatavissa (Fagerström ym. 2011, 34). Tässä opinnäytetyössä esitellään ne siirtymisen apuvälineet, jotka sisältyivät hoitohenkilökunnalle järjestettyyn ergonomiakoulutukseen.

2.1.1 Pienapuvälineet

Liukulauta (kuva 1) on vanerista tai muovista valmistettu siirtymisen apuväline, jota on saatavana monessa eri pituudessa ja mallissa (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 40). Liukulauta mahdollistaa potilaan siirtymisen joko itsenäisesti tai hoitajan avustamana tasolta toiselle, esimerkiksi siirtymisen vuoteen ja pyörätuolin välillä (Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi, Vuorinen ja Westergård 2013, 212).



KUVA 1. Liukulauta. (Respecta Oy s. a.)

OneWaySlide-liukualusta (kuva 2) perustuu yhden suunnan liukuun. Liukualustan sisäpinta on yhteen suuntaan liukuvaa nailonia ja ulkopinta liukumista estävää materiaalia. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 41.) Liukualustaa käytetään potilaan istuma-asennon korjaamiseen esimerkiksi pyörätuolissa yhden tai kahden hoitajan avustamana (RoMedic s. a.). Liukualusta jää potilaan alle pyörätuoliin, jossa se estää valumisen huonoon istuma-asentoon (RoMedic s. a.; Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 41).



KUVA 2. OneWaySlide-liukualusta. (Respecta Oy s. a.)

Lattialle asetettavaa kääntölevyä (kuva 3) käytetään potilaalla, joka pystyy varaamaan jaloilleen, mutta jalkojen siirtäminen on vaikeaa. Kääntölevyä voidaan hyödyntää esimerkiksi siirroissa pyörätuolin ja vuoteen tai wc-istuimen välillä. Kääntölevyssä on vastakkain kaksi kumipäällysteistä levyä, joista päällimmäinen pyörii ympäri kuulalaakerien avulla poistaen kitkan jalkojen alta. Potilaan seistessä kääntölevyllä hoitajan on helppo avustaa potilaan kääntymistä haluttuun suuntaan. (Henttonen ym. 2013, 212; Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 41.)



KUVA 3. Kääntölevy. (Respecta Oy s. a.)

Siirtovyö (kuva 4) parantaa hoitajan otetta potilaasta siirron aikana. Siirtovyössä voi olla sekä pitkittäisiä että pystysuuntaisia tarttumiskahvoja. Potilaalle vyö puetaan lantion korkeudelle, jolloin se ei paina potilaan vatsaa ja palleaa. Vyön voi pukea myös hoitajalle, jolloin potilas saa helposti otteen pystysuuntaisista kahvoista. Lisäksi siirtovyöistä on olemassa malleja, joissa on haarakielat tai tukihihna takapuolen alla, mitkä estävät siirtovyön liukumisen ylöspäin. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 46–47.)



KUVA 4. Siirtovyö. (Respecta Oy s. a.)

Slinga (kuva 5) on muovinen, taipuisa siirtolevy, joka antaa laajemman tukipinnan kuin pelkkä kämmenote potilaan vartalosta (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 47; Eloranta ym. 2007, 45). Slingassa on pystysuuntaiset kädensijat molemmin puolin ja se asetetaan potilaan alaselän korkeudelle. Slingaa käytetään silloin, kun hoitajan kämmenote ei ole riittävä tukemaan ja ohjaamaan potilaan istumasta seisomaan nousua. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 47.)



KUVA 5. Slinga. (Rautiainen 2017)

2.1.2 Nostimet

Potilasnostimen käyttäminen potilassiirrossa on perusteltua silloin, kun siirto on ergonomisesti tai turvallisuuden kannalta riski joko potilaalle tai hoitajalle (Koistinen ym. 2010, 133). Potilasnostimet luokitellaan ominaisuuksiensa perusteella seisomanojanostimiin, lattialla liikuteltaviin liinanostimiin sekä katonostimiin. Seisomanojanostinta käytetään silloin, kun potilas pystyy alaraajat tuettuna seisomaan ja hallitsemaan keski- ja ylävartalonsa, mutta alaraajojen lihasvoima ei riitä omatoimiseen seisomaan nousuun. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 48; Eloranta ym. 2007, 47.) Lattia- ja katonostimia käytetään passiivisilla vuodepotilailla sekä potilailla, jotka eivät pysty varaamaan alaraajoihin tai joilla keski- ja ylävartalon kehonhallinta on puutteellinen (Työterveyslaitos s. a.).

Erilaiset nostolaitteet potilassiirroissa vähentävät hoitajan selkään kohdistuvaa painetta kaksi kolmasosaa verraten ilman nostolaitteita tehtäviin siirtoihin (Burdorf, Knibbe, Koppelaar ja Miedema 2012). Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat seisomanojanostimen käytön miellyttävämmäksi ja turvallisemmaksi verrattuna manuaalisesti tehtäviin potilassiirtoihin. Myös hoitohenkilökunta käytti mielummin seisomanojanostinta manuaalisten siirtojen sijaan. (Collins, Hobbs, Hsiao, Stobbe ja Zhuang 2000.) Seisomanojanostimen käyttö vähentää yksittäisessä potilassiirrossa jopa kaksi kolmasosaa hoitajan alaselän kuormittumista (Collins, Hobbs, Hsiao, Stobbe ja Zhuang 1999).

Seisomanojanostin (kuva 6) on akkukäyttöinen laite, joka koostuu pyörällisestä alustasta, nostovarresta sekä jalkatuesta. Siirtotilanteessa potilaan jalat asetetaan jalkalevyille ja sääret tuetaan muotoiltua säärätukea vasten. Säärätuki säädetään korkeudeltaan ja syvyydeltään potilaan mittasuhteiden mukaisesti. Potilaan vartalon ympärille asetetaan nostoliina, joka kiinnitetään hihnoistaan nostimen nostovarressa oleviin koukkuihin. Seisomanojanostin helpottaa potilassiirtoja vuoteesta tai pyörätuolista wc-istuimelle, sillä levitettävät jalakset mahdollistavat pääsyn wc-istuimen välittömään läheisyyteen. Potilaan tuettu seisoma-asento siirron aikana tekee potilaan riisumisesta ja pukemisesta hoitajalle helpompaa. (Koistinen ym. 2010, 135-136.)



KUVA 6. Seisomanojanostin. (Respecta Oy s. a.)

2.2 Potilaan aktivointi

Potilaan aktivoiminen potilassiirroissa on keskeinen osa toimintakykyä edistävää hoitotyötä. Potilaan passivoitumisen ehkäisemiseksi tulee arvioida potilaan toimintakyky, jotta saadaan selville, mitä hän pystyy tekemään itse. Potilaan aktiivinen osallistuminen potilassiirroissa lisää potilaan hyvinvointia ja ylläpitää fyysistä toimintakykyä, mikä samalla vähentää hoitajan kuormittumista. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 68–70.)

Potilaan voi olla vaikea lähteä liikkeelle, mikäli kehon hahmottaminen on heikentynyt esimerkiksi sairauden, vamman tai liikkumattomuuden seurauksena. Omaan kehoon orientoitumisen merkitys kasvaa, mitä huonokuntoisempaa potilasta avustetaan. Hoitaja voi käyttää potilaan omaan kehoon orientoitumisen tukena avustettua liikettä ja kosketusta, mikäli sanallinen ohjaus ei tuota tulosta. Potilaan avustaminen tapahtuu laajoilla kämmenotteilla sellaisista kehonosista, joissa ei tapahdu liikettä, kuten hartioista tai lantiosta. Oikeasta kohdasta avustaminen helpottaa potilaan liikettä ja aktivoi koko liikeketjun. Potilassiirroissa tulee huomioida rauhallinen liikenopeus, jotta potilas ehtii ymmärtämään, mitä tulisi tehdä ja pystyy säätämään siirtymisen ajoitusta omien voimiensa mukaan. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 69–71.)

Luonnolliset liikemallit ovat ihmisen liikemuistissa olevia, kehityksen myötä opittuja liikekaavoja, jotka ovat ihmiselle synnynnäistä. Nämä liikemallit toteutuvat ihmisen perusliikkuksessa, joita ovat esimerkiksi kävely ja seisomaan nousu. Liikemuistin liikemallit palautuvat

vaistomaisesti ohjaamalla potilas oikeaan lähtöasentoon ja aktivoimalla potilasta oikeilla otteilla. Potilasta avustavan hoitajan olisi hyvä tietää, miten potilas on tottunut liikkumaan, jotta hän osaa ohjata potilasta yksilöllisesti. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 73, 77.) Hoitaja voi selvittää potilaan luontaista siirtymistapaa kysymällä, miten potilas itse siirtyisi, jos pystyisi (Eloranta ym. 2007, 36). Luonnollisissa liikemalleissa on yksilöllisiä eroja, joten yhden liikemallin mukaan ohjaaminen ei toimi jokaisen potilaan kohdalla. Erityisesti muistisairaahan potilaan liikkumisen avustamisessa tulisi huomioida hänen tapansa liikkua, sillä uusien liikemallien oppiminen on haasteellista. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 77.)

2.2.1 Muistisairaahan potilaan ohjaaminen

Muistisairaudeksi luokitellaan sairaus, joka vaikuttaa heikentävästi muistiin ja muihin tiedonkäsittelyn osa-alueisiin, joita ovat esimerkiksi kielelliset toiminnot, visuaalinen hahmottaminen ja toiminnanohjaus. Muistisairaalla muistioireet voivat ilmetä asioiden mieleenpääntämisen, muistissa säilyttämisen tai mieleen palauttamisen hankaluutena. (Erkinjuntti, Remes, Rinne ja Soinen 2015, 20.) Muistisairaahan potilaan ohjaamisessa on tärkeää toimia kunnioittavalla tavalla ja tukea mahdollisimman paljon muistisairaahan omatoimisuutta turvallisuus huomioiden. Hoitajan vastuulla ovat muistisairaahan tasavertainen kohtelu sekä turvallisen ilmapiirin ja hyvän yhteistyösuhteen luominen. Muistisairaahan potilaan ja hoitajan yhteisen toiminnan tavoitteet voivat poiketa toisistaan. Tällöin hoitaja pyrkii hahmottamaan muistisairaahan kokemuksia ja toiveita toiminnan suhteen, jolloin tavoitteen saavuttaminen helpottuu. (Mönkäre 2014, 90–91.)

Muistisairas potilas saattaa kadottaa esineiden, paikkojen ja ihmisten yhteydet toimintaan, tilanteisiin ja tapahtumiin, mikä voi aiheuttaa hänessä hämmennystä ja pelkoa. Muistisairaahan etenemisen myötä uusien asioiden oppiminen heikentyy, minkä vuoksi myös uudet ja erilaiset ihmiset, tilanteet ja asiat saattavat aiheuttaa pelkoa. Tutut asiat tuovat muistisairaalle turvallisuuden tunteen, mistä johtuen rutiinit ovat tärkeä osa muistisairaahan ohjaamista. Tavallisesti toistuvat, tutut asiat sujuvat ohjattuna paremmin kuin uudet asiat. (Mönkäre 2014, 91.)

Potilassiirtotilanteen alussa hoitaja ottaa potilaaseen katsekontaktin ja kertoo selkeästi, mitä aiotaan tehdä, sekä mitä potilaan tulisi itse tehdä (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 70). Tarvittaessa ohjeet toistetaan, jos potilaalla on vaikeuksia puheen ymmärtämisessä (Mönkäre 2014, 95). Väärinymmärrykset vuorovaikutuksessa lisäävät tapaturmariskiä sekä hoitajalle että potilaalle (Elnitsky, Lind, Powell-Cope ja Rugs 2014). Siirtyminen toteutetaan vaihe vaiheelta. Potilaalle annetaan riittävästi aikaa aktivoida lihakset sekä tarjotaan tuki, johon potilas voi itse tarttua. Hoitaja varmistaa, että potilas näkee, mihin hänen on

tarkoitus siirtyä. Potilaan siirtymistä voidaan avustaa aktivoimalla potilaan liikemuistia hyödyntämällä liikestimulaatiota sekä avustamalla potilas oikeaan alkuasentoon. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 70.)

Potilassiirroissa hoitajan tulisi puhua selkeästi välttäen kieltomuotoja (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 70). Muistisairaahan ohjaamisessa osaamisen tai muistamisen vaatimisesta ei ole hyötyä, sen sijaan ohjaamiseen voi saada apua erilaisista muistin tuista ja apuvälineistä (Mönkäre 2014, 91). Muistisairasta puhutellaan nimellä, jolloin hänen huomionsa kiinnittyy paremmin tilanteeseen sekä samalla hänen identiteettiään vahvistetaan. Hoitaja voi tukea muistisairaahan potilaan ymmärtämistä käyttämällä samoja sanoja kuin muistisairas potilas. Ympäristön rauhoittaminen esimerkiksi sulkemalla televisio ja radio helpottavat keskittymistä siirtymiseen. Potilassiirtotilanteessa tulisi kiinnittää huomiota myös ympäristön riittävään valaistukseen hahmottamisen tueksi. (Mönkäre 2014, 95.)

2.2.2 Jäykän potilaan avustaminen

Potilaan jäykkyys voi olla seurausta liikkumattomuudesta tai erilaisista sairauksista, joihin liittyy voimakasta lihastonuksen kohoamista. Jos potilaan selkälihasten tonus on kohonnut pitkäaikaisen selinmakuuasennon vuoksi, saattaa potilaan avustaminen istuma-asentoon olla vaikeaa. Tällöin hoitaja voi sivellä potilaan hartiaseutua ja käsivarsia lihastonuksen laskeutukseksi, minkä jälkeen potilas ohjataan kylkimakuuasennon kautta istuma-asentoon. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 122.)

Istuma-asennossa potilaan lihastonus saattaa kohota uudelleen, mikäli hän kokee olonsa turvattomaksi. Tällöin lihastonuksen kohoaminen näkyy voimakkaana vartalon ojentautumisena taaksepäin. Hoitaja voi helpottaa potilaan pelkoa rauhallisilla sivelyillä, syvillä hengitysharjoituksilla tai antamalla tuen, josta potilas saa itse otteen. Hoitajan tulisi tukea potilasta mahdollisimman itsenäiseen siirtymiseen, sillä nostamiseen liittyy usein riski potilaan pelkoreaktion ja vartalon ojentautumisen aktivoitumisesta. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 122–123.)

2.3 Hoitajan fyysinen kunto, kehonhallinta ja työasennot

Tuki- ja liikuntaelimestö koostuu luista, lihaksista ja jänteistä sekä nivelistä ja nivelsiteistä. Niiden keskeisiä tehtäviä ovat tukirangan ja muodon antaminen keholle, sisäelinten suojaaminen, liikkeiden toteuttaminen ja asennon säilyttäminen. Jo varsin pienet ja paikalliset ongelmat tuki- ja liikuntaelimissä voivat vähentää mahdollisuuksia töiden suorittamiseen.

(Suni ja Vuori 2010, 40.) Yleisimpiä tuki- ja liikuntaelinongelmille altistavia tekijöitä ovat vähäinen liikunta sekä fyysiset kuormitustekijät työssä (Bäckmand ja Vuori 2010, 9).

Hoitotyössä tuki- ja liikuntaelinongelmia aiheuttavat ja lisäävät erityisesti potilassiirrot. Kunta10 -tutkimuksen mukaan vuonna 2008 terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa työskentelevistä hoitajista 59 % koki paljon tai erittäin paljon vaivoja niska-hartiaseudussa ja 48 % alaselässä. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 11–13.) Vuosina 1997 ja 2008 tehtyjen kyselytutkimusten mukaan perus- ja lähihoitajilla oli sairauspoissaoloja keskimäärin 28 päivää vuodessa ja sairaanhoitajilla 20 päivää. Näistä sairauspoissaoloista 37 % selittyy tuki- ja liikuntaelinongelmilla. (Fagerström ym. 2011, 7.)

Hoitotyö edellyttää hyvää fyysistä kuntoa ja kykyä hallita kehon liikkeitä, sillä hoitaja käyttää omaa kehoaan työvälteenä. Hoitotyö luokitellaan fyysisesti keskiraskaaksi työksi, mutta se ei yksin riitä ylläpitämään tuki- ja liikuntaelimistön kuntoa. Eniten fyysistä kuormitusta aiheuttaa hoitotyö, jossa potilaat tarvitsevat paljon avustusta. Hyvä fyysinen kunto vähentää hoitajan työssä kuormittumista. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 53–54.)

Fyysinen kunto eli fyysinen suorituskyky on kykyä suoriutua fyysistä kuormitusta sisältävistä tehtävistä ja toiminnoista (Suni ja Husu 2012, 16). Fyysisen toimintakyvyn tulisi ylittää työn asettamat vaatimukset, jotta palautuminen on mahdollista ja työskentely turvallista (Ilmarinen 2006, 49). Fyysiseen kuntoon liittyy käsite terveyskunto, johon sisältyvät hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto, liikehallintakyky, tuki- ja liikuntaelimistön kunto, kehon rakenne ja koostumus sekä aineenvaihdunta. Näihin kehon rakenteisiin ja toimintoihin fyysinen aktiivisuus vaikuttaa terveyttä edistävasti ja inaktiivisuus terveyttä heikentävästi. (Suni ja Husu 2012, 16.) UKK-instituutti on julkaissut terveysliikunnan suosituksen 18–64-vuotiaille liikuntapiirakan (2009) muodossa. Tämän suosituksen mukaan kestävyyskuntoa tulisi parantaa useana päivänä viikossa yhteensä 2,5 tunnin ajan reippaasti liikkuen tai yhden tunnin ja 15 minuutin ajan rasittavasti liikkuen. Lisäksi lihaskuntoa ja liikehallintaa tulisi harjoittaa ainakin kaksi kertaa viikossa. (UKK-instituutti 2017.)

Kehonhallinnalla tarkoitetaan kykyä hallita oman kehon asentoja ja liikkeitä (Suni ja Vasankari 2011, 36). Hyvä kehonhallinta auttaa yksilöä selviytymään liikkumisesta sujuvasti ja tarkoituksenmukaisesti aistien, hermoston ja lihaksiston yhteistoiminnalla. Perustana kehonhallinnassa on yksilön tilanteiden ennakoitokyky sekä aiemmat kokemukset. Kehonhallinta koostuu viidestä eri osa-alueesta, joita ovat tasapaino, koordinaatio, sekä reaktio-, suuntautumis- ja liikeaistisyky. (Rinne 2012, 99, 107.)

Hoitajan hyvällä kehonhallinnalla on keskeinen rooli hyvän työasennon säilyttämisessä potilassiirron aikana. Hyvässä työasennossa selkä on pystyasennossa jalkojen päällä, jolloin kehon paino on tukipinnan yläpuolella. Selän kumartumista ja kiertoa liikettä tulisi välttää etenkin silloin, kun hoitaja kannattelee potilaan painoa. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 84.) Burdorf ym. tutkimuksen (2012) mukaan useampi kuin yksi hoitaja potilassiirroissa vähensi työskentelyaikaa selän fleksio- ja rotaatioasunnoissa (Burdorf ym 2012). Vapaalla kädellä nojaaminen esimerkiksi vuoteeseen tai tuolin käsinojaan vähentää selän staattista kuormitusta. Hoitaja on mahdollisimman lähellä potilasta, jolloin hoitajan ja potilaan painopisteet ovat lähekkäin. Tämä vähentää tarvittavan voiman määrää potilassiirroissa. Hoitaja huomioi, että potilaan liikkuminen siirron aikana on mahdollista sekä myötäilee potilaan omaa liikettä. Voimantuotto tapahtuu alaraajojen suurilla lihasryhmillä polvista joustuen ja lattiasta ponnistaen, sen sijaan voimantuottoa käsien ja hartiasuudun lihaksilla tulisi välttää. Nykyään suositellaan työskentelyä käyntiasennossa, sillä se mahdollistaa paremman tasapainon sekä liikkumisen potilaan mukana kuin haara-asennossa työskentely. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 84.)

2.4 Potilassiirtoja koskeva lainsäädäntö

Työturvallisuuslaki (2002/738) määrittelee työnantajan ja työntekijän velvollisuudet fyysisen kuormituksen vähentämiseksi ja työturvallisuuden toteutumiseksi potilassiirroissa. Työturvallisuuslain mukaan työnantajalla on yleinen huolehtimisvelvollisuus työturvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan on selvitettävä ennalta työn haitta- ja vaaratekijät, ja arvioitava niiden merkitystä työturvallisuuteen ja työntekijän terveyteen. Työympäristön suunnittelussa työnantajan on otettava huomioon, että työtilat ja -välineet ovat tarkoitukseen soveltuvia työntekijän terveyden ja turvallisuuden kannalta. Työn kuormitustekijöistä aiheutuvan terveydellisen haitan tai vaaran välttämiseksi tai vähentämiseksi tulee ottaa huomioon työntekijöiden fyysiset ja henkiset edellytykset työtä suunniteltaessa ja mitoittaessa. Työntekijällä tulee olla riittävästi tilaa potilassiirtojen tekemiseen sekä mahdollisuus työasentojen vaihtamiseen. (Työturvallisuuslaki 2002/738.)

Työnantajan tulee huolehtia, että työntekijä saa riittävän perehdytyksen työhön sekä työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden turvalliseen käyttämiseen. Työntekijälle annettua ohjausta ja opetusta tulee tarvittaessa täydentää. Työnantajan on hankittava potilassiirroissa tarvittavia apuvälineitä, silloin kun potilassiirron turvallinen suorittaminen sitä vaatii ja apuvälinettä käyttämällä vältetään tapaturman tai sairastumisen vaara. Potilassiirroissa käytettävät apuvälineet tulee valita, mitoittaa ja sijoittaa ergonomisesti asianmukaisella ta-

valla. Työnantajan tulee huolehtia siirtoapuvälineiden kunnosta vastuuttamalla käyttöönotto- ja määräaikaistarkastukset pätevälle henkilölle. Lisäksi tarkastus on suoritettava poikkeuksellisen tilanteen jälkeen, jotta siirtoapuvälineen toimintakunto saadaan varmistettua. (Työturvallisuuslaki 2002/738.)

Työntekijän velvollisuus on noudattaa työnantajan antamia määräyksiä ja ohjeita. Lisäksi työntekijän tulee huolehtia omasta ja toisten työntekijöiden terveydestä ja turvallisuudesta. Työntekijän tulee käyttää siirtoapuvälineitä käyttöohjeiden sekä työnantajan määräämien ohjeiden mukaisesti. Työntekijän tulee välittömästi ilmoittaa työnantajalle ja työsuojeluvalltuutetulle, mikäli havaitsee vikoja tai puutteita työolosuhteissa, siirtomenetelmissä tai siirtoapuvälineissä. (Työturvallisuuslaki 2002/738.)

Valtioneuvoston päätöstä käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä (1409/1993) sovelletaan työtehtäviin, joissa aiheutuu työntekijän selän vahingoittumisen vaara työn luonteesta tai epäsuotuisista ergonomisista olosuhteista johtuen. Työnantajan täytyy järjestää työolosuhteet sellaisiksi, että työntekijä voi välttää käsin tehtävät nostot ja siirrot. Jos käsin tehtäviä nostoja ja siirtoja ei voida välttää, tulee työnantajan antaa työntekijän käyttöön tarkoituksenmukaisia noston ja siirron apuvälineitä, erityisesti mekaanisia laitteita. Työnantajan tulee arvioida työtehtävien turvallisuus- ja terveysolosuhteet, mikäli se on etukäteen mahdollista. Työnantajan vastuulla on järjestää työympäristö mahdollisimman turvalliseksi nostojen ja siirtojen tekemiseksi. Työnantajan tulee huolehtia työntekijöiden riittävästä opetuksesta ja tarvittavasta ohjeistuksesta. (Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1993.)

Valtioneuvoston asetuksessa työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta (403/2008) käsitellään nostolaitteita koskevia täydentäviä vaatimuksia. Asetuksen mukaan nostot on suunniteltava huolellisesti, jotta ne ovat työntekijälle mahdollisimman turvallisia. Nostolaitteen valinnassa tulee huomioida sen käyttötarkoitus ja riittävä suoritusteho suhteessa nostettavaan taakkaan. Noston suorittamiseen on varattava riittävästi tilaa sekä varmistettava, ettei nostolaite voi liikkua hallitsemattomasti, kallistua tai kaatua. (Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta 43/2008.)

Nostolaitteella suoritettava nostotyö tulee toteuttaa suunnitelman mukaisesti erityistä varovaisuutta noudattaen. Nostolaitteen suurin sallittu kuorma tulee olla nähtävästi merkittynä, eikä sitä saa ylittää. Mikäli nostolaitteessa ei ole suurinta sallittua kuormaa osoittavaa merkintää, nostolaitetta ei saa käyttää. Nostolaitetta saa käyttää ainoastaan valmistajan ilmoittamien käyttötarkoitusten mukaisesti. Nostolaitteen kunto tulee varmistaa ennen käyttöä,

eikä viallista nostolaitetta saa käyttää. (Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta 43/2008.)

Työnantajan vastuulla on huolehtia siitä, että hyväksytty asiantuntija tekee nostolaitteelle käyttöönotto- ja määräaikaistarkastukset. Nostolaitetta ei saa käyttää, mikäli tarkastukset on laiminlyöty. Nostolaitteen käyttöönotto edellyttää käyttöönottotarkastusta, myös silloin, kun nostolaite siirretään uuteen paikkaan tai se on ollut pitkään käyttämättömänä. (Valtioneuvoston asetus työvälineiden turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta 43/2008.)

Työtapaturmaksi katsotaan tapaturma, joka on tapahtunut työntekijälle työssä, työn suorituspaikassa tai työn suorituspaikan ulkopuolella, kuten työmatkalla tai ruokatauolla. Ammattitautiksi määritellään sellainen sairaus, joka on oletettavasti ensisijaisesti aiheutunut altistumisesta fyysikaaliselle, kemialliselle tai biologiselle tekijälle. Ammattitaudin diagnoosi edellyttää riittäviä tietoja työntekijän työolosuhteista. (Työtapaturma- ja ammattitautilaki 2015/459.)

Työtapaturma- ja ammattitautilain (2015/459) mukaan työnantajalla on vakuuttamisvelvollisuus työntekijöiden työtapaturmien tai ammattitautien varalta. Valtion työntekijöille aiheutuneista tapaturmista tai ammattitauodeista maksetaan korvaus valtion varoista, sillä valtio ei ole vakuuttamisvelvollinen. Työntekijällä on ilmoitusvelvollisuus hänelle sattuneesta työtapaturmasta työnantajalle mahdollisimman pian. Työnantaja on velvollinen ilmoittamaan työtapaturmasta tai ammattitaudista vakuutuslaitokselle viimeistään kymmenen arkipäivän kuluttua siitä, kun on saanut tiedon työntekijän työtapaturmasta tai ammattitaudista. (Työtapaturma- ja ammattitautilaki 2015/459.)

Työtapaturmaan liittyviä säädöksiä sovelletaan myös työliikekipeytymiseen, eli ilman tapaturmaa tapahtuneen lihaksen tai jänteen äkkinäiseen kipeytymiseen yksittäisen kuormittavan työliikkeen seurauksena. Työntekijälle maksetaan korvausta kipeytymisen paranemiseen asti, kuitenkin enintään kuuden viikon ajalta kipeytymisen alkamisesta. Mikäli kipeytymisen taustalla on aikaisempi vamma, sairaus tai tapaturmainen kudosvaurio, korvausta ei makseta. (Työtapaturma- ja ammattitautilaki 2015/459.)

3 POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKOULUTUS MAINIOKOTI PIRTISSÄ

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Kuopiossa sijaitseva Mainiokoti Pirtti, jonka omistaa Mehiläinen Oy. Mainiokoti Pirtti on hoivakoti, joka tarjoaa ympärivuorokautista hoivaa sekä vakituista ja lyhytaikaista palveluasumista. Mainiokodissa jokaisella asukkaalla on oma huone, jossa on wc- ja suihkutila. Jokaisessa ryhmäkodissa on oleskelu- ja ruokailutila. Kaikki hoivakodin tilat on suunniteltu esteettömiksi. (Mehiläinen Hoivapalvelut Oy 2017.) Suurimmalla osalla asukkaista on jokin muistisairaus. Hoivakodilla on käytössä kolme lattiainostinta.

3.1 Suunnitteluprosessi

Suunnittelu aloitetaan aiheen alustavalla rajauksella ja perustietojen keräämisellä. Kehittämistyössä aiheen rajauksen lähtökohtana on usein toimeksiantajan kokema ongelma, eli kehittämistarve. (Silfverberg 2007, 45.) Rajasimme aiheen tutkimustiedon ja ryhmähaastattelun perusteella potilassiirtoihin, jotka tapahtuvat vuoteen ja pyörätuolin sekä pyörätuolin ja wc-istuimen välillä. Lisäksi aiheen rajaukseen vaikutti koulutukseen käytettävissä oleva aika.

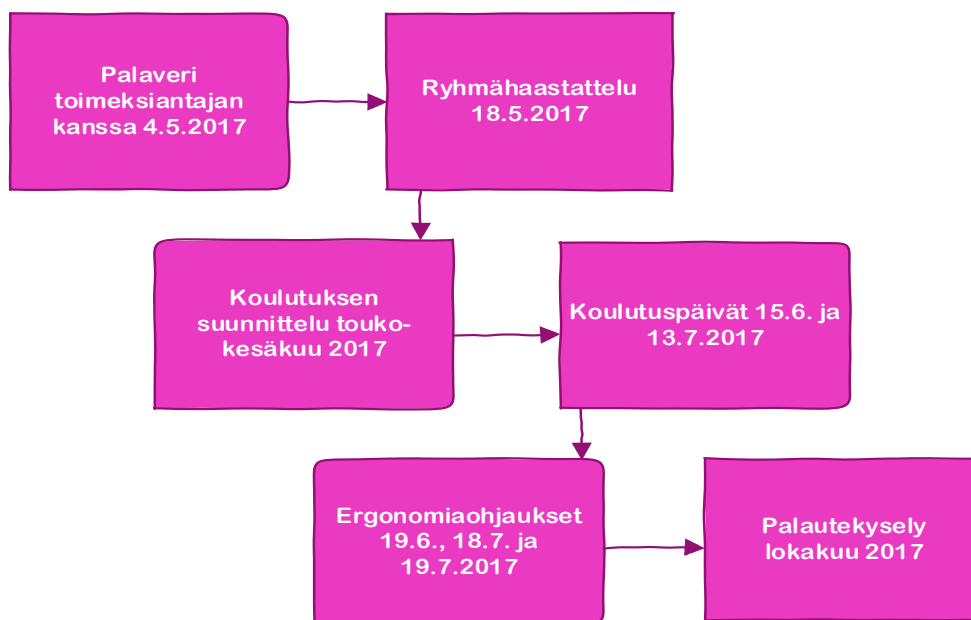
Koulutus suunniteltiin järjestettäväksi hoivakodin vakituiselle hoitohenkilökunnalle, johon kuuluu noin 20 hoitajaa. Tapahtuma voidaan osittaa pienempiin osatapahtumiin, jos järjestäjän resurssit ovat rajalliset (Kauhanen, Juurakko ja Kauhanen 2002, 52). Päätimme yhdessä toimeksiantajan kanssa järjestää koulutuksen kahtena eri päivänä kesä- ja heinäkuussa, jolloin osallistujia on noin 12 molemmilla koulutuskerroilla. Koulutuspäivien ajankohdan suunnittelussa tuli huomioida henkilökunnan kesälomat, minkä vuoksi koulutukset järjestettiin eri kuukausina. Koulutuksen jakaminen kahdelle päivälle mahdollisti paremmin myös koulutuksen tavoitteiden toteutumisen ja yksilöllisemmän ohjauksen.

Teorian rinnalla käytännön harjoittelu on tärkeää, koska se on edellytys taitojen oppimiselle. Jotta hoitaja osaa hyödyntää potilaan fyysisiä voimavaroja potilassiirroissa, on hänellä oltava tietoa ja omakohtaista kokemusta ihmisen liikkumisesta. (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 69, 129.) Tähän tietoon perustuen sisällytimme koulutukseen potilassiirtoharjoitukset paitsi asukkaiden kanssa myös hoitajien kesken, jotta hoitajat saisivat omakohtaista kokemusta potilaan roolista potilassiirtotilanteessa. Ennen koulutusta kertosimme potilassiirtoja toisillamme, jotta saimme harjoitella ohjaustaitoja ja ammatillinen varmuutemme vahvistuisi.

Koulutukseen valitsimme sellaisia potilassiirtojen apuvälineitä, joita hoivakodilla ei ollut ennestään, tai ne olivat käyttämättöminä. Pienapuvälineistä valitsimme koulutukseen slingan, siirtovyön, liukulaudan, OneWaySlide-liukualustan ja kääntölevyn. Lisäksi suunnitelmissa oli saada lainaan seisomanojanostin. Hoivakodilla on ennestään käytössä kolme liinanostinta, jotka eivät kuitenkaan tue opinnäytetyömme tavoitetta asukasta aktivoivista potilassiirroista, minkä vuoksi päädyimme valitsemaan koulutukseen seisomanojanostimen.

Mainiokoti Pirtin asukkaista valtaosa sairastaa muistisairautta, minkä vuoksi heidän kykynsä tehdä päätöksiä on huomattavasti heikentynyt eli he eivät välttämättä kykene ilmaisemaan omaa tahtoaan siitä, haluavatko he osallistua hoitajille annettavaan ergonomiakoulutukseen. Tämän vuoksi on tärkeää tehdä yhteistyötä asukkaan lisäksi myös hänen omaistensa kanssa, kertoa mitä koulutus sisältää ja mitä sillä tavoitellaan. Lisäksi tulee kertoa, että koulutukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä on oikeus kieltäytyä. Pyysimme ergonomiaharjoituksissa mukana olevien asukkaiden omaisilta luvat suullisesti puhelimitse ja ne kirjattiin potilastietojärjestelmään.

3.2 Toteutus



KUVIO 1. Ergonomiakoulutuksen toteutus.

Kuviossa 1 esitellään ergonomiakoulutuksen toteutuksen kulku. Pidimme toimeksiantajan kanssa palaverin 4.5.2017, jossa sovittiin koulutuksen aikataulusta ja käytännön järjestelyistä. Ryhmähaastattelu järjestettiin hoitajille 18.5.2017. Koulutuksen suunnitteleminen ryhmähaastattelun pohjalta ajoittui touko-kesäkuulle 2017. Koulutukset järjestettiin 15.6. ja

13.7.2017 sekä niiden jälkeiset ergonomiohjaukset 19.6., 18.7. ja 19.7.2017. Palautekyselyyn hoitajat vastasivat lokakuussa 2017.

3.2.1 Ryhmähaastattelu

Ryhmähaastattelu (liite 1) järjestettiin Mainiokodilla 18.5. Haastatteluun oli tarkoitus osallistua kyseisen päivän aamu- ja iltavuoron hoitajat, mutta meistä riippumattomien aikataulu- ja muutosten johdosta haastattelussa oli läsnä vain kolme hoitajaa. Tästä johtuen tulostimme ryhmähaastattelun kysymykset, ja pyysimme hoitajia vastaamaan niihin kirjallisesti. Vastauksia saimme 11.

Ryhmähaastattelussa kartoitimme hoitajien käsitystä kuntouttavasta hoitotyöstä. Keskustelimme kuntouttavan hoitotyön toteuttamisesta ja siitä, mitkä tekijät edistävät tai estävät sen toteuttamista. Kysyimme hoitajilta, mihin heidän tietonsa potilassiirroista pohjautuvat, ja kokevatko he, että tietoa on riittävästi. Haastattelussa käsitelimme mahdollisia aiempia kokemuksia ergonomiakoulutuksesta sekä niiden sisältöä. Kysyimme, mitkä potilassiirrot hoitajat kokevat raskaimmiksi ja mikä potilassiirroissa on haasteellista.

Ryhmähaastattelun ja kirjallisten vastausten perusteella hoitajien käsitys kuntouttavasta hoitotyöstä tarkoitti, että asukkaan jäljellä olevia voimavaroja hyödynnetään, hänen annetaan tehdä itse niin paljon kuin hän pystyy, ja häntä kannustetaan omatoimisuuteen. Hoitajat kertoivat toteuttavansa kuntouttavaa hoitotyötä päivittäisten toimintojen yhteydessä, esimerkiksi annetaan asukkaan pestä hiuksensa itse. Vastauksissa nousi esiin myös kaiken kuntoisten asukkaiden kannustaminen omatoimiseen liikkumiseen. Kuntouttavan hoitotyön estäviksi tekijöiksi hoitajat nimesivät kiireen, jolloin hoitajat tekevät asukkaan puolesta ajan säästämiseksi. Kiireen mainittiin syntyvän henkilökunnan puutteesta ja aikataulutuksesta. Kuntouttavan hoitotyön edistäviksi tekijöiksi nimettiin hoitohenkilökunnan kärsivällisyys, riittävä aika asukkaan avustamiseen, asukkaan voimavarojen tunnistaminen sekä ohjaustaidot.

Vastauksista käy ilmi, että hoitajien tiedot potilassiirroista pohjautuvat peruskoulutuksessa opitun tiedon lisäksi suurimmaksi osaksi henkilökohtaiseen käytännön kokemukseen työelämässä ja erilaisten vaihtoehtojen kokeilemiseen. Merkittävä osa hoitajista koki tietonsa puutteellisiksi, mikä ilmenee esimerkiksi asukasta passivoivan siirtotavan käyttämisenä sen sijaan, että siirtotapa valittaisiin asukkaan jäljellä olevan toimintakyvyn mukaan. Vastaajista vain muutama oli osallistunut ergonomiakoulutukseen valmistumisen jälkeen. Hoitajat kertoivat potilassiirroissa olevan haasteellista asukkaan jäykkyys ja vastustelu, sekä muistisairaahan suullinen ohjaaminen sekä kyvyttömyys yhteistyöhön. Haasteeksi koettiin myös tilan

puute asukashuoneissa sekä tarvittavien apuvälineiden puute asukkaan toimintakyvyn muutoksissa.

3.2.2 Koulutuspäivät

Ergonomiakoulutukset järjestettiin Mainiokoti Pirtissä 15.6. ja 13.7. Ensimmäisen koulutuksen teoriaosuuteen osallistui seitsemän hoitajaa, ja harjoitteluun viisi. Meistä riippumattomista aikatauluongelmista johtuen koulutuksen kesto supistui suunnitellusta kahdesta tunnista tuntiin ja 15 minuuttiin. Toisessa koulutuksessa oli läsnä neljä hoitajaa. Ensimmäisen koulutuksen jälkeen päätimme siirtää toisen koulutuksen aloitusaikaa puoli tuntia myöhemmäksi, jotta aikataulu sopisi paremmin hoivakodin päivärytmiin.

Teoriaosuudessa käytimme PowerPoint-esitystä (liite 2), jonka koostimme opinnäytetyön teoriaosuudesta. Osallistujat saivat PowerPoint-esityksen itselleen tulosteena. Teoriaosuudessa käsiteltiin luonnollisia liikemalleja, hoitajan työasentoja, muistisairaahan asukkaan ohjaamista, jäykän asukkaan avustamista sekä siirtymisen apuvälineitä. Lisäksi teoriaosuus sisälsi kaksi harjoitetta liittyen luonnolliseen liikemalliin ja kehonhallintaan.

Koulutusta varten lainasimme potilassiirtojen pienapuvälineet sekä projektorin Savonia ammattikorkeakoululta. Lisäksi hankimme seisomanojanostimen kahden viikon koekäyttöön Respecta Oy:ltä, jonka hoivakoti osti itselleen ensimmäisen koulutuksen jälkeen. Koska potilasnostimissa on käytettävyyseroja, tulisi nostimen toimivuutta kokeilla toimintayksikössä ennen ostopäätöstä (Fagerström ja Tamminen-Peter 2010).

Koulutusten teoriaosuudet pidettiin ryhmäkodin B-siiven aulassa ja ensimmäisen koulutuksen ergonomiaharjoitukset C-siivessä. Harjoituksia varten siirsimme kaksi sähkökäyttöistä potilassänkyä aulaan. Toisen koulutuksen ergonomiaharjoitukset toteutimme tyhjässä asukashuoneessa vähäisen osallistujamäärän vuoksi.

Hoitajien keskinäiset potilassiirtoharjoitukset toteutettiin pienryhmissä, joissa vuorotellen yksi hoitaja oli potilaan roolissa ja häntä avustamassa tilanteesta riippuen yksi tai kaksi hoitajaa. Harjoituksissa keskityttiin potilaan siirtymisen avustamiseen kuviteltu toimintakykyhuomioiden. Harjoituksissa kävimme läpi, miten kutakin apuvälinettä voi siirroissa vuoteelta pyörätuoliin hyödyntää.

3.2.3 Ergonomiaohjaus potilassiirtotilanteissa

Ergonomiaohjaukset järjestettiin hoivakodilla 19.6., 18.7. ja 19.7. Sovimme toimeksiantajan kanssa, että ohjaukset toteutuvat arkiamuina. Aamuvuorossa hoitajat tekevät paljon potilassiirtoja, kun asukkaita avustetaan aamutoimille, minkä vuoksi päädyimme toteuttamaan ergonomiaohtaukset aamupäivän aikana.

Olimme hoivakodilla kolmena aamupäivänä noin kolmen tunnin ajan. Ilmoitimme hoitajille etukäteen ergonomiaohtaukset olevan saatavilla kyseisenä ajankohtana ja kehoitimme heitä valitsemaan etukäteen ne asukkaat, joiden potilassiirrot he kokevat haastaviksi ja joihin he haluaisivat ergonomiaohtaukset. Päivystimme hoivakodin päiväsalissa ja sovimme hoitajien kanssa, että he tulevat hakemaan meidät mukaan potilassiirtotilanteisiin tarpeen mukaan.

Ohjattuja potilassiirtotilanteita oli päivässä 2–4 asukkaan kanssa. Ergonomiaohjaukset liittyivät asukkaan avustamiseen vuoteen ja pyörä- tai suihkutuolin sekä wc-istuimen välillä. Merkittävä osa ohjauksista liittyi seisomanojanostimen käyttöön. Eniten ohjaukset tarvittiin nostimen säädöissä, nostoliinan asettamisessa oikealle korkeudelle sekä asukkaan suullisessa ja manuaalisessa ohjauksessa. Lisäksi ohjasimme liukulaudan, siirtovyön, kääntölevyn ja liukualustan käyttöä.

3.3 Arviointi

Tavoitteiden saavuttamisen arviointi on osa kehittämistyötä. Kehittämistyön tuloksia arvioidaan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Kehittämistyössä tavoitellun muutoksen arvioinnissa on kyse siitä, millainen vaikutus toimenpiteillä on ollut lähtötilanteeseen verraten, joten muutoksen tulisi olla mitattavissa. (Kananen 2012, 80.)

Muutosten mittaaminen voi olla haastavaa, jos arvioidaan vähemmän konkreettisia kehittämistuloksia, kuten muutoksia työolosuhteissa. Lisäksi tunneasioilla voi olla vaikutusta arviointiin. Kysely on yksi vaikuttavuuden tiedonkeruumenetelmistä, mutta sen ongelmana on, että vastaukset saadaan vain esitettyihin kysymyksiin. (Kananen 2012, 82.)

Ergonomiakoulutuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi laadimme palautekyselyn (liite 3) hoitohenkilökunnalle. Palautekysely ajoittui lokakuulle 2017, ja vastausaika kyselyn täyttämiseen oli yksi viikko. Palautekysely jaettiin kahdeksalle koulutukseen osallistuneelle hoitajalle, joista yksi palautti täytetyn kyselylomakkeen. Tästä johtuen arviointi jää puutteelliseksi, joten todellisia tuloksia on mahdotonta arvioida.

Täytetyn palautelomakkeen perusteella koulutuksessa saatua tietoa ei ole millään lailla hyödynnetty käytännön työssä. Osa koulutukseen valituista apuvälineistä soveltuisi potilas-siirtoihin omassa työssä, jos kaikki hoitajat sitoutuisivat käyttämään apuvälineitä ja asukkaat tottuisivat apuvälineisiin. Koulutuksen käytännön harjoitusten koettiin toteutuneen onnistuneesti. Kehittämisehdotuksena nousi se, että käytännön harjoituksia tehtäisiin asukkaiden kanssa. Koulutukselle annettiin arvosanaksi 3 asteikolla 1–5.

4 POHDINTA

4.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyömme on laadultaan kehittämistyö. Opinnäytetyön tavoite oli, että potilassiirrot ovat turvallisia ja aktivoivia asukkaan näkökulmasta sekä potilassiirrot ovat turvallisia hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelimityksen kannalta. Kehittämistyön kohteena voi olla esimerkiksi prosessi, tuote, palvelu tai toiminta (Kananen 2012, 45). Järjestimme potilassiirtojen ergonomiakoulutuksen hoivakodin hoitohenkilökunnalle. Ideoimme aiheen opinnäytetyölle itse ja tarjosimme sitä toimeksiantajalle. Tutkimustiedon ja omakohtaisen kokemuksen perusteella olimme tietoisia, että hoitajien ergonomiosaamisen kehittämiseksi on tarvetta, mikä tekee opinnäytetyömme aiheesta työelämälähtöisen. Sovimme yhdessä toimeksiantajan kanssa koulutuksen aikataulullisista resursseista, muutoin saimme vastata itse koulutuksen suunnittelusta.

Aluksi aiheen rajaus oli haastavaa, sillä potilassiirrot on laaja käsite, johon kuuluu potilaan siirtymisen avustaminen erilaisissa paikoissa ja eri menetelmillä. Valitsimme koulutukseen potilassiirrot, jotka tapahtuvat vuoteen ja pyörätuolin välillä sekä pyörätuolin ja wc-istuimen välillä. Jouduimme kuitenkin toteamaan, että tämä ei ollut mahdollista toimeksiantajan asettamien aikataulullisten resurssien puitteissa. Tästä johtuen keskitimme koulutuksen vuoteen ja pyörätuolin välillä tapahtuviin potilassiirtoihin, koska samoja siirtomenetelmiä sovelletaan myös wc-siirroissa. Mielestämme aiheen rajaus onnistui lopulta hyvin ottaen huomioon koulutukseen käytettävissä oleva aika. Jos aihe ei olisi ollut näin tarkasti rajattu, olisivat käsiteltävät asiat jääneet pintaraapaisun tasolle. Vaikka aihe oli tarkasti rajattu, oli se silti asiasisällöltään tarpeeksi laaja kokonaisuus erilaisten siirtomenetelmien ja siirroissa käytettävien apuvälineiden takia.

Tiedonhaussa käytimme pääasiassa CINAHL-, Melinda- ja PudMed -tietokantoja sekä Google Scholar -hakupalvelua. Kirjallisuuden etsimisessä hyödynsimme kirjastopalveluja. Varasimme ajan kirjastoinformaatikolle, sillä kumpikaan meistä ei juurikaan ollut käyttänyt tietokantoja ennen opinnäytetyöprosessia ja niiden käyttöä oli opeteltu viimeksi opintojen alkupuolella, mistä oli jo kulunut aikaa. Informaatikolla käynti osoittautui hyödylliseksi, sillä saimme tietoa, miten tutkimuksia etsitään ja mitä hakusanoja voisimme käyttää tiedonhankinnassa.

Koulutuksen alhainen osallistujamäärä heikensi koulutuksen vaikuttavuutta, koska tavoitimme koulutuksella alle puolet hoitohenkilökunnasta. Pyysimme koulutuksesta palautetta

kyselylomakkeella, johon vastasi yksi hoitaja. Näin ollen koulutuksen vaikuttavuuden arviointia ei voida tulkita luotettavasti. Kyselylomakkeen täyttämisen ajankohta saattoi vaikuttaa vastauksien määrään, sillä koulutuspäivistä oli kulunut jo 3–4 kuukautta ja hoitajille annettiin viikko aikaa vastata kyselyyn. Mikäli palautekysely olisi toteutettu aiemmin ja hoitajille annettu pidempi vastausaika, olisiko sillä ollut vaikutusta vastausten määrään. Optimaalinen ajankohta palautekyselylle olisi voinut olla noin kuukausi koulutuksen jälkeen, jolloin hoitajilla on ollut aikaa ottaa käyttöön koulutuksessa harjoitellut potilassiirtomenetelmät. Vaihtoehtoinen menetelmä kerätä palautetta koulutuksessa olisi voinut olla haastattelu, joka olisi saattanut kuitenkin aiheuttaa eettisiä haasteita.

Keskinäinen yhteistyömme sujui luontevasti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Meillä oli haasteita opinnäytetyöraportin jäsentämisessä selkeäksi ja lukijaystävälliseksi kokonaisuudeksi, mutta saimme tähän hyödyllisiä vinkkejä opinnäytetyöpajoissa. Kirjoitimme opinnäytetyön teoriaosuuden lähes kokonaan yhdessä, jolloin työmäärä jakaantui tasaisesti. Molemmilta löytyi aikataulujen suhteen joustavuutta, jota tarvittiin, sillä molempien vuorotyö aiheutti ajoittain haasteita yhteisen ajan löytämiselle. Koulutuksen suunnitteluvaiheessa sovimme omat vastualueet teoriaosuuden esittämisessä ja potilassiirtoharjoitusten ohjaamisessa, jotta molemmat saisivat tasaisesti esitys- ja ohjausvastuuta ja koulutustilanne olisi ammattimaisesti toteutettu. Kirjoitimme opinnäytetyöraporttia säännöllisesti, mutta siitä huolimatta jäimme suunnitellusta aikataulusta noin kolme viikkoa jälkeen. Tästä opimme sen, että näin laajassa prosessissa tulee aikataulut suunnitella siten, että niissä on varaa joustaa tilanteiden muuttuessa. Näin ollen emme onnistuneet toivotulla tavalla opinnäytetyöprosessin aikataulutuksessa.

Kehittämistyön tavoitteen toteutuminen edellyttäisi hoitohenkilökunnalta koulutuksessa saatujen tietojen ja tehtyjen potilassiirtoharjoitusten hyödyntämistä ja toteuttamista omassa työssä. Toteuttamalla potilassiirrot ergonomisesti voitaisiin uusien tuki- ja liikuntaelinongelmien syntymistä mahdollisesti ehkäistä, mikä työnantajan näkökulmasta voisi vähentää työntekijöiden sairauspoissaoloja ja niistä syntyviä lisäkustannuksia.

4.2 Eettisyys ja luotettavuus

Koulutuksen suunnittelussa otimme huomioon kohderyhmän tarpeet ja kartoitimme niitä ryhmähaastattelun avulla. Haastattelun avulla pyrimme lisäämään motivaatiota koulutusta kohtaan ja antamaan hoitajille mahdollisuuden vaikuttaa koulutuksen sisältöön ja aikatauluihin. Koulutuksen järjestäminen oli myös meille mielekkäämpää, kun tiesimme tarkkaan, mitä asioita koulutuksessa haluttaisiin käsiteltävän.

Ergonomiakoulutukseen sisältyi hoitajien ohjaaminen aidoissa potilassiirtotilanteissa. Suurin osa asukkaista, joiden siirtymistä olimme ohjaamassa, sairastaa muistisairautta, mikä vaikuttaa heidän kykyynsä tehdä itsenäisiä päätöksiä. ”Fysioterapeutti kertoo, että asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle ehdotetuista hoidoista, tai mikäli asiakas ei itse kykene tekemään päätöksiä, tekee yhteistyötä asiakkaan läheisten kanssa” (Suomen Fysioterapeutit 2014). Sovimme yhdessä hoivakodin vastaavan hoitajan kanssa, että olemme yhteydessä asukkaiden omaisten kanssa hoitajien ergonomiakoulutukseen liittyen. Yhteydenotot omaisiin tapahtuivat toimeksiantajan kanssa sovitusti puhelimitse ja suostumukset kirjattiin potilastietojärjestelmään. Tämä toimintatapa sovittiin yhdessä toimeksiantajan kanssa.

Terveystieteiden ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveystieteiden ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Tätä lakia voidaan ajatella myös fysioterapeutin ammattieettisen toiminnan ja päätöksen teon kehyksenä, jonka sisällä toimitaan. Teimme siis yhteistyötä omaisten kanssa, mutta toisaalta mietimme, onko omaisella samanlainen tahto kuin asukkaalla? Millä perustelemme päätöstä, jos asukkaalla ei ole keinoja oman tahtonsa ilmaisemiseksi?

Koulutuksen suunnittelussa huomioimme sen, että koulutukseen sisältyvät asukkaiden potilassiirrot tehdään asukkaiden päivittäisten toimien yhteydessä, jotta potilassiirtoja ei tehdä ainoastaan hoitajien harjoittelun tarpeesta. Tämä oli yksi peruste siihen, että hoitajat harjoittelivat potilassiirtoja ensin toisilleen. Pidimme tärkeänä myös sitä, että hoitajat saavat omakohtaista kokemusta potilaan roolissa olemisesta potilassiirroissa.

Päädymme keräämään koulutuspalautteen kyselylomakkeen muodossa, sillä haastattelu olisi saattanut aiheuttaa haasteita eettisestä näkökulmasta. Pohdimme sitä, olisiko haastattelussa annettu palaute ollut totuudenmukaista. Palautekysely mahdollisti palautteen antamisen anonymisti, mikä oli tärkeää, koska toinen meistä on työsuhteessa hoivakotiin. Realistisen palautteen saaminen oli meille hyödyllistä, koska se edistää ammatillista kehittymistämme.

Opinnäytetyön tietoperustassa pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Suurin osa käyttämistämme lähteistä on 2010-luvulta. Osittain jouduimme käyttämään lähteinä vanhempia tutkimuksia, sillä uudempaa tutkimustietoa emme onnistuneet löytämään. Tulokintamme mukaan tutkimuksia voidaan nykyäänkin pitää luotettavina, sillä useissa hoivakodeissa tehdään potilassiirtoja edelleen samoilla siirtomenetelmillä. Tietolähteinä olisimme voineet hyödyntää englanninkielistä kirjallisuutta tutkimusten lisäksi.

Olemme tehneet toimeksiantajan kanssa opinnäytetyön ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen. Olemme osaltamme noudattaneet toimeksiantajan kanssa yhteisesti sovittuja aikatauluja. Kysyimme luvat apuvälinekuvien käyttöön Respecta Oy:ltä.

4.3 Ammatillinen kasvu

Koulutuksen suunnittelu oli pitkä ja monimuotoinen prosessi, joka kehitti taitojamme aika-
taulutuksessa, tarvikkeiden hankinnassa, tiedottamisessa sekä vaadittavissa järjestelyissä. Koulutuksen järjestäminen edisti ammatillista kasvuamme fysioterapeuteiksi, sillä pääsimme käyttämään fysioterapeutin keskeisiä taitoja, joihin kuuluvat esimerkiksi fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta sekä asiakkaan motivaation tukeminen. Potilassiirtoharjoituksissa hyödynsimme verbaalisia, visuaalisia ja manuaalisia ohjausmenetelmiä. Opinnäytetyöprosessin aikana kohtasimme ja opimme tunnistamaan paremmin omaan tulevaan ammattiin liittyviä eettisiä tilanteita. Huomasimme eettisyyden ohjaavan jollakin tavalla kaikkea toimintaa, mitä olemme opinnäytetyöprosessissa tehneet. Opinnäytetyöprosessi on syventänyt tietoaamme potilassiirroista, mitä voimme hyödyntää tulevaisuuden työtehtävissämme.

Osallistujamäärään vaikutti jokaisen hoitajan henkilökohtainen päätös koulutukseen osallistumisesta. Päätökseen osallistumisesta saattoi vaikuttaa esimerkiksi se, näkeekö yksilö tarpeelliseksi kehittää omia ergonomisia työskentelytapojaan. Meidän näkökulmasta vaikutti siltä, että hoitohenkilökunta oli jakautunut eri vaiheisiin koskien työskentelytapojen muuttamista potilassiirroissa. Koulutuksen alhaista osallistujamäärää selittää mahdollisesti se, että ongelmat tiedostetaan, mutta yksilöllä ei ole valmiutta lähteä muuttamaan työskentelytapojaan. Koulutuksessa hoitajien valmius muutokseen tuli esille aktiivisena osallistumisena, uusien työskentelytapojen kokeilemisena sekä sillä, että muutos koettiin tarpeellisenä.

Käytimme motivointikeinona ryhmähaastattelua, joka osallisti hoitohenkilökuntaa koulutuksen suunnitteluun. Jälkeenpäin ajattelimme, että olisimme voineet käyttää vielä useampia

erilaisia motivointikeinoja, sillä koulutuksen osallistujamäärät jäivät suunniteltua alhaisemmiksi. Motivointikeinona olisi voitu käyttää esimerkiksi ryhmissä toteutettavaa case-tyyppistä ennakkotehtävää, jonka ryhmät olisivat esitelleet koulutuksen teoriaosuuden aikana ja tehtävää olisi käsitelty yhdessä pohtien. Toisaalta pohdimme myös sitä, olisiko henkilökohtaisempi lähestymistapa saanut yksilön näkemään ergonomiakoulutukseen osallistumisen itselleen merkityksellisenä. Opinnäytetyön myötä meille konkretisoitui asiakkaan motivaation tukemisen merkitys osana fysioterapeutin ammattitaitoa.

Tulevaisuudessa ergonomiakoulutuksen ja apuvälineiden tarve tulee lisääntymään, sillä hoivakotien asukkaat ovat yhä vaikeammin hoidettavia väestörakenteen muutoksesta johtuen. Tässä muutoksessa työfysioterapian ennaltaehkäisevä näkökulma on merkittävässä asemassa siinä, että hoitajien tuki- ja liikuntaelinongelmat eivät lisääntyisi. Motivointikeinojen kehittäminen voisi olla avain siihen, että työyhteisö sitoutuisi yhdessä muutokseen, mikä on edellytys muutoksen toteutumiselle.

Työfysioterapeutin asiantuntemukseen kuuluvat ergonomia sekä yksilöön että ryhmään kohdistuvat toimenpiteet. Työfysioterapeutit edistävät työntekijän fyysistä työ- ja toimintakykyä työntekijän omassa työympäristössä, työfysioterapeutit osallistuvat myös uusien työskentelytilojen ja -välineiden suunnitteluun. (Työfysioterapeutit Ry s. a.)

Tulevaisuudessa hoivakotien hoitohenkilökunnan työergonomia voitaisiin ottaa huomioon jo hoivakodin suunnitteluvaiheessa, jossa voidaan hyödyntää työfysioterapeutin ammattiosaamista. Esimerkiksi katonostimen kiskojen asentaminen jo rakennusvaiheessa ehkäisee hoitajien tuki- ja liikuntaelimestön haitallista kuormittumista potilassiirroissa esimerkiksi silloin, kun potilaan toimintakyky heikkenee yllättäen. Kaikista nostintyypeistä katonostimen käyttö potilassiirroissa aiheuttaa vähiten fyysistä kuormitusta hoitajalle (Tamminen-Peter ja Wickström 2013, 49).

Yksittäiselle hoitajalle koulutus on antanut mahdollisuuden saada tietoa siitä, kuinka omalla toiminnalla potilassiirroissa voi ehkäistä ja vähentää tuki- ja liikuntaelinvaivoja sekä miten aktivoida potilasta siirrossa. Koulutus on myös tarjonnut mahdollisuuden harjoitella potilassiirtotaitoja sekä toisten hoitajien, että asukkaiden kanssa. Toimeksiantajan näkökulmasta henkilökunta on saanut maksutonta koulutusta. Koulutusta varten lainasimme Respecta Oy:ltä seisomanojanostimen, joka oli ensimmäisen koulutuspäivän jälkeen hoivakodilla koe-käytössä kahden viikon ajan. Koulutuksessa kehoitimme hoitajia käyttämään seisomanojanostinta potilassiirroissa ja kertomaan käyttökokemuksista esimiehelle, joka vastaa

hankintapäätöksistä. Hoivakoti päätyi ostamaan seisomanojanostimen hoitajien palautteiden perusteella. Opinnäytetyöraportti on vapaasti saatavissa, ja sitä voivat hyödyntää esimerkiksi hoitajat ja fysioterapeutit omassa työssään sekä omaishoitajat.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

BURDORF, Alex, KNIBBE, Hanneke, KOPPELAAR, Elin ja MIEDEMA, Harald 2012. The influence of ergonomic devices on mechanical load during patient handling activities in nursing homes. Oxford University Press.

BÄCKMAND, Heli ja VUORI, Iikka (toim.) 2010. Terve tuki- ja liikuntaelimityö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon [verkkójulkaisu]. [Viitattu 2017-02-19.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80329/d1fa552c-8d7b-4450-92df-2b9605f85604.pdf?sequence=1>

CARLSON, B., GARG, A. ja OWEN, B. D. 1992. An ergonomic evaluation of nursing assistants' job in nursing home. *Ergonomics* 35 (1992). 979–995.

COLLINS, James, HOBBS, Gerald, HSIAO, Hongwei, STOBBE, Terrence ja ZHUANG, Ziqing 2000. Psychophysical assessment of assistive devices for transferring patients/residents. *Applied Ergonomics* 31. 35–44.

COLLINS, James, HOBBS, Gerald, HSIAO, Hongwei, STOBBE, Terrence ja ZHUANG, Ziqing 1999. Biomechanical evaluation of assistive devices for transferring residents. *Applied Ergonomics* 30. 285–294.

ELNITSKY, Christine, LIND, Jason, POWELL-COPE, Gail ja RUGS, Deborah 2014. Implications for patient safety in the use of safe patient handling equipment: A national survey. *International Journal of Nursing Studies* 51 (2014) 1624–1633.

ELORANTA, Maj-Britt, KIVIRANTA, Marja-Leena, MÄMMELÄ, Eija, SALOKOSKI, Irma, TAMMINEN-PETER, Leena ja YLIKANGAS, Arja 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Helsinki: Yliopistopaino.

ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilka 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

FAGERSTRÖM, Virpi, MOILANEN, Aija ja TAMMINEN-PETER, Leena 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. 2. painos. Tampere: Tammerprint Oy.

FAGERSTRÖM, Virpi ja TAMMINEN-PETER, Leena 2010. Potilasnostimien ergonomia ja käytettävyys vanhustyössä. *Hoitotiede* 22. 118–128.

HENTTONEN, Tarja, OJALA, Mirja, RAUTAVA-NURMI, Hanna, VUORINEN, Sinikka ja WESTERGÅRD, Airi 2013. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

ILMARINEN, Juhani 2006. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2017-10-06.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113957/URN%3aNBN%3afi-fe201504226126.pdf?sequence=1>

KANANEN, Jorma 2012. *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Tampere: Juvenes Print.

KAUHANEN, Juhani, JUURAKKO, Arto ja KAUHANEN, Ville 2002. *Yleisötapahtuman suunnittelu ja toteutus*. Vantaa: Dark Oy.

KOISTINEN, Anna-Kaisa, LEIVO, Harri, MUSTONEN, Minna ja TÖYTÄRI, Outi 2010. *Liikkuminen*. Teoksessa: SALMINEN, Anna-Liisa (toim.) 2010. *Apuvälinekirja*. Kouvola: Solver Palvelut Oy.

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. L 1994/559. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-10-30.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

LAUNIS, Martti ja LEHTELÄ, Jouni 2011. *Ergonomian periaatteet ja käyttöalueet*. Teoksessa: LAUNIS, Martti ja LEHTELÄ, Jouni (toim.) 2011. *Ergonomia*. Tampere: Tammerprint Oy.

LEHTELÄ, Jouni 2011. *Taakkojen käsittely*. Teoksessa: LAUNIS, Martti ja LEHTELÄ, Jouni (toim.) 2011. *Ergonomia*. Tampere: Tammerprint Oy.

MEHILÄINEN HOIVAPALVELUT OY 2017. *Mainiokoti Pirtti* [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2017-10-17]. Saatavissa: <https://www.hoivamehilainen.fi/mainiokoti-pirtti>

MÖNKÄRE, Riitta 2014. *Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen*. Teoksessa: FORDER, Marjo, HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini (toim.) 2014. *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Porvoo: Boowell Oy.

RAUTIAINEN, Jasmin 2017. Slinga [kuva].

RESPECTA OY s. a. [kuva]. Liukulauta. [Viitattu 2017-05-31]. Saatavissa: <http://kuvasto.respecta.fi/p/11450-liukulaudat-easyglide/>

RESPECTA OY s. a. [kuva]. OneWaySlide-liukualusta. [Viitattu 2017-05-31]. Saatavissa: <http://kuvasto.respecta.fi/p/11426-liukualusta-onewayslide/>

RESPECTA OY s. a. [kuva]. Kääntölevy. [Viitattu 2017-05-31]. Saatavissa: <http://kuvasto.respecta.fi/p/3366-kaantolevy-kahvalla-ja-kuula-laakeroitu/>

RESPECTA OY s. a. [kuva]. Siirtovyö. [Viitattu 2017-05-31]. Saatavissa: <http://kuvasto.respecta.fi/p/11157-siirto-ja-talutusvyo-flexibelt-hug/>

RESPECTA OY s. a. [kuva]. Seisomanojanostin. [Viitattu 2017-05-31]. Saatavissa: <http://kuvasto.respecta.fi/p/1310-potilasnostin-minilift-200kg-latausjohtokayttoohje-mukaan/>

RINNE, Marjo 2012. Liikehallintakyky. Teoksessa: SUNI, Jaana & TAULANIEMI, Annika (toim.) 2012. Terveyskunnan testaus. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

ROMEDIC 2017. OneWaySlide [verkojulkaisu]. [Viitattu 2017-10-18]. Saatavissa: http://kuvasto.respecta.fi/media/attachments/57613/OneWaySlide_liukualusta_k%C3%A4ytt%C3%B6ohje_FI.pdf

SILFVERBERG, Paul 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

SUNI, Jaana ja HUSU, Pauliina 2012. Toimintakyky ja terveystilintarkastukset. Teoksessa: SUNI, Jaana ja TAULANIEMI, Annika (toim.) 2012. Terveyskunnan testaus. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

SUNI, Jaana ja VASANKARI, Tommi 2011. Liikehallintakyky eli motorinen kunto. Teoksessa: FOGELHOLM, Mikael, VUORI, Iikka ja VASANKARI, Tommi 2011. Terveystilintarkastus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

SUNI, Jaana ja VUORI, Iikka 2010. Tuki- ja liikuntaelinterveyden hankkiminen ja säilyttäminen. Teoksessa: BÄCKMAND, Heli ja VUORI, Iikka (toim.) 2010. Terve tuki- ja liikuntaelintilintarkastus. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon [verkojulkaisu]. [Viitattu 2017-02-19.]

Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80329/d1fa552c-8d7b-4450-92df-2b9605f85604.pdf?sequence=1>

SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-09-21.] Saatavissa: <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/hyvae-fysioterapiakaeytaentoe/eettiset-ohjeet/318-fysioterapeutin-eettiset-ohjeet-2014/file>

TAMMINEN-PETER, Leena 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – Kolmen siirtomenetelmän vertailu [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-07-11.] Saatavissa: <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2003/103047TamminenPeterC228.pdf>

TAMMINEN-PETER, Leena ja WICKSTRÖM, Gustav 2013. Potilassiirrot – Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Otavan kirjapaino.

TILASTOKESKUS 2015. Nuorten osuus väestöstä uhkaa yhä pienentyä [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-04-20.] Saatavissa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

TYÖFYSIOTERAPEUTIT RY 2017. Työfysioterapia ammattina [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-11-05.] Saatavissa: <http://www.tyofysioterapeutit.fi/tyofysioterapia-ammattina/>

TYÖTAPATURMA- JA AMMATTITAUTILAKI. L2015/459. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-10-06.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150459>

TYÖTERVEYSLAITOS s. a. Potilassiirrot [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-07-11.] Saatavissa: <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/ergonomia/potilassiirrot/>

TYÖTURVALLISUUSLAKI. L 2002/738. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-03-24.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6turvallisuuslaki#L2P15>

UKK-INSTITUUTTI 2017. Liikuntapiirakka aikuisille [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-10-06.] Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka/liikuntapiirakka-aikuisille>

VALTIONEUVOSTON ASETUS TYÖVÄLINEIDEN TURVALLISESTA KÄYTÖSTÄ JA TARKASTAMISESTA. A 403/2008. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-10-20]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080403#Pidp450119472>

VALTIONEUVOSTON PÄÄTÖS KÄSIN TEHTÄVISTÄ NOSTOISTA JA SIIRROISTA TYÖSSÄ. A 1409/1993. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-05-18.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19931409#Pidp432554416>

WARDELL, Hal 2007. Reduction of Injuries Associated With Patient Handling. AAOHN Journal 55. 407-412.

LIITE 1: RYHMÄHAASTATELU

Ryhmähaastattelu Vire Koti Pirtissä 18.5.2017

Mitä käsität kuntouttavalla hoitotyöllä?

Miten toteutat kuntouttavaa hoitotyötä? Mitkä tekijät edistävät/estävät toteuttamista?

Millaista tietoa sinulla on potilassiirroista, ja onko sitä riittävästi? Mihin tiedot pohjautuvat?

Oletko osallistunut ergonomiakoulutukseen aiemmin? Millainen koulutuksen sisältö oli?
Mitä opit ja hyödynnätkö oppimiasi asioita käytännön työssä?

Tutkimusten mukaan siirrot p-tuolista sänkyyn ja wc-istuimelle ovat raskaimpia potilassiirtoja.
Mitä mieltä olet tästä, jos ajattelet omaa työtäsi?

Mikä potilassiirroissa on haasteellista ja miksi?

Potilassiirtojen ergonomiakoulutus Mainiokoti Pirtissä 15.6. ja 13.7.2017

Fysioterapiaopiskelijat Tiina-Liisa Dromberg & Jasmin Rautiainen



Koulutuksen sisältö

- ▶ Teoria 1h
 - ▶ Luonnolliset liikemallit
 - ▶ Hoitajan työasennot
 - ▶ Muistisairaahan asukkaan ohjaaminen
 - ▶ Jäykän asukkaan avustaminen
 - ▶ Siirtymisen apuvälineet

- ▶ Käytännön harjoitukset hoitajien kesken 1h
 - ▶ Siirrot vuoteesta p-tuoliin ja takaisin vuoteeseen

- ▶ Potilassiirtojen harjoittelua asukkaiden kanssa 19.6., 18.7. ja 19.7.

Tutkimustietoa potilassiirroista

- ▶ Nykyäänkin laajasti käytössä olevan laahaavan noston on todettu olevan hoitajille biomekaanisesti kuormittava, aiheuttaen alaselän välilevyihin 5-7 kN puristusvoiman (NIOSH:n suositusarvo 3,4 kN)
- ▶ Hoivakodeissa kuormittavimpia työtehtäviä ovat asukkaiden siirtymisen avustaminen vuoteen ja p-tuolin välillä sekä p-tuolin ja wc-istuimen välillä (Garg, Owen, Carlson 1992)
- ▶ Tutkimuksen mukaan hoitajien selän välilevyihin kohdistuvat puristusvoimat vähenivät 65-70%, kun potilassiirroissa käytettiin apuvälineitä käsillä tehtyjen nostojen sijaan (Koppelaar, Knibbe, Miedema, Burdorf 2012).

Luonnolliset liikemallit

- ▶ Luonnolliset liikemallit ovat kehityksen myötä opittuja liikekaavoja
- ▶ Yhtenäinen pohja, yksilöllisiä eroja
- ▶ Toteutuvat perusliikkumisessa, esimerkiksi:
 - ▶ Kääntyminen
 - ▶ Makuulta istumaan nousu
 - ▶ Istumasta seisomaannousu → harjoite
 - ▶ Seisominen
 - ▶ Kävely

Luonnolliset liikemallit

- ▶ Luonnolliset liikemallit ovat syvällä ihmisen liikemuistissa
- ▶ Ihmisen ollessa oikeassa alkuasennossa ja aktivoimalla häntä oikeasta kohdasta nämä liikemallit palautuvat vaistonvaraisesti
- ▶ Asukas säätelee itse liikenopeuden, jota hoitaja myötäilee

Hoitajan ergonomiset työasennot

- ▶ Pidä selän asento mahdollisimman pystyssä jalkojen päällä
 - ▶ Vältä selän kiertoa, kun kannattelet asukkaan painoa
 - ▶ Siirroissa ole mahdollisimman lähellä asukasta, kuitenkin estämättä asukkaan liikkumista
 - ⇒ vähempi tarve voimankäytölle
 - ▶ Voimantuotto tapahtuu jalkojen suurilla lihaksilla, vältä voimantuottoa käsilihaksilla ja hartioilla
 - ▶ Kyykisty kumartelun sijaan lattiatasolla työskennellessä
 - ▶ Pääasiallinen työskentelyasento on käyntiasento ja haara-asento
-
- ▶ Tukipinta-harjoite

Hoitajan kehonhallinta

- ▶ Sisältää oman tasapainoisen asennon tunnistamisen sekä liikkeen, hengityksen ja lihasjännityksen tason ja sen säätelyn tarkoituksenmukaiseksi fyysisissä toiminnoissa
- ▶ Asukkaan turvallisen siirtymisen avustaminen edellyttää hoitajalta hyvää kehonhallintaa
- ▶ Kehontuntemusten tiedostaminen
 - ➔ auttaa parhaiden toimintatapojen löytämisessä
- ▶ Työterveyslaitos - Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen
<https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/ergonomia/potilassiirrot/potilaan-siirtymisen-ergonominen-avustaminen/>
 - ▶ Oman kehon hallinnan harjoitteita

Hoitajan fyysinen kunto

- ▶ Hoitotyö on keskiraskasta työtä, joka ei itsessään ylläpidä tuki- ja liikuntaelimestön kuntoa
- ▶ Hoitotyöntekijä tarvitsee fyysistä harjoittelua, jotta työstä ei tule ylikuormittavaa
 - ➔ väsyminen ja lihasten kipeytyminen
- ▶ Fyysisen kunnon pitäisi ylittää työn vaatimukset, jotta voimia jää jäljelle työpäivän jälkeen
- ▶ Fyysinen harjoittelu vähentää ja mahdollisesti myös ehkäisee tule-oireita, vähentää väsymystä sekä parantaa vireystilaa ja unen laatua
- ▶ Potilassiirtojen näkökulmasta hoitajalla tulisi olla hyvä lihasvoima etenkin etureiden, pakarain ja keskivartalon lihaksissa



Muistisairaahan asukkaan ohjaaminen

- ▶ Ota katsekontakti
- ▶ Kerro ja näytä asukkaalle, mihin hän on siirtymässä
- ▶ Anna asukkaalle aikaa aktivoida lihaksensa ja tuki, johon tarttua
- ▶ Ohjaa asukas oikeaan alkuasentoon
- ▶ Puhu selkeästi yksinkertaisilla lauseilla
- ▶ Vältä kieltomuotoja: "Älä istu" "Seiso"
- ▶ Ohjaa asukasta sivulla tai edessä

Muistisairaahan asukkaan ohjaaminen

- ▶ Minimoi häiriötekijät, esim. television tai radion sammuttaminen
- ▶ Yksi hoitaja puhuu asukkaalle
- ▶ Puhuttele asukasta nimellä
- ▶ Käytä samoja sanoja kuin asukas
- ▶ Luo rauhallinen ja kunnioittava ympäristö
- ▶ Tarvittaessa yhdistä sanalliseen ohjaukseen kosketus ja liike
- ▶ Vältä pakottamista

Jäykän asukkaan avustaminen

- ▶ Sivele ensin asukkaan hartioita ja käsivarsia
→ laskee lihastonusta
- ▶ Avusta asukasta vartalon kierroissa selinmakuulla vuoteessa
- ▶ Avustaminen/ohjaaminen makuulta istumaan kylkimakuuasennon kautta
- ▶ Jos asukkaalla on pelkoa istuma-asennossa
 - ▶ Rauhoittavat siveelyt
 - ▶ Syvät hengitysharjoitukset
 - ▶ Tuki, johon asukas voi itse tarttua

Siirtymisen apuvälineet

- ▶ Tarkoitus helpottaa potilaan liikkumista ja vähentää hoitajan kuormittumista
 - ▶ Antavat tukea
 - ▶ Vähentävät kitkaa
 - ▶ Estävät liukumista
 - ▶ Helpottavat asukkaaseen tarttumista
 - ▶ Kannattavat asukkaan painoa

Slinga

- ▶ Siirtymisen avustamiseen seisoma-asennon kautta, kun asukas jaksaa tukeutua jalkojensa varaan
- ▶ Parantaa hoitajan otetta asukkaasta
- ▶ Antaa kevyen tuen ja laajan tukipinnan
- ▶ Auttaa liikkeen ohjaamisessa
- ▶ Asetetaan asukkaan alaselälle



Liukulaudat



- ▶ Siirtyminen istuma-asennossa vuoteen ja p-tuolin välillä sekä p-tuolin ja wc-istuimen välillä
- ▶ Avustettuun tai itsenäiseen siirtymiseen
- ▶ Voidaan käyttää yhdessä siirtovyön kanssa

<http://kuvasto.respecta.fi/p/11450-liukulaudat-easyglide/>

Siirtovyö

- ▶ Siirtymiset istuma-asennon tai seisoma-asennon kautta
- ▶ Parantaa hoitajan otetta asukkaasta
- ▶ Käytetään ensisijaisesti asukkaan päälle puettuna
- ▶ Pue vyö asukkaan lantiolle liikkeen ohjaus oikeasta kohdasta
- ▶ Voidaan käyttää yhdessä esimerkiksi liukulaudan tai kääntölevyn kanssa



<http://kuvasto.respecta.fi/p/11157-siirto-ja-talutusvyo-flexibelt-hug/>

Kääntölevy



<http://kuvasto.respecta.fi/p/3366-kaantolevy-kahvalla-ja-kuula-laakeroitu/>

- ▶ Siirrot p-tuolin ja vuoteen välillä sekä p-tuolin ja wc-istuimen välillä
- ▶ Poistaa kitkaa jalkojen alta
- ▶ Käytetään silloin, kun asukkaalla hankaluuksia siirtää jalkojaan
- ▶ Voidaan käyttää yhdessä esimerkiksi siirtovyön tai slingan kanssa
- ▶ Matalat siirrot tai siirtyminen seisoma-asennon kautta

Liukualusta (OneWaySlide)

- ▶ Käytetään asukkaan asennon korjaamiseen p-tuolissa
- ▶ Liukuu vain yhteen suuntaan estäen asukkaan valumisen huonoon asentoon
- ▶ Hoitajan on mahdollista hyödyntää avustamisessa oman kehon painonsiirtoa tai jalkojen lihasvoimaa



<http://kuvasto.respecta.fi/p/11426-liukualusta-onewayslide/>

Seisomanojanostin



<http://kuvasto.respecta.fi/p/1310-potilasnostin-minilift-200kg-latausjohtokayttoohje-mukaan/>

- ▶ Voidaan käyttää kun asukas pystyy seisomaan alaraajat tuettuina
- ▶ Soveltuu siirtoihin vuoteesta p-tuoliin sekä wc-siirtymisiin
- ▶ Siirrot onnistuvat myös yhden hoitajan avustamana
- ▶ Asukkaalla oltava riittävä vartalonhallinta seisoma-asennossa
- ▶ Ylläpitää asukkaan toimintakykyä

LIITE 3: PALAUTEKYSELY

Ergonomiakoulutus Mainiokoti Pirtissä 15.6. ja 13.7.2017**Palautekysely**

Kysely täytetään ja käsitellään anonyymisti. Pyydämme palauttamaan täytetyn kyselylomakkeen 25.10.2017 mennessä AB-toimiston ilmoitustaululla olevaan kirjekuoreen.

Miten olet hyödyntänyt koulutuksessa saamaasi tietoa käytännön työssä?

Miten koulutukseen valitut apuvälineet soveltuvat mielestäsi potilassiirtoihin omassa työssäsi?

Mielestäni koulutuksessa onnistui:

Miten kehittäisit koulutusta?

Asteikolla 1-5, annan koulutukselle arvosanan: _____
(1=välttävä, 2=tyydyttävä, 3=hyvä, 4=kiitettävä, 5=erinomainen)

Kiitos palautteestasi!

Ystävällisin terveisin,

Fysioterapiaopiskelijat Jasmin Rautiainen ja Tiina-Liisa Dromberg