



# **Examensarbete – Förebyggande av skador i stöd- och rörelseorgan hos vårdpersonal genom vardagsrehabilitering och ergonomi**

Ett utvecklingsarbete

Petja Ruotanen

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	
Författare:	Petja Ruotanen
Arbetets namn:	Förebyggande av skador i stöd- och rörelseorgan hos vårdpersonal genom vardagsrehabilitering och ergonomi.
Handledare (Arcada):	Cia Törnblom
Uppdragsgivare:	Esbo sjukhus
<p>Syftet med detta examensarbete var att utveckla vårdarbetet på Esbo sjukhus (beställare) för att förebygga skador i stöd- och rörelseorgan hos vårdpersonal. Arbetet resulterar i en informativ broschyr om vardagsrehabilitering och ergonomi, samt dess implementering på en sjukhusavdelning. Sedan år 2015 har sjukfrånvaron ökat bland sjukskötare, närvårdade och hemvårdare. Sjukfrånvaron är i medeltal 34 procent högre inom social- och hälsovårdsbranschen, jämfört med andra yrken i EU. Med en population som åldras i ökande takt, kommer trycket på vården att öka. För tillfället betalas det ut cirka två miljarder euro varje månad i sjukpenning och sjukpension i Finland. Utöver det, kostar den passiverande vården, där man lyfter på patienten och hjälper med uppgifter som patienten själv skulle kunna klara av, en halv miljard årligen. Nuvarande arbetsmetoder utsätter vårdpersonalen för skaderisk, samtidigt som patientens egen funktionsförmåga riskerar att sjunka och leda till institutionalisering. Genom vardagsrehabilitering och god arbetsergonomi, kan man minska på skaderisken för vårdpersonalen avsevärt och patientens ADL (Activities of Daily Living) kan upprätthållas och till och med förbättras. Vardagsrehabilitering innebär att känna igen de fysiska och kognitiva förmågor som patienten har och nyttja dessa. Patienten blir därmed en aktiv deltagare av sin vård och minskar på den fysiska belastningen för vårdpersonalen vid tunga arbetsmoment som till exempel patientförflyttningar. Föråldrade arbetsvanor överförs från äldre vårdpersonal till ny vårdpersonal och leder till att arbetsergonomi och användandet av hjälpmedel i vårdarbetet är bristande. Skaderisken ökar ytterligare genom stress på arbetsplatsen, men även dåliga levnadsvanor och fysisk kondition har en stark koppling till sjukfrånvaro. Vårdarbetet klassas som ett medeltungt arbete och kräver en god fysik. Metoden i utvecklingsarbetet följde Carlström &amp; Carlström Hagemans modell för utvecklingsarbeten i fem steg. Informationssökningen pågick under hela arbetet och söktes på Google, de vetenskapliga databaserna Academic Search Elite (EBSCO) och PubMed. Relevant litteratur användes. Sökresultaten stärkte, att vardagsrehabilitering spelar en stor roll i bibehållandet av patientens funktionsförmåga och gör vårdarbetet fysisk lättare. Bristande och föråldrade kunskaper är en vanlig orsak till dålig ergonomi och användning av hjälpmedel. Vårdpersonalens egna fysiska hälsa spelar en central roll i minskandet av sjukfrånvaro.</p>	
Nyckelord:	Esbo sjukhus, vårdpersonal, skadeförebyggande, ergonomi, vardagsrehabilitering, aktiverande vård, funktionsförmåga
Sidantal:	49

Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	4.6.2019

Opinnäytetyö	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Petja Ruotanen
Työn nimi:	Hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelimestön vammojen ennaltaehkäiseminen kuntouttavan työotteen ja ergonomian kautta.
Ohjaaja (Arcada):	Cia Törnblom
Toimeksiantaja:	Espoon sairaala
<p>Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää hoitotyötä Espoon sairaalassa (tilaaja) ennaltaehkäisemään hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuvia vammoja. Työn tuotoksena on informatiivinen esite kuntouttavasta työotteesta ja ergonomiasta, sekä niiden käyttöönotosta sairaalaosastolla. Vuodesta 2015 sairaanhoitajien, lähihoitajien sekä kotihoitajien sairaspöissaolot ovat nousseet. Sairaspöissaolot ovat keskimäärin 34 prosenttia korkeammat sosiaali- ja terveysalalla, verrattuna muihin aloihin EU:ssa. Väestön vanhenemisen myötä, hoitoalan paineet tulevat kasvamaan. Tällä hetkellä Suomessa maksetaan kuukausittain 2 miljardia euroa sairauskorvauksia sekä sairauseläkettä. Lisäksi passivoiva hoito, jossa potilasta nostetaan ja autetaan häntä tehtävissä joihin hän itsekkin pystyisi, maksaa vuosittain puoli miljardia euroa. Tämänhetkiset työtavat altistaa hoitohenkilökunnan loukkaantumisille, samalla kun potilaan toimintakyky laskee ja laitostumisen riski kasvaa. Kuntouttavan työotteen ja hyvän työergonomian kautta pystytään vähentämään hoitohenkilökunnan loukkaantumisia merkittävästi, sekä ylläpitämään että parantamaan potilaan omaa toimintakykyä. Kuntouttava työote tarkoittaa potilaan omien fyysisten sekä kognitiivisten kykyjen tunnistamista niiden hyödyntämistä. Täten potilaasta tulee aktiivinen osallistuja omaan hoitoonsa ja vähentää hoitohenkilökunnan fyysistä kuormitusta raskaissa työvaiheissa, kuten potilassiirroissa. Vanhat työtavat välittyvät vanhalta hoitohenkilökunnalta uusille työntekijöille ja johtaa useimmiten huonoon työergonomiaan sekä puutteelliseen apuvälineiden käyttöön. Stressi lisää loukkaantumisen riskiä, mutta myös huonot elintavat sekä huono fyysinen kunto on vahvasti yhteydessä sairaspöissaoloihin. Hoitotyö luokitellaan keskiraskaaksi työksi ja vaatii hyvää kuntoa. Opinnäytetyössä käytettävä menetelmä on Carlstöm &amp; Carlström Hagmanin malli kehitystöille videssä askeleessa. Tiedonhaku jatkui läpi koko työn ja tietoa haettiin hakukoneesta Google, tieteellisistä tietokannoista Academ Search Elite (EBSCO) sekä PubMed. Lisäksi käytettiin asiaankuuluvaa kirjallisuutta. Hakutulokset vahvistivat, että kuntouttavalla työotteella on keskeinen merkitys potilaan toimintakyvyn ylläpitämisessä ja keventää hoitotyön fyysistä kuormitusta. Puutteelliset ja vanhentuneet tiedot ja taidot ovat tavallinen syy huonoon ergonomiaan ja apuvälineiden vähäiseen käyttöön. Hoitohenkilökunnan fyysinen kunto on keskeisessä asemassa sairaspöissaolojen vähentämisessä.</p>	

Avainsanat:	Espoon sairaala, hoitohenkilökunta, vammojen ennaltaehkäiseminen, ergonomia, kuntouttava työote, aktivoiva hoito, toimintakyky
Sivumäärä:	35
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	4.6.2019

<b>Inledning</b> .....	<b>7</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>8</b>
1.1    Arbetsrelaterade skador.....	10
1.2    Förebyggandet av vårdpersonalens skador.....	11
1.3    Socioekonomiskt perspektiv.....	12
<b>Syfte och frågeställning</b> .....	<b>14</b>
<b>Teoretisk referensram</b> .....	<b>14</b>
1.4    Ergonomi.....	14
1.4.1 <i>Psykisk belastning</i> .....	15
1.4.2 <i>Fysisk belastning</i> .....	17
1.5    Vardagsrehabilitering.....	18
1.5.1 <i>Vardagsrehabilitering vid patientförflyttningar</i> .....	19
1.5.2 <i>Vardagsrehabiliteringens inverkan på arbetsbördan</i> .....	21
1.6    Fysiska krav och rekommendationer.....	21
1.7    Hjälpmedel och redskap.....	23
<b>Metod</b> .....	<b>23</b>
1.8    Etik.....	24
1.9    Informationssökning.....	24
<b>Processbeskrivning</b> .....	<b>25</b>
1.10    Slutprodukten.....	27
<b>Diskussion</b> .....	<b>29</b>
1.11    Metoddiskussion.....	30
<b>Källor</b> .....	<b>33</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>37</b>
<b>1 Johdanto</b> .....	<b>40</b>
<b>Kuntouttava työote</b> .....	<b>40</b>
<b>Ergonomia</b> .....	<b>41</b>
<b>Oma hyvinvointi</b> .....	<b>42</b>
<b>Hoitotyön yhteiset pelisäännöt</b> .....	<b>47</b>
<b>Lähdeluettelo</b> .....	<b>48</b>

## INLEDNING

Vårdpersonal är en särskilt utsatt yrkesgrupp för skador i stöd- och rörelseorganen. Arbetet på en avdelning kan tidvis vara hektiskt och påfrestande både fysiskt och psykiskt. Skiftarbetet därtill medför ytterligare en faktor som påverkar välmåendet. Sedan år 2015 har sjukfrånvaron ökat bland hemvårdare, närvårdare samt sjukskötare. Frågavarande yrkesgrupper återfinns högst upp på listan gällande frånvaro på grund av skador i stöd- och rörelseorgan (Oksanen & Salo, 2017). En ökande del av befolkningen åldras och därmed kommer också belastningen inom vården att öka. Vården står inför en utmaning i att kunna svara på ett ökat behov och att kunna bistå med högkvalitativ vård, samtidigt som personalens och patientens välmående samt behov tas i beaktande.

Ergonomi och vardagsrehabilitering är inte på något sätt nya begrepp inom vården. Däremot är deras tillämpning bristfällig. Trots kunskap om vardagsrehabiliteringens effekt för patienten och vikten av rätt arbetsergonomi för personalen, satsas det märkbart lite på att utveckla personalens kunskaper i dessa färdigheter och de tas även för givna. För att vården i framtiden ska vara ekonomiskt hållbar och för att man ska kunna svara på det ökade behovet av vård, bör satsningen och betoningen på en effektivare, rehabiliterande vård samt möjliggörandet av en trygg arbetsmiljö vara i utvecklingens fokus.

Inom vården har man strikta ansvarsområden mellan olika yrkesgrupper och rehabilitering som sådan tillhör terapeuterna. Vardagsrehabilitering, namnet till trots, är en del av den dagliga vården och samspelet med patienten. Det är en möjlighet att ta vara på och förbättra patientens funktionsförmåga i vardagliga situationer. Genom muntlig guidning och hjälp endast i de sysslor som patienten själv inte klarar av, lättar man på den fysiska belastningen som vårdpersonalen upplever i arbetet.

Den fysiska belastningen i vårdarbetet kommer från dåliga arbetsställningar och från flytt eller lyft av patienter. Rätt ergonomi och användning av tillhörande redskap har alltid betonats i vårdpersonalens arbete. Något som sällan tas i beaktande är patientens egna fysiska och kognitiva resurser. Om man förbiser patientens förmåga att på egen hand klara

av eller delta i vardagliga sysslor och inte ger hen tid till att utföra dem, går man miste om värdefulla möjligheter till effektiv vård och rehabilitering.

Syftet med arbetet är att utveckla personalens kunskaper angående vardagsrehabilitering och ergonomi, genom att skapa en informativ broschyr för Esbo sjukhus. Med ett nytt sjukhus och nya resurser, finns möjligheten att utveckla sig själv och granska sina arbetsmetoder.

Esbo sjukhus är ett nytt och modernt sjukhus som stod klart och togs i bruk i början av år 2017. Sjukhuset är specialiserat på vård och rehabilitering av geriatriska patienter. Målet är att få hem patienten så fort hans hälsotillstånd tillåter och fortsätta rehabiliteringen hemma vid behov. Av sjukhusets patientrum är 225 enkelrum med toalett och dusch. Avdelning 1 som arbetet är riktat till, består av 15 psykogeriatriska platser och 30 sårbehandlingsplatser. Sammanlagda personalstyrkan på avdelningen ligger runt 50, vårdpersonal och terapeuter inräknade. (Esbo.fi)

Sjukhuset uppmanar både patienter och besökare, att låta patienterna själva göra så mycket som möjligt själv och hjälpa till endast vid behov. Rehabiliteringen inleds så fort som möjligt efter att patienten har kommit in på sjukhuset. Rehabiliteringens och vårdens mål ställs tillsammans med vårdpersonal och patient. Patienterna har tillgång till gymredskap och rehabiliterande konsolspel och uppmuntras till att vara aktiva minst sex timmar om dagen. Till den aktiva tiden räknas nästan all den tid som inte tillbringas i sängen. Måltiderna är gemensamma stunder, maten äts endast i undantagsfall på rummet. (Esbo.fi)

## **BAKGRUND**

Med den ökande åldrande befolkningen, står vården inför stora utmaningar i Finland. År 2030, kommer cirka 26 procent av den finska befolkningen att vara 65 år eller över och med åldern ökar risken för sjukdomar och skador (Tilastokeskus, 2015). Äldreomsorgslagen ställer krav på kommunerna med att kunna bistå med högkvalitativ vård, som möjliggör ett så självständigt liv för äldre som möjligt (Valvira, 2016). Detta



står i strid med en brist på uppföljning av kvalitén för vården idag (Vierula, 2017). När en uppföljning saknas, sätts ansvaret på personalen som arbetar inom vården. Ett ökat behov av vård kommer att kräva nya verktyg och sätt att arbeta på, vilket i sin tur kräver motivation till att utveckla sina kunskaper och färdigheter inom sitt eget yrke.

I nuläget är rehabiliteringen i samhället riktad i stort sett på befolkningen i arbetsför ålder. Vardagsrehabilitering bör därför vara en central del av äldre patienters vård. Tanken med vardagsrehabilitering är, att patienten i den mån det är möjligt, utför vardagliga uppgifter självständigt och därmed strävar man efter att bibehålla de fysiska och kognitiva funktionsförmågor hen har. Till en början är målet att 94 procent av de som är över 75 år ska kunna bo hemma. Hemmaboendet innebär sänkta kostnader för samhället, men är också tänkt att bidra till ett självständigare liv som på så sätt höjer livskvalitén. För tillfället varierar rehabiliteringen av äldre stort mellan kommuner. I många kommuner avses vardagsrehabilitering som personlig rehabilitering och utförs en timma om veckan. Resten av tiden tillbringas stillasittandes eller liggandes. (Hussi et al. 2017 s. 8-12)

Inom många yrken har man regler och förbud för hur tunga lyft som får utföras manuellt. I vårdyrket måste man däremot vara beredd på att lyfta människor av olika storlek och tyngd oberoende av situationen. I olika försök har det införts ett så kallat ”no lift policy” på sjukhus. I samband med lyftförbudet har man följt upp användningen av lyftredskap, samt frånvaro på grund av skador i stöd- och rörelseorgan. Jämfört med kontrollgruppen hade den grupp, som använde sig av redskap betydligt färre skador och frånvaro (Engkvist, 2006). Interventioner som innebär att man tar ergonomiska hjälpmedel och redskap i bruk, har i många fall gett riktigt goda resultat (Tamminen-Peter et al. 2007 s. 23).

Under åren 1992, 1995, 2005 och 2010 har man följt arbetsvillkoren inom social- och hälsovårdsyrken i tvärsnittsstudien; Sosiaali- ja terveystyöalat. I undersökningen framgår att nästan en tredjedel tycker att sitt yrke är fysiskt krävande, främst personalen inom äldreomsorgen och på baddavdelningar på hälsostationer, men också på sjukhus, inom hemvården och på servicehem. Över 70 procent svarade, att det upprepade gånger dagligen, eller till och med inom en timma förekom tunga lyft samt bärande och stödjande av patienter utan hjälpmedel. Arbete i dåliga ställningar, såsom till exempel i en

framåtlutande position kunde förekomma från en till fyra timmar om dagen hos hälften av personalen. (Laine et al. 2010 s. 30)

I en undersökning utredde man orsakerna till arbetsolyckor som ledde till ryggbesvär. Resultatet visade att över 80 procent uppstod i samband med flytt av patienter. I många av situationerna arbetade man under stress i en dålig ställning, för att snabba på arbetet. När patienten sedan varit i risk eller på väg att falla, var personalen tvungna att handla snabbt. (Engkvist, 1997)

## **1.1 Arbetsrelaterade skador**

Antalet arbetsrelaterade olyckor är i medel 34 procent högre inom social- och hälsovårdsbranschen, än i jämförelse med andra yrken inom EU (Tamminen-Peter et al. 2007 s. 15). Bland de mest förekommande skador i stöd- och rörelseorgan hos vårdpersonal, är skador i nacke- och skulderpartiet samt ryggen. År 2008 upplevde 59 procent av all vårdpersonal inom äldreomsorgen och på sängavdelningar i vårdcentral smärtor i nacken och skulderpartiet och 48 procent smärtor i nedre ryggen (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s.12). Ryggskador är för övrigt den vanligaste orsaken till störningar i stöd- och rörelseorgan i Finland. Fysiska orsaker till ryggskador är bland annat tungt fysiskt arbete, arbetsställningar där man står hukad och samtidigt roterar ryggen, samt att sitta på huk och arbeta. De psykiska orsakerna är stressrelaterade, som till exempel för stora krav i arbetet, små möjligheter att påverka sitt eget arbete och missnöjdhet på arbetsplatsen. På ett personligt plan är ålder, övervikt, rökning, liten fysisk aktivitet, psykisk ohälsa och genetiskt arv faktorer som utsätter för ryggskador och smärtor (Arbetshälsoinstitutet).

Som det tidigare konstaterades, kan psykiskt upplevd stress leda till fysiologiska reaktioner. Nacke och skulderpartiet är muskelgrupper som lätt reagerar på stress. Om tiden mellan skiften inte är tillräcklig för återhämtning, kan stressen leda till kroniska muskelspänningar som i sin tur leder till smärta (Bongers et al. 1993). Förutom stress, är skuldergördels statiska muskelarbete den enda orsaken som man känner till, som är starkt förknippad med nacksmärtor. När armarna hålls ut framåt eller åt sidorna en längre stund, måste trapeziusmuskelns övre del låsa fast skulderbladen och blir då tvungen att

arbeta statiskt (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s .20). Man kan minska drastiskt på skulderpartiets belastning genom att arbeta på rätt höjd och använda sig av avbelastande hjälpmedel, såsom draglakan eller glidlakan (Fagerström, 2013).

## **1.2 Förebyggandet av vårdpersonalens skador**

Vårdyrket ses traditionellt som omvårdnad och omhändertagande av patienter och man hjälper och utför saker åt patienten av god vilja, trots att de skulle klara sig själva. Ett nytt och aktiverande perspektiv på vården kräver utbildning och beslutsamt förändringsledarskap (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 28). Även Pettersson och Iwarsson talar om en utveckling och förändring av yrkesroller, som kräver förändring på organisatorisk och ledningsnivå (Pettersson & Iwarsson, 2015 s. 7). Vidare skriver Tamminen-Peter och Wickström (2014), att förändringen av arbetssätt är utmanande. Delvis på grund av att personalen som befunnit sig länge på inom yrket, överför sina arbetssätt till de som är nya. Överföringen av arbetssätt är inte enbart negativt, eftersom det ofta är de som är nya inom yrket, som i brist på erfarenhet skadar sig (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 17). Problemet är, att arbetssätten och kunskapen gällande ergonomi och patientflytt oftast är föråldrad, i många fall redan vid det skedet de lärs ut i läroverken (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 59). Fagerström (2013) konstaterar, att 31 procent av finska sjukvårdsstuderanden hade problem med ryggen i början av studierna. I slutet av studierna var motsvarande siffra 72 procent.

I det förebyggande arbetet av skador är det viktigt att engagera personalen och låta dem vara aktiva i det som Tamminen-Peter och Wickström (2014) kallar för säkerhetsledarskap av patientförflyttningar. Säkerhetsledarskapet delas in på tre plan där alla ansvarar för sin del:

- Organisationen, som ansvarar för att det finns rätt mängd personal i förhållande till antalet patienter.
- Avdelningen, där man tillsammans kommer överens om spelreglerna gällande patientförflyttningar och ser till att man har alla nödvändiga hjälpmedel och redskap.

- Individerna, personalen kan och vill binda sig till de spelregler man tillsammans har kommit överens om.

Hur starkt personalen binder sig till de regler som man tillsammans har kommit överens om, har en direkt koppling till hur mycket de har fått vara med och påverka planeringen av reglerna. Gemensam diskussion och gemensamma mål leder till ett mer aktivt deltagande. Personalen behöver tillräcklig och regelbunden utbildning och kunskap gällande de åtgärder som reglerna innebär. Personer som ansvarar för ergonomin och utbildning av personalen ska utses och en aktiv uppföljning av att alla följer reglerna bör göras. (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 24)

### **1.3 Socioekonomiskt perspektiv**

Den offentliga vårdsektorn förbrukar en stor del av Finlands budget. För att förändringar ska ske, är det ofta nödvändigt med en ekonomisk motivering. Särskilt när finansieringen sker på bekostnad av skattemedel. I Finland betalas det ut närmare två miljarder euro varje månad i form av sjukfrånvaro och sjukpensionering (Rissanen & Kaseva, 2014 s. 3). Sedan år 2015 har sjukfrånvaron stigit bland kommunala arbetare med sjukskötare, närvårdare och hemvårdare högst upp på listan. Det finns en tydlig kausalitet med en ökad belastning på vården och sjukfrånvaron. En passiverande vård leder till institutionalisering för patienten samt belastningsskador för vårdpersonalen.

Om vardagsrehabilitering och god ergonomi kan ge önskad utdelning i form av ett självständigare liv av högre kvalitet till patienten, samt mindre sjukfrånvaro och bättre hälsa för vårdpersonalen samt besparade skattemedel, vad är orsaken till att man inte satsar mera på dessa färdigheter och kunskaper? Mycket tyder på att det är vanor som sitter i. Pettersson och Iwarsson (2015) menar, att en förändring av synsätt och arbetssätt krävs på en organisatorisk och ledningsnivå samt att man måste förändra och utveckla personalens yrkesroll. Fagerström (2013) tillägger, att vårdpersonal överför hjälptekniker och rutiner som är svårt att komma ifrån, utan en ändring av arbetskultur.

Kauppinen (2012) ger en konkretisering av de sammanlagda kostnaderna för bristfällig arbetshälsa. Som en jämförelse redovisas Finlands bruttonationalprodukt för år 2010,

vilket var 180 miljarder euro och statens budget 50 miljarder euro. Av dessa 50 miljarder, gick 41 miljarder åt olycksfall på arbetsplatsen, sjukfrånvaro, förtidspensionering, presenteeism och hälso- och sjukvårdskostnader. Presenteeism innebär, att man befinner sig på arbetsplatsen trots att man är sjuk. (Kauppinen et al. 2012 s. 12)

I Heinola övergick man år 2008, till att kartlägga patienternas fysiska funktionsförmåga från den stund de kom till avdelningen. Förhöjandet av funktionsförmågan gjordes till ett centrerat mål i vården. Genom att öka de fysiska aktiviteterna för patienterna, lyckades man att dra ner antalet vårdplatser med två tredjedelar, samtidigt som man möjliggjorde ett självständigare liv av högre kvalitet (Timonen et al. 2014). En passiverande vård leder till utdragna perioder på sjukhus och bidrar till institutionalisering. För tillfället beräknas den otillräckliga rehabiliteringen kosta en halv miljard euro årligen i Finland (Hussi et al. 2017 s. 8).

Ser man i Finlands fall till EKSOTE:s exempel på en omstrukturering av vården och resultat samt erfarenheter man har fått, märker man att omresursering kan vara avgörande om man vill dra ner på institutionaliseringen. Med nya rehabiliteringssjukhuset Armila, har man kunnat lägga ner 500 långvårdsplatser och möjliggjort ett liv hemma för 95 procent av patienterna efter en månads rehabilitering. Utöver, så kunde en del av de rehabiliterade ge upp de tjänster de tidigare haft via hemvården. (Hussi et al. 2017 s. 27)

I Norge jämfördes vardagsrehabiliteringens kostnadseffektivitet med traditionell hemvård. I en undersökning av Kjerstad och Tuntland (2016) beskrivs vardagsrehabilitering på följande sätt; En form av rehabilitering som utförs i hemmet och som fokuserar på självständighet i dagliga aktiviteter som av patienten anses viktiga. Besparingarna under en uppföljningsperiod på 9 månader var märkbara. Ur patienternas synvinkel upplevde de som fick vardagsrehabilitering en högre funktionsförmåga och tillfredsställelse med sin ADL, än de som fick traditionell hemvård. Även här kunde många av deltagarna minska på mängden hemtjänst. (Kjerstad & Tuntland, 2016)

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med examensarbetet är att utveckla personalens kunskap om ergonomi och vardagsrehabilitering och deras betydelse inom vårddyrket. Avgränsningen sker genom att fokusera på hur vardagsrehabilitering och ergonomi kan användas för att minska på den fysiska belastningen i vårdarbetet, men också hur patientens aktivering bidrar till en mer rehabiliterande vård. Examensarbetet resulterar i en informativ broschyr: *Pidä huolta itsestäsi ja potilaasta – Opas aktivoivaan ja ergonomiseen hoitotyöhön.*

## **TEORETISK REFERENSRAM**

I den teoretiska referensramen granskas begreppen ergonomi och vardagsrehabilitering och vilken fysisk påverkan de har på patienten och vårdpersonalen.

### **1.4 Ergonomi**

Ergonomi är, att anpassa teknik och handling till människan och kan avgränsas genom att fokusera på arbetsprocesser och tekniska lösningar. International Ergonomics Association har delat in definitionen av ergonomi i tre följande delar; fysisk-, kognitiv- och organisatorisk ergonomi. Fysisk ergonomi står bland annat för den fysiska omgivningen och de verktyg som används. Kognitiv ergonomi innebär till exempel operativsystem i de maskiner eller verktyg man använder sig av. Organisatorisk ergonomi omfattar däremot personal, arbetsprocesser och arbetsschema. (Launis & Lehtelä, 2011 s. 19-20).

Ergonomi innebär inte bara bra hållning och avbelastande arbetsställningar, utan strävar också genom olika lösningar att lätta på det fysiska arbetets medförda ansträngning. Ett tidvis hektiskt tempo och arbete i skift kan bidra till stress. Stressen leder i sin tur till snabba och enkla, men dåliga lösningar som ur en ergonomisk eller vardagsrehabiliteringens synvinkel inte är de bästa. Man utför patientförflyttningar utan att aktivera patienterna, samt utför vardagliga ADL uppgifter istället för att låta patienterna utföra de själva. Skiftarbetet och stressen ökar riskerna för skador, genom att

man tidvis utför arbetsuppgifterna när man är trött. Stress för också med sig en förhöjd muskeltonus i nacke, axlar och rygg (Kauranen, 2018 s. 41, Ekman & Arnetz, 2005 s. 278).

Ergonomi är ett verktyg som används för optimering och utveckling av arbetets fysiska moment. Genom att använda sig av tekniska hjälpmedel och utnyttja sig av fysikens lagar, samtidigt som arbetsomgivningen anpassas till antropometriska mått, säkerställer man en trygg arbetsmiljö som upprätthåller personalens arbets- och funktionsförmåga (Launis & Lehtelä, 2011 s. 70).

Vårdarbetet klassas som ett fysiskt medeltungt arbete (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 53). Trots att man är medveten om de fördelar som god ergonomi bidrar med, är ergonomins värde och effekt svår att mäta. Ergonomins verkan sprids ofta ut i hela organisationen på många olika plan och märks ofta endast genom avsaknad av skador. Launis och Lehtelä (2011 s. 36-37) menar att det kan vara problematiskt att förutse till vilken grad ergonomin, eller bristen på den, har bidragit till förekomsten eller avsaknaden av skador.

#### **1.4.1 Psykisk belastning**

Även om man generellt bör utgå ifrån ett holistiskt perspektiv, där det psykiska har ett inflytande på det somatiska och vice versa, tas i detta kapitel för avgränsningens skull, endast hänsyn till de fysiska utslag som psykiska reaktioner kan ge. Smärta i rygg, nacke och skulderpartiet orsakad av upplevd stress, är ett växande problem i den arbetande befolkningen, särskilt hos vårdpersonalen (Ekman & Arnetz, 2005 s. 278, Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 12).

Stress är en reaktion som människan har som en kvarleva från sin evolutionära utveckling. Det autonoma nervsystemet ger påslag genom att tillfälligt höja pulsen och blodtrycket. Samtidigt utvidgas blodkärlen i musklerna för att kunna åstadkomma en så stor kraft som möjligt. De fysiska reaktionerna var till nytta i farliga eller oväntade situationer och kallas även för ”kamp eller flykt” reaktionen. Stress är en människas reaktion till den konflikt som uppstår, när en viss situations förväntningar eller krav överstiger de egna

möjligheterna eller förmågorna och kan även vara skadligt i längden genom metabola förändringar orsakade av stresshormoner. Stressreaktionen är ett bra och enkelt exempel på hur psykosociala upplevelser kan ge fysiska utslag. (Ekman & Arnetz, 2005 s. 355, Launis & Lehtelä, 2011 s. 108)

En snabb arbetstakt i en hektisk arbetsomgivning kan leda till stress, men även ett monotont och marginellt stimulerande arbete påverkar det psykiska välmåendet i längden. Monotona och enkla arbetsuppgifter kan kännas omotiverande, uppretande och obehagliga och framkalla samma fysiologiska stressreaktion som ett arbete i en hektisk omgivning. (Ekman & Arnetz, 2005 s. 278, Launis & Lehtelä, 2011 s. 109)

Smärtor i rygg, nacke och skuldror orsakade av stress, kan uppstå av långvariga muskelspänningar med mycket låg intensitet. Den låga intensiteten i muskelspänningen gör att den lätt går obemärkt, men är tillräcklig för att starta nedbrytande processer som orsakar värk och skador i längden. På grund av den låga muskelspänningen kan man arbeta långa tider med statisk spänning, utan att märka utmattningen i muskulaturen. I en ständigt spänd muskulatur minskar läkningen och återhämtningen av skadade muskelfibrer. Muskelspänning som är orsakad av psykiska faktorer, kan pågå även när man är ledig och hindrar på så sätt återhämtningen. Nackens och skuldrornas utsatthet för smärta orsakad av stress förklaras genom att det i trapeziusmuskeln finns ett ovanligt stort antal känselorgan, men också för att man under stress inte är lika lyhörd för kroppens signaler. (Ekman & Arnetz, 2005 s. 271, 278-279)

Arbete i skift är ytterligare en faktor som ökar riskerna i vårdarbetet. Den oregelbundna dygnsrytmen gör att man är mer benägen för skador på grund av ouppmärksamhet. Skiftarbetet i sig medför hälsorisker. Särskilt nattskiftet, som enligt undersökningar är en riskfaktor för flera sjukdomar och till och med en för tidig död. Noggrann planering av skiftet är av stor vikt för att undvika risker i den mån det är möjligt. Det ska finnas en konsekvent rytm mellan arbetet i de olika skiften. Skiftet bör gå i kronologisk ordning, till exempel morgon, morgon, kväll, kväll och natt, natt. Cyklerna bör vara korta med tillräckligt många lediga dagar i mellan för återhämtning. Som en tumregel bör man inte göra mer än sex arbetsdagar i sträck och ha minst två lediga dagar efter det sista nattskiftet. (Partinen, 2012)



### 1.4.2 Fysisk belastning

Flytt av patienter ska inte förknippas med lyft. Lyft ska inte utföras förrän patienten är helt oförmögen att själv vara aktiv vid flyttet och ska i sådana fall ske med hjälp av hjälpmedel. I andra fall ska man föredra att till exempel rulla eller glida patienten med tillhörande redskap. Ergonomi i vårdarbetet måste ta i hänsyn både patient och personal. Redskapen och utrymmena ska vara trygga och ändamålsenliga, arbetsutrymmen och redskap som används kontinuerligt måste vara inställningsbara, eller finnas i olika storlekar (Launis & Lehtelä, 2011 s. 189, Arbetshälsoinstitutet). Trots redskapens till synes enkla utseende, är det okunskapen av deras bruk som står som personalens hinder. I samband med instruktion av hur redskapet används på rätt sätt, bör man också passa på att prova på redskapen själv. Därmed får man insikt i hur ett lyft kan kännas från patientens perspektiv och man kan ställa sig in i den eventuella rädslan och osäkerhet som ett lyft kan innebära (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 51).

Statsrådet har ett lagkraftigt beslut från år 1993 angående lyft; Statsrådets beslut om manuellt utförda lyft och flyttningar i arbetet 1409/1993. Beslutet och tillämpningen gäller allt manuellt arbete som innehåller lyft. Beslutet förpliktar arbetsgivaren att förse arbetstagaren med de redskap och tillhörande utbildning som behövs, för att minimera risken för fysiska skador (Finlex, 1993). Arbetskyddslagen definierar ändå inte utbildningens innehåll eller längd (Tamminen-Peter & Wickström 2014 s. 128). Det finns heller ingen lagstiftning i Finland angående för hur tunga lyft man får utföra. Orsaken är, att belastningen av stöd- och rörelseorganen inte enbart grundar sig på objektets vikt, men påverkas också av hur lyftet utförs, hur ofta och på den fysiska kondition och kroppskontroll på den som utför lyftet (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 13).

Dåliga arbetsställningar där ryggen böjs framåt upprepade gånger och under längre stunder, i samband med tunga lyft som innebär samtidig rotation av överkroppen innebär en stor skade- och överbelastningsrisk. Förutom de korta stunder som ryggen måste utstå närpå maximala krafter vid flytt av patienter eller när något oförväntat händer, påverkar de långvariga statiska arbetsställningarna ryggens förmåga att återhämta sig (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 15).

## 1.5 Vardagsrehabilitering

Vardagsrehabilitering är definierat på olika sätt, beroende på i vilket land eller i vilket sammanhang den implementeras. En definition är ändå bra att ha för att kunna sätta ramar för den verksamhet som bedrivs. Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, definieras vardagsrehabilitering på följande sätt:

*”Vardagsrehabilitering är ett arbetssätt där omsorgs- och vårdpersonal har kunskap i ett rehabiliterande förhållningssätt och uppmuntrar personen till eget handlande. Att ta till vara personens egna resurser och möjligheter till att vara aktiv i vardagen ska ingå som en del i de dagliga bistånds-, vård- och omsorgsinsatserna.” (Pettersson & Iwarsson, 2015 s. 7)*

Definitionen understryker vikten av ett arbetssätt som involverar alla yrkeskårer som har med patienten att göra. Vardagsrehabilitering innebär att man ger patienten tid att förstå vad som ska göras, vad som förväntas av hen i en viss situation och hur hen ska utföra något. Man hjälper endast till där patienten själv inte klarar sig. Det är viktigt att individuellt kartlägga varje patients fysiska krafter, önskemål och begränsningar. Patientens önskemål är viktiga även ur den synvinkeln, att motivation kan vara en avgörande faktor för vardagsrehabiliteringens lyckande (Tuntland et al. 2016).

Det finns mycket begränsat med forskning om vardagsrehabilitering, men en hel del indikationer på, att vardagsrehabilitering bland annat möjliggör ett självständigare liv genom förbättrad ADL. Detta ger en möjlighet till att kunna bo kvar hemma längre och ett mindre behov av till exempel hemtjänst (Pettersson & Iwarsson, 2015 s. 5). Förutom de fördelar som vardagsrehabilitering har för patienten, reflekteras fördelarna även ekonomiskt. En patient som är mindre beroende av samhällets tjänster, sparar pengar.

Vardagsrehabilitering kan ännu inte ses som en genomgående standard inom vården, utan snarare som ett alternativ. De erfarenheter som finns att tillgå, bortsett från några undantag, kommer från de andra nordiska länderna. I Danmark är vardagsrehabilitering vitt utbredd och i Sverige och Norge har flera kommuner infört vardagsrehabilitering som en del av den dagliga vården. Erfarenheterna har varit positiva, inte bara ur patienternas och vårdpersonalens synvinkel, men också ekonomiskt. Vardagsrehabiliteringen har till exempel visat sig vara kostnadseffektivt och minskat behovet av långtidsvård (Kjerstad & Tuntland, 2016).

De nordiska samhällena liknar varandra till kultur och struktur och därför är det lätt att dra paralleller till Finland. Satsning på effektiv rehabilitering har gett ekonomisk avkastning även här. EKSOTE, Södra-Karelen social- och hälsovårdsdistrikt har satsat en miljon euro på att anställa fler ergo- och fysioterapeuter. Därmed har man sparat in tre miljoner euro och minskat på antalet nya kunder inom hemvården med 56 procent, under en uppföljningsperiod på sex månader (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyö, 2017).

### **1.5.1 Vardagsrehabilitering vid patientförflyttningar**

För att undvika skador och för att patienten alltid ska hjälpas på samma sätt av alla i personalen, är dokumenteringen viktig. I dokumenteringen ska patientens funktionsförmåga, hur den påverkas av medicinering och dygnsrytm, behovet av utomstående hjälp samt vårdens mål skrivas ner. En klar och tydlig dokumentering hjälper patienten att använda sina krafter på bästa sätt vid flytt. Särskilt viktigt i förebyggandet av skador är, att dokumentera funktionsförmågan och behovet av hjälp. Enkla sätt att mäta och få en uppskattning om patientens fysiska krafter är, att be patienten trycka dina händer så hårt hen kan, samt att sträcka och böja på knät när du själv håller emot med handen. (Tamminen-Peter, 2014 s. 65)

Som i vilken situation som helst, där två människor möts, är ömsesidig respekt och tillförlitlighet en viktig grund för det fortsatta samspelet. Även i de situationer där patienten är oförmögen att verbalt uttrycka sin vilja. Ett medmänskligt bemötande där patienten är medveten om vad som förväntas av hen i olika situationer, stärker växelverkan mellan patienten och vårdpersonalen. Om patienten själv inte får vara aktiv vid till exempel själva patientförflyttningen och påverka i vilken takt som flyttet sker i, är det möjligt att hen inte förstår vad som sker. Om flyttet utförs endast i personalens takt, är takten troligen för snabb för patienten. Hen tappar då kontrollen över situationen och resultatet är, att flyttet blir tungt, besvärligt och riskfyllt för bägge parter. (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 68-69)

Att hjälpa till, är inte samma som att utföra något för någon annan. Uppgifter som patienten själv klarar av, ska endast utföras av patienten själv. Man bör därför tänka på hur man kommunicerar verbalt. Betydelsen av tydlig kommunikation blir allt viktigare

för personalens säkerhet när man är i kontakt med en patient vars funktionsförmåga är starkt nedsatt. En patient med minnesförlust eller oförmåga att känna igen sin kropp kan bli rädd och vara motsträvig. Nekande ord ska undvikas vid verbal guidning av minnessjuka. Exempelvis ”sitt inte” kan höras och tolkas som ”sitt”, vilket får patienten att fungera tvärtom från det man ville ursprungligen. (Tamminen-Peter, Wickström 2014 s. 69)

Tamminen-Peter och Wickström (2014) listar upp följande saker att tänka på vid patientförflyttningar:

- Ta ögonkontakt.
- Beskriv kort vad som kommer att hända.
- Dela in flyttet i mindre delar.
- Ge patienten tid och ett stöd att ta tag i.
- Prata tydligt, undvik nekande ordval.
- Guida patienten med några få ord.
- Hjälp patienten att komma igång med hjälp av facilitering, beröring eller en underlättande ställning.
- Tvinga inte, använd gärna humor.
- Säkerställ att patienten ser var hen ska flyttas. (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 70)

Ibland räcker inte muntlig guidning och då krävs även beröring och rörelse. Enkel facilitering eller uppmanande till rörelse genom beröring kan vara avgörande för att patienten ska aktiveras. Särskilt viktigt är detta med patienter som har en starkt nedsatt funktionsförmåga. När de andra sinnen avtar i samband med sjukdomar och ålder, ökar beröringens betydelse eftersom känseln och proprioceptiken får en större betydelse. Beröringen i sig har en lugnande effekt som inger förtroende. Om någon rörelse är svår för patienten så hjälper man till, men bara så mycket som patienten behöver. (Tamminen-Peter, Wickström 2014 s. 69-71)

Vid patientflytt kommer personalen oundvikligen tätt inpå patienten, vilket kan framkalla ångest och en ångestfylld patient kan reagera våldsamt. Om patienten inte förstår varför man tar i eller är nära inpå hen, är en våldsam reaktion hennes enda sätt att försvara sig på. Att ta ögonkontakt och närma sig patienten på ett lugnt och öppet sätt inger förtroende.

Patienten kan även bli våldsam under själva flyttet om man tar i hen på ett sätt som inte känns bra, eller till och med gör ont. Man bör helt och hållet undvika att lyfta eller ta i patientens huvud, armhålor, inre lår samt genitalierna. (Tamminen-Peter et al. 2007 s. 39-40)

### **1.5.2 Vardagsrehabiliteringens inverkan på arbetsbördan**

Vardagsrehabilitering innebär en lättnad i den fysiska belastningen för vårdpersonalen på avdelningen. Genom att aktivera patienten och ge hen tid att utföra saker själv och vara en aktiv deltagare i flytt, gör man arbetet lättare för sig fysiskt. En grundläggande tanke vid flytt av patienter i överlag är, att undvika lyft och långvarigt arbete i dåliga ställningar. I samband med flytt ska man också bedöma patientens tillstånd, samt hens och sina egna fysiska resurser. Utgående från detta, ska man välja hjälpmedel och aktiveringssätt. (Arbetshälsoinstitutet).

Problem i stöd- och rörelseorgan är den största orsaken till sjukfrånvaro och sjukpensionering bland vårdpersonal och kommunala arbetare (Oksanen & Salo, 2017, Kuntatyönantajat, 2012 s. 1). Evidensen på vardagsrehabiliteringens minskande effekt på skador i stöd- och rörelseorgan är bristande. Definitionen av och meningen med vardagsrehabilitering är att göra patienten till en aktiv deltagare av sin vård. Man kan tänka sig att vardagsrehabiliteringen är patientens roll i växelverkan med vårdpersonalen. En grundläggande tanke är, att sättet som man flyttar patienten på stöder hens initiativförmåga och vårdens mål, samt belastar personalen så lite som möjligt (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 126)

## **1.6 Fysiska krav och rekommendationer**

I Finland är medelåldern för sjukpensionering bland vårdpersonalen 56 år och den största enskilda orsaken är problem i stöd och rörelseorgan. I en undersökning genomförd av UKK-institutet, ville man se hur en god fysisk kondition hos kvinnlig vårdpersonal påverkade sjukfrånvaron. I undersökningen deltog 219 kvinnor i åldrarna 30-55 år. Bland den tredjedel av deltagarna som hade sämst aerobisk kondition, var sjukfrånvaron nio gånger vanligare, jämfört med den tredjedel som hade bäst aerobisk kondition. Däremot

i jämförelse med de som hade bäst muskelkondition, var sjukfrånvaron 15 gånger vanligare. (Suni et al. 2011)

Muskler och leder ansträngs mycket i arbeten som kräver stor kraft, men i längden är även små och upprepade krafter skadliga. Statiska arbetsställningar eller upprepade ensidiga rörelser kan i längden ha samma skadliga effekt som enstaka tunga lyft. Inom vårdyrket är största delen av personalen kvinnor och i genomsnitt är en kvinnas muskelstyrka två tredjedelar jämfört med en mans styrka. Största skillnaden i styrka finns i armar och axelparti, där krafterna är ungefär hälften männens. Trots individuella skillnader i muskelstyrka, så bör man också ta i hänsyn till att muskelstyrkan och förmågan att producera kraft avtar med stigande ålder. De fysiska kraven på arbetet förblir dock desamma. Under ett skift som varar i åtta timmar bör den största fysiska belastningen vara 50 procent av en persons maximala styrka. Under samma tidsperiod ska de långvariga statiska arbetsställningarna inte överstiga två procent av den maximala styrkekapaciteten. (Launis & Lehtelä, 2011 s. 71-76)

Med kroppen som ett redskap i vårdarbetet krävs en god fysisk kondition för att klara av de påfrestningar som arbetet medför. Utan regelbunden fysisk aktivitet sjunker den fysiska konditionen i medel med cirka 40 procent mellan åldrarna 20 - 60-års ålder och år 2020 förväntas en fjärdedel av vårdpersonalen vara 65 år gamla (Tamminen-Peter et al. 2007 s. 24, Kauppinen et al. 2013 s. 202). Tar man inte hand om sitt fysiska välmående, kommer arbetet att leda till överbelastning. Fysiken hos vårdpersonalen bör vara så pass bra, att den överstiger de krav som arbetet ställer. Flytt och stödjande av en patient i rörelse kan medföra överraskande och snabba moment som kroppen måste vara beredd på. (Tamminen-Peter et al. 2007 s. 24)

Kroppskontroll i form av styrka och balans är av yttersta vikt i förebyggandet av skador. En person med bra fysik kan ta emot arbetets fysiska påfrestningar bättre och fungerar snabbare och mer kontrollerat i överraskande situationer. Stark fysik förknippas ofta med starka muskler, men lika mycket handlar det om nervsystemets förmåga att reagera och styra och kontrollera musklernas arbete. En god ergonomi kräver inläring genom upprepade repetitioner för att kunna optimera användningen av krafterna på ett effektivt sätt. (Launis & Lehtelä, 2011 s. 77-78)

## 1.7 Hjälpmedel och redskap

Enligt arbetarskyddslagen (2002/738) är arbetsgivaren skyldig att bistå med hjälpmedel, om arbetet i sig kan medföra fara för olycksfall. Arbetsgivaren är också skyldig att ge undervisning och handledning i användning av de redskap som används i arbetet (Finlex, 2002). I arbetarskyddslagen finns inte inskrivet någon minimigräns för antalet hjälpmedel och redskap, men den måste vara anpassad till antalet patienter och deras funktionsförmåga. Funktionsförmågan kan delas in i tre klasser: fullt hjälpta, delvis hjälpta och självständiga patienter (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 52). Fagerström (2013) rekommenderar, att det på varje avdelning bör finnas en golvlyft och en uppreningslyft för var tionde patient. Övriga dagliga hjälpmedel som glidbräda, gångbälte, duschstol samt glidmadrass räcker det med en för varje avdelning.

## METOD

Ett utvecklingsarbete enligt Carlström och Carlström Hagman (2006) utformas i fem olika faser:

I fas ett väljer man området som ska utvecklas och ger arbetet dess syfte. Man börjar med litteraturstudier och utformar sin teoretiska referensram utgående från material som redan är publicerad. Valet av material står därmed som grund för hela arbetet och kräver extra uppmärksamhet. Beskrivningen av datainsamlingen och argumenteringen för valet av material ger litteraturöversikten dess trovärdighet. (Carlström & Carlström Hagman, 2006 s. 104, 175)

Fas två innebär planering av verksamheten och uppläggning av arbets- och tidsplan. Man väljer utvärderingsstrategi, datainsamlingsmetod, undersökningsgrupp och bearbetningsmetod. Den andra fasen är en kort sammanfattat en handlingsplan för utvecklingsarbetet som svarar på frågorna: vad, vem, hur, när och varför. (Carlström & Carlström Hagman, 2006 s. 111)

I tredje fasen samlas information in vid behov, med hjälp av intervjuer, enkäter, observationer eller dylikt. Den utarbetade handlingsplanen tar sin konkreta form.

Undersökningsgruppen står i centrum för datainsamlingen, som sedan ska utvärderas och bearbetas. I detta arbete samlades information in genom ytterligare litteratursökningar på grund av svårigheter med att få tidtabeller att stämma. (Carlström & Carlström Hagman, 2006 s. 113)

Fjärde fasen innebär en bearbetning av insamlad information. Resultaten analyseras och jämförs med de mål eller frågor man hade i början. Beroende på arbetet och resultaten, kan de ibland vara bra att förtydligas genom diagram eller tabeller. I redovisningen är det viktigt att begränsa informationen till det mest väsentliga. Avvikande svar eller information kan i vissa fall vara intressanta för att understryka mångfalden av svar. (Carlström & Carlström Hagman, 2006 s. 114-115)

I femte fasen dras allt samman. Vad finns det att lära sig av resultaten och hur kan man utnyttja dem som bäst? Hur tillförlitlig är den insamlade informationen? Informationen ska sedan spridas. Detta kan ske på olika sätt, till exempel i skriftlig form eller genom möten. Det viktigaste är att målgruppen för informationen är den rätta. (Carlström & Carlström Hagman, 2006 s. 115-116)

## **1.8 Etik**

Under arbetets gång har Forskningsetiska delegationens riktlinjer angående god vetenskaplig praxis följts. Arbetets utformning och den information som ligger som grund ska ha en hög transparens genomgående. Därmed ska ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet beaktas i presentation av och i jämförelse med andras undersökningar och resultat. Insamlingen av data, undersöknings- och bedömningsmetoder är förenliga med kriterier för forsknings- och utvecklingsarbete och är etiskt övervägda. Planeringen, genomförandet och rapporteringen av utvecklingsarbetet har gjorts enligt vetenskapliga metoder. (Arcada, Forskningsetiska delegationen)

## **1.9 Informationssökning**

Information söktes genom databaserna Academic Search Elite (EBSCO), PubMed och Google. Sökmotorn Google användes på grund av den sparsamma mängd information



gällande vardagsrehabilitering som fanns till hands, men också för statistisk data. Information som hänvisar till källor hittade genom Google, ska ha getts ut av officiella institutioner, och hänvisa till vetenskapliga källor. Artiklar som valts ut från EBSCO eller PubMed ska ha genomgått kritisk granskning (peer reviewed) och vara i full text. Sökord som användes i litteratursökningen var: kuntouttava työote, musculoskeletal disorder, no lift policy, low back pain, nurse, nursing, occupational stress, patient handling, reablement, vardagsrehabilitering och work related, eller kombinationer av dessa. Utöver elektroniska källor, har behörig litteratur använts. Artiklar, undersökningar och material av västerländskt ursprung föredrogs, för att kunna vara så pass jämförbara med vårdkulturen i Finland som möjligt.

## **PROCESSBESKRIVNING**

Idén till arbetet fick sin början under min neurologiska praktik hösten 2017. Patienterna på den neurologiska avdelningen tillbringade långa rehabiliteringsperioder på sjukhuset och fick fysioterapi en timma om dagen. Resterande tiden var förhållandevis passiv och patienterna fick mycket hjälp med sina vardagliga sysslor, särskilt vid patientförflyttningar. Vid förflyttningarna lade jag också märke till vårdpersonalens kroppskontroll samt ergonomin, som i många fall var bristande. Frågan om en aktivare vård som bidrar till rehabiliteringen började ta sin form. Under informationssökningen stötte jag på begreppet vardagsrehabilitering. Vardagsrehabiliteringens definition av Pettersson och Iwarsson (2015) i kapitel 4.3, var ett kort och koncist svar och lösning för en aktivare och mer ergonomisk vård och Esbo sjukhus som arbetets beställare, en mottaglig arena.

Den fysiska belastningen inom vårdyrket och vårdpersonalens utsatthet för skador i stöd- och rörelseorgan kan inte avlägsnas helt. Vid patientförflyttningar finns alltid risker, både för personal och patient, oavsett hur aktiv patienten själv är vid flyttet. Motiveringen till att granska både ergonomins och vardagsrehabiliteringens inverkan på uppkommandet av skador hos vårdpersonalen kändes logiskt. Begreppen går hand i hand och kompletterar varandra. Med rätt tillämpning har de långt gående hälsomässiga, skadeförebyggande, rehabiliterande och socioekonomiska följder.

Efter att idén hade utformats, stämde ett möte med handledare från Esbo sjukhus och Arcada i januari 2018. Under mötet diskuterades idén. I vilken form den bör göras och det lämpligaste sättet att närma sig ämnet på, för att undvika motstridigheter bland olika yrkesgrupper. Det ansågs som viktigt för alla parter, att materialet är utformat på ett sätt som gör det så mottagligt som möjligt och inte ger ett intryck av att man vill peka ut i brister i andras arbete. Personalen ville göras delaktig genom en presentation av det färdiga arbetet. Ingen tidsplanering gjordes vid detta tillfälle, på grund av då påbörjad yrkespraktik. Efter besöket började informationssökningen om vardagsrehabilitering och ergonomi. Det framgick snabbt, att det finns relativt lite information om vardagsrehabilitering.

Vid ett senare tillfälle i februari 2018 besöktes Esbo sjukhus på nytt, för att den här gången följa vårdpersonalens arbete vid ett morgonskift. Vid besöket kom det fram, att alla på avdelningen inte arbetar på samma sätt och aktiverar patienten, utan utför uppgifter åt patienten som hen själv skulle kunna klara av eller vara delaktig i. En presentation av utrymmena på avdelning 1 samt deras ergonomiska och rehabiliterande hjälpmedel gjordes också. Besöket klargjorde att det finns brister inom arbetskulturen. Alla arbetar inte på samma sätt, vilket leder till en passiverande vård och ökad risk för skador. Uppföljning med Esbo sjukhus har sedan besöket skett via e-post.

Den insamlade informationen stöder idén om att en passiv vårdkultur i längden inte är hållbar och har långt gående följder för såväl patienten, vårdpersonalen som för sociala resurser. Angående ett ergonomiskt arbetssätt, har arbetsgivaren en förväntning om att arbetstagaren har fått tillräcklig utbildning då arbetet påbörjas. Därmed kan föråldrade arbetssätt överföras och skapa en arbetskultur, som inte är utvecklande i det anseendet. Det stora ansvaret ligger därmed på skolan, som bör se till att ergonomi samt aktiva patientförflyttningar är en del av utbildningsplanen. Utöver så har ergonomi och vardagsrehabilitering klara socioekonomiska följder, som kan vara avgörande för vidareutveckling av dessa på arbetsplatser och skolor, därför bör dess relevans nämnas i arbetet.

Ergonomi och vardagsrehabilitering kompletterar varandra och bidrar till en mer patientcentrerad, skadefri och rehabiliterande vård. Ergonomins avbelastande verkan har varit känd sedan länge och forskning om vardagsrehabilitering har gett positiva resultat för bland annat patientens förbättrade ADL. Vårdarbetet förutsätter också vissa fysiska krav, som bör utvecklas och uppehållas med regelbunden motion. Syftet att utveckla arbetet på Esbo sjukhus med hjälp av en broschyr, som sätter personalens välmående i fokus genom ergonomi, vardagsrehabilitering och ökad kroppskontroll, kändes som det mest uppmuntrande sättet.

## **1.10 Slutprodukten**

För att utveckla avdelningsarbetet på ett motiverande och uppmuntrande sätt, sattes personalens välmående i fokus i broschyren. Enligt Tamminen-Peter och Wickström (2014) samt Pettersson och Iwarsson (2015) genomförs förändringar i själva arbetet på bästa sätt, genom att göra vårdpersonalen delaktiga i beslut angående arbetssätt och med ledningens stöd (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 24, Pettersson & Iwarsson, 2015 s. 7).

Man bör gemensamt bland personalen komma överens om regler i arbetet gällande vardagsrehabilitering och ergonomi. Därför måste alla vara på samma plan angående vad begreppen innebär på avdelningen i fråga. Vardagsrehabilitering grundar sig mycket på att lära känna igen och nyttja de kognitiva och fysiska resurser en patient har, genom växelverkan. I samband med vårdarbetet bör personalen lära känna igen dåliga och riskfyllda arbetsställningar, genom korrekt ergonomi och användning av hjälpmedel för att undvika skador.

De mest utsatta muskelgrupperna finns i rygg, nacke och skulderpartiet. Smärta i nacke och skuldrorna orsakas främst av arbetsställningar där armarna är utsträckta under längre perioder. Statisk belastning och dåliga arbetsställningar i framåtlutande eller vridna positioner belastar ryggen hårt. I samband med flytt eller stödjande av patienten ökar skaderisken i ryggen avsevärt (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 15, 20).

Upplevd stress på arbetsplatsen är en gemensam faktor som ökar smärtorna i dessa muskelgrupper (Ekman & Arnetz, 2005 s. 278). Orsakerna till stress kan vara svåra peka ut och är oftast mångfacetterade. Gonge et al (2002) skriver, att stress och smärta i nedre ryggen har ett tydligt samband bland vårdpersonal. Launis och Lehtelä (2011) menar att ensidiga och ostimulerande arbetsuppgifter samt möjligheten att kunna påverka sitt eget arbete, kan framkalla stressreaktioner på samma sätt, som ett arbete i högt tempo under långa perioder (Launis & Lehtelä, 2009 s. 109). Uppmärksammandet av stress är viktigt, eftersom den kan vara en primär orsak till smärta i rygg, nacke och skulderparti (Ekman & Arnetz, 2005 s. 273). Om personalen själva får vara med och påverka och utveckla sina arbetsmetoder, minskar man på stressen ur denna synpunkt.

Vårdarbetet kräver en god fysik och kroppskontroll av vårdpersonalen, för att klara av de påfrestningar som arbetet utsätter den för. En bra ergonomi vid tunga arbetsmoment kräver ett bra kroppsmedvetande. För att utveckla styrka och kroppsmedvetandet kommer slutprodukten, broschyren, att innehålla tre funktionella övningar för vårdpersonalen. Det har även visat sig, att interventioner som innehåller fysisk träning har varit effektiva i att minska på problem i stöd- och rörelseorgan (Fagerström, 2013). Övningarna har valts ut för att förbättra proprioceptiken om kroppens hållning, stärka kroppens mest utsatta muskelgrupper och förbättra kroppshållningen mot en utomstående kraft. Övningarna är funktionella och utförs i en sluten kedja, för att på bästa sätt kunna imitera rörelsemönster och påfrestningar som kan uppstå i vårdarbetet (Richardson & al, 2005, s. 116, 176-182).

När man tillsammans har satt in vardagsrehabilitering och ergonomi i gemensamma ramar, bör man utse några i personalen som ergonomiansvariga på avdelningen. De ser till att alla arbetar på samma sätt och bistår med eventuell hjälp, samt ansvarar för uppehållande och uppdatering av ergonomiska färdigheter och kunskaper (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 129).

Broschyren innehåller därmed tre delar:

- Allmän kunskap om ergonomi och vardagsrehabilitering.
- Övningar som stöder utveckling av kroppsmedvetande och styrka.
- Förslag på hur ergonomi och vardagsrehabilitering kan införas på avdelningen.

## DISKUSSION

Skador i stöd- och rörelseorgan är sedan länge ett erkänt problem inom vården och man känner till riskfaktorerna bra samt hur de bör åtgärdas. Konkreta förändringar kommer ändå mycket långsamt och problem åtgärdas oftast först när de har dykt upp. År 2010 gick mer än 80 procent av Finlands budget till social- och hälsovårdskostnader relaterade till arbete, samtidigt kostar en ineffektiv rehabilitering uppskattningsvis en halv miljard årligen (Kauppinen, 2012, Hussi et al. 2017). Det är viktigt att erkänna dessa fakta eftersom satsningar i förebyggande syfte kräver investeringar i form av ekonomiska medel. Problemet med satsningar på till exempel ergonomi kan ändå enligt Launis och Lehtelä (2011) ligga i, att det kan vara svårt att mäta ergonomins tillförda nytta, eftersom den oftast syns enbart i form av avsaknad av skador. Man nöjer sig därför med att uppfylla de krav som statsrådets beslut om manuellt utförda lyft och flyttningar i arbetet 1409/1993 kräver.

Skador i rygg, nacke och skulderparti är resultatet av både fysisk och psykisk överbelastning. Stressande situationer, tidsbrist och okunskap i ergonomi leder till konstanta muskelspänningar, som i längden resulterar i kronisk smärta. Det är viktigt att notera, att även psykosociala faktorer kan ge upphov till fysiska smärtor (Ekman & Arnetz, 2005 s. 271). Gonge et al (2002) menar att det är svårt att veta exakt vilka psykosociala faktorer som kan vara bakomliggande, men understryker, att stress är starkt förknippat med smärtor i nedre ryggen. Missnöjdhet på arbetsplatsen och låga möjligheter att påverka sitt arbete har ändå visat sig ha en koppling till stressreaktioner (Launis & Lehtelä, 2011 s. 109). Detta kan ha ett samband till varför implementering av nya arbetssätt ofta är mycket utmanande.

För övrigt ligger utbildningen efter. Tamminen-Peter och Wickström (2014) skriver att patientförflyttningar spelar en central roll i vårdarbetet och att det borde lyftas fram redan under utbildningen. Man bör även sträva för att komma ur gamla yrkesroller, även på arbetsplatser. Ett patientcentrerat arbetssätt involverar alla yrkesgrupper som är i kontakt med patienten och enskilda personer kan ha svårt för att ändra på sitt beteende, om det inte finns en gemensam förbindelse och guidning gällande tillvägagångssätten (Pettersson & Iwarsson, 2015 s. 7, Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 129).

Patientens funktionsförmåga är inte viktigt sett enbart ur patientens synvinkel, utan också personalens. Om patienten får vara aktiv i sin egen vård och inte bara en passiv mottagare, underlättas personalens fysiska arbetsbörda. Vardagsrehabilitering passar in väl i ett så kallat ”no lift policy”, som på många håll varit effektiv för att minska på vårdpersonalens skador (Engkvist, 2006). Patientens egen aktivitet i sin vård har resulterat i bättre ADL och ett mindre beroende av hemvård (Kjerstad & Tunntland, 2016).

Mindre sjukvårdsdistrikt kan vara vägvisare i framtiden gällande satsningar på vård med en rehabiliterande inriktning. Som i Södra-Karelen häls- och sjukvårdsdistrikt, EKSOTE, där man gjort stora satsningar på att återställa patienternas funktionsförmåga med hjälp av ett nytt sjukhus inriktat på rehabilitering, samt ett större antal terapeuter. Största delen av patienterna kunde återvända till ett liv hemma efter en månads rehabilitering och även här minska på mängden hemvård (Hussi et al. 2017 s. 27).

Ergonomi och vardagsrehabilitering betyder inte automatiskt, att de fysiska krav som vårdarbetet ställer, skulle försvinna. Vårdarbetet klassas som ett medeltungt arbete och förutsätter därför tillbehörig styrka och kroppskontroll av vårdpersonalen (Tamminen-Peter & Wickström, 2014 s. 53-54). Genom regelbunden fysisk aktivitet förbättrar man sina chanser att reagera på överraskande moment i arbetet.

Unga eller nya medlemmar av personalen kan lätt dras med i de äldres arbetsvanor och överge sina inlärd kunskaper (Fagerström, 2013 s. 24). För att förebygga denna företeelse ska kunskap spridas och uppdateras även bland dem som befunnit sig inom yrket en längre tid. Nya arbetssätt kan vara utmanande att införa och kan mottas som nedlåtande påtvingade. Om personalen själva får vara med och utveckla arbetet på avdelningen skapar man diskussion kring ämnet och förpliktar alla att binda sig till ett visst arbetssätt.

## **1.11 Metoddiskussion**

Informationssökningen och litteraturen har varit grunden till arbetet. Trots begränsad tillgång till undersökningar gällande vardagsrehabilitering, kunde man på bas av det

material som hittades få en klar bild av vad vardagsrehabilitering innebär och i vilket syfte det bör användas. Litteraturen stöder hypotesen om att en aktiverande vård har avbelastande verkan för vårdpersonalen, men bekräftar också relevansen av ergonomiska hjälpmedel och fysiska förutsättningar för att klara av vårdyrket.

Broschyrens syfte är att ge Esbo sjukhus konkreta medel till att integrera vardagsrehabilitering och ergonomi till en del av det vardagliga arbetet. Genom att närma sig ur en synvinkel som gör ergonomi och vardagsrehabilitering till verktyg som förebygger skador hos vårdpersonalen, eliminerar man en del av de motstridigheter som kan dyka upp då man granskar ett annat yrkes arbetssätt. Ett neutralt och diplomatiskt förhållandesätt tas emot bättre, än om utgångsläget vore att peka ut brister och fel.

Esbo sjukhus är en mottaglig arena för utvecklande av arbete på avdelningen. Sjukhuset är nytt och redskapen samt utrymmena är förstklassiga. Broschyren ökar kunskapen om ergonomi och vardagsrehabilitering, men gör också personalen själva delaktiga i arbetet genom att få vara med och påverka hur ergonomi och vardagsrehabilitering ska se ut på deras arbetsplats. Diskussion mellan personalen skapar gemensamma ramar för hur alla ska arbeta. Kollegial öppenhet kan skapa idéer om vad ergonomi och vardagsrehabilitering är och kan på så vis undanröja eventuella hinder för användandet av ergonomiska redskap och hjälpmedel, som i grund och botten kan bero på att man inte vet hur de ska användas. Framtida regelbundna workshops bland personalen är exempel på enkla forum, där man kan närma sig ny kunskap med en låg tröskel.

Den fysiska belastningen inom vården kommer alltid att vara en del av arbetet. Det gäller att hitta sätt som man kan minimera de riskfyllda faserna på i arbetet. Med införandet av goda strategier gällande ergonomi och vardagsrehabilitering kan man till en stor del minska på riskerna vid till exempel patientflytt. En till viss grad försummad faktor är tillvaratagandet av sin egen fysiska och psykiska välmående. Upprätthållandet av en god fysik lättar även på den psykiska belastningen i arbetet. På Esbo sjukhus finns träningsutrustning som kan användas till att utveckla personalens styrka och motoriska färdigheter. Detta togs i beaktande i valet av övningar till broschyren. Framtida undersökning skulle möjligtvis kunna visa hur möjlighet till träning under arbetstid eventuellt skulle kunna minska på arbetsrelaterade skador.

All förändring kräver en motivering, en orsak som ger mening. Vårdarbetet generellt kräver att man uppdaterar sina kunskaper och granskar sina arbetssätt, samt sprider kunskap kollegor emellan med jämna mellanrum. Initiativet till förändringar bör komma från ledningen och vara uppmuntrande istället för uppmanande. Om alla yrkeskårer som arbetar på avdelningen inkluderas, kan erfarenheter och kunskap som delas leda till en mera patientcentrerad vård, utan att behöva begränsas av tanken att man överskrider förpliktelser som rör ens eget yrke.



## KÄLLOR

Arbetshälsoinstitutet. *Potilassiirrot*. Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/ergonomian-tietopankki/potilaan-hoitaminen/potilassiirrot/> Hämtad: 24.2.2019

Arbetshälsoinstitutet. *Yleisimmät tuki- ja liikuntaelinvaivat*. Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/yleisimmat-tuki-ja-liikuntaelinvaivat/> Hämtad: 13.3.2019

Arcada. *God vetenskaplig praxis i utbildning och forskning vid Arcada*. Tillgänglig: [https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god\\_vetenskaplig\\_praxis\\_i\\_utbildning\\_och\\_forskning\\_vid\\_arcada.pdf](https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_utbildning_och_forskning_vid_arcada.pdf) Hämtad: 29.4.2019

Bongers, M. Paulien., de Winter, R. Cornells., Kompier, A.J. Michiel., Hildebrandt, H. Vincent. 1993, Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 19 Nr. 5 s. 297–312

Ekman, Rolf., Arnetz, Bengt. 2005, *Stress - Individen – Samhället – Organisationen – Molekylerna*. 2 Uppl. Liber AB

Engkvist, Inga-Lill. 1997, *Events and Factors Involved in Accidents Leading to Over-exertion Back Injuries among Nursing Personnel*. Arbetslivsinstitutet. Tillgänglig: [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4145/1/ah1997\\_30.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4145/1/ah1997_30.pdf) Hämtad: 13.3.2019

Engkvist, Inga-Lill. 2006, Evaluation of an intervention comprising a No lifting Policy in Australian hospitals. *Applied Ergonomics*, nr 2 s. 141-148.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2017, *Panostus kotikuntoutukseen tuottaa tulosta Eksotessa*. Tillgänglig: <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2017/Sivut/Panostus-kotikuntoutukseen-tuottaa-tulosta-Eksotessa.aspx> Hämtad: 24.1.2019

Esbo.fi. *Esbo sjukhus*. Tillgänglig: [https://www.esbo.fi/sv-FI/Social\\_och\\_halsovard/Sjuk\\_och\\_halsovard/Esbo\\_sjukhus](https://www.esbo.fi/sv-FI/Social_och_halsovard/Sjuk_och_halsovard/Esbo_sjukhus) Hämtad: 12.3.2019

Förnamn Efternamn

- Fagerström, Virpi. 2013, *Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä – monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa*. Turun yliopisto, Turku
- Finlex. 1993, *Statsrådets beslut om manuellt utförda lyft och flyttningar i arbetet*. Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1993/19931409> Hämtad: 10.3.2019
- Finlex. 2002, *Arbetarskyddslagen*. Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=2002%2F738#L2P15> Hämtad: 20.3.2019
- Forskningsetiska delegationen. 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Tillgänglig: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) Hämtad: 29.4.2019
- Gonge, Henrik., Donbaek Jensen, Lone., Bonde, Jens. 2002, Are psychosocial factors associated with low-back pain among nursing personnel? *Work & stress*. Vol. 16, nr 1, s. 79–87
- Hussi, Esko., Mäkinen, Esa., Vauramo, Erkki. 2017, *Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito*. Kunnallissalan kehittämissäätiö.
- Kauppinen, Timo., Mattila-Holappa, Pauliina., Perkiö-Mäkelä, Merja., Saalo, Anja., Toikkanen, Jouni., Tuomivaara, Seppo., Uksulainen, Sanni., Viluksela, Marja., Virtanen, Simo. 2013. *Työ ja terveys Suomessa 2012 – Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista*. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kauranen, Kari. 2018, *Fysioterapeutin käsikirja*. 1 uppl., Sanoma Pro Oy.
- Kjerstad, Egil., Tuntland, Kristin Hanne. 2016, Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review*. 6:15
- Kuntatyönantajat. 2012, *Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja työkyvyttömyyden ehkäisy kunta-alalla*. Tillgänglig: <http://tulessa.fi/wp-content/uploads/2015/12/tulesairaudet-ja-tyokyvyttömyyden-ehkaisy-kunta-alalla.pdf> Hämtad: 28.2.2019

- Laine, Marjukka., Kokkinen, Lauri., Kaarlela-Tuomaala, Anu., Valtanen, Elisa., Elovainio, Marko., Keinänen, Mika., Suomi, Reima. 2010, *Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010*. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Launis, Martti., Lehtelä, Jouni. 2011, *Ergonomia*. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Oksanen, Tuula., Salo, Paula. 2017, *Sairauspoissaolojen määrä ei enää vähene kunnissa*. Työterveyslaitos. Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/sairauspoissaolojen-maara-ei-enaahahene-kunnissa/> Hämtad: 16.11.2018
- Partinen, Markku. 2012, Epäsäännöllinen työaika ja vuorotyö. *Lääkärikirja Duodecim*. Tillgänglig: [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01013](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01013) Hämtad: 3.2.2019
- Pettersson, Cecilia., Iwarsson, Susanne. 2015, *Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt*. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Richardson, Carolyn., Hodges, Paul., Hides, Julie. 2005, *Terapeuttinen harjoittelu ja keskivartalon hallinta – Motorisen kontrollin näkökulma alaselkävun hoidossa ja ennaltaehkäisyssä*. VK-Kustannus Oy, Lahti
- Rissanen, Mikko., Kaseva, Elina. 2014, *Menetetyn työpanoksen kustannus*. Social- och hälsovårdsministeriet.
- Suni, Jaana., Rinne, Marjo., Taulaniemi, Annika., Parkkari, Jari., Husu, Pauliina., Lusa, Sirpa., Lindholm, Harri., Punakallio, Anne., Ahonen, Guy., Kankaanpää, Markku., Neva, Marko., Kuusinen, Lotta., Luomajoki, Hannu. 2011, *Prevention of Chronic Low Back Pain in Female Nurses (NURSE-RCT)*. UKK-instituutti. Tillgänglig: [http://www.ukkinstituutti.fi/tutkimus/tutkimushakemisto/77/naishoitajien\\_selkakupujen\\_ekaisytutkimus](http://www.ukkinstituutti.fi/tutkimus/tutkimushakemisto/77/naishoitajien_selkakupujen_ekaisytutkimus) Hämtad: 12.3.2019
- Tamminen-Peter, Leena., Eloranta, Maj-Britt., Kivivirta, Marja-Leena., Mämmelä, Eija., Salokoski, Irma., Ylikangas, Arja. 2007, *Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Tamminen-Peter, Leena., Wickström, Gustav. 2014, *Potilassiirrot – taitava avustaja aktivoi ja auttaa*, 2 uppl. Työterveyslaitos, Helsinki

Tilastokeskus. 2015, *Väestöennuste*. Tillgänglig:

[https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn\\_2015\\_2015-10-30\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html). Hämtad: 24.10.2018

Timonen, Kirsi., West, Riitta., Riusala, Aila. 2014, *Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmannekseen*. Potilaan lääkirilehti. Tillgänglig:

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kuntouttava-hoitoty-vaehensi-vuodepaikat-kolmannekseen/> Hämtad: 2.11.2018

Tuntland, Hanne., Kjekken, Ingvild., Langeland, Eva., Folkestad, Bjarte., Espehaug, Birgitte., Förland, Oddvar., Aaslund, Mona Kristin. 2016, Predictors of outcomes following reablement in communitydwelling older adults. *Dove Press journal*. Vol. 2017:12 s. 55–63

Valvira. 2016, *Äldreomsorg*. Tillgänglig:

<https://www.valvira.fi/web/sv/socialvard/socialvardstjanster/aldreomsorg> Hämtad: 24.1.2019

Vierula, Hertta. 2017, *Miksi terveystyö ei seurata?* Lääkirilehti. Tillgänglig:

<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/miksi-terveyshyoty-ai-seurata/> Hämtad: 15.11.2018

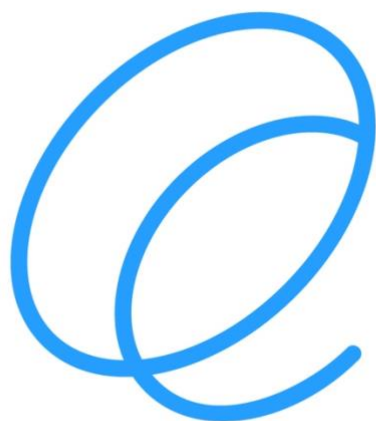
## **BILAGA 1**

Förnamn Efternamn



# **Pidä huolta itsestäsi ja potilaasta - Opas aktivoivaan ja ergonomiseen hoitotyöhön**

Petja Ruotanen



**ESPOO  
ESBO**

## **INNEHÅLL**

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>40</b>
<b>2</b>	<b>Kuntouttava työote .....</b>	<b>40</b>
<b>3</b>	<b>Ergonomia.....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>Oma hyvinvointi .....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>Hoitotyön yhteiset pelisäännöt .....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>Kirjallisuutta.....</b>	<b>7</b>

# 1 JOHDANTO

Tämän oppaan tarkoitus on avata ergonomian ja kuntouttavan työtteen käsitteitä hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena on antaa mahdollisuus oma-aloitteisuudelle ja itsensä kehittämiseksi omassa työssään koko osaston kesken. Tarkoituksena on myös antaa mahdollisuus omien työtapoja tarkasteluun työyhteisön kesken, sekä välittää osaston yhteisiä työtapoja henkilökunnan uusille jäsenille. Oman tiedon ja taidon lisääminen, sekä yhteisten pelisääntöjen sopiminen työyhteisössä, mahdollistavat tavoitteellisemman ja potilaskeskeisemmän hoitotyön. Samalla kevennät omaa työtaakkaasi ja ennaltaehkäiset loukkaantumisia, sekä sinulla että potilaalla.

## KUNTOUTTAVA TYÖOTE

Kuntouttava työote on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Vaikka kuntoutus sellaisenaan kuuluu potilaan terapeuttiseen hoitoon, on kuntouttava työote itsessään hoidon osa-alue, jonka kuuluisi olla läsnä läpi koko hoitoketjun. Ottaen huomioon hoitotyön fyysisyyden muun muassa potilassiirtojen yhteydessä, on kuntouttava työote erinomainen mahdollisuus keventää työn fyysistä taakkaa ja vähentää onnettomuusriskejä, samalla potilasta aktivoiden ja kuntouttaen.

Kuntouttavan työtteen määritelmä vaihtelee hieman, riippuen missä maassa tai missä yhteydessä sitä käytetään. Yhteistä kaikille on kuitenkin potilaan omien kognitiivisten ja fyysisten varojen tunnistaminen ja hyödyntäminen arkisissa toimissa. Potilaan kohtaaminen hänen fyysisestä tai psyykkisestä tilanteestaan huolimatta, on luottamuksellisen yhteistyön pohja. Rauhallinen lähestyminen, katsekontaktin hakeminen sekä kosketus ovat avainasemassa potilaan rauhoittamisessa ja turvallisuuden tunteen luomisessa. Potilas, joka on menettänyt liikuntakykynsä ja/tai jolla on kognitiivisiin kykyihin liittyviä haasteita, saattaa olla pelokas ja vastustella tai turvautua jopa väkivaltaiseen käytökseen, mikäli asioita tehdään hänen ymmärrystä tai tahtoa vastaan. Pyri kohtaamaan potilas, niin kuin sinä toivoisit, että läheisiäsi tai sinut itsesi kohdattaisiin. Riippumatta siitä, mihin potilas on itse kykeneväinen sinun avustaessaan häntä, voit seuraavilla yksinkertaisilla neuvoilla selkeyttää kommunikointia ja aktivoida potilasta:



- Ota katsekontakti.
- Kerro lyhyesti mitä seuraavaksi tapahtuu.
- Jaa potilaan siirto pienempiin osiin.
- Anna potilaalle aikaa ja tukea mistä pitää kiinni.
- Puhu selkeästi ja vältä kielteisiä sanavalintoja.
- Ohjaa potilasta muutamain sanoin.
- Auta potilasta aloittamaan liike kosketuksella tai helpottavalla asennolla.
- Käytä mielellään huumoria ja vältä pakottamista.
- Varmista, että potilas näkee, minne hänet siirretään.

Jotta potilas kohdattaisiin ja avustettaisiin aina samalla tavalla, riippumatta siitä kuka on työvuorossa, muista kirjata potilastietojärjestelmään mihin potilas on kykeneväinen itse. Jos potilas itse ei saa olla aktiivinen siirron yhteydessä, on mahdollista, että hän ei ymmärrä mitä tapahtuu. Muistathan siis antaa potilaalle aikaa aktivoitua siirrosta. Mikäli siirto tapahtuu ainoastaan henkilökunnan tahdissa, on siirto luultavasti liian nopea potilaalle. Potilas saattaa tällöin vastustaa siirtoa fyysisesti, mikä tekee siirrosta raskaan ja riskialttiin.

## **ERGONOMIA**

Hoitotyö luokitellaan keskiraskaaksi työksi ja yksi sen keskeisistä tehtävistä on avustaa potilaita, etenkin siirroissa. Työssä korostetaan useimmiten ainoastaan potilasturvallisuutta, jolloin oma turvallisuus tulee harvemmin otettua huomioon ja sen suhteen tehdään kompromisseja. Haastavat työasennot, potilaiden siirtäminen sekä stressi ovat kaikki työn osa-alueita jotka vaikuttavat fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin työpaikalla. Työn fyysistä kuormitusta tulisikin vähentää kaikin mahdollisin keinoin, kuten esimerkiksi potilaan sängyn korkeuden säätämällä sekä apuvälineiden käytöllä. Nykypäivänä ohjenuorana onkin, että potilaita ei tulisi nostaa, vaan siirtää. Mikäli potilas on niin heikko, että hänet joudutaan nostamaan, tulisi tuolloin käyttää nostinta. Jokaisen osastolla työskentelevän tulisi tietää miten apuvälineitä käytetään oikeaoppisesti ja mitä apuvälinettä missäkin tilanteessa. Henkilökunnan tulisi lisäksi tietää miltä siirtyminen laitteesta tuntuu, jotta pystyisi samaistumaan potilaan mahdollisiin pelkoihin. Muista siis:

- Aktivoi potilas siirtotilanteissa kuntouttavan työotteen menetelmin.
- Käytä tarvittavia apuvälineitä.
- Mikäli potilas joudutaan nostamaan, käytä nostinta.
- Vältä työskentelemistä pitkiä aikoja etukumarassa asennossa, tai asennoissa, joissa joudut kurottamaan pitkälle. Nämä asennot altistavat niska- hartiaseudun sekä selän ongelmille. Muista säätömahdollisuudet esimerkiksi potilaan sängyssä ja apuvälineissä.
- Etukumara asento yhdistettynä vartalon kiertoliikkeeseen altistaa selän loukkaantumisille.

Psyykinen ergonomia kattaa muun muassa edellä mainitun koetun stressin lisäksi työvuorojen jaottelun. Stressi aktivoi kehon autonomisen hermoston, joka lisää lihasten jännittyneisyyttä, etenkin niska- hartiaseudulla, sekä selässä. Jatkuva stressi saattaa aiheuttaa kroonisen lihasjännittyneisyyden ja siten myös kipuja ja altistuneisuutta vammoille. Työvuoroissa tulisi kiinnittää huomiota niiden järjestykseen. Kolmivuorotyön takia, vuorojen tulisi ideaalitulanteessa edetä kronologisessa järjestyksessä aamu – ilta - yö. Peräkkäisiä vuoroja tulisi olla korkeintaan kuusi ja viimeisen yövuoron jälkeen vähintään kaksi vapaata päivää.

## **OMA HYVINVOINTI**

Hoitotyön fyysisyyttä ei voi kokonaan välttää ja tämän takia itsestään huolta pitäminen onkin ensisijaisen tärkeää. Työssä jaksaminen edellyttää hyvää fyysistä kuntoa sekä kehon hallintaa, mutta myös riittävää palautumista vuorojen välissä. Säännöllinen fyysinen aktiivisuus onkin avainasemassa tuki- ja liikuntaelimestön vammojen ehkäisemisessä. Liikunnan vaikutukset ovat myönteisiä oman henkisen ja fyysisen jaksamisen kannalta ja yhtä tärkeää sinulle, kuin niille joita hoidat. Kun sinä jaksat paremmin, on sekä sinun että potilaan turvallisuus taattu.

Hoitotyössä tulee ajoittain vastaan tilanteita, jotka vaativat hoitohenkilökunnan maksimaalisen voimantuottokyvyn. Kyseiset tilanteet saattavat monesti tulla yllättäen, kuten esimerkiksi potilaan horjahtaminen häntä tukiessa. Kehon hyvän hallinnan ja sitä

tukevan hyväkuntoisen lihaksiston avulla kyky reagoida yllättäviin tilanteeseen loukkaantumatta paranee. Seuraavien harjoitteiden tarkoitus on opettaa havainnoimaan oman selän neutraalia asentoa ja sen ylläpitämistä toiminnallisissa liikkeissä, joissa ulkopuolinen voima vaikuttaa tasapainon ja asennon ylläpitämiseen. Uusien liikkeiden oppimisessa on kyse hermoston opettamisesta, joka vaatii harjoittelua useiden toistojen kautta ja fyysistä valmiutta toteuttamaan kyseinen liike. Liikkeet ovat suunniteltu sellaisiksi, että voit harjoittaa niitä jopa työpaikallasi olevilla laitteilla. Kyseiset liikkeet ovat harjoitteita loukkaantumisien ennaltaehkäisevässä tarkoituksessa ja näiden lisäksi liikuntaa tulisi harrastaa säännöllisesti ja mielellään monipuolisesti.

Jokaisen harjoitteen sopiva toistomäärä on kahdeksasta kahteentoista toistoa ja kolmesta viiteen sarjaa harjoitetta kohden. Harjoittelun säännöllisyys ja nousujohteisuus ovat tärkeitä lihas- hermostojärjestelmän kehittymisen kannalta. Tee siis harjoitteet mielellään ainakin kaksi, mutta mielellään jopa neljä kertaa viikossa. Lisää vastusta noin neljän viikon välein, vastaavasti kerrallaan korkeintaan viisi prosenttia kokonaiskuormasta. Kun hallitset harjoitteet hyvin, voit lisätä haastavuutta tekemällä harjoitteen isommalla liikeradalla. Lisäksi, tekemällä jarruttavan osuuden hitaasti ja ponnistusvaiheen vauhdikkaasti, tuot harjoitteluun vaihtelua.

Tärkeä keino tukea selän lihaksistoa harjoitteissa tai yleensäkin liikkeissä, missä selkä joutuu tekemään töitä, on aktivoida poikittainen vatsalihas. Käytännössä poikittainen vatsalihas aktivoituu, kun vedät vatsaa sisään ja pidät keskivartalon tiukkana, kuitenkin samalla hengittäen. Uloshengitys kannattaa tehdä liikkeen suurimman ponnistusvaiheen aikana, jolloin saat tiivistettyä poikittaista vatsalihasta entistä enemmän. Poikittaista vatsalihasta kehoitetaan aktivoimaan muun muassa seuraavin sanoin:

- Vedä napaa sisään.
- Tiivistä suoliluita yhteen.
- Kuvittele laittavasi liian pienien housujen vetoketju kiinni.
- Kuvittele vetäväsi vatsaa sisään ja ylöspäin.

Yhteistä kaikille yllämainituille on se, että selkärangan asento ei muutu. Poikittaisen vatsalihaksen tiivistyksen tulisi olla sellainen, että jaksat pitää sen läpi koko yhden harjoitussarjan, esimerkiksi kahdentoista toiston ajan.

**Selän neutraalin asennon ja keskivartalon tuen oppiminen:**



Pidä jalat noin lantion leveydellä ja noin 15 cm irti seinästä. Pakarat, lapaluut sekä pää ovat kiinni seinässä. Polvet ovat ”pehmeät”, eli hieman koukussa.



Aktivoi poikittainen vatsalihas. Pidä takapuoli kiinni seinässä koko harjoitteen ajan ja nojaa eteenpäin. Selän asento tulisi olla sama koko liikkeen ajan, kuin seisnessä seinää vasten. Pidä katse mukana liikkeessä. Palaa alkuasentoon.

### Maastaveto suorin jaloin taljassa:



Seiso selkä suorana, neutraali-asennossa, polvet hieman koukussa. Pyri pitämään paino kantapäillä. Käänny selin painopinoa päin ja vedä molemmin käsin talja jalkojen välistä. Aktivoi poikittainen vatsalihas. Muista hengittää normaalisti.



Nojaa hitaasti eteenpäin, liike lähtee lantiosta. Pidä selkä suorana, paino kantapäillä, katse seuraa mukana liikkeessä.



Palaa lähtöasentoon, selkä edelleen suorana, neutraali-asennossa pitäen ja pakarat tiukasti yhteen rutistaen. Katso, ettet työnnä lantiota ohi vartalon keskilinjan.

### **Kyykky yhdistettynä soutu liikkeeseen taljassa:**



Seiso selkä suorana, talja molemmissa käsissä. Aktivoi poikittainen vatsalihas.



Mene kyykkyyyn selkä suorana, neutraali-asennossa pitäen. Kyykyssä ollessasi, polvien ei tulisi mennä yli varpaiden ja polvien ei tulisi notkahtaa sisäänpäin. Pidä paino kantapäillä.



Ponnista ylös jaloilla ja rutista pakarat yhteen. Rutista samalla lapaluut yhteen ja vedä kyynärpäät kiinni kylkiin, rinnan alapuolelle. Pidä olkapäät alhaalla.

Voit alkuun tehdä kyykkyä ilman soutuliikettä. Kun kyykky onnistuu ongelmitta, voit lisätä soutuliikkeen. mukaan harjoitteeseen.

## HOITOTYÖN YHTEISET PELISÄÄNNÖT

Hyvä tapa luoda osastolle yhteiset pelisäännöt, on yhdessä asioista päättäminen. Keskenään sopimalla, mitä kuntouttava työote sekä ergonomia tarkoittavat teidän osastolla, antaa mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhön. Tämä avaa myös mahdollisuuden avoimelle keskustelulle, jossa jokainen pystyy avoimesti kysymään sekä jakamaan tietoa ja neuvoja kuntouttavasta työotteesta ja ergonomisista ratkaisuksista. Sopimalla yhteiset pelisäännöt, potilaat saavat entistä tasalaatuisempaa ja potilaskeskeisempää hoitoa ja turvallisuus on taattu sekä henkilökunnalle että potilaalle. Yhdessä pohdittavaa:

- Mitä kuntouttava työote ja ergonomia tarkoittavat teidän osastollanne?
- Miten olette toteuttaneet kuntouttavaa työotetta ja ergonomia tähän asti?
- Onko kaikkien apuvälineiden käyttö tuttua? Vaikka olisi, kertaus tekee mestarin. Samalla kannattaa kokeilla miltä tuntuu itse olla nostettavana ja siirrettävänä.
- Sopikaa yhteiset pelisäännöt kuntouttavan työotteen sekä hyvän työergonomian huomioimisesta.
- Pitäkää keskustelu avoimena. Mikäli kohtaat työssäsi haastavia potilastilanteita, joiden suhteen olet epävarma, kysy neuvoa kollegoiltasi.

Osastolla tulisi olla nimettynä tietyt henkilöt ergonomiavastaaviksi. Kyseisten henkilöiden tulisi olla käynyt ergonomiakorttikoulutuksen ja auttaisivat aktiivisesti kaikkia osastolla työskenteleviä noudattamaan yhteisiä pelisääntöjä. Lisäksi ergonomiapajoja tulisi pitää säännöllisin väliajoin, jolloin mahdollistetaan ideoiden vaihtaminen ergonomiaan ja kuntouttavaan työotteeseen liittyen. Dialogin luominen ja ylläpitäminen henkilökunnan kesken on tärkeää. Monet opitut taidot voivat olla vanhentuneita tai niiden tilalle on mahdollisesti tullut parempia vaihtoehtoja. Ennakkoluulottomuus ja toisiltaan oppiminen, saattavat avata uusia mahdollisuuksia ja lähestymistapoja työyhteisössä.

## LÄHDELUETTELO

Launis, Martti., Lehtelä, Jouni. 2011, *Ergonomia*. Työterveyslaitos, Helsinki.

Partinen, Markku. 2012, Epäsäännöllinen työaika ja vuorotyö. *Lääkärikirja Duodecim*.

Saatavilla: [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01013](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01013)

Haettu: 3.2.2019

Richardson, Carolyn., Hodges, Paul., Hides, Julie. 2005, *Terapeuttinen harjoittelu ja keskivartalon hallinta – Motorisen kontrollin näkökulma alaselkävun hoidossa ja ennaltaehkäisyssä*. VK-Kustannus Oy, Lahti

Talvitie, Ulla., Karppi, Sirkka-Liisa., Mansikkamäki, Tarja. 2006, *Fysioterapia*. 2 painos. Edita Publishing Oy, Helsinki



Tamminen-Peter, Leena., Wickström, Gustav. 2014, *Potilassiirrot – taitava avustaja aktivoi ja auttaa*, 2 painos. Työterveyslaitos, Helsinki

Tamminen-Peter, Leena., Eloranta, Maj-Britt., Kivivirta, Marja-Leena., Mämmelä, Eija., Salokoski, Irma., Ylikangas, Arja. 2007, *Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Työterveyslaitos. *Potilassiirrot*. Saatavilla: <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/ergonomian-tietopankki/potilaan-hoitaminen/potilassiirrot/> Haettu: 24.2.2019

