

Kirsi Lahti

Hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen siirtoergonomiakoulutuksessa.

HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittäminen.

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (YAMK)

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.12.2013

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Kirsi Lahti Hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen siirtoergonomia-koulutuksessa. HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittäminen. 75 sivua + 7 liitettä 13.12.2013
Tutkinto	Fysioterapeutti (YAMK)
Koulutusohjelma	Kuntoutuksen koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaajat	Yliopettaja Elisa Mäkinen Lehtori Anita Näslindh-Ylispangar
<p>Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkökulmasta Helsingin ja uudenmaan (HUS) sairaanhoitopiirin siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista. Tutkimuksellisen kehittämistyö liittyy HUS sairaanhoitopiirin potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen - siirtoergonomiakoulutus projektiin. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittämistä varten, edistämään hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista. Tulosten pohjalta tuotettiin kehittämis ehdotuksia HUS siirtoergonomiakoulutusta varten.</p> <p>Tutkimuksellisessa kehittämistyössä noudatettiin tapaustutkimuksellista lähestymistapaa. Tämän tapaustutkimuksen aineisto muodostui sekä HUS siirtoergonomiakoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien haastatteluista että valmiista HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin ennako- ja seurantakyselyistä. Haastateltavia sairaanhoitajia oli yhteensä kahdeksan. HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyistä valittiin tähän työhön hoitajan ja potilaan yhteistyötä koskevat kysymykset sekä ammattinimikettä koskeva kysymys. Haastattelut ja kyselyjen avoimet kysymykset tuottivat laadullista aineistoa ja kyselyjen monivalintakysymykset määrällistä aineistoa. Laadullinen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja määrällinen aineisto tilastollisesti, kuvaillen.</p> <p>Sekä haastattelujen että kyselyjen perusteella HUS siirtoergonomiakoulutus todettiin hyödylliseksi monen asian kannalta. Oppiminen liittyi vahvasti hoitajan kohdalla koulutuksen hyödyntämiseen ja työnteon kehittämiseen, kun taas potilaan kohdalla oppiminen tuki kuntoutumista. Hoitajan ja potilaan yhteistyö kehittyi mm. siinä, että sairaanhoitajat ohjasivat ja keskustelivat potilaan kanssa enemmän. Toisaalta kuitenkin näytti siltä, että siirtoergonomiakoulutukseen liittyvä hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen osoittautui hoitajalähtöiseksi, hoitaja keskeiseksi, tekniseksi toiminnoksi ja välineeksi. Tulosten pohjalta muodostui kehittämis ehdotuksia, joissa painotettiin toiminnan suuntaamista mm. enemmän potilaslähtöisemmäksi, potilaan tarpeista lähteväksi, toiminnan arviointiin, potilaan huomioimiseen, ohjaamiseen ja aktivointiin, todellisten potilastilanteiden kautta oppimiseen, perehdyttämiseen ja asenteiden muutokseen. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää mm. siirtoergonomiakoulutuksen sekä hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen kehittämiseen, mutta myös kuntouttavan työn, potilaslähtöisyyden ja perehdyttämisen kehittämiseen.</p>	
Avainsanat	sairaanhoitajat, potilaat, yhteistyö, oppiminen, avustaminen

Author Title	Kirsi Lahti Nurse and Patient Cooperation and Learning on the Patient Handling Training. Development of HUCH (HUS) Ergonomic and Safe Patient Handling Training.
Number of Pages Date	75 pages + 7 appendices Autumn 2013
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	
Instructors	Elisa Mäkinen, Principal Lecturer Anita Näslindh-Ylispangar, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to determine nurse and patient cooperation and learning, related to HUCH (Helsinki University Central Hospital; HUS in Finnish) Patient Handling Training Pilot Program from the nurses' point of view. This development study is part of Helsinki University Central Hospital's Ergonomic & Safe Patient Handling Program. The aim of the study was to produce information for the development of the HUCH Patient Handling Training Pilot Program and through this it was possible to promote the nurse and the patient cooperation and learning. Based on the results I produced proposals for the development of the HUCH Patient Handling Training. The development study was carried out by using case study approach. The data consisted of interviews with eight nurses who had completed the education in HUCH Patient Handling Training Pilot. The interviews were analyzed using quality methods. In this study, I also used the HUCH Patient Handling Training Pilot's pre- and follow-up survey responses. I used only the questions which were related to the nurse and the patient cooperation and learning and the professional title of the question. There were both open-ended and multiple-choice questions. The data was analyzed through quality methods and through statistical description.</p> <p>All things considered, the results showed that the HUCH Patient Handling Training was useful. The nurse's learning was strongly associated with the use of training and development of work, while the patient's learning supported his/her rehabilitation. From the nurse and the patient cooperation point of view, the nurses guided and discussed with the patient more. On the other hand, it seems that nurse and patient cooperation and learning, related to patient handling training was focused on the nurse and was nurse-oriented. It also turned out to be a technical function and technical work equipment. The results led to the following development proposals: the operations should be directed more on the patient, the activity should be based on the patient's needs, the operations should be directed more on the assessment and the patient should be taken more into account. In addition, the operations should be directed more on directing and activating the patient and learning through real patient situations, the operations should be directed more on familiarization and aim at changing attitudes. These results can be utilized on developing patient handling training, nurse and patient cooperation and learning, rehabilitative approach, patient-orientation and familiarization in workplaces.</p>	
Keywords	nurses, patients, patient cooperation, learning, patient handling, patient transfer, ergonomics, training

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen	3
2.1	Potilaan ergonominen avustaminen	3
2.2	Potilassiirtojen ergonomiakoulutus	5
3	Hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen avustamisessa	11
3.1	Hoitajan ja potilaan yhteistyö	11
3.2	Hoitajan ja potilaan oppiminen	14
3.3	Potilaan avustamiseen liittyvä oppiminen	17
3.4	Hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen ominaispiirteet	21
4	Tutkimuksellisen kehittämistyön toimintaympäristön kuvaus	22
5	Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät	24
6	Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut	25
6.1	Lähestymistapa	25
6.2	Eteneminen ja aikataulu	26
6.3	Informanttien valinta ja kuvaus	28
6.4	Aineiston kerääminen	30
6.5	Aineiston analysointi	33
7	Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset	36
7.1	Hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen työn ohjauksen ja opetuksen tarpeen suhteen sekä koulutuksen hyödyllisyyden suhteen	36
7.2	HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin palautteissa esitetyt asiat hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen suhteen	39
7.3	Hoitajien näkökulmia HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvään hoitajan ja potilaan yhteistyöhön ja oppimiseen	42
7.4	Yhteenveto siirtoergonomiakoulutukseen liittyvistä hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen näkökulmista	58
8	Pohdinta	60
8.1	Tulosten tarkastelua	60

8.2	Kehittämisehdotukset ja pohdinta	66
8.3	Tutkimusprosessin, menetelmällisten ratkaisujen ja luotettavuuden tarkastelua	67
8.4	Eettiset näkökulmat	68
8.5	Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	70
	Lähteet	71

Liitteet

Liite 1. Ensimmäinen siirtoergonomiakouluttajan lähettämä yhteydenotto haastateltavalle tutkimusjoukolle osallistua tutkimukseen

Liite 2. Tutkimushenkilötiedote koulutetuille sairaanhoitajille

Liite 3. Suostumus tutkimushaastatteluun ja tietojen käyttöön tutkimuksessa

Liite 4. Siirtoergonomiakoulutettujen sairaanhoitajien fokus ryhmähaastattelu

Liite 5. HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyistä tutkimuksellisessa kehittämissä hyödynnetyt kysymykset

Liite 6. Otteet sisällön analyysin kulusta 2. tutkimustehtävän kohdalla

Liite 7. Otteet sisällön analyysin kulusta 3. tutkimustehtävän kohdalla

1 Johdanto

Erilaisia käsin tehtäviä siirtoja ja nostotapoja on olemassa useita. Varsinaiset potilaan avustamis- ja siirtomenetelmäkoulutukset käynnistyivät Suomessa 1980-luvun lopulta Durewall -menetelmän ja 1990-luvun alusta Kinesteettisen menetelmän koulutuksin. (Suomen Kinestetiikka yhdistys Ry n.d.; Tamminen-Peter 2005: 34 mukaan.) Suomessa koulutuksen kehitys on edennyt siihen, että Työterveyslaitos aloitti vuonna 2010 yhtenäisen, rekisteröidyn Potilassiirtojen Ergonomiakortti -koulutuksen® (Työterveyslaitos 2013). Koulutuksen kehittäjät toteavat kuitenkin aikaisempien tutkimuksien perusteella, että tulokset liikuntaelinten kuormittumisen vähentämiseen tarkoitettuista koulutusinterventiosta ovat ristiriitaisia, niistä saatu hyöty on vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. Monissa, aikaisemmissa potilassiirtomenetelmissä ei ole myöskään kiinnitetty huomiota potilaan jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämiseen. (Tamminen-Peter 2005: 13; Tamminen-Peter - Eloranta - Kivivirta - Mämmelä - Salokoski - Ylikangas 2007: 23 - 24). Jos aikaisemmissa siirtoergonomiakoulutuksissa on keskitytty hoitajien liikuntaelinten kuormittumisen vähentämiseen, niin samaan aiheeseen ovat keskittyneet myös siirtoergonomiasta tehdyt tutkimustyöt. Siirtoergonomiakoulutuksen ja kuntouttavan työotteen kehittämiseksi tutkimustyötä onkin tärkeä suunnata potilaan avustamiseen liittyvään hoitajan ja potilaan yhteistyöhön ja oppimiseen.

Hoitajan työhön kuuluu keskeisesti potilaan avustaminen. Potilaan omasta aktiivisuudesta ja toimintakyvystä riippuu, kuinka haastavaa potilaan avustaminen on hoitajalle. (Tamminen-Peter - Wicktröm 2013: 13.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) selvityksessä todetaan potilassiirtojen määrän lisääntyneen ja potilas työstä tulleen siltä osin raskaampaa ja kiireisempää. Tämä taas johtuu siitä, että potilasmäärät ovat kasvaneet ilman että tilat olisivat suurentuneet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 14, 41). Potilaan avustaminen ei kuitenkaan saisi enää olla raskasta nostamista, vaan sanallista ohjaamista ja aktivointia (Tamminen-Peter - Wicktröm 2013: 13). Potilaan hoitamisen ja avustamisen tulisi perustua hoitajan ja potilaan yhteistyöhön, johon molemmat osallistuvat aktiivisesti. Yhteistyötilanteessa vuorovaikutuksen kautta sekä hoitaja että potilas oppivat tietoja ja tapoja, kuinka yhdessä edetään yhteisesti asetettujen tavoitteiden suuntaan. Näin edistetään potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, tuetaan potilaan selviytymistä ja omien voimavarojen käyttöönottoa. (Kassara - Paloposki - Holmia - Murtonen - Lipponen - Ketola - Hietanen 2005: 10, 49, 50.)

Helsingin ja Uudenmaansairaanhoidopiirissä (2012) hoitoratkaisuissa pyritään huomiomaan yksilön tilanne ja käytössä olevat voimavarat. Tärkeä keino lisätä kuntouttavan työn toteutumista, vähentää hoitajien kuormittumista sekä ehkäistä tuki- ja liikuntaelinvammojen syntymistä on opettaa hoitajille hyvät potilaan avustus- ja siirtomenetelmät, sekä hankkia sopivat apuvälineet ja opettaa niiden oikea käyttö (Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä 2010: 10). Helsingin ja uudenmaansairaanhoidopiirissä potilaan siirtymisten ergonomista avustamista lähdettiin kehittämään vuonna 2011 marraskuussa käynnistyneen siirtoergonomiakoulutus projektin kautta. HUS tason koulutuspilottissa hyödynnetään Työterveyslaitoksen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen mallia. Projektin tavoitteena on luoda toimiva siirtoergonomiakoulutusmalli erilaisiin potilaan avustamistilanteisiin koko HUS alueella vuoden 2013 loppuun mennessä. (Karjalainen 2012 - 2013; Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen - Siirtoergonomiakoulutus HUS:ssa pilotti 2012-2013 2012.)

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö liittyy HUS siirtoergonomiakoulutus projektiin, keskittyen projektin arviointiin ja jatkokehittämiseen. Tässä työssä oli tarkoitus selvittää hoitaja näkökulmasta, käytännön tiedon kautta HUS siirtoergonomiakoulutukseen liittyvää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittämiseksi, edistämään käytännön potilastyössä hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista. Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena syntyi ehdotuksia koulutuksen kehittämiseksi.

2 Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen

2.1 Potilaan ergonominen avustaminen

Ergonomia sana on lähtöisin kreikankielestä, ergo tarkoittaa työtä ja nomos lakia. Englanninkielessä käytetään Euroopassa sanaa Ergonomics ja Yhdysvalloissa Human Factors. (Työterveyslaitos 2012.) Eri tahot myös määrittelevät ergonomian erilailla. International Ergonomics Association:n (2010), Suomen Ergonomiayhdistys ry:n (2011) ja Työterveyslaitoksen (2012) mukaan ergonomia on tieteenala ja ammattiala, jossa on kyse ihmisen ja muiden osatekijöiden vuorovaikutuksen ymmärtämisestä, tutkimisesta ja kehittämisestä. Ergonomian avulla pyritään parantamaan ihmisen hyvinvointia, turvallisuutta ja koko järjestelmän toimintaa. Ergonomian avulla työ, työvälineet, työympäristö ja muu järjestelmä mukautetaan vastamaan ihmisen tarpeisiin, kykyihin ja rajoituksiin. (International Ergonomics Association 2010; Suomen Ergonomiayhdistys ry 2011; Työterveyslaitos 2012.)

Ergonomia on laaja kokonaisuus joka muodostuu fyysisestä, kognitiivisesta ja organisatorisesta osa-alueesta. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön aihetta käsitellään fyysisen ergonomian näkökulmasta, mikä tarkoittaa ihmisen fyysistä toimintaa anatomisten ja fysiologisten ominaisuuksien mukaisesti. Fyysinen ergonomia ilmenee mm. työasennoissa, toistuvissa liikkeissä ja työvälineiden suunnittelussa. (International Ergonomics Association 2010; Suomen Ergonomiayhdistys ry 2011; Työterveyslaitos 2012.)

Potilaan ergonominen avustaminen liittyy potilaan ja hoitajan tai muun vastaavan terveydenhuollon ammattihenkilön väliseen kanssakäymiseen ja yhteistyöhön. Potilaan avustamiseen kuuluu mm. seuraavia asioita: vuorovaikutus, potilaan suullinen, manuaalinen ja visuaalinen ohjaaminen ja aktivointi, yhdessä tekeminen, tarpeen mukaan potilaan avustaminen sekä apuvälinettä hyväksi käyttäen potilaan avustaminen. (Kasara ym. 2005: 18, 49; Tamminen-Peter - Wickström 2009: 42, 44.) Tamminen-Peterin (2005) mukaan potilaan avustamisen tavoitteena on turvallinen ja kivuton toiminta, jossa potilas käyttää mahdollisimman tehokkaasti jäljellä olevaa toimintakykyään ja toisaalta hoitaja omia voimiaan mahdollisimman vähän. Avustaessaan potilasta, hoitajan on tiedettävä kuntoutuksen periaatteet, potilaan tilanne, miten potilaan tulisi toimia ja mitä potilaan tulisi oppia. Hoitajan on myös osattava soveltaa tietojaan käytäntöön

neuvoessaan ja opettaessaan potilasta toimimaan. Hoitajan oma osaaminen ei siis riitä, vaan hänen täytyy osata opettaa toista osaamaan. (Christensen 1993: 10.)

Potilaan avustamistilanteen ergonomia liittyy taas siihen miten hoitaja toimii potilaan avustamistilanteessa. Arvioiko hoitaja potilaan voimavaroja, mitä potilas pystyisi itse tekemään ja mikä on hänen oma luontainen tapa toimia tilanteessa (Tamminen-Peter 2004: 69; Tamminen-Peter - Moilanen - Fagerström 2010: 17; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 65; Tamminen-Peter - Wickström 2009: 49). Keskustelee hoitaja tilanteesta potilaan kanssa ja selvittääkö hän potilaan sen hetkisen kunnon; kantavatko jalat, entä yhteistyökyky ja toivomukset. Suunnittelee hoitaja tilannetta tutustumalla hoitokertomukseen ja selvittämällä potilaan lääketieteelliset rajoitukset sekä kuntoutumisen tavoitteet. Selvittääkö hoitaja potilaskohtaisen apuvälineen tarpeen ja tarvitaanko tilanteessa toisen työntekijän apua. Valmisteleeko hoitaja ympäristön turvalliseksi ja tarvittavat apuvälineet kohdalleen. (Tamminen-Peter 2004: 69; Tamminen-Peter ym. 2010: 17 - 19; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 65 - 66; Tamminen-Peter - Wickström 2009: 49.) Esimerkiksi potilassängyn ominaisuuksilla pystytään huomattavasti parantamaan hoitajan työskentelyn ergonomiaa. Erilaisilla apuvälineillä taas pystytään helpottamaan potilaan liikkumista, mutta myös avustavan hoitajan työtä. (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 31, 38.)

Keskeistä potilaan avustamistilanteen ergonomian kannalta on ohjaaminen. Hoitajan on hyvä sopia potilaan ja avustajan kanssa miten toimitaan. Ohjaamalla ja aktivoimalla potilasta, potilas tunnistaa ja ymmärtää mitä tehdään. Annettaessa potilaalle mahdollisuus olla aktiivinen, hänen voimavarojaan pystytään hyödyntämään, eikä potilas passivoidu. Autettavalla on yleensä voimaa käsissä, vaikka jalat eivät täysin kantaisikaan. On siis tärkeää antaa potilaan tukeutua käsillään johonkin. Samalla hänen turvallisuuden tunne kasvaa, kun saa pitää kiinni jostain. (Tamminen-Peter 2004: 69 - 70; Tamminen-Peter ym. 2010: 18, 20, 22; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 69; Tamminen-Peter - Wickström 2009: 49.)

Avustustilanteessa hoitajan tulisi antaa potilaalle aikaa aloittaa liikkeen ja toimia itse. Sairas tai vanhus on motoriikaltaan hitaampi kuin terve. Liian nopea toiminta passivoi potilasta, vähentää potilaan pystyvyyden tunnetta ja lisää hoitajan kuormittumista. Hoitajan tulisi avustaa potilasta tarvittaessa, vain sen verran kun potilas tarvitsee. Potilasta ohjataan liikkumaan luontaisten liikemallien mukaisesti. Hoitaja liikkuu potilaan liikkeen mukana, hyödyntäen painovoimaa ja ihmisen rakennetta. Liikkeen aikana hoitaja tukee

potilasta laajalla kämmenotteella, esimerkiksi lantiosta, hartiasta tai selästä. Otteen tulisi olla pehmeä ja aktivoida potilaan omia lihaksia toimimaan. Missään vaiheessa potilasta ei tulisi nostaa, vaan avustaa esimerkiksi liuttamalla. Työskennellessään hoitajan tulisi hyödyntää käyntiasentoa ja painonsiirtoa, sekä huomioida työskentelyetäisyys, voimankäyttö ja polvien jousto. Muiden työntekijöiden tiedottamiseksi ja turvallisuuden takaamiseksi potilaan toimintakykyyn liittyvät asiat ja avustustapa tulisi olla myös kirjattuna hoitosuunnitelmaan. (Tamminen-Peter 2004: 69 - 70; Tamminen-Peter ym. 2010: 16 - 17, 22 - 24; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 65, 69; Tamminen-Peter - Wickström 2009: 48 - 49.)

Edellä esitettiin useita asioita mitä hoitajan tulisi huomioida potilaan avustamistilanteissa. Tärkeä on kuitenkin muistaa, että potilaan hoitamista ja avustamista ohjaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1991). Lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, niin ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä niin, että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on huomioitava. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja vaikka potilas kieltäytyisi tietyistä hoidosta tai hoitoimenpiteestä, on häntä hoidettava tavalla, johon hän suostuu ja jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että hoitohenkilöstön on selvitettävä potilaan mielipide ennen hoidon aloittamista. (Itsemääräämisoikeus 2009; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1991.)

2.2 Potilassiirtojen ergonomiakoulutus

Potilassiirtojen ergonomiakoulutus on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan työntekijöille, jossa keskeisinä opetuksen osa-alueina ovat ergonomia ja työturvallisuus, oman kehon hallinta, luonnolliset liikemallit, liikuntakyvyn arviointi, avustamisen periaatteet ja apuvälineet (Tamminen-Peter ym. 2007: 12; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 131). Työterveyslaitoksen toteuttama Potilassiirtojen Ergonomiakortti -koulutus® on rekisteröityä koulutusta, jonka pätevyys eli ns. kortti on voimassa viisi vuotta, minkä jälkeen se on mahdollista päivittää (Fagerström - Tamminen-Peter 2009: 6). Työterveyslaitos kouluttaa myös Potilassiirtojen Ergonomiakortti -kouluttajakoulutusta®, joka antaa pätevyyden muiden työntekijöiden kouluttamiseen (Työterveyslaitos 2013). Tämän pohjalta potilassiirtojen ergonomiakoulutuksia järjestetään myös muiden tahojen toimesta, mm. oppilaitoksissa ja sairaanhoitopiireissä. Koulutus tapahtuu joko suoraan Työterveyslaitoksen koulutusohjelman mukaan tai soveltaen Työterveyslaitoksen koulutusta koulu-

tuskohteen oman tarpeen mukaan, ilman valtakunnallista rekisteröitymistä. Työterveyslaitos on asettanut potilassiirtojen ergonomiakoulutuksen tavoitteeksi työ- ja potilasturvallisuuden parantamisen ja näiden myötä potilaan hoidon laadun edistämisen (Tamminen-Peter ym. 2007: 11; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 130).

Työturvallisuuden kannalta Työturvallisuuslaissa (738/2002) on määritelty työnantajan velvollisuus huolehtia siitä, että työstä ei aiheudu työntekijälle fyysisiä tai psyykkisiä terveyshaittoja. Vastaavasti potilasturvallisuus on määritelty Terveydenhuoltolaissa (1326/2010), jonka tarkoituksena on mm. edistää potilasturvallisuutta. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Potilasturvallisuuteen liittyen kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on myös velvoite huolehtia terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksesta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Suomessa mm. Työturvallisuuslaki ja EU:n lait velvoittavat työnantajaa kouluttamaan ja perehdyttämään hoitohenkilökuntaa potilaan siirtymis- ja avustamistilanteissa (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto n.d.; Työturvallisuuslaki 738/2002). Työn turvallisuutta tulisi säännöllisesti arvioida, työtä ja työoloja kehittää sekä ennaltaehkäisevin että korjaavin toimenpitein. Työturvallisuuden hallinta vaatii koko työyhteisöltä jatkuvaa toimintaa, ymmärrystä, osaamista ja ennen kaikkea yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 30, 33.) Yhteisten linjojen, sopimusten ja ohjeiden kannalta organisaatioiden johdon ja esimiesten tulisi ensin sisäistää sekä nähdä fyysisten riskien hallinta ja potilassiirtojen turvallinen toteutus osana kuntouttavaa työtä. Tällä tavoin organisaatio tukee ja kannustaa hoitohenkilökuntaa parempaan muutokseen. (Tamminen-Peter ym. 2007: 23 - 24; Tamminen-Peter ym. 2010: 27; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 128 - 129.)

Esimerkiksi Fagerströmin (2013) tutkimukseen osallistuneissa erikokoisissa terveydenhuollon organisaatioiden yksiköissä kaikilla oli tietämättömyyttä hyvistä ergonomisista avustustavoista. Yksiköiden apuvälineet eivät myöskään olleet asiakkaille soveltuvia tai työntekijöitä ei veloitettu käyttämään niitä. Henkilöstön tietämättömyys, kiireys, sitoutumattomuus tai kielteinen asenne osoittautuivat esteeksi kehittää ergonomista avustamista. (Fagerström 2013: 116.)

Tietämättömyys koettiin haasteeksi myös Nuikan (2002) tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat tietojen riittämättömyyden sekä epävarmuuden omassa osaamisessaan kuormittavaksi. Kuormittuminen esiintyi uusien tilanteiden, uusien laitteiden ja hoitotilanteiden yhteydessä. Jatkuva kiire, ja tarkemmin se ettei ole aikaa kuunnella potilasta, hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti ja opetella uusia hoitotapoja, aiheutti hoitajille todellista hallinnan puutteen tunnetta. (Nuikka 2002: 72, 74.)

Miten tietämättömyyteen ja muihin, sekä työntekijää että organisaatioita koskettaviin ongelmiin voidaan vaikuttaa? Fagerströmin (2013) mukaan organisaation ylin johto ja esimiehet ovat avain asemassa luomaan muutosta ja uutta oppimista mahdollistavaa ilmapiiriä. Tutkimuksessa todettiin toiminnan suunnitelmallisuuden, yhteisöllisyyden, palautteen annon ja ergonomiavastaavien toimenkuvan vahvistamisen lisännen ja ylläpitäneen työkäytäntöjen muutosta. Yksilöiden hyvät kokemukset apuvälineiden käytöstä ja fyysisten vaivojen vähenemisestä todettiin myös edistävän muutosta. Osaamisen varmistumisen ja asennemuutoksen myötä mm. avustustavan valinta ja kirjaaminen muuttuivat systemaattisemmaksi ja asiakkaan toimintakyvyn arvioon perustuvaksi. (Fagerström 2013: 116, 127 - 128.) Fagerström (2013) toteaaakin yksilön sitoutumisen kehittyvän myönteiseen suuntaan, kun hän näkee toiminnan itselleen mielekkääksi ja kokee sen arvokkaaksi. Tällä tavoin on mahdollista edistää uuden oppimista ja työkäytäntöjen muutosta (Fagerström 2013: 128).

Työntekijän velvoitteiden lisäksi Työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa myös työntekijää noudattamaan työnantajan antamia määräyksiä ja ohjeita, sekä huolehtimaan omasta ja muiden työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä. Henrikssonin (2011) tutkimuksessa todettiin kuitenkin riskien ja vaarojen arvioinnin sekä työturvallisuuteen liittyvien asioiden olevan melko vieraita hoitajille. Hoitajat toivoivat parempaa yhteistyötä työsuojelun, työterveyshuollon, lähiesimiehen ja työtovereiden kanssa (Henriksson 2011: 42).

Koulutus velvoitteista huolimatta, lait eivät kuitenkaan määrittele potilassiirtokoulutuksen sisältöä ja pituutta. Tamminen-Peterin ja Wickströmin (2013) Potilassiirto-oppaan mukaan perustaitojen oppiminen vaatii ainakin 16 tuntia harjoittelua. Jotta potilaan avustamis- ja siirto-osaaminen karttuisi ja kuntouttava työote toteutuisi, tulisi liikkeen ja liikkumisen merkitystä ihmisen terveydelle opettaa jo hoitajien ammatillisissa perusopinnoissa (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 128). Kuntouttavan työn kannalta, Koukkarin (2010: 66) tutkimukseen osallistuneet asiakkaat eivät kuitenkaan yhdistä-

neet hoitajan työtä fyysistä toimintakykyä edistäväksi kuntoutustoimenpiteeksi. Jatkossa kehittämishaasteena onkin se, miten kuntoutusosaaminen saadaan näkyväksi ja toimivaksi osaksi myös hoitajan työssä.

Jotta kuntouttava työ huomioitaisiin työpaikoilla, olisi potilassiirtokoulutuksen hyvä sisältyä riskien hallintaan ja turvallisuus asioihin. Potilaan avustamis- ja siirtotaitojen oppimisprosessin jatkumiseksi kertaaminen tulisi mahdollistaa tarvittaessa tai esimerkiksi joka toinen vuosi. Avustamis- ja siirtotaitojen päivittämistä varten esimiehen olisi hyvä pitää kirjaa koulutuksen käyneistä. Jokaisessa työyksikössä olisi hyvä olla myös ergonomiavastaava, joka ohjaa, auttaa ja juurruttaa potilassiirtoihin liittyviä asioita käytäntöön. (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 128 - 129.)

Siirtoergonomiakoulutusta suunniteltaessa, koulutusten sisällöistä ja toteutuksista löytyy hyvin tutkittua tietoa. Rantsin ja Hämäläisen (2006) koulutusinterventioin perusteella hoitohenkilökunta piti tärkeänä potilaan avustus - ja siirtotoiminnan kannalta säännöllistä koulutusta, esimiehen tukea ja positiivista asennetta aihetta kohtaan sekä mahdollisuutta osallistua koulutuksiin. Myös työyhteisön positiivinen asennoituminen, kiinnostus ja tuki koettiin tärkeäksi (Rantsi - Hämäläinen 2006: 21). Fagerströmin (2013) tutkimuksessa taas osoitettiin kuinka positiivisesti oppimiseen suhtautumisella ja aktiivisella osallistumisella oli avustustaitoja parantava yhteys.

Tuomisen (2010) tutkimuksessa henkilökohtainen ja oikeassa ympäristössä tapahtuva käytännön ohjaus ja neuvonta koettiin hyvänä, yhdistävänä keinona arkiseen työhön. Oman työn kehittämisen kannalta hoitajat kokivat tärkeänä oman työskentelyasennon korjaamisen, oikean nosto- ja siirtotavan ohjauksen sekä mahdollisuuden kiireettömään keskusteluun potilaan kanssa. Apuvälineiden käytön ohjaus koettiin myös hyväksi. (Tuominen 2010: 87, 89.)

Koulutuksen tiheyttä ja -toteutusta suunniteltaessa, erilaisia ohjeistuksia on hyvä vertailla sekä valtakunnallisella että kansainvälisellä tasolla. Työsuojeluhallinnon mukaan hoitohenkilöstön perehdytys ja opetus potilassiirroissa tulisi toteutua vähintään kahden vuoden välein (Karhula - Rönholm - Sjögren 2007: 18). Koulutus tulisi olla dokumentoituna perehdytysuunnitelmaan. Koulutussuunnitelman toteutumisen seurannalla varmistettaisiin, että kaikki työntekijät saavat koulutusta. (Karhula ym. 2007: 18, 21.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) lähteen mukaan Satakunnan sairaanhoitopiirissä oli asetettu tavoitteeksi koulutusta kolmen vuoden välein. Silloin uusille työntekijöille

tavoiteltiin koulutusta non-stopina perehdytyksen yhteyteen (Sosiaali- ja terveysministeriön 2008: 43). Satakunnan sairaanhoitopiiriin vuoden 2012 ohjeen mukaan jokaisen työyksikön on huolehtimaan siitä, että henkilökunta on tietoinen yhteisesti sovituista siirto- ja nostotekniikoista. Sekä siitä, että uudet työntekijät perehdytetään toimimaan ohjeistuksen mukaan. (Käsin tehtävät siirrot ja nostot 2012: 5, 8.)

Vastaavasti ulkomailla, esimerkiksi Walesissa hoitotyötä tekevien työntekijöiden on ennen työsuhteen alkamista suoritettava lakien ja vakuutusyhtiöiden ohjeiden mukainen kaksi päiväinen nosto- ja siirtokoulutus, josta he saavat potilassiirtopassit. Potilassiirtopassiin kuuluu myös vuosittainen neljän tunnin päivityskoulutus. (All Wales NHS Manual Handling Training Passport and Information Scheme 2003.) Yhdysvalloissa potilassiirtoergonomiakoulutusta järjestetään mm. lyhyenä esitelmänä uusille työntekijöille ja työtapaturman jälkeen töihin palaaville. Joissain sairaaloissa taas on ns. nostotiimi, joka avustaa potilaan siirtotilanteissa. (Guthrie - Westphal - Dahlman - Berg - Behnam - Ferrell 2004: 82.)

Tutkimusten mukaan koulutuksilta kaivataan myös toisenlaisia asioita mitä koulutuksissa tarjotaan. Tuomisen (2010) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta olisi kaivannut eniten lisäohjausta ilman apuvälineitä potilaan lattialta ylös avustamiseen. Koulutuksen parannusehdotuksissa ja toiveissa taas tuli esille, että koulutukselle / ohjaukselle toivottiin jatkuvuutta ja enemmän aikaa (Tuominen 2010: 64, 87). Mietittäessä tilannetta hoitajan ammatillisen peruskoulutuksen kannalta, sosiaali- ja terveysalan koulujen opettajia koskevassa kartoituksessa 71 % (n=79) piti potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetuksen määrää riittämättömänä. Erityisesti käytännön harjoitustunteja kaivattiin lisää. Samalla ilmeni, että kouluissa opetettiin vanhanaikaisia ja raskaita potilassiirtotapoja. Opettajien puutteellinen potilaan liikkumisen avustusmenetelmien tietotaito osoittautui osasyiksi opetusmäärien vähyyteen. (Rantsi 2005: 27 - 28, 41 - 42.) Tietotaidon päivittämiseksi sosiaali- ja terveysalan koulujen ergonomiaopettajat tarvitsevatkin sekä perus- että lisäkoulutusta aiheeseen (Tamminen-Peter 2007: 10). Lisäksi oppilaitosten opetuksen laatua ja sisältöä tulisi tarkastella enemmän, sekä kiinnittää huomio niistä valmistuvien taitoihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 43).

On sitten kyse vasta valmistuneesta tai kokeneemmasta hoitajasta, joka tapauksessa henkilöstön kouluttaminen ja samalla työhyvinvointiin panostaminen on todettu olevan taloudellisesti kannattavaa (Ahonen 2007). Hyvin suunnitellut, määrättyihin riskiryhmiin suunnatut sekä laaja-alaiset toimenpiteet ovat kannattavia (Ahonen 2007; Fagerström

2013). Esimerkiksi potilaan avustamistilanteissa, uuden toimintatavan oppimisella ja oman kehon hallinnalla voidaan vaikuttaa turvallisuuteen, loukkaantumisriskiä vähentävästi (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 17, 54). Hyöty syntyy siitä, että henkilöstön fyysinen ja psyykinen terveys paranee, minkä kautta henkilöstön toimintakyky ja työkyky paranevat sekä organisaation toimintakyky paranee. Näiden seurauksena sairauspoissaolot vähenevät, tapaturma- ja työkyvyttömyyseläkekustannukset vähenevät sekä yksilön tuottavuus kohoaa. Henkilöstön hyvinvointi vaikuttaa parantavasti yrityksen osaamispääomaan, eli mm. oppimiseen, osaamiseen, sitoutumiseen, jaksamiseen, yhteistyöhön ja asiakkaiden asenteisiin. Osaamispääoma on merkittävä yrityksen varallisuusmuoto, minkä kautta organisaatiot voivat saada 10 - 20 kertaisena takaisin sen panostuksen, minkä ne sijoittavat työhyvinvointiin. (Ahonen 2007.)

Potilassiirtokoulutusten myötä, hoitajat ovatkin kokeneet potilaan avustus- ja siirtomenetelmien vähentäneen tuki- ja liikuntaelinoireilua sekä työssä kuormittumista (Nelson - Matz - Chen - Siddharthan - Lloyd - Fragala 2005: 725; Rantsi - Hämäläinen 2006: 18, 20). Sekä Tamminen-Peterin (2005) että Fagerströmin (2013) tutkimuksissa hoitajien fyysisen ja psyykkisen kuormittumisen todettiin vähentyneen merkittävästi. Myös hoitajien liikunnan harrastaminen oli lisääntynyt merkittävästi (Rantsi - Hämäläinen 2006: 19). Vastaavasti potilasnäkökulmasta tutkimuksia on tehty hyvin vähän (Tamminen-Peterin 2005: 89). Tamminen-Peterin (2005) tutkimuksessa potilaiden arviot siirron miellyttävyydestä, turvallisuudesta ja siirtymisen hallinnasta paranivat merkitsevästi koulutusintervention jälkeen. Myös potilaiden lihasaktiiviteetin todettiin kohonneen merkittävästi, mikä tarkoitti sitä, että potilaiden oma aktiiviteetti avustustilanteissa lisääntyi. Potilaan oman aktiiviteetin mahdollisti se, että hoitajat oppivat aktivoimaan potilasta paremmin ja toimimaan rauhallisemmin seuraten potilaan omaa liikkumista. Näin potilas kontrolloi itse siirron ajoitusta ja siirtymistä. Avustustapa vaikuttaa siis oleellisesti myös potilaan hyvinvointiin. Oikeanlainen avustustapa tukee potilaan hoidon tavoitteita ja on näin osa hoidon laatua. (Tamminen-Peter 2005: 82, 89.)

3 Hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen avustamisessa

3.1 Hoitajan ja potilaan yhteistyö

Yhteistyö muodostuu kahden ihmisen yhteen sovitetusta toiminnasta, yhteisten tavoitteiden eteen. Yhteistyössä korostuvat sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus. (Argyle 1991: xi.) Hoitajan ja potilaan välinen yhteistyö liittyy hoitajan ammatilliseen potilaan hoitamiseen, jota ohjaa hoitotyön tietoperusta eli hoitotiede. Hoitajan ja potilaan yhteistyön tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan, käyttämään ja kehittämään omia voimavarojaan. Yhteistyössä on tärkeää huomioida potilaiden erilaiset terveydentilat, elämänvaiheet ja -tilanteet. Hoitajan ja potilaan yhteistyön tulisikin perustua tasavertaisuuteen, avoimuuteen, vastavuoroisuuteen ja itsemääräämisen kunnioittamiseen. (Kassara ym. 2005: 10 49.) Yhteistyön tulisi perustua myös Argylen (1991) mainitsemaan yhteisten päämäärien tavoitteluun, mikä hoitajan ja potilaan tilanteessa tarkoittaa terveyden, hyvinvoinnin ja kuntoutumisen edistämistä (Kassara ym. 2005: 11).

Yhteistyön ja vuorovaikutuksen toimivuutta voidaan arvioida erilaisin menetelmin. Esimerkiksi Sopmas (Structure of the Observed Patient Movement Assistance Skill) -siirtotaitojen havainnointimittarin perusteella parhaan tason vuorovaikutus tarkoittaa, että verbaalinen vuorovaikutus on potilaan omia resursseja kannustavaa. Potilas valmistellaan liikkumaan aktivoimalla lihaksia ja niveliä. Potilaalle annetaan tarvitsemansa aika ja tila liikkeen suorittamiseen. Hyödynnetään potilaan toimintakykyä, autetaan vain sen verran kuin potilas tarvitsee. Hoitaja ja potilas toimivat yhteistyössä. (Tamminen-Peter 2005: 64; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 132 - 133.)

Potilaan avustamis- ja siirtotilanne muodostuu lähtökohdiltaan kommunikoinnista ja vuorovaikutuksesta (Kindblom-Rising - Wahlstrom - Ekman - Buer - Nilsson-Wikmar 2010: 1217). Fagerström (2013) osoitti tutkimuksessaan sen, että hoitajien vuorovaikutustaidot potilaan avustustilanteessa olivat sitä paremmat, mitä enemmän hoitajat olivat saaneet avustustaitokoulutusta työssä ollessaan. Tämänkin tutkimustuloksen myötä voidaan todeta, että verbaalinen ja kehon viestintä on olennainen osa potilassiirtokoulutusta. Koulutus olisi tärkeä suunnitella niin, että tavoitteeseen päästään luomalla uutta ymmärrystä sekä edistämällä hoitohenkilökunnan osaamista potilassiirroissa. (Kindblom-Rising ym. 2010: 1217.)

Saarinko-Weidemannin (2007) ja Tuomisen (2010) tutkimuksissa hoitajien siirto- ja yhteistyötaidot todettiin puutteellisiksi ennen potilassiirtokoulutuksia. Ongelmaksi todettiin myös se, että hoitajat arvioivat oman toimintansa paremmalle tasolle kuin siirtoergonomiakouluttaja oli arvioinut (Saarinko-Weidemann 2007: 40; Tuominen 2010: 83 - 84). Hoitajat eivät hyödyntäneet potilaan voimavaroja niin hyvin kuin olisi ollut mahdollisuus. Potilasta ei aktivoitu sanallisella ja / tai manuaalisella ohjauksella toimimaan itse mahdollisuuksien mukaan. Hoitajien työskentely oli osin tehtäväkeskeistä ja kuntouttava työote jäi uupumaan avustustilanteissa. Joissain tilanteissa kuntouttava työote taas meni liian pitkälle, kun potilasta siirrettiin ihmisvoimin vaikka siirto olisi pitänyt toteuttaa nostolaitteella, sekä hoitajan että potilaan turvallisuus huomioiden. (Tuominen 2010: 83 - 84.)

Turvallisuus ja turvallisuuden tunne ovatkin keskeisimpiä asioita potilaan avustus- ja siirtotilanteissa, sekä näin ollen myös hoitajan ja potilaan yhteistyössä. Turvallisuuden tunnetta voidaan sekä hoitajan että potilaan kannalta lisätä hyvällä suunnitellulla, joka kohdistuu avustusmenetelmiin, tiloihin, avustusvälineisiin sekä asentoihin ja liikkeisiin (Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä 2010: 4). Työsuojeluhallinnon mukaan potilasturvallisuus perustuu potilassiirtotilanteiden suunnittelun lisäksi kiireettömyyteen sekä siihen, ettei työntekijä joudu työskentelemään yksin työvuorossaan (Karhula ym. 2007: 18 - 19).

Saarinko-Weidemannin (2007) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat potilaiden siirtoihin ja avustamiseen liittyvän tapaturmariskin olevan melko tai erittäin suuri. Potilaat kuitenkin kokivat hoitajan avustamat siirrot turvallisiksi, vaikkakin oma hallinnan tunne jäi melko vähäiseksi. Tutkimuksen fysioterapeutit taas arvioivat hoitajien työasentojen ja -liikkeiden sekä avustustapojen olevan vanhanaikaisia, raskaita ja jopa asukkaiden liikumista estäviä. (Saarinko-Weidemann 2007: 34, 39 - 40.)

Johansson (2005) tutkimuksessa hoitajan ja potilaan yhteistyötä käsiteltiin potilaiden näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneet potilaat korostivat omaan toimintakykyyn panostamisen tärkeyttä, he halusivat hyödyntää omaa toimintakykyään ja näkivät sen osana heidän kuntoutustaan. Potilaat kuitenkin kokivat, että suurimmalla osalla hoitajista oli tietoa ja taitoa miten toimia ja avustaa turvallisella ja miellyttävällä tavalla. Potilaat kokivat hoitajien osaavan valita toiminnan kannalta oikeat liikkeet ja tarvittavat apuvälineet. Potilaiden mukaan avustustilanteet pystyttiin toteuttamaan turvallisesti ja miellyttävästi hoitajan ja potilaan yhteistyössä, kun hoitajat ohjasivat selvästi mitä tehdään,

miten tehdään ja milloin. Potilaat kuitenkin kokivat, että avustustilanteeseen liittyvä kaa- tumisen ja kivun pelko riippui sekä heidän omasta kyvyttömyydestään että hoitajien tietämättömyydestä toteuttaa turvallinen potilassiirto. Potilaiden mukaan hoitajilla oli avustustilanteissa kuitenkin riittävästi aikaa yhteistyöhön, mutta toisaalta he kokivat hoitohenkilökunnasta olevan pulaa ja että apua pyytämällä he olisivat keskeyttäneet ja häirinneet hoitajia. (Johnsson 2005: 41, 57.)

Sekä potilaan että hoitajan ja potilaan yhteistyön kannalta potilaan hallinnan tunteen toteutumiseen olisi syytä kiinnittää enemmän huomiota. Koukarin (2010) tutkimuksen mukaan potilaat näkivät kuntoutuksen ja kuntoutumisen mm. hallinnan tunteen vahvis- tumisena, joka tarkoitti mm. voimavarojen tunnistamista, luottamusta omaan tulevai- suuteen, vastuun ottamista omasta itsestään ja itsenäisyyteen oppimista. Vaikka Kou- karin tutkimuksessa olikin kyse kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta, samat asiat pätevät hoitajan ja potilaan yhteistyössä sekä potilaan avustamisessa ja siirtämisessä. Kouka- rin (2010) tutkimus tukee ajatusta ottaa potilas mukaan toimimaan hänen rajoitteistaan huolimatta. Potilaan tasavertaista toimimista ja omaehtoisesta selviytymistä tulisi tukea. Ammattihenkilöstön arvostava ja hyvin kohteleva toiminta sekä pystyvyyden tunteen vahvistaminen nähtiin juuri kuntoutumista edistävinä tekijöinä. Kuntoutujien mukaan myös toiminnan merkityksen perustelu, näyttäminen ja ohjaaminen edistivät kuntoutu- mista. (Koukari 2010: 148 - 149.)

Yhteistyössä toimimisessa on kuitenkin omat ongelmansa. Vaikka potilasnostot ja siir- rot koetaan fyysisesti kaikkein kuormittavimmiksi, myös potilaiden kommunikaatio- ongelmat ja kognitiivisten taitojen heikkeneminen lisäävät hoitajien fyysistä kuormittu- mista (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 59; Wångblad - Ekblad - Ivanoff 2009: 644). Tuomisen (2010) tutkimuksessa selvisi, että hoitohenkilökunta koki ongelmana yhteis- työn kannalta sen, että potilas ei ymmärrä tilannettaan tai jos potilas ei ole yhteistyöha- luinen. Nuikan (2002) tutkimuksessa hoitajat kokivat potilasyhteistyössä vaikeiksi ja kuormittaviksi tilanteet, joissa potilas oli vaativa ja hänellä oli kohtuuttomat odotukset, potilas kieltäytyi hoitotoimenpiteestä, potilas toimi vastoin ohjausta sekä tilanteet, joissa potilas oli aggressiivinen. Potilaan kivuliaisuus koettiin myös ongelmana avustustilan- teissa (Nuikka 2002: 74; Tuominen 2010: 68).

Potilaan avustamistilanteissa tulisikin huomioida se, ettei potilaalle aiheuteta kipua. Kosketuksen kautta tai aktivoitaessa potilasta, liikkeen tuottama mahdollinen kipu voi saada aikaan pelokkuutta ja jopa aggressiivisuutta. Tällaiset tunteet ilmenevät usein

toiminnan vastusteluna ja potilas voi tarrata kiinni paikkoihin. Sopivalla kosketuksella, pehmeällä laajalla kämmen otteella hartiasta tai lantiosta ohjaamalla, autetaan potilasta löytämään oma liike. Vastaavasti suullisen ohjauksen tulisi olla yksinkertaista, rauhallista ja selkeää. Muistisaira kanssa olisi syytä välttää kielteisiä ilmauksia, koska kielto sana voi helposti jäädä häneltä kuulematta. (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 69 - 71.)

3.2 Hoitajan ja potilaan oppiminen

Oppiminen tarkoittaa yksilössä tapahtuvaa muutosta. Koettujen tapahtumien kautta syntyy kokemus, joka mahdollistaa oppimisen ja kehittymisen. Oppiminen tapahtuu kokemukselle antamiemme merkitysten ja tulkinnan kautta. Oppiminen vaatii itseohjautuvuuden taitoja. Itseohjautuvuus taas edellyttää oppijalta sosiaalisia ja metakognitiivisia valmiuksia; kuten yhteistoiminnallisen oppimisen ja palautteen hyödyntämisen taitoa, kyseenalaistamisen taitoa, ymmärtämisen tarkkailua ja kriittistä ajattelua. Kehittymisen kautta uskomukset ja oletukset uusiutuvat, uudet näkökulmat integroituvat omaan elämään ja tieto liittyy osaksi omaa kokemusta. (Ruohotie 2000: 9, 196 - 197.)

Kuntoutuksen oppimiseen liittyy mm. pystyvyys, valtaistuminen, ymmärtäminen, vuorovaikutus, osallistuminen, omien rajojen tunnustelu, oppiminen luottamaan omiin mahdollisuuksiin, omien voimavarojen oppiminen ja aikaisemmin opittujen taitojen uudelleen opettelu. Kuntoutumista ja muuta toimintaa ajatellen ihmisellä on ns. kehitystaso, jolla hän selviytyy itsenäisesti. Tilanteita, mistä hän ei usko selviytyvänsä, hän voi jopa vältellä. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 132, 134, 171 176.) Ihmiseltä ei myöskään voi odottaa, että hän osaa jotain, mitä hänelle ei ole opetettu tai mitä hän ei ole saanut harjoitella (Christensen 1993: 19).

Ohjaajan arvioinnin, tuen ja ohjaamisen avulla ihmisen on kuitenkin mahdollista oppia, ratkaista ongelmia ja laajentaa henkilökohtaista hallinta-alueitaan (Järvikoski - Härkäpää 2011: 132, 134, 159, 160, 176). Kun tiedetään millä kehitystasolla ihminen on, se antaa käsityksen ihmisen osaamisesta, jolloin ohjaamisen suunnittelu on helpompaa ja yhteistyö selkeämpää (Christensen 1993: 16 - 17). Olennaisinta on kuitenkin se, miten ihminen käyttää oppimista ja kehittymistä hyväkseen. Uskooko ja luottaako hän omaan toimintaansa ja pystyvyyteensä, sekä käyttääkö hän omia voimavarojaan tavoitteiden saavuttamiseen, jolloin hän motivoituisi yrittämään uutta. Onnistumisen kautta luotta-

mus omiin mahdollisuuksiin ja jatkamiseen lisääntyy. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 131, 134, 171.)

Oppimisprosessin lähtökohtana on ihmisen tietoisuuteen noussut ongelma tai ristiriita, joka ilmenee käytännön toiminnassa. Tilanteen ratkaisemiseksi oppimisprosessi etenee vaiheittain. Motivoituminen tarkoittaa tietoisesta sisällöllisestä mielenkiinnosta heräämistä opittavaa asiaa kohtaan. Orientoituneena ihminen muodostaa jäsenyksen, tietoisesta lähtökohtamallin oppimistoiminnastaan. Sisäistäessään uutta asiaa, ihminen suhteuttaa opittavaa tietoa aikaisempaan ajatteluun ja toimintaan. Oppimisprosessissa ulkoistaminen tarkoittaa opitun asian soveltamista todelliseen tilanteeseen ja todellisessa ympäristössä. Arvioidessaan ihminen tarkastelee uutta asiaa kriittisesti, kuten sen pätevyyttä, heikkouksia ja todenmukaisuutta. Kontrolli taas tarkoittaa oman oppimisen tarkastelua ja kehittämistä. (Engeström 1987: 45 - 47.)

Motivoituminen lähtee aistihavainnoista, joiden perusteella ihminen tekee toimintavalintoja. Mitä enemmän on aistiärsyksiä, sitä enemmän on aistien yhteistoimintaa ja oppimismahdollisuuksia. (Christensen 1993: 30, 35.) Kuntoutujan motivoitumista ja samalla oppimista voi lähteä tarkastelemaan ja jopa parantamaan pohtimalla, onko motivaatio henkilökohtaista eli osa persoonallisuutta, vai kontekstuaalista eli sosiaalisiin suhteisiin liittyvää, vai onko motivaatio tilannekohtaista. Motivaation ylläpitämiseksi ja oppimisen saavuttamiseksi kuntoutuksen tavoitteet tulisi asettaa yhdessä asiakkaan kanssa. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 166, 169.) Koukarin (2010) tutkimuksen mukaan juuri itse määritellyt tavoitteet nähtiin toimintaa motivoivana. Kuntoutumisen oppimista, onnistumista ja pystyvyyttä tulisi tukea mm. luomalla tavoitteet ja suunnittelemalla kuntoutuksen harjoitukset niin, että kuntoutuja pystyy selviytymään niistä ja saa onnistumisen kokemuksia. Kuntoutujaa tulisi tukea osoittamalla keinot, joiden avulla mahdottomalta tuntuvasta tehtävästä on mahdollista selviytyä. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 175, 179.)

Kuntoutumista, selviytymistä ja oppimista tukee se, että on motivaatiota, kiinnostusta, tavoitteita ja tarpeita. Sairaus, vamma tai muu elämäntilanteen kuormitus tai mahdollinen väärä käsitys sairaudesta voi kuitenkin heikentää motivaatiota ja oppimisen mahdollisuuksia. Silloin myös omat tavoitteet sekä oman elämän ja ympäristön hallinta voivat hämärtyä, fyysinen toiminta hankaloitua ja kuntoutuminen hidastua. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 172, 174; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 69). Tilannetta voi hankaloittaa myös se, että potilas ei välttämättä pysty ottamaan vastaan ja koordinoimaan

ärsykyttä, eikä ymmärtämään mitä ympäristössä tapahtuu (Christensen 1993: 30). Tai hän ei välttämättä aina tiedosta millä toimin hän pääsee tarpeeseensa liittyvään tavoitteeseen (Järvikoski - Härkäpää 2011: 160).

Tällöin oppiminen voi edetä kohti avuttomuutta, alistumista ja toimintamahdollisuuksien kapeutumista, eikä kohti valtaistumista, tietojen ja tietoisuuden laajenemista. Esimerkiksi sairastuessaan ihminen ei mahdollisesti voi valita itse haluamaansa. Hän on autettava, toimenpiteen kohde ja avun antajista riippuvainen, jolta kuitenkin odotetaan toisaalta passiivisuutta ja toisaalta aktiivisuutta. Hänen ongelmiaan voidaan korostaa ja hänet voidaan kokea avunpyytäjäksi, mikä voidaan taas tulkita jopa valittamiseksi. Ihminen voi sisäistää tällaisen roolin ja alkaa toimia sen mukaisesti. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 179, 183 - 184, 186.)

Asioiden sisäistämisenkin kannalta, ihmisen kehittyminen, oppiminen ja toimiminen liittyvät läheisesti ihmiskäsitykseen. Ihmiskäsitys tarkoittaa kokonaisvaltaista, ihmisen mielessä tai tajunnassa olevaa näkemystä siitä, millainen ihminen on. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 29.) Ihmiskäsitys muodostuu mm. kulttuuriperinnön kautta. Ihmiskäsityksen avulla voidaan osoittaa mikä on tapamme suhtautua tietoon ja muihin ihmisiin. Hoitajan ja potilaan toiminnassa se tarkoittaisi esimerkiksi asennetta toimintaa kohtaan, aktiivisuutta tai passiivisuutta toiminnan aikana, vuorovaikutusta ja yhteistyötä toiminnan aikana. (Niiniluoto 1994: 69, 70.)

Kuntoutuksessa ihmiskäsityksen muutos näkyy siinä, että vajavuuskeskeisyydestä on siirrytty kohti valtaistavaa ja ekologista ajattelua. Tämä tarkoittaa ihmisen vaikutusmahdollisuuksien, itsemääräämisen, osallisuuden ja hallinnan kokemusten vahvistamista sekä sitä, että ihmisen elämänkulku on hänen ja hänen toimintaympäristön vuorovaikutuksen tulosta. Ihmisen ongelmiin pyritään etsimään ratkaisuja olosuhteista ja ympäristöstä, ei vaan yksilöstä. Kuntoutuksen kautta ihmiselle pyritään luomaan hänen voimavarojaan tukevat olosuhteet. Kuntoutusajattelussa viitataan myös lakiin potilaan oikeuksista, eli kuntoutujalla on oikeus tietää omista asioistaan ja olla mukana päättämässä asioistaan. Kuntoutuja nähdään aktiivisena subjektina, jota tulisi ohjata ja tukea hänen tarpeidensa mukaan. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 50 - 52.) Kuntoutusselonteon (2002) ja Koukarin (2010) tutkimuksen mukaan kuntoutuksen olisikin lähdeittävä kuntoutujan elämän olosuhteista ja tarpeista sekä hänelle mielekkäistä toimintatavoista.

Myös uuden oppiminen lähtee tarpeesta. Voidaan ajatella, että yleensä tarve aktivoi ihmisen toimimaan, oppimaan ja hakeutumaan tavoitetta kohti. Tarve myös määrittää toiminnan suunnan ja intensiteetin, millä sitä lähdetään toteuttamaan. Tarve voi olla yksilöllinen, yhteisöllinen tai yhteiskunnallinen. Yhteiskunnallinen tarve perustuu siihen, että työvoima on riittävästi saatavilla, eivätkä yhteiskunnan sosiaaliturva- ja huoltokustannukset nouse liian suuriksi. (Järvikoski - Härkäpää 2011: 155, 158 - 159.) Hoitajan kannalta se tarkoittaisi esimerkiksi sitä, että hoitajia koulutetaan oppimaan potilassiirtotaitoja, että liiallisilta sairauslomilta välttyttäisiin ja hoitajat olisivat työkykyisiä. Potilaita taas esimerkiksi ohjattaisiin oppimaan ja kuntoutumaan, että työhön paluu olisi mahdollista.

3.3 Potilaan avustamiseen liittyvä oppiminen

Liikkuva ihminen aistii, havaitsee ja toimii erilaisissa tilanteissa ja ympäristöissä, eli ihminen on omien tekojensa tuottaja ja toimija (Sandström - Ahonen 2011: 21). Mm. näkö- ja tuntoaistien sekä liike- ja asentoreseptorien avulla ihminen tiedostaa oman kehon, asennon, liikkeen ja tasapainon hallinnan. Toimintojen vahvistumiseksi ja oppimisen lisääntymiseksi aistijärjestelmien palautteen kautta asentoa, liikettä ja kehon hallintaa on mahdollista harjoitella. (Talvitie - Karppi - Mansikkamäki: 2006: 230, 235.) Kun tiedostaa miltä kosketus, asento tai liike omassa kehossa tuntuu, on helpompi lähteä mukaan toimimaan tai avustamaan toista ihmistä. Konkreettisesti toimintoja harjoittelemalla tuntemukset ja suoritukset jäävät asento- ja liikemuistiin. Se miten taidot opitaan ja keho hahmotetaan, riippuu tasapainokyvystä, koordinaatiokyvystä sekä asento- ja liikeaistin erottelukyvystä. (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 55, 126.)

Avustaessaan potilasta, hoitaja sopeuttaa oman toimintansa potilaan toimintaan. Jotta hoitaja selviytyy erilaisista fyysisistä avustustilanteista, on hänen hallittava oman kehonsa toiminnot. Tämä tarkoittaa kykyä tunnistaa oma tasapainoinen asento, liike, hengitys sekä lihastoiminnan säätely. (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 54.) Kehon ja liikkeen hallinta ei liity pelkästään hoitajan työhön, vaan myös potilaan on jollain tasolla pyrittävä osallistumaan toimintaan ja liikkeeseen. Uusien toimintojen oppiminen, etenkin psykomotoristen ja motoristen taitojen oppiminen, vie aikaa (Tamminen-Peter ym. 2007: 11; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 17). Potilaan avustamis- ja siirtotaitojen oppiminen sekä potilaan oma toimimaan oppiminen vaativat toistuvaa opettelua ja harjoittelua, että hermosto ja lihaksisto oppivat toimimaan tarkoituksenmukaisesti (Tamminen-Peter ym. 2007: 11, 37; Tamminen-Peter - Wickström 2013: 17).

Potilaan avustamis- ja siirtämistoiminnan kannalta onkin tärkeää, että kuntoutuksessa on yksilön ominaisuuksien ja toimintakyvyn tarkastelusta pyritty siirtymään kohti toimintaa ja toimijuutta (Järvikoski - Härkäpää 2011: 101). Potilaan avustamistilanteitakin koskien, toimintakyvyn kannalta keskeistä ovat arjen tilanteet ja toimintakäytännöt, joissa toimintakyky eri tavoin on käytössä. Potilaan toimintaa ja toimijuutta tulisikin miettiä hänen elämänsä kautta; mitä hän on tehnyt, missä, miten, milloin ja kenen kanssa. Toiminnan ja toimijuuden tarkastelussa voidaan hyödyntää myös modaaliteettisiä ulottuvuuksia, joita ovat kyetä, täytyä, voida, tuntee, osata ja haluta. (Jyrkämä 2013: 422 - 423.) Toiminnan ja toimijuuden modaliteettien avulla on mahdollista selvittää potilaan kuntoutumisen mahdollisuuksia ja etenemistä, esimerkiksi tarkastelemalla erilaisista arkitilanteista ja -toiminnoista sekä elämäntapahtumista ja muutoksista selviämistä (Järvikoski - Härkäpää 2011: 102; Jyrkämä 2013: 424). Lähtemällä tarkastelemaan potilaan avustustilannetta potilaan toimijuuden kautta, pystytään potilaan ohjaaminen ja oppiminen kohdentamaan oikein.

Potilaan avustamistilanteita, kuten myös hoitajan ja potilaan yhteistyötä ajatellen potilaan toimijuuden toteutumisessa on kuitenkin omat haasteensa. Tamminen-Peter ja Wickström (2013) mainitsevat potilassiirto-oppaassaan kuinka hoitotyön perinne on hoitamista ja usein puolesta tekemistä, vaikka potilas pystyisi itse suoriutumaan jostain tehtävästä. Tällä tavalla puolesta tekemällä voidaan jopa hidastaa potilaan oppimista, kuntoutumista sekä ihan paranemista. Hoitajien tehtävä ei ole tehdä sellaista mitä potilas osaa tai on juuri oppimassa, vaan tukea ja opastaa. (Christensen 1993: 20, 26.) Karhulan ym. (2007) tutkimuksen mukaan hoitajien olisikin hyvä kehittää avustus- ja siirtotekniikoita aktiivisesti. Työskentelytapojen muuttaminen ja uuden oppiminen lähtee sekä teoreettisen potilassiirtokoulutuksen että käytännön harjoittelun kautta. Esimerkiksi luonnollisten liikemallien ymmärtämistä ja käytön oppimista varten, tulisi vuoteessa kääntymistä ja istumaan nousemista seurata ja harjoitella käytännössä kollegan kanssa. (Karhula ym. 2007: 21 - 22.) Yksittäisen hoitajan on kuitenkin vaikea muuttaa asenteita ja toimintaa työyksiköissä. Potilasta aktivoivan asenteen ja toimintatavan oppiminen vaatii hoitajien kouluttamista, mutta myös esimiesten tukea muutokselle ja toiminnan mahdollistamiselle. (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 28, 129.)

Potilassiirtokoulutusten jälkeen hoitajien siirtotaidoissa ja -tavoissa on havaittu positiivisia muutoksia parempaan (Fagerström 2013: 101; Johnsson 2005: 38; Rantsi - Hämäläinen 2006: 16 - 20; Saarinko-Weidemann 2010: 10; Tamminen-Peter 2005: 65 - 82).

Koulutusten myötä hoitajat osasivat ohjata potilasta, oppivat hyödyntämään potilaan omaa liikkumista sekä aktivoimaan potilaan siirtoon osallistumista ja antamaan potilaalle enemmän aikaa (Guthrie ym. 2004: 84; Saarinko-Weidemannin 2010: 10; Tamminen-Peter 2005: 89). Siirtotapahtuma koettiin rauhalliseksi, potilasjohtoiseksi tilanteeksi, jossa hoitaja aktivoi ja avusti potilasta tarpeen mukaan katsekontaktilla, sanallisesti tai manuaalisesti potilaan liikkeitä myötäillen, luonnollisia liikemalleja hyödyntäen (Henriksson 2011: 35 - 36).

Henrikssonin (2011) tutkimuksessa potilassiirtojen ergonomiakoulutuksesta oppiminen ja käytännön hyöty ilmeni seuraavanlaisesti. Hoitajat oppivat käyttämään siirto- / avustamistilanteissa enemmän alaraajojaan kuin hartioita ja yläraajojaan. Hoitajat miettivät enemmän kehon asentoa, hallintaa, liikettä, kehon kokonaisvaltaista käyttöä ja turvallisuutta. Hoitajat arvioivat potilaan toimintakykyä potilasasiakirjojen ja työtovereiden kanssa suullisen keskustelun avulla, joiden myötä he valitsivat siirtotavan. Potilassiirtoihin ja avustustilanteisiin liittyvistä toimista koettiin tulleen kokonaisvaltaista, tietoista toimintaa. (Henriksson 2011: 33 - 35, 40.) Johnssonin (2005) tutkimuksessa jopa 92 % (n=71) koulutetuista hoitajista ilmoitti käyttävänsä työssään uusia potilaan avustus- ja siirtotekniikoita useimmiten tai aina. Henrikssonin (2011) tutkimukseen osallistuneet, koulutetut hoitajat myös kouluttivat ja perehdyttivät oman työyksikön muita hoitajia avustus- ja siirtotilanteisiin.

Useiden tutkimusten mukaan potilaan avustamis- ja siirtotaitojen opettaminen koettiin erittäin tarpeellisena, hyödyllisenä ja motivoivana, sekä herättäneen vastuullisuuden omasta, potilaan ja työtoverin terveydestä ja turvallisuudesta. Apua uskallettiin pyytää entistä herkemmin ja apuvälineitä käytettiin aiempaa useammin. Apuvälineitä hankittiin enemmän ja niitä käytettiin jopa luovasti uusissa tilanteissa. (Henriksson 2011: 37 - 38, 42; Nelson ym. 2005: 725; Rantsi - Hämäläinen 2006: 16, 20; Saarinko-Weidemann 2010: 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 44.) Potilaan siirron avustamisen ja potilasnostimien käytäntöjä yhtenäistettiin sekä suullisin että kirjallisin ohjein. Myös apuvälineiden lainaamista apuvälineyksiköistä hyödynnettiin sekä sovittiin rikkoutuneiden työvälineiden vikailmoituskäytännöistä. (Henriksson 2011: 38, 42.)

Henrikssonin (2011) ja Saarinko-Wiedemannin (2010) tutkimusten mukaan hoitajat kokivat oppineensa koulutuksen myötä myös kiinnittämään huomiota ympäristön turvallisuuteen ja hyödyntämään ympäristöä siirtotilanteissa. Koulutuksen jälkeen riskien ja vaarojen arviointiin sekä työturvallisuuteen liittyviin asioihin osattiin kiinnittää aikaisem-

paa enemmän huomiota ja myös toimia oikein riskien ja vaarojen vähentämiseksi (Henriksson 2011: 42). Myös Fagerströmin (2013) tutkimuksessa riski ergonomisen avustamisen toteuttamiseen väheni merkitsevästi ja vaikutukset todettiin pysyviksi koulutusinterventio myötä.

Positiivisten oppimiskokemusten lisäksi oppimiseen liittyy aina myös hankaluutta. Tuomisen (2010) tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat ympäristöön ja apuvälineisiin liittyvät asiat hankalina. Tulosten perusteella hoitajat olisivat selkeästi tarvinneet lisäkoulutusta aiheisiin. Esimerkiksi apuvälineiden koettiin hidastavan työn tekemistä ja niitä oli hankala käyttää. Hoitajat tiedostivat apuvälineiden käyttämisen vaativan opettelua, mutta laitteiden käyttöön ei ollut aina saanut opastusta. (Tuominen 2010: 59, 61 - 62, 69, 84.)

Tamminen-Peter ja Wickström (2013) mainitsevatkin, että apuvälineiden käytössä on havaittu osaamattomuutta, mikä estää niiden aktiivista hyödyntämistä potilastyössä. Takalan ja Kukkosen (1987) tutkimuksessa kuitenkin osoitettiin, että käyttöopastuksen myötä apuvälineitä käytettävän säännöllisemmin. Fagerströmin (2013) tutkimuksessa taas todetaan, että työyksiköiden ergonomisten apuvälineiden määrä, suhteutettuna asiakkaiden toimintakykyyn, ei ollut riittävä. Työturvallisuuslaki (738/2002) kuitenkin velvoittaa työantajaa hankkimaan työn edellyttämät apuvälineet työntekijän käyttöön, sekä antamaan opetusta ja ohjausta työvälineiden oikeasta käytöstä, mutta myös työntekijää käyttämään työantajan antamia välineitä ohjeiden mukaan.

Ympäristön ja apuvälineiden lisäksi, hankaluutta on ollut myös muissa potilassiirtojen oppimiseen liittyvissä asioissa. Rantsin (2005) tutkimuksen mukaan vaikeimpia opittavia potilassiirtotaitojen hallintaan liittyvissä asioissa olivat oman kehon käyttö ja hallinta. Vaikeana pidettiin myös potilaan voimavarojen tunnistamisen ja hyväksikäytön, luonnollisten liikemallien, potilaan aktivoimisen sekä suullisen ja manuaalisen ohjaamisen oppimista. Aitojen potilaskontaktien puute hankaloitti oppimista ja vähensi oppimismotiivaatiota. (Rantsi 2005: 36.)

3.4 Hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen ominaispiirteet

Edellä esitetyn kirjallisuuden ja tutkimustiedon perusteella potilaan avustamistilanteeseen liittyvä hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen rakentuvat useista erilaisista ominaispiirteistä. Yhteistyön ominaispiirteet on havainnollistettu kuviossa 1.

Hoitajan ja potilaan yhteistyö avustamisessa		
Hoitajan ominaispiirteet	Yhteiset ominaispiirteet	Potilaan ominaispiirteet
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan ammatillinen hoitaminen • Tieto ja taito • Suunnitelmallisuus ja valmistelu • Apuvälineiden hyödyntäminen • Ohjaaminen • Toiminnan perusteleminen • Tarpeen mukaan auttaminen • Potilaan voimavarojen tunnistaminen, kehittäminen ja hyödyntäminen • Kannustaminen • Aktivoiminen • Kosketus ja otteet • Antaa potilaalle aikaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteiset tavoitteet ja päämäärä • Terveysten, hyvinvoinnin ja kuntoutumisen edistäminen • Turvallisuus • Yhteistyö • Vuorovaikutus ja kommunikointi • Avoimuus • Tasavertaisuus • Arvostus ja kunnioittaminen • Vastavuoroisuus • Vastuu • Luottamus • Osallistuminen • Yhteen sovitettu toiminta 	<ul style="list-style-type: none"> • Terveystila • Toimintakyky • Elämäntilanne • Itsemääräämisoikeus • Toimijuus • Osallisuus • Valtaistuminen • Hallinnan tunne • Pystyvyyden tunne • Omien resurssien hyödyntäminen • Itsenäisyyden oppiminen • Omaehtoinen selviytyminen

Kuvio 1. Teoriatiedon pohjalta rakentuneet ominaispiirteet avustamistilanteessa, hoitajan ja potilaan yhteistyöhön liittyen

Potilaan avustamistilanteeseen liittyvään oppimiseen kuuluu yleisesti oppimista luonnehtivia asiat, joita edellä esitetyn kirjallisuuden ja tutkimustiedon perusteella ilmeni useita. Lisäksi oppimisen ja yhteistyön ominaispiirteissä on myös paljon yhtäläisyyksiä, minkä takia niiden erottelu on vaikeaa. Hoitajan ja potilaan oppimisnäkökulmasta nimettäkään esimerkkeinä harjoittelun, kokemuksen, onnistumisen kokemusten ja uusien näkökulmien kautta oppiminen sekä ominaispiirteet, kuten tarve, itseohjautuvuus, ongelman ratkaisukyky, mahdollisuus, esimiehen tuki, ympäristö, motivoituminen ja soveltaminen.

4 Tutkimuksellisen kehittämistyön toimintaympäristön kuvaus

Tutkimuksellinen kehittämistyö liittyy HUS sairaanhoitopiirin potilaan siirtymisten ergonominen avustamien - siirtoergonomiakoulutus projektiin. Projekti sai alkunsa tarpeesta saada aikaan yhteinen HUS:n laatuksiteerit täyttävä siirtoergonomiakoulutus. HUS kuntayhtymän työsuojelujaoston toimintaohjelmaan ja suunnitelmaan kirjattiin vuosille 2010 - 2013 tavoitteeksi ja toimenpiteeksi HUS tasoinen siirtoergonomiakoulutus. Näiden asioiden pohjalta lähdettiin suunnittelemaan ja pilotoimaan siirtoergonomiakoulutusta. (Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen - Siirtoergonomiakoulutus HUS:ssa projektisuunnitelma 2012.) Ensimmäinen virallinen koulutus pidettiin 18.1.2012, minkä jälkeen koulutuksia on pidetty säännöllisesti. Pilotti koulutukset jatkuvat vuoden 2013 loppuun asti. Tämän jälkeen on tarkoitus päättää miten koulutusta jatketaan vai jatketaanko ollenkaan. (Karjalainen 2012 - 2013.)

Projektilla avulla pyritään vähentämään hoitajien fyysistä kuormitusta ja lisäämään potilasturvallisuutta potilassiirtotilanteissa. Projektin odotetun lopputuloksen mukaan koulutusohjelmaan on integroitu säännöllinen siirtoergonomiakoulutus koko HUS alueelle ja työtekijöiden työtavat ovat nykyaikaiset, ergonomiset ja turvalliset. Koulutuspilotin hyötyjen toteutumista arvioidaan siirtoergonomiaprojektiryhmän jäsenten laatiman kyselyn avulla. Ennakkokyselyn avulla kartoitetaan koulutukseen osallistuvien taustatietoja, siirtoergonomiataitoja ja -tietoja. Seurantakyselyn avulla taas kartoitetaan näiden asioiden muutosta. (Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen - Siirtoergonomiakoulutus HUS:ssa projektisuunnitelma 2012.)

Siirtoergonomiakoulutus on tarkoitettu koko HUS sairaanhoitopiirin hoitotyötä tekeväälle henkilökunnalle. HYKS sairaanhoitoalueella eli Helsinki, Espoo ja Vantaa koulutettavaa hoitohenkilökuntaa on noin 4950 henkilöä ja muilla HUS:n sairaanhoitoalueilla samassa suhteessa enintään puolet koko henkilökunnasta. (Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen - Siirtoergonomiakoulutus HUS:ssa projektisuunnitelma 2012.) Koko HUS sairaanhoitoaluetta käsittelevän projektin lisäksi tämä tutkimuksellinen kehittämistyö kohdentuu tarkemmin Peijaksen sairaalan vuodeosastojen yksiköihin. HUS sairaaloista valittiin Peijaksen sairaala, koska tutkija työskentelee itse kyseisessä sairaalassa.

HUS siirtoergonomiakoulutuspilotin koulutus muodostuu teoriaopetuksesta ja käytännön harjoittelusta erillisessä siirtoergonomiahuoneessa, mikä sijaitsee tällä hetkellä Peijaksen sairaalan tiloissa. Koulutuksia on pidetty myös Länsi-Uudenmaan sairaalas-

sa Tammisaassa, Lohjalla Paloniemen sairaalassa, Hyvinkään sairaalassa ja Porvoon sairaalassa (Karjalainen 2012 - 2013). Aikaisemmin siirtoergonomiahuone sijaitsi Meilahden sairaalan tiloissa, josta se siirrettiin remontin takia väistöön Peijaksen sairaalaan. Koulutuspilotin ja Meilahden remontin jälkeen on tarkoitus päättää myös mine ja miten siirtoergonomia toiminta keskitetään.

Pilottikoulutus on kaksipäiväinen. Ensimmäisen päivän alkajaisiksi koulutetut täyttävät HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin ennakkokyselyn. Ensimmäiseen koulutuspäivään sisältyy sekä opetusluento aiheesta että käytännön harjoittelua. Ensimmäisen koulutuspäivän jälkeen koulutettavat harjoittelevat oppimiaan asioita käytännön työssä noin kuukauden ajan. Tämän jälkeen he osallistuvat toiseen koulutuspäivään, jossa harjoitellaan lisää potilaan avustamiseen liittyviä asioita ja käydään läpi koulutettavien käytännön työssä esille tulleita esimerkkipotilassiirtotilanteita. Käytännön harjoittelut siirtoergonomiahuoneessa tapahtuvat siirtoergonomiakouluttajan ja koulutettavien kesken. Oikeita potilastilanteita jokainen harjoittelee oman työnsä puitteissa. Tilanteen salliessa siirtoergonomiakouluttaja käy myös konsultaatiokäynnillä koulutukseen osallistuneiden työyksiköissä. Koko koulutuksen suorittamisen jälkeen koulutetuille lähetetään sähköisessä muodossa oleva seurantakysely. Siirtoergonomiakouluttaja vastaa koko kyselyn järjestelyistä. (Karjalainen 2012 - 2013; Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen - Siirtoergonomiakoulutus HUS:ssa projektisuunnitelma 2012.)

5 Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkökulmasta HUS sairaanhoitopiirin siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittämiseksi edistämään hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista.

Kehittämistehtävät olivat:

- 1) Selvittää HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin palautteiden avulla hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista.
 - a. Työn ohjauksen ja opetuksen tarpeen suhteen:
 - Potilaan voimavarojen arvioinnissa
 - Potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä
 - Potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä
 - b. Koulutuksen hyödyllisyyden suhteen:
 - Potilaan aktivoinnissa
- 2) Selvittää HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin palautteiden avulla mitä asioita hoitajat esittivät hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen suhteen.
- 3) Selvittää hoitajien näkökulmasta HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotettiin ehdotuksia HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittämiseksi, edistämään hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista.

6 Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut

6.1 Lähestymistapa

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä haettiin tietoa tutkittavasta ilmiöstä tapaus-tutkimuksen keinoin. Tapaus tutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa tai ns. tutkimusstrategia, jossa keskeistä on tutkittava tapaus, jonka määrittelylle tutkimuskysymys, tutkimusasetelma ja aineistojen analyysit perustuvat. Tapaus tutkimuksessa käytetään usein monista eri lähteistä ja monin eri tavoin kerättyä yksityiskohtaista ja rikasta empiiristä aineistoa. (Eriksson - Koistinen 2005: 1, 4 - 5; Laine - Bamberg - Jokinen 2007: 9 - 10.)

Tämän tapaus tutkimuksen lähtökohtana oli mielenkiinnonkohde eli potilassiirtojen ergonomiakoulutus, mikä muodosti tämän tutkimuksen tapauksen. Varsinainen tutkimuksen kohde oli potilassiirtojen ergonomiakoulutuksen sisältöön liittyvä hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen. Tapauksen konteksti muodostui potilaan avustustilanteesta, joka käsittää potilaan hoitamista ja avustamista eri tilanteissa, esimerkiksi vuoteesta, pois vuoteesta ja takaisin, kääntämistä, siirtämistä tai nostamista (Hänninen – Koskelo - Kankaanpää - Airaksinen 2005: 111, 115). Kontekstin lähiympäristönä oli HUS toiminta ja potilasosastot / -yksiköt. Tutkimuksellisen kehittämistyön informantteina toimivat HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin osallistuneet tai sen käyneet sairaanhoitajat / työntekijät.

Tutkimuksellisen kehittämistyö aineisto muodostui sekä HUS siirtoergonomiakoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien haastatteluista että valmiista HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin ennako- ja seurantakyselyistä. Haastattelut ja kyselyjen avoimet kysymykset tuottivat laadullista aineistoa ja kyselyjen monivalintakysymykset määrällistä aineistoa. Tapaus tutkimuksen mukaisesti käyttämällä useita aineistoja on mahdollista rikastaa kuvausta ja tapauksen tietämystä ja tällä tavoin saada tutkimuksen kannalta mahdollisimman hyvä lopputulos (Eriksson - Koistinen 2005: 27). Useamman menetelmän yhdistämisellä tuotettiin tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön luotettavuutta (Eriksson - Koistinen 2005: 30).

Tapaus tutkimus oli tyypiltään välineellinen tapaus tutkimus. Tutkimuksellisen kehittämistyön avulla yritettiin ymmärtää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista, laajem-

minkin kuin vain HUS siirtoergonomiakoulutuksen kautta. Tavoitteena oli tuottaa sel- laista tietoa, jota pystytään hyödyntämään potilaan avustustilanteissa ja oppimisessa, ei vain tutkimuskohteena olevassa ympäristössä. Tutkittava tapaus on kiinnostava yleis- sen teeman eli kuntouttavan työn vuoksi, eikä pelkästään itsessään. (Eriksson - Koisti- nen 2005: 9.) Tutkimuksellisen kehittämistyön lopputuotoksena syntyi ehdotuksia HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittämiseksi, edistämään hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tutkimusote oli positivismi-hermeneuttinen, joka suun- tautuu sekä teknisen että praktisen tiedon intressin mukaisesti. HUS siirtoergonomia- koulutus pilotin kyselyjen analysointi osiossa teknisellä tiedon intressillä pyrittiin hah- mottamaan todellisuutta tapahtumien ja niiden välisten kausaalisuhteiden avulla, eli hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin aikana. Praktisessa tiedon intressissä pyrittiin ymmärtämään hoitajien kokemuksia ja ilmauksia sekä HUS siirtoergonomiakoulutukseen liittyvää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja op- pimista. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän rooli oli teknisessä tiedon intressissä ulkopuolinen ja praktisessa olla osa tutkimusprosessia. (Tuomi 2007: 86 - 86, 118 - 119, 166.)

6.2 Eteneminen ja aikataulu

Tutkimuksellisen kehittämistyön aihe alkoi muodostua jo ennen opintojen alkamista syksyllä 2012. Varsinainen kehittämistyön suunnittelu toteutui tammi-maaliskuussa 2012. Tutkimuslupa-anomus haettiin HYKS-sairaanhoidoalueen johtajalta ja sopimus tehtiin Metropolian Ammattikorkeakoulun kanssa. Kuviossa 2. on esitelty tutkimukselli- sen kehittämistyön aikataulu.



Kuvio 2. Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen ja aikataulu

Tutkimuksellisen kehittämistyön luvan myöntämisen jälkeen, työ käynnistyi sairaanhoitajien haastatteluilla. Haastattelut toteutettiin toukokuussa ja heinäkuussa, jonka jälkeen haastattelut litteroitiin ja analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyjen vastaukset / aineistovedokset saatiin sähköisessä muodossa HUS siirtoergonomiakouluttajalta touko-elokuun aikana. Kyselyjen avoimet vastaukset analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä ja monivalintakysymysten vastaukset määrällisin kuvauksin.

Haasteena työn aikataululle oli tutkimusluvan saaminen ja haastateltavien sairaanhoitajien saaminen vuorotyön lomassa ja kesälomakauden aikana 3 - 4 hengen fokusryhmähaastatteluihin. Vielä kesällä 2013 aikataulu oli alustava ja se suunniteltiin niin, että sitä voitiin muuttaa tarpeen mukaan. Aikataulussa kuitenkin pysyttiin. Työ valmistui ja julkaistiin joulukuussa 2013 sähköisessä muodossa ja se on saatavilla Theseus -tietokannassa (<https://publications.theseus.fi/>). Alustavissa suunnitelmissa on myös julkaista työ artikkelina HUS-intranetissä sekä esityksenä HUS Ergonomiapäivillä.

6.3 Informanttien valinta ja kuvaus

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kysely ja informantit

HUS:n siirtoergonomiakouluttaja antaa siirtoergonomiakoulutus pilotin ennako- ja seurantakyselyt täytettäväksi jokaiselle koulutukseen osallistuneelle. Kuitenkaan Länsi-Uudenmaan sairaalassa Tammisaarella kyselyä ei teetetty, koska kysely on suomenkielinen ja koulutus pidettiin osittain ruotsiksi (Karjalainen 2012 - 2013).

Tälle tutkimuksellisen kehittämistyön toteutukselle asetettujen aikataulurajojen mukaan, kyselyistä rajautui tähän työhön tiettyyn aikaan mennessä koulutukseen osallistuneet tai sen kokonaan suorittaneet. Tämän takia myös kyselyjen vastaukset rajautuivat tietyille aikajaksolle. Ennakkokyselyyn vastanneet olivat käyneet koulutuksen 18.1.2012 - 6.5.2013 välisenä aikana ja seurantakyselyyn vastanneet olivat käyneet koulutuksen 18.1.2012 - 31.1.2013 välisenä aikana. Seurantakyselyt rajautuivat lyhyemmälle ajalle, koska siirtoergonomiakouluttaja lähettää seurantakyselyt koulutetuille 5 - 6 kuukautta koko koulutuksen suorittamisen jälkeen (Karjalainen 2012 - 2013). Vastausaikaa kyselyyn annetaan noin kaksi viikkoa. Jos ei siihen mennessä ole vastannut, lähtee kyselystä muistutusviesti, johon vastausaikaa on kaksi viikkoa. (Karjalainen 2012 - 2013.)

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin ennakkokysely koostuu 30 monivalintakysymyksestä ja yhdestä avoimesta kysymyksestä. Seurantakysely sisältää 30 monivalintakysymystä sekä kaksi avointa kysymystä. Kyselyt toimivat HUS:n ohjelmistossa Digium Enterprise kyselynä, eli samassa ohjelmassa on kysely ja sen analysointi (Karjalainen 2012 - 2013). Tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön rajautuneet valmiit kyselyvastausvedokset saatiin siirtoergonomiakouluttajan kautta sähköisessä muodossa. Kyselyjen vedoksissa avoimet vastaukset oli esitetty MS Word -dokumentteina ja monivalintakysymysvastaukset MS Excel- ja PowerPoint -dokumentteina. Monivalintakysymysvastaukset oli ilmaistu kokonaislukuina, sekä taulukko- että kysymyksen asettelumuodossa.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön ennakkokyselyiden rajauksen, 18.1.2012 - 6.5.2013, mukaan ensimmäisen koulutuspäivän käyneiden vastuksia saatiin 274 (n). Yhteensä ensimmäisen koulutuspäivän käyneiden määrä oli samalta ajalta 274, eli vastausprosentti oli 100 %. Seurantakyselyiden rajauksen ajankohtana, 18.1.2012 - 31.1.2013, siirtoergonomiakouluttaja lähetti kyselyt yhteensä 181 koko koulutuksen käyneelle, joista neljälle sähköpostikysely ei mennyt perille. Nämä henkilöt olivat mah-

dollisesti vaihtaneet työpaikkaa tms., joten kyselyt tavoittivat yhteensä 177 koulutettua. Vastauksia saatiin 117 (n), joten vastausprosentti oli 66 %.

Kyselyjen esitiedoissa kysytyn ammattinimikkeen (Liite 5.) kokonaislukupastaukset muunnettiin prosenttiluvuiksi prosenttilaskukaavan mukaan. Ammattinimikkeet jakautuivat tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön rajattujen ennakkokyselyiden mukaan seuraavanlaisesti: koulutuksen käyneistä 63 % (n=274) oli sairaanhoitajia, 19 % (n=274) lähi- ja perushoitajia, 6 % (n=274) fysioterapeutteja, 5 % (n=274) röntgenhoitajia ja 7 % (n=274) mainitsi ammatikseen jonkin muun. Vastaavasti seurantakyselyiden vastaajista 54 % (n=117) oli sairaanhoitajia, 24 % (n=117) lähi- ja perushoitajia, 11 % (n=117) fysioterapeutteja, 7 % (n=117) röntgenhoitajia ja 4 % (n=117) mainitsi ammatikseen jonkin muun. Eli suurin osa (78 % - 82 %) kyselyihin vastanneista oli sairaanhoitajia tai lähi- ja perushoitajia.

Kyselyn esitiedoissa kysyttiin koulututtajilta muitakin ominaisuuksia, mutta ne tiedot eivät liity tämän työn aineiston käsittelyyn, joten niitä ei ole tarpeen esittää. Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä ei voinut muutenkaan vaikuttaa vastaajien valikoitumiseen, vaan tässä tapauksessa informanteiksi osoittautuivat kaikki tämän tutkimuksellisen kehittämistyön puitteissa kyselyihin vastanneet henkilöt.

Haastattelujen informantit

Tutkimuksellisen kehittämistyö tavoitteena oli haastatella yhteensä 8 - 9 sairaanhoitajaa fokusryhmähaastattelun tapaan. Haastateltavien valinta toteutettiin yhteistyössä siirtoergonomiakouluttajan kanssa. Haastattelujen informanteiksi valittiin sairaanhoitajia, koska tutkimukseen haluttiin saada ammatilliselta peruskoulutukseltaan yhteneviä henkilöitä. Sairaanhoitajat edustavat myös ammatiltaan suurinta / yleisintä osaa hoitohenkilökunnasta, mikä helpotti haastateltavien rekrytointia. Sairaanhoitajat eivät myöskään ole koulutukseltaan terapeutteja, joille kuntoutus on olennaisin osa ammatillista koulutusta, kuten fysioterapeutit tai toimintaterapeutit. Ammatillisen peruskoulutuksen lisäksi muut valintakriteerit haasteltaville olivat:

- HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin peruskoulutus suoritettu
- Suomenkielisyys: käsiteltävät asiat pystyttiin kielellisesti ymmärtämään selkeämmin sekä haastateltavan että haastattelijan puolelta
- Potilaan hoitoa ja avustamista kolmivuorotyössä, Peijaksen sairaalassa

Valintakriteerien ja siirtoergonomiakouluttajan antamien tietojen perusteella Peijaksen sairaalasta valittiin yksiköt, joista haastateltavia lähdettiin rekrytoimaan. Valikoidut yksiköt olivat seuraavat: päivystysalueelta 4 yksikköä, sisätautien vuodeosastoilta 4 yksikköä ja kirurgian vuodeosastoilta 5 yksikköä.

Siirtoergonomiakouluttaja lähetti sähköpostitse alustavan kyselyn (Liite 1.) haastatteluun suostumisesta yhteensä 32 tutkimuskriteerit täyttäneelle sairaanhoitajalle. Seitsemän oli suostuvaisia haastatteluun. Näin saatiin alustavasti fokusryhmähaastatteluun suostuneiden sairaanhoitajien yhteystiedot. Tämän jälkeen tutkimuksen tekijä lähetti sähköpostitse kaikille seitsemälle, alustavasti haastatteluun suostuneelle sairaanhoitajalle, tarkemman haastatteluun suostumiskyselyn sekä tutkimushenkilötiedotteen (Liite 2.). Näistä seitsemästä haastatteluun suostui lopulta kuusi koulutuksen käynnyttä sairaanhoitajaa. Tutkimuksen tekijänä tunsin kollegoina muutamia koulutettuja sairaanhoitajia, joilta kysyin sähköpostitse halukkuutta osallistua haastatteluun. Sähköpostiviestiin oli liitetty tutkimushenkilötiedote (Liite 2.). Neljästä kollegasta kaksi suostui. Lopulta haastateltavaksi suostui yhteensä kahdeksan koulutettua sairaanhoitajaa. Lopullinen suostumus haastatteluun -kaavake (Liite 3.) annettiin jokaiselle täytettäväksi haastattelutilaisuudessa. Näin pystyttiin varmistamaan koulutettujen vapaaehtoinen osallistuminen haastatteluun koko valikoitumisen ajalta.

Kaikki tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuneet haastateltavat olivat sattumalta naisia. Haastateltavien työvuodet terveydenhuoltoalalla vaihtelivat 1 vuodesta 30 vuoteen. Kaikki haastateltavat olivat sairaanhoitajia, vaihdellen opistoasteen tutkinnosta ylempään ammattikorkeakoulututkintoon asti. Joillain haastateltavilla oli toisena terveydenhuoltoalan tutkintoina apuhoitajan, perushoitajan tai kättilön tutkinto. Haastateltavien työyksiköt sijoittuivat sekä sisätautien että kirurgian vuodeosastoille. Päivystysalueelta ei kukaan ilmoittautunut haastatteluun.

6.4 Aineiston kerääminen

Tutkimusprosessin aikana aineiston keruu toteutui pääpiirteittäin suunnitelman mukaisesti. Ainoastaan haastattelujen fokusryhmät jouduttiin aikataulun ja haastateltavien työvuorojen takia muuttamaan 3 - 4 hengen ryhmistä yksilöhaastatteluksi sekä parietä ryhmähaastatteluiksi. Taulukossa 1. on esitetty tutkimusprosessi kehittämistehtävien mukaan.

Taulukko 1. Aineiston keruu ja analysointi

Kehittämiskysymys	Aineiston keruun menetelmä	Analyysimenetelmä	Tulos
<p>Miten hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen ilmenivät HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin aikana seuraavien asioiden suhteen?</p> <p>Tarve työn ohjaukselle ja opetukselle:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Potilaan voimavarojen arvioinnissa •Potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä •Potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä 	HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin ennakko- ja seuranta-kyselyt	Määrällinen aineiston analyysi, kokonaislukujen ja prosenttilukujen avulla kuvaillen	Kuvaus hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen ilmenemisestä HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin aikana. Koulutettujen näkemys työn ohjauksen ja opetuksen tarpeesta potilaan voimavarojen arviointiin, potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä sekä potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä
<p>Miten hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen ilmenivät HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin aikana seuraavan asian suhteen?</p> <p>Koulutuksen hyödyllisyys: Potilaan aktivoinnissa</p>	HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin seuranta-kysely	Määrällinen aineiston analyysi, kokonaislukujen ja prosenttilukujen avulla kuvaillen	Kuvaus hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen ilmenemisestä HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin aikana. Koulutettujen näkemys koulutuksen hyödyllisyydestä potilaan aktivointiin.
Mitä asioita koulutetut esittivät HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin aikana hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen suhteen?	HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin ennakko- ja seuranta-kyselyt	Laadullinen aineistolähtöinen sisällön analyysi	Kuvaus koulutettujen esittämistä asioista HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvän hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen suhteen
Mitä hoitajat mainitsivat HUS siirtoergonomiakoulutus pilotiin liittyvästä hoitajan ja potilaan yhteistyöstä ja oppimisesta?	Fokusryhmähaastattelu sairaanhoitajille, Peijaksen sairaalassa	Laadullinen aineistolähtöinen sisällön analyysi	Kuvaus koulutettujen sairaanhoitajien näkemyksestä HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvästä hoitajan ja potilaan yhteistyöstä ja oppimisesta



Tuloksena ehdotuksia HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittämistä varten, edistämään hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyt

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä paneuduttiin aiheeseen hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen siirtoergonomiakoulutuksessa. Aiheen perusteella HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin ennakkokyselyn 30 monivalintakysymyksestä ja yhdestä avoimesta kysymyksestä sekä seurantakyselyn 30 monivalintakysymystä ja kahdesta avoimesta kysymystä valikoitui tarkasteltavaksi seuraavat kysymykset:

- Ennakkokyselyn kysymys numero 24: ”Mihin työn osa-alueisiin koet tarvitsevasi ohjausta tai opetusta?”, mikä vastaavasti seurantakyselyssä on numero 22
- Seurantakyselystä kysymys numero 29: ”Mihin potilaan avustamiseen liittyviin osa-alueisiin sait koulutuksessa hyödyllisiä tietoja / taitoja?”
- Seurantakyselystä kysymys numero 31: ”Mitä toivoisit mahdollisesti koulutukseen lisää ja vastaavasti oliko jotain liikaa?”
- Seurantakyselystä kysymys numero 32: ”Muuta kerrottavaa”, mikä vastaavasti ennakkokyselyssä on numero 31

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotista tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön valitut kysymykset löytyvät liitteestä 5. Näiden kysymysten avulla haettiin vastauksia kehittämistehtäviin 1. ja 2. Siirtoergonomiakouluttajalta saaduissa kyselyvastausvedoksissa avointen kysymysten tuottamia alkuperäisilmauksia oli yhteensä kahdeksan sivua (fontti Verdana, koko 8,5, riviväliä ei merkitty).

Sairaanhoitajien haastattelut

Tarkoitus oli selvittää fokus ryhmähaastattelun keinoin, mitä hoitajat mainitsivat HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvästä hoitajan ja potilaan yhteistyöstä ja oppimisesta. Tällä haettiin vastausta kehittämistehtävään 3. Haastattelu kysymykset pyrittiin asettamaan käytännön hyötyä ajatellen. Aiheeseen liittyvät aikaisemmat tutkimukset ja oma kokemustieto toimivat kysymysten laatimisen pohjana. Fokus ryhmähaastattelut etenivät suunnitelmarungon mukaisesti (Liite 4.), mutta myös haastattelun poikkeaminen rungon ulkopuolelle niin haastattelijan kuin haastateltavienkin toimesta sallittiin.

Alun perin fokusryhmiä oli tarkoitus pitää 2 - 3, joissa jokaisessa olisi ollut 3 - 4 sairaanhoitajaa kerrallaan. Lopulta fokusryhmähaastattelut toteutettiin haastattelujen ajankohdan ja haastateltavien vuorotyön takia kerran yhden hengen, kaksi kertaa kahden hengen ja kerran kolmen hengen haastatteluina. Haastattelut kestivät noin 20 - 45 minuuttia / haastattelu. Haastattelut nauhoitettiin. Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin nauhoitukseen lupa suostumusasiakirjan (Liite 3.) yhteydessä. Haastattelujen nauhoit-

taminen mainittiin myös tutkimushenkilötiedotteessa (Liite 2.) Alkuperäistä aineistoa kertyi yhteensä ajallisesti 2h 17minuuttia ja paperillisesti 23 sivua (fontti Arial, koko 11, rivivälillä 1,5).

6.5 Aineiston analysointi

Aineisto koostui sekä HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyistä että sairaanhoitajien haastatteluista. Kuten edellä mainittiin, siirtoergonomiakouluttajalta saatujen kyselyvedosten avoimet vastaukset oli esitetty MS Word -dokumentteina ja monivalintakysymysvastaukset MS Excel- ja PowerPoint -dokumentteina. Monivalintakysymysvastaukset oli ilmaistu vedoksissa kokonaislukuina, sekä taulukko- että kysymyksen asettelumuodossa. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä monivalintakysymysten määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisesti, kuvaillen. Vastausten kokonaisluvut muunnettiin prosenttiluvuiksi prosenttilaskukaavan mukaan. Kokonaisluvuista ja prosenttiluvuista tehtiin MS Word -ohjelmalla omat, havainnollistavat taulukot.

Kyselyjen avoimet vastaukset oli esitetty vedoksissa MS Word -dokumenttimuodossa, kysymyskohtaisesti luetteloituna. Kyselyjen avoimien vastausten aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, induktiivisen ja abduktiivisen logiikan mukaisesti (Tuomi - Sarajärvi 2004: 95, 97). Induktiivinen analysointi etenee yksittäisistä asioista yleisiin asioihin ja abduktiivisessa teoria ohjaa sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysissä aineisto ensin pelkistettiin eli redusoitiin, karsimalla tutkimukselle epäolennainen pois. Aineiston pelkistämistä ohjasi asetettu kehittämistehtävä. Tutkimukselle olennaiset ilmaukset kerättiin peräkkäin listaksi eli pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokiksi eli alaluokiksi. Luokat nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston analysointia jatkettiin teoreettisten käsitteiden luomisella eli abstrahoinnilla, yhdistelemällä luokituksia alaluokista yläluokiksi ja joissain tapauksissa yläluokista pääluokiksi / yhdistetyksi luokaksi. (Tuomi - Sarajärvi 2004: 95, 97, 111 - 114.) Seuraavassa on esitetty esimerkki otos analyysin etenemisestä (Taulukko 2.).

Taulukko 2. Ote HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin palautteiden sisällön analyysin etenemisestä.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Työskennellään yksin, potilaan haluttomuus</p> <hr/> <p>Kertausta, ohjausta miten saisi potilaan omat voimavarat käyttöön (LA)</p> <p>Potilaan omia liikeratoja ja voimavaroja ei ymmärretä käyttää</p>	<p>Itsenäisen työskentelyn toteutumiseksi tarve oppia motivoimaan potilasta</p> <hr/> <p>Tarve oppia hyödyntämään potilaan liikeratoja ja voimavaroja siirtotilanteissa</p>	<p>Tarve oppia motivoimaan potilasta ja hyödyntämään potilaan liikeratoja ja voimavaroja potilassiirtotilanteissa</p>

Fokus ryhmähaastattelujen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Haastattelut purettiin nauhoilta ja litteroitiin. Litteroitu aineisto analysoitiin sekä induktiivisen logiikan että abduktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Haastattelujen analysointi eteni samalla tavalla kuin kyselyn avoimien vastausten analysointi eteni, mikä on kuvattu edellä. Seuraavassa on esitetty esimerkki otos analyysin etenemisestä (Taulukko 3.).

Taulukko 3. Ote HUS siirtoergonomiakoulutettujen hoitajien haastattelun sisällön analyysin etenemisestä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka / Yhdistetty luokka
En ole rynnännyt kenellekään antamaan ohjeita	Ei aktiivista ohjaamista muille	Koulutettu hoitaja ei aktiivisesti ohjaa uusia oppeja kollegoille	Koulutettu hoitaja ei aktiivisesti ohjaa uusia oppeja kollegoille tai ohjaaminen jää helposti huomaamatta. Myös liiallinen vahtiminen tai asiaan pakottaminen koetaan huonoiksi keinoiksi viedä uutta oppia eteenpäin
En ole kauheasti ohjeistanut muita	Ei aktiivista ohjaamista muille		
En mitenkään olisi kauheasti siellä (ohjannut) että ei tule sitä tehtyä aktiivisesti	Ei aktiivista ohjaamista muille		
Voi olla että (ohjaaminen) pikkasen jää	Ohjaaminen jää helposti	Koulutuksen antamien oppien ohjaaminen kollegoille jää helposti huomaamatta	
Ei aina hoksa sanoa	Aina ei huomaa sanoa		
Ei aina tule sanottua, että näinkin voisi tehdä	Aina ei tule sanottua neuvoja		
Ei poliisina voi ruveta toimimaan, sitten tulee kaikki vastaan	Liiallinen vahtiminen koetaan kääntyvän asiaa vastaan	Liiallinen vahtiminen ja pakottaminen koetaan huonoiksi keinoiksi viedä uutta oppia eteenpäin	
Ei ketään varmaan voi pakottaa työskentelemään tällä tavalla	Pakottamista ei koeta hyväksi keinoksi		

Sekä kyselyjen avoimien vastausten ja haastatteluiden sisällön analyyseistä rakentui yli viisikymmentä sivua taulukoita. Molemmista sisällön analyyseistä, niiden kaikissa osissa, on esitetty otoksia liitteissä 6. ja 7.

7 Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset

7.1 Hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen työn ohjauksen ja opetuksen tarpeen suhteen sekä koulutuksen hyödyllisyyden suhteen

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä selvitettiin hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista HUS siirtoergonomiakoulutuksen ennako- ja seurantakyselyjen avulla, joissa monivalintakysymykset tuottivat seuraavanlaisia tuloksia.

Ohjauksen ja opetuksen tarve potilaan voimavarojen arviointiin

Kyselyjen perusteella, koulutuksen alussa 57 % (n=274) vastanneista ja koko koulutuksen suorittamisen jälkeen 64 % (n=117) vastanneista ei kokenut tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan voimavarojen arviointiin. Koulutuksen alussa 41 % (n=274) vastanneista koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan voimavarojen arviointiin, kun taas noin puoli vuotta koulutuksen suorittamisen jälkeen enää 23 % (n=117) vastanneista koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta kyseiseen aiheeseen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin osallistuneiden hoitajien esille tuoma tarve ohjaukseen ja koulutukseen potilaan voimavarojen arvioinnissa, ennen ja jälkeen koulutuksen.

	Ennakkokyselyn vastaukset (n)	%	Seurantakysely vastaukset (n)	%
Kyllä koen tarvitsevani	111	41%	27	23%
Ei, en koe tarvitsevani	157	57%	75	64%
Kysymyksen ohittaneet	6	2%	15	13%
Yhteensä (N)	274	100%	117	100%

Ohjauksen ja opetuksen tarve potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä

Kyselyjen perusteella, koulutuksen alussa 57 % (n=274) vastanneista ja koko koulutuksen suorittamisen jälkeen 70 % (n=117) vastanneista ei kokenut tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä. Koulutuksen alussa 40 % (n=274) vastanneista koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä, kun taas noin puoli vuotta koulutuksen suorittamisen jälkeen enää 20 % (n=117) vastanneista koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta kyseiseen aiheeseen. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin osallistuneiden hoitajien esille tuoma tarve ohjaukseen ja opetukseen potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä, ennen ja jälkeen koulutuksen.

	Ennakkokyselyn vastaukset (n)	%	Seurantakysely vastaukset (n)	%
Kyllä koen tarvitsevani	110	40%	23	20%
Ei, en koe tarvitsevani	157	57%	82	70%
Kysymyksen ohittaneet	7	3%	12	10%
Yhteensä (N)	274	100%	117	100%

Ohjauksen ja opetuksen tarve potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä

Kyselyjen perusteella, koulutuksen alussa 70 % (n=274) vastanneista koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä. Koko koulutuksen suorittamisen jälkeen 35 % (n=117) vastanneista koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä. Koulutuksen alussa 29 % (n=274) vastanneista ei kokenut tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä. Vastavasti puolivuotta koko koulutuksen suorittamisen jälkeen 54 % (n=117) vastanneista koki, ettei tarvitse ohjausta ja opetusta potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin osallistuneiden hoitajien esille tuoma tarve ohjaukselle ja opetukselle potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä, ennen ja jälkeen koulutuksen.

	Ennakkokyselyn vastaukset (n)	%	Seurantakysely vastaukset (n)	%
Kyllä koen tarvitsevani	192	70%	41	35%
Ei, en koe tarvitsevani	78	29%	63	54%
Kysymyksen ohittaneet	4	1%	13	11%
Yhteensä (N)	274	100%	117	100%

Hyödyllisten tietoja / taitoja saaminen, potilaan avustamiseen liittyvään potilaan aktivointiin

Kyselyjen perusteella, noin puolivuotta koulutuksen jälkeen, 50 % (n=117) vastanneista koki saaneensa koulutuksesta erittäin paljon hyödyllisiä tietoja / taitoja potilaan avustamiseen liittyvään potilaan aktivointiin. Vastanneista 32 % (n=117) koki saaneensa koulutuksesta melko paljon hyödyllisiä tietoja / taitoja ja 15 % (n=117) koki saaneensa koulutuksesta keskinkertaisesti tietoja / taitoja. Vastajista 2 % (n=117) koki saaneensa koulutuksesta vain vähän hyödyllisiä tietoja / taitoja. Vastajista 0 % (n=117) koki, ettei ollut saanut koulutuksesta lainkaan hyödyllisiä tietoja / taitoja potilaan avustamiseen liittyvään potilaan aktivointiin. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin osallistuneiden hoitajien esille tuoma koulutuksesta saadun tiedon ja taidon hyödyllisyys potilaan avustamiseen liittyvään potilaan aktivointiin, jälkeen koulutuksen.

	Seurantakyselyn vastaukset (n)	%
Sain erittäin paljon hyödyllisiä tietoja / taitoja	59	50%
Sain melko paljon hyödyllisiä tietoja / taitoja	37	32%
Sain keskinkertaisesti hyödyllisiä tietoja / taitoja	18	15%
Sain vain vähän hyödyllisiä tietoja / taitoja	2	2%
En saanut lainkaan hyödyllisiä tietoja / taitoja	0	0%
Kysymyksen ohittaneet	1	1%
Yhteensä (N)	117	100%

Yhteenveto kyselyjen tuloksista

Tulosta perusteella todetaan, että koulutuksen alussa enemmistö vastanneista, 70 % (n=274), koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä, mutta enemmistö vastanneista ei kokenut tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan voimavarojen arviointiin (57 % vastanneista, n=274) tai potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä (57 % vastanneista, n=274). Vastaavasti koko koulutuksen jälkeen enää 35 % (n=117) vastanneista koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä, kun taas ohjauksen ja opetuksen tarve potilaan voimavarojen arviointiin (64 % vastanneista, n=117) sekä sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä (70 % vastanneista, n=117) vain väheni. Koulutuksen jälkeen enemmistö vastanneista, 50 % (n=117), koki saaneensa koulutuksesta erittäin paljon hyödyllisiä tietoja / taitoja potilaan avustamiseen liittyvään potilaan aktivointiin. Kukaan koulutuksen suorittaneista ei myöskään kokenut, ettei ollut saanut koulutuksesta lainkaan hyödyllisiä tietoja / taitoja potilaan avustamiseen liittyvään aktivointiin.

Tulosten perusteella ohjaus ja opetus potilaan voimavarojen arviointiin sekä potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin nähtiin melko tarpeettomana. Potilaan manuaalisen avustamisen ja aktivoinnin ohjauksen ja opetuksen tarpeen väheneminen taas osoittaa koulutuksesta saatua hyötyä. Koulutuksen hyöty näkyi myös siinä, että koulutuksen koettiin antaneen hyödyllisiä tietoja / taitoja potilaan avustamiseen liittyvään aktivointiin.

7.2 HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin palautteissa esitetyt asiat hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen suhteen

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyjen vastauksissa erottui viisi kokonaisuutta, jotka kuvastivat hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista: potilaan avustamistilanteista oppiminen, potilaan ohjaamisesta ja yhteistyöstä oppiminen, työntekijään liittyvä oppiminen, ympäristöstä ja apuvälineistä oppiminen sekä siirtoergonomiakoulutuksessa oppiminen. Kaikissa osioissa oli havaittavissa oppimiseen liittyviä asioita. Hoitajan ja potilaan yhteistyötä oli havaittavissa vain potilaan avustamistilanteeseen tai potilaan ohjaamiseen ja yhteistyöhön liittyvissä asioissa. Tuloksissa hoitajan ja potilaan yhteistyöhön liittyvät asiat on esitetty ensin, minkä jälkeen seuraa oppimiseen liittyvät asiat.

Potilaan avustamistilanteista oppiminen

Potilaan avustamistilanteista tuotiin esiin tarve oppia avustamaan potilaan siirtymistä eri tasolta toiselle sekä erityisesti avustamaan huonosti liikkuvia, raskaita ja huonokuntoisia potilaita siirtotilanteissa. Esimerkkeinä ehdotettiin kaatuneen potilaan avustamista ja pyörätuoliin tai pyörälistä avustamista. Koulutetut esittävät myös tarpeen oppia sedatoidun tai hengityskoneessa olevan potilaan avustamista / siirtymistä. Esiin tuotiin myös tarve oppia yksin siirtämään / avustamaan potilasta, esimerkiksi parempaan asentoon tai vuoteessa ylöspäin.

Potilaan ohjaamisesta ja yhteistyöstä oppiminen

Potilaan ohjaamisesta ja yhteistyöstä tuotiin esiin tarve oppia motivoimaan potilasta sekä hyödyntämään potilaan liikeratoja ja voimavaroja potilassiirtotilanteissa. Ongelmaksi avustamistilanteissa koettiin mm. potilaan haluttomuus toimia ja

”...”miten saisi potilaan omat voimavarat täysin käyttöön”.

sekä se, että

”...potilaan omia liikeratoja + voimavaroja ei ymmärretä käyttää.”

Työntekijään liittyvä oppiminen

Työntekijään liittyvissä asioissa tuotiin esille tarve oppia siirtotilanteita varten hoitajan ergonomiaa, vartalon käyttöä ja painon siirtoa.

”Oman painonsiirtoharjoitteet alkuun. Ehkä tämä auttaisi harjoitteissa kun liikkeitä harjoiteltu.”

Esille tuotiin myös tarve oppia säätämään potilassängyn työskentelykorkeus oikein, sekä ergonomisia työtapoja tehohoitosängyn parissa toimimiseen. Esille tuodut asiat painottuivat myös siihen, että opittaisiin minimoimaan omat tules vaivat ja muut riskit, huomioimalla ja toimimalla siirtotilanteissa omaan hyvinvointiin nähden oikein. Kollegoista tuotiin esiin tarve oppia motivoimaan kollegoja ja saada asenteet muuttumaan potilassiirtoergonomiaa kohtaan myönteisemmäksi, jolloin saataisiin laajempaa muutosta aikaan, uudet työtavat kokonaisvaltaisesti hoitajien työhön sekä osaksi hoitajan ja potilaan hyvinvointia. Ongelmiksi koettiin siirtoergonomia unohtuminen, eritasoisten työparien kanssa työskentely, oikeiden siirtotapojen löytäminen sekä se että osalla työyhteisön jäsenistä on asennevamma ergonomia asioita kohtaan.

”Kun joutuu työskentelemään yksin ja potilasta kuljettava henkilö ei osaa/saa nostaa... tai kun työpari on selvästi hento tai voimaton, häneen ei voi luottaa ja vastuu jää minulle...”

”Miten saisi kollegat osallistumaan ergonomiseen työskentely tapaan?”

Ympäristöstä ja apuvälineistä oppiminen

Ympäristön kannalta tuotiin esiin tarve oppia ahtaissa tiloissa työskentelyä sekä työskentelytilan luomista, esimerkiksi potilassängyn ympärille. Tarve oli myös oppia kätevämpiä keinoja pedata potilaan sänky. Apuvälineistä tuotiin esille tarve oppia hyödyntämään apuvälineitä paremmin ja soveltamaan niiden käyttöä eri paikoissa. Apuvälineistä toivottiin yleisesti, että työyksiköiden perusapuvälineet saataisiin yhtenäisiksi ja että joka osastolle hankittaisiin potilasnostin, jotta työskentely olisi kaikkien kannalta sujuvampaa. Apuvälineiden säilytykseen ja huoltoon toivottiin myös ratkaisuja, jotta olennaisimmat apuvälineet saataisiin käyttöön. Apuvälineiden koettiin olevan hukassa, kun niitä tarvittaisiin. Jollain osastolla apuvälineitä oli vähän, koska säilytystilat olivat rajalliset.

Siirtoergonomiakoulutuksessa oppiminen

Siirtoergonomiakoulutukseen liittyvissä asioissa tuotiin esiin tarve säännölliselle harjoittelulle, jotta rutiineista ja kiireestä huolimatta pystyisi paremmin sisäistämään uudet opitut työtavat käytäntöön. Vastaavasti toivottiin että koulutus kohdennettaisiin oikeaan tarpeeseen, jolloin koulutus olisi hyödyllisempi ja oppi saataisiin tehokkaammin käyttöön. Toiveissa esitettiin myös koulutuksen kohdentamista samantyyppistä työtä tekeville, erikoisalan tai työyksikön potilasluonteen mukaisesti, jolloin opittaisiin kaikkia hyödyttäviä olennaisimpia siirtotekniikoita ja asioita, sekä hyödynnettäisiin verkostoitumista ja kokemusten jakamista. Esiin tuotiin myös toive erillisestä koulutuksesta leikkausosaston, teho-osaston, gynekologian ja röntgenin henkilökunnalle, jolloin yhdessä tehden oppi saataisiin paremmin hyödynnettyä, saataisiin aikaan yhteinen ergonominen toimintatapa ja parempi yhteishenki, sekä asiat muuttumaan.

Koulutukselle esitettiin säännöllistä jatkamista, koska uudet opitut tavat unohtuvat nopeasti. Kertausta toivottiin vuoden muutaman välein, aiheina mm. apuvälineet, tekniikat ja miten saada potilaan voimavarat käyttöön. Käytännön koulutusta ja harjoittelua toivottiin myös työyksiköihin esimerkiksi osastunneille, jolloin osaamista saataisiin yhtenäistettyä. Osastolla pystyttäisiin harjoittelemaan todellisten tilanteiden kautta ja opittaisiin löytämään niihin ratkaisuja.

”...unohduspronsetti oli huima ja kun harva osaston muista hoitajista oli käynyt koulutusta niin unohti hyvät opit nopeasti, ei ollut ”vertaistukea” keneltä kysyä ja keskustella oikeasta siirtotekniikasta...”

Siirtoergonomiakoulutusta toivottiin kaikille hoitohenkilökuntaan kuuluville, jotta koulutuksesta saataisiin paras mahdollinen hyöty, työtavat saataisiin yhtenäistettyä, kuormittavat työtavat poistettua ja sairauslomat vähenemään. Koulutusta toivottiin myös koko hoitohenkilökunnalle pakolliseksi, säännölliseksi koulutukseksi ja osaksi perehdytystä, jolloin sairauslomat saataisiin vähenemään, toimintaa tehostettu ja saataisiin taloudellisia säästöjä. Eräässä vastauksessa viitattiin Englannin ergonomiakoulutusmalliin, joka on pakollinen osa perehdytystä ja vuosittainen koulutus, johon jokainen osallistuu.

”Uusia hoitajia suoraan koulunpenkiltä, siellä liian vähäinen - jos lainkaan ergonomiakoulutusta!”

Koulutusta ehdotettiin jaettavan kolmelle päivälle tai jakaen sisältöä toisin, jotta koulutuksessa jaksaisi keskittyä paremmin ja pystyisi omaksumaan asiat paremmin. Lisäkoulutuspäivän koettiin tuovan enemmän harjoittelumahdollisuutta.

7.3 Hoitajien näkökulmia HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvään hoitajan ja potilaan yhteistyöhön ja oppimiseen

HUS siirtoergonomiakoulutettujen hoitajien näkemyksistä rakentui yhdeksän asiakokonaisuutta, jotka kuvastivat koulutukseen liittyvää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista: hoitajan oppimaan kiinnostuminen, hoitajan ja potilaan yhteistyö aikaisemmin, hoitajan ja potilaan yhteistyön lähtökohdat, hoitajan ja potilaan yhteistyön esteet, hoitajan ja potilaan yhteistyötä tukevat asiat, hoitajan ja potilaan oppimisen keinot ja ylläpitäminen, hoitajan ympäristöstä ja apuvälineistä oppiminen, hoitajan oppimisen kehittyminen sekä potilassiirtoergonomiataitojen jakaminen.

Hoitajan oppimaan kiinnostuminen

Hoitajien keskusteluista erottui useita asiakokonaisuuksia, miksi he olivat kiinnostuneita oppimaan uutta HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kautta. Kolme keskeisintä asiakokonaisuutta olivat aikaisemmin koulutettujen suosittelun kautta koulutuksesta kiinnostuminen, osastohoitajan suosituksen kautta koulutukseen hakeutuminen sekä oman iän ja omien fyysisten ominaisuuksien ja vaivojen takia koulutukseen hakeutuminen. Koulutettujen suosittelun koettiin lisäävän motivaatiota lähteä koulutukseen. Koulutuksen oppien kautta koettiin jatkossa myös pystyvän helpottamaan omia fyysisiä vaivoja sekä turvaamaan oma osaaminen, ettei tekisi nostovirheitä ja selviäisi eläkkeeseen asti. Eräällä ostolla potilaan avustamaan oppiminen ja siirtoergonomia oppiminen oli suunniteltu niin, että kaikki käyvät koulutuksen.

Useampi haastateltava oli kiinnostunut koulutuksesta ja uuden oppimisesta oma aloite pohjalta, kaivaten tukea omalle työlleen. Muutama haastateltava mainitsi kiinnostuksesta oppia käyttämään apuvälineitä. Eräs haastateltava mainitsi oppimisen tarpeekseen potilaan avustamiseen liittyviä asioita.

”...mulla oli semmonen olo että mulla on osaamisessa puutteita, halusin et mä opin jotenkin paremmin auttaan niitä potilaita sieltä sängystä maakaamasta istumaan tai liikkeelle, tavallaan semmosia oikeita juttuja ja niitä apuvälineitä, et enempikin semmonen mitä ite vaan halus, että osais ohjata paremmin.”

Haastateltavat kertoivat uuden oppimisen tarpeen lähteneen myös siitä, että heillä tai työyksiköissä oli käytössä vanhentuneita ja virheellisiä työtapoja. Osa haastateltavista ei ollut käynyt nykyisen työnantajan aikana kertaakaan siirtoergonomiakoulutuksessa tai koulutuksesta oli pitkä aika.

Hoitajan ja potilaan yhteistyö aikaisemmin

Haastateltavien mukaan aikaisemmin hoitajan ja potilaan yhteistyö oli hoitajalähtöistä potilaan puolesta tekemistä. Useimmissa haastateltavien keskusteluissa mainittiin puolesta tekeminen, millä tarkoitettiin esimerkiksi potilaan asennon kohentamista ajattelematta pystyisikö potilas itse auttamaan tilanteessa tai laskemalla kolmeen potilas oli jo nostettu tai vaan mentiin ja tehtiin ja avustettiin esimerkiksi vaatteista nostamalla. Hoitajat mainitsivat myös luulleensa osaavan ohjata potilasta tai luulleensa kuuntelevan potilasta, vaikka asiat kuitenkin tehtiin niin kuin hoitaja halusi tai sillä aikataululla kun hoitajalle sopi.

”...sitä luuli ohjaavansa potilasta kun sano et yks-kaks-kolme ja sit se oliki nostettu kauas...”

”...en ole varsinaisesti ohjannut vaan ollaan menty nostamaan ja kohentamaan asentoa ja kaikkee tämmöstä ajattelematta ollenkaan että pystyisköhän potilas itse jotenkin siinä auttamaan.”

Useammassa kohtaa keskusteluja haastateltavat mainitsivat kuinka potilasta ei otettu mukaan toimimaan. Kun taas erään haastateltavan mukaan heidän työyksikössään on aina yritetty aktivoida potilasta mukaan toimimaan ja hoito on ollut hyvin kuntouttavaa, eikä potilasta ole pidetty objektina.

Useassa kohtaa keskusteluista kävi kuitenkin ilmi että potilasta ei otettu niin hyvin huomioon. Eräs hoitaja koki, että potilaat eivät kuitenkaan pysty auttamaan toiminnassa sitä vähääkään. Hoitajat kertoivat työskennelleensä usein ns. rutiinisti pareittain tai isommalla porukalla. Herkästi haettiin käsiparia tai hartiavoimin nostettiin potilaita passiivisesti. Hoitajat mainitsivat potilaan roolin olleen avustustilanteissa passiivinen ja usein myös pelokas.

”...että haen sen kaverin ja nyt mennään...”

”...ennen ei ollu kauheesti tarvetta niille kaikille asioille kun mentiin kaksin et hoidetaan toi 13-2 ja 13-3 ja näillä mennään...”

”...tavallisesti mä olisin ruvennu kainaloista retuuttamaan heti ja huutanu kaveria.”

Haastateltavat kertoivat toiminnan olleen vanhojen, pinttyneiden tapojen mukaista. Yksin avustettaessa potilaasta otettiin laajalla otteella kiinni jaloista ja hartiasta, ja kierto-
liikkeellä nostettiin potilas istumaan ja samalla tavalla takaisin vuoteeseen. Hoitajat kertovat myös ottaneensa lääkärin pyynnöstä potilaista painoja fyysisesti nostamalla, vaikka potilaan jalat eivät kantaneet.

Hoitajan ja potilaan yhteistyön lähtökohtia

Haastateltavien keskusteluissa mainitaan useita hoitajan ja potilaan yhteistyöhön liittyviä lähtökohtia. Haastattelujen mukaan hoitajat kokivat, että yhteistyön toimii yksilöllisesti ja että se lähtee liikkeelle keskustelusta potilaan kanssa. Yhteistyön koettiin perustuvan potilaan ohjaamiseen ja aktiiviseen mukaan ottoon. Hoitajat kertovat keskustelun alussa kysyvänsä potilaalta voinnista, miten hän liikkuu yms. Erään hoitajan mukaan yhteistyö joko toimii tai sitten lämmitellään pidempään.

Haastateltavat kertoivat keinoista millä yhteistyöhön uuden potilaan kanssa lähdetään. Silloin on ensin hyvä kartoittaa potilaan hoidon lähtötilanne, suunnitelmat ja tavoitteet. Selvitetään potilaan sen hetkinen toimintakyky, valmiudet toimia ja liikkua, mitä apuvälineitä tarvitaan ja onko liikkumisen rajoituksia tiedossa. Potilaasta on myös hyvä selvittää onko hän pelokas vai rohkea tarttumaan asioihin. Huomioidaan potilas kysymällä hänen mielipiteitä, minkä kautta myös oma tietämys potilaasta kasvaa.

”Valtaosa kuitenkin pystyy tekemään yllättävän paljon, jos on silleen et pää toimii, jotenkuten.”

Hoitajat mainitsivat yhteistyön kannalta tärkeäksi huomioida potilaan sen hetkisen voinnin ja mitä potilas pystyy ottamaan vastaan avustustilanteessa. Hoitajan yhteistyöominaisuuksiksi haastateltavat mainitsivat useita asioita. Hoitajalla olisi hyvä olla asennetta, tilannetajua ja empatiakykyä, sekä kykyä asettua potilaan rooliin. Hoitajan tulisi huomioida potilaan tuntemukset eri tilanteissa, esimerkiksi miltä joku asento tuntuu.

”...ainakin se oma asenne, että vaikka sä oot tehny sata kertaa nostoja että sä vaan meet että no ni, että ei se potilas välttämättä sit oo kokenu niin paljo että se tietäis mitä siinä tapahtuu tai pesee alapesut jos se vaikka yhtäkkiä on niin huonossa kunnossa että on joutunu vuodepotilaaksi että se ei oo sitä kokonu, et sä vähän osaat ajatella sitä potilastakin.”

”...se mitä tapahtuu potilaalle kun nostetaan pääty ylös, kun jalat liikkuu sielä silleen todella epämiellyttävän näkösesti ja kuinka pienestä se on kiinni, et vaikka sulla ois mikä liukulakana niin tavallaan ne vaattet jää siihen lakanaan, sit se sänky liikkuu, niin se ei oo kauheen kiva, et vähän niin kun kohentaa sitä asentoa...”

”...kun yhtäkkiä sieltä selinmakuulta, aina joku vaan sanoo että vähän huimaa joo se kuuluu asiaan kun tässä näin mennään niin ei ehkä oo ihan kivaa...”

Muutamassa keskustelussa ilmeni myös se, että hoitajan ja potilaan yhteistyö ei vie yhtään enempää aikaa, kuin että puolesta tekemällä säästäisi aikaa. Yhteistyö mainittiin tässä tapauksessa molempien eduksi. Yhteistyö on potilaalle miellyttävämpää ja hoitaja ei joudu huonoihin työskentelyasentoihin.

Hoitajan ja potilaan yhteistyön esteet

Hoitajan ja potilaan yhteistyötä estävät tai hankaloittavat tekijät liittyivät potilaaseen, hoitajaan sekä sairaalan hoitokulttuuriin. Haastateltavien mukaan potilaan persona tai muu henkilökohtainen ominaisuus, olotila, sairaus tai oire voi hankaloittaa kuntoutumista ja samalla myös hoitajan ja potilaan yhteistyötä. Suurimmassa osassa keskusteluita, potilaan huono muisti koettiin yhteistyön ja kuntoutumisen kannalta hankalaksi. Muita keskusteluissa ilmenneitä potilaan ominaisuuksia, jotka hankaloittivat yhteistyötä ja potilaan kuntoutumista olivat ikä, kuulo, kielitaito, peruskunto, yksinäisyys, tavat, kulttuuri, uskomukset, kognitiiviset ominaisuudet sekä fyysiset ja psyykkiset sairaudet / ominaisuudet. Hoitajat kertoivat, että potilaan ominaisuudet vaikuttavat siihen, miten potilas ottaa tiedon vastaan ja mitä hän sillä tekee. Tilanne voi olla sekin, että potilas ei jostain syystä ymmärrä mitä ollaan tekemässä tai hän ei osaa toimia sillä lailla kun neuvotaan. Hoitajat kokivat joutuvansa erittäin aktiivisesti ohjaamaan hidaslunteisia tai masentuneita potilaita liikkeelle, koska potilaita ei voi jättää sänkyihin makaamaan. Hoitajien mukaan yksinäisten tai masentuneiden motivoiminen oli hankalaa, jolloin esteet osoittautuivat enemmänkin henkiseksi.

Myös potilaan kivun, tyytymättömyyden tai muun epämukavuuden koettiin voivan hankaloittaa kuntoutumista ja yhteistyötä. Esimerkiksi kivun takia potilas voi olla tarkoituksella passiivinen. Potilas voi myös pelätä, jolloin kuntoutuminen ja yhteistyö hankaloituvat. Potilas voi elää omassa maailmassa tai hänellä voi olla tiettyjä rutiininomaisia toimintoja, minkä takia hän ei välttämättä ole halukas kokeilemaan uutta.

”Ehkä semmosta pelkoa varsinkin jos on just jotain kaatuilua ollu tai yleistilanlaskua tai jotain niin sit ne on silleen heti sellasia, et ne tulee et en mä pysty, en mä osaa, en mä tai sit just sitä että voitko tehdä puolesta jotain...”

”...joskus kuulee sitä et potilas sanookin näin etkö sä vaan voi siirtää. Ja etkö sinä nyt voi minä olen vanha ja sairas ja asun yksin ja minua ei kukaan koskaan sillä tavalla hoida etkö sinä nyt voi minun puolestani tehdä...”

Useassa kohtaa keskusteluja ilmeni, että potilaan huono motivaatio ja halu saada hoitoa passiivisesti hankaloittavat yhteistyötä ja kuntoutumista. Hoitajat kokevat, että potilas ottaa mielellään hoitoa vastaan passiivisesti, potilaat tykkäävät olla passiivisia ja että harva potilas laittaa vastaan, jos hoitaja liikuttelee häntä puolesta. Jotkut potilaat toivovat ja mieltävät kuntoutumiseksi sen, että joku liikuttaisi esimerkiksi jalkoja tai käsiä heidän puolesta. Hoitajat myös kokevat, että potilaat eivät kuuntele ohjeita, vaan toivovat hoitajien tekevän äkkiä puolesta. Hoitajat kertovat joidenkin potilaiden heittäytyvän helposti passiiviseksi ja olettavan että sairaalassa apu tulee automaattisesti. Erään keskustelun mukaan tilanne voi mennä seuraavanlaiseksi:

”Et joskus joutuu siinä sit vähän vastahankaan jonkun kanssa et he tykkää että me ollaan laiskoja tai huonoja hoitajia, sen takia kun emme tee kaikkea puolesta.”

Passiivisuuteen liittyen potilaan laitostuminen tai päivystyspotilaan epätasapaino voivat hidastaa kuntoutumista ja hankaloittaa yhteistyötä. Hoitajien mukaan potilas voi ns. viihtyä sairaalassa tai hän ei halua kotiin. Jatkohoitopaikkaan menevällä kuntoutuminen voi taas olla hidasta ja hän saattaa jopa masentua. Päivystyspotilas voi olla järkyttynyt tilanteesta, mikä hidastaa kuntoutumista ja hankaloittaa yhteistyötä.

”...ei niillä välttämättä kaikilla oo ensinnäkään niin kiire sairaalasta pois, ne voi tavallaan olla jossakin laitoshoidossa jo lähtökohtasesti, ei se oo välttämättä heille semmonen mitä tarttis työikänen jos joutuu sairaalaan, niin tilanne on eri, 30vuotta eläkkeellä olleena niin ehkä se on nyt aivan sama välillä missä he pötköttelee, niin se ei välttämättä toimi sellasena motivaationa ollenkaan

Vastaavasti keskusteluista ilmeni, että sairaalan yleinen kiireinen hoitokulttuuri voi hidastaa potilaan kuntoutumista ja hankaloittaa hoitajan ja potilaan yhteistyötä. Potilas voi alun perinkin olla tottunut sellaiseen hoitokulttuuriin, mutta myös hoitajan ominaisuus voi olla esteenä potilaan kuntoutumiselle tai yhteistyön toimivuudelle. Yhteistyö voi estyä jonkun katkoksen takia tai se vie paljon aikaa. Sairaalan aikataulun takia potilaan tarpeita tai jaksamista ei välttämättä aina voida huomioida. Jos hoitajalla ei ole aikaa ohjata asiaa potilaalle, hän voi joutua tekemään asian potilaan puolesta. Keskustelun mukaan hoitotyö etenee osittain hoitajan ja ympäristön ehdoilla.

”...meillä on juuri se aika jolloin me voidaan se potilas viedä sinne suihkuun ja oikeastaan joustovara on kymmenen minuuttia tai sit se suihku jää ja se potilas sen tarttee...”

Hoitajien mukaan potilastyö voi olla myös hoitajalähtöistä toimintaa tai että yhteistyön onnistuminen riippuu hoitajasta. Hoitajan saamattomuus, laiskuus, ennakkoluulo ja asenne, että näin on tehty ennenkin, voivat estää yhteistyötä ja hankaloittaa potilaan kuntoutumista. Saattaa myös olla että potilas ei uskalla tai halua vaivata kiireistä hoitajaa tekemällä itse hitaammin, vaan hän antaa hoitajan tehdä asiat hänen puolestaan. Jotkut potilaat ovat tottuneita hoitajien kiireeseen tai he pelkäävät sanoa tai toimia määrätietoisesti hoitajan tehdessä heidän puolestaan.

”...et tullaan vaan tekemään jotain hups ja sit ne taas lähti.”

Hoitajien mukaan potilaat voivat myös olla tottuneita sairaalan hoitokulttuuriin, että palvelu tulee automaattisesti, mikä hankaloittaa potilaan kuntoutumista ja yhteistyön muodostumista. Yksikön tutut potilaat voivat olla tottuneita osaston hoitokulttuuriin, että hoitajat auttavat ja tekevät asioita potilaiden puolesta. Avustettavat potilaat saattavat olla usein tottuneita, että joku tulee automaattisesti auttamaan heitä. Hoitajat kokevat myös, että sairaalassa tehdään helposti kaikkea potilaan puolesta. Vastaavasti eräs hoitaja kertoi kuinka hän koulutuksen myötä:

”...on huomannu että potilaat ei oo tottunut et sä yhtäkkiä alatkin ohjaamaan niitä...”

Hoitajan ja potilaan yhteistyötä tukevat asiat

Haastateltavien keskusteluista erottui hoitajan ja potilaan yhteistyötä tukevia asioita seuraavasti: keskusteleminen, suunnitelmallisuus, potilaan ohjaaminen, kannustaminen, aktivointi ja motivointi sekä hoidon arvioiminen ja perustelu. Hoitajien mukaan keskustelemalla potilaan kanssa suunnitellaan potilaan omia keinoja toimia avustustilanteissa ja potilaalle kerrotaan, että tarvittaessa häntä autetaan, jos toiminta ei suju. Ensin tutustutaan potilaaseen, jonka jälkeen potilaan kanssa yhdessä suunnitellaan päivän toimintaa, käydään läpi tavoitteet ja miten potilaan toivotaan olevan mukana. Molempien, sekä hoitajan että potilaan on hyvä tietää mitä päivän aikana tapahtuu, onko esimerkiksi haavahoitoja, tarvitaanko kipulääkettä tai käykö potilas suihkussa.

Hoitajien mukaan nyt, sekä potilaan että kollegan kanssa, keskustellaan potilaan kuntoutumisesta enemmän. Potilaan kanssa keskustellaan hänen toiveistaan kuntoutua,

esimerkiksi onko hänen tavoitteensa palata siihen kuntoon missä hän on aikaisemmin ollut tai jäädä vuodepotilaaksi. Hoitajat kertovat kysyvänsä potilaalta miten hän on aikaisemmin toiminut ja sen mukaan antavansa potilaalle mahdollisuuden ensin itse yrittää siirtyä. Hoitajat kertovat ohjaavansa potilasta enimmäkseen suullisesti.

”...usein kysyy potilaalta et miten sä itse ajattelit että sä siirtyisit tohon tuoliin tai mikä se sitten onkaan, sitten tavallaan tarjota sitä apua...”

Avustustilanteessa hoitajat kertovat kannustavansa ja aktivoivansa potilasta toimimaan sekä huomioivansa potilaan toimimalla tilanteissa hoitajan ja potilaan edun mukaisesti. Huomioimalla potilaan, aktivoimalla potilasta ja käyttämällä potilaan kehon liikkeitä hyväkseen, hoitaja kokee pystyvänsä keventämään omaa työtään ja tekevänsä toiminnan helpommaksi potilaallekin. Hoitajien mukaan potilasta rohkaistaan, kannustetaan, motivoidaan, keuhataan ja aktivoidaan yrittämään ja toimimaan itse. Eräs hoitaja kertoo pyrkivänsä tekemään mahdollisimman vähän potilaan puolesta.

”...hirveesti kehua ja jos vähänkin yrittää, pienestäkin voi alkaa, ettei nyt tarvi kerralla maaliin mennä.”

”...rohkasta ja sanoa että kipulääkettä on niin ku mahdollisuus saada riittävästi...”

Potilaan motivoimiseksi hoitajat kertovat pitävänsä työyhteisössä yhtenäisen linjan puheissaan. Hoitajien mukaan motivointi on jatkuvaa, joka työvuorossa tapahtuvaa ja jokaisen työntekijän kohdalla toteutuvaa.

”...jos vaikka tarvii paljon motivointia eikä haluis lähtee, sitten vaan tavallaan yhtenäisesti puhutaan, ettei yks puhu yhtä ja toinen toista.”

Haastateltavien mukaan hoitajan ja potilaan yhteistyössä potilasta ohjataan rauhallisesti, yksinkertaisin ohjein ja antamalla potilaalle aikaa toimia aktiivisesti mukana. Hoitajat kertovat hankalassakin tilanteessa ohjaavansa potilasta rauhallisesti vähän kerrallaan, jotta potilas esimerkiksi ponnistaisi itse ylös lattialta. Useampi hoitaja kertoo antavansa nyt enemmän aikaa potilaalle ja panostavansa ohjaukseen. Ohjaamisen kautta hoitajat kokevat saavansa potilaan aktiivisesti toimimaan. Avustettavalle potilaalle hoitajat kertovat miten hän voi olla mukana.

”...ohjata sitä jos hän toimii itse, miten hän toimii että päästään siihen toivottuun lopputulokseen...”

”Yrittää olla apuna, kun hänelle kerrotaan ja nostaa päätä, kädet panee rinnalle ja yrittää kanssa ite olla siinä...”

Keskusteluista ilmeni, kuinka hoitajat pyrkivät keksimään ja kokeilemaan vanhojen potilaanavustustapojen tilalle uusia keinoja toimia potilaan kanssa. Esimerkiksi, jos potilas tarjoaa ensimmäisenä kättä, hoitaja yrittää lähteä avustamaan potilasta jollain muulla tavoin. Eräs hoitaja kertoo koulutuksen myötä rohkaistuneensa kyseenalaistamaan potilaan toimintaa ja kokeilemisen kautta löytämään uuden keinon toimia. Myös vaatteista avustamisen tilalle hoitajat pyrkivät keksimään muita konsteja avustaa potilasta.

Haastattelujen mukaan potilaan suullinen, manuaalinen ja visuaalinen ohjaaminen ja kannustaminen sekä yksilölliset apuvälineet avustustilanteessa tukevat hoitajan ja potilaan välistä yhteistyötä. Hoitajat panostavat yhteistyöhön olemalla tilanteessa läsnä sekä erilaisin tavoin ohjaamalla, aktivoimalla ja kannustamalla potilasta toimimaan itse. Hoitajat kertovat esimerkiksi avustustilanteessa ohjaavansa suullisesti, manuaalisesti ja / tai visuaalisesti mistä potilas ottaa kiinni ja mistä ei kannata ottaa kiinni. Tai että avustustilanne lähtee liikkeelle siitä, että hoitaja näyttää mitä potilaan tulisi tehdä tai mitä halutaan tapahtuvan.

”...että voitko laittaa käden, että eipäs nyt revitä vaan laita käsi tohon niin kun sängyn laidalle ja yrität itse ponnistaa...”

Koulutuksen myötä hoitajat ovat myös oppineet hyödyntämään apuvälineitä potilaskohtaisesti, tilanne ja ympäristö huomioiden, mikä tukee hoitajan ja potilaan yhteistyötä. Hoitajat kertovat miettivänsä apuvälineet tilannekohtaisesti ja mitä tietty potilas tarvitsisi.

”...yhtenä päivänä kun se yks mies meni lattialle, niin minä olin rauhallisempi siinä tilanteessa, mä annoin tuolin sille, niin että voiki ottaa tuolista kiinni ja ruveta nouseen...”

Haastatteluista ilmeni se, että hoitajat ja potilaan välistä yhteistyötä tukee se, että hoitajat arvioivat yhdessä potilaan kanssa hänen tilannettaan, perustelevat potilaalle hoitajien toimintaa ja potilaan oman panostuksensa merkitystä hänen omaksi parhaakseen. Useampi hoitaja mainitsee kuinka he joutuvat perustelemaan potilaalle miksi toimitaan näin ja miksi potilaan olisi hyvä esimerkiksi nousta sängystä ylös.

”...joutuu monesti selittämään että teillä on vain yksi jalka murtunut, toinen jalka ja kaksi kättä toimivat erittäin hyvin, et tää ei oo mitään ilkeetä vaan joutuu ohjaajaan ja perustelevaan, et se on potilaan omaksi hyödyksi kun hän yrittää itseään aktivoida, itte yrittää mahdollisimman paljon tehdä.”

Hoitajat kokevat joutuvansa perustelevaan myös sitä, miksi he eivät tee asioita potilaan puolesta.

”...sekin pitää joskus sanoa et ei me tehdä sitä laiskuuttaamme eikä pahan-suopasuutta vaan se on hänen parhaaks kuitenkin...”

”...mä ihan sanon potilaalle että anteeksi en voi tehdä, että menen itse rikki...”

Keskustelujen perusteella hoitajat arvioivat potilaan kanssa hänen tilannettaan, kannustavat ja perustelevat potilaalle toimintaa, että potilas motivoituisi ja ymmärtäisi toiminnan omaksi parhaakseen. Jos potilaalle ei vaikka ole motivaatiota toimia, hoitajat kannustavat, vakuuttelevat tai jopa joutuvat pakottamaan potilaan toimiminaan, että potilas ymmärtäisi toiminnan olevan hänen parhaakseen.

”Joskus tulee sanottua jos potilaalta iteltään ei löydy sitä motivaatiota niin me nyt tahdotaan sun puolesta näin ja näin et tahto on täältä mejän taholta.”

Toisaalta hoitajat kokevat, että se motivoi potilaan liikkeelle ja harjoittelemaan, kun katsotaan tai arvioidaan potilaan kanssa jatkohoitoa, esimerkiksi minkä verran tarvitaan omatoimisuutta, minkä verran pitäisi pystyä olemaan mukana toiminnassa tai kuka auttaa tarvittaessa.

Hoitajan ja potilaan oppimisen keinot ja ylläpitäminen

Haastateltavien keskusteluista ilmeni useasta kohtaa se, että asioiden kertaamista ja harjoittelua tarvitaan, jotta opitut asiat säilyvät muistissa ja niitä pystyy hyödyntämään käytäntöön.

”...asiat unohtuu että en mä varmaan muista hyvä jos kolme-neljä tietty juttua”

”...eihän nyt välttämättä kaikkee voi muistaa että tavallaan on se niin paljon itestä kiinni et haluaks hyödyntää sit niitä oppeja, kun sit jos et sä tee niitä niin sit sä unohdat ne.”

Haastatteluissa tuli esille useita oppimisen keinoja: pohtimisen ja onnistumisen kautta oppiminen, tekemisen, kokemisen, näkemisen, toistojen ja ohjaamisen kautta oppiminen sekä koulutettavien esille tuomien käytännön esimerkkien ja uusien vaihtoehtois-

ten keinojen kautta oppiminen. Hoitajat totesivat haastattelussa myös, että asian oppimiseen tarvitaan konkreettista toimintaa ja että pelkkä luento tai asian lukeminen ja näkeminen eivät riitä.

”...se että mä mua lähdettiin vempuloimaan, vuoteessa kääntämään kyljeltään toiselle niin nyt ymmärtää miks ne joskus tarttuu oikeesti laitoihin kiinni et mua rupes huimaamaan siinä et sai tavallaan itse kokea sen milt se tuntuu siirrellään.”

Useammassa keskustelussa tuli esille kuinka hoitajat olivat oppineet hyödyntämään fysioterapeutin ammattitaitoa oman oppimisen lisäämiseksi. Hoitajat kokivat, että fysioterapeuteilta sai hyviä ohjeita ja heiltä pystyi tarkentamaan asioita käytännön työtä tehdessä, tietyn potilaan kohdalla.

Oppimista tukevinasiaina hoitajat mainitsivat koulutuksen järjestelyt, kaksiosainen koulutuspäivä, koulutuksen sisältö ja kouluttajan kokeneisuus. Kaksiosainen koulutuspäivä koettiin hyvänä, koska tiedot ja taidot syventyivät kertaamisen kautta. Koulutuksen tilat ja sijainti koettiin hyväksi sekä välineet nykyaikaisiksi. Koulutuksen sisällöstä koulutetut kokivat hyvänä, että koulutuksen alussa oli tietopaketti perusteluineen, koulutuksen sisältö oli laaja, se sisälsi perusasiaa kaikille, se oli tasalaatuista, koulutuksen sisältö räätälöitiin osallistujien mukaan ja se kohdentui oman työyksikön toimintaan. Kouluttajan koettiin tukevan oppimista innostamalla oppimaan. Kouluttajan kokeneisuus koettiin erittäin hyvänä asiana oppimisen kannalta.

Haastattelujen sisällöistä rakentui myös ehdotuksia koulutuksen sisällön muutoksia varten. Hoitajat kokivat, että koulutusta olisi hyvä profiloida koskemaan sairaalan toimintoja ja sen erilaisia yksiköitä. Hoitajien mukaan kaikki koulutuksessa opetetut keinot eivät toimineet välttämättä sairaalamaailmassa niin hyvin kuin koulutuksessa opetettiin. Erään hoitajan mukaan sairaalassa ei pysty huomioimaan kaikkea mitä koulutuksessa opetettiin ja että koulutuksessa oli enemmän vinkkejä kotihoitoon tai omaisille. Myös liuttaminen ja liukulakanan hyödyntäminen koettiin käytännössä hankaliksi. Eräessä esimerkissä liukulakana ei toiminut niin kuin koulutuksessa neuvottiin, vaan lakana meni siirtotilanteessa vielä ylempäs ja potilas vain valui alemmas.

Koulutuksen sisällön muutoksiin haastateltavat ehdottivat, että se olisi kohdennettu erityisryhmille, osallistujien tai osaston profiiliin mukaan ja että se olisi yksilöllisempää tai että koulutusryhmä muodostuisi samantaustaisista henkilöistä (esimerkiksi ei avopuolen ja eri osastojen henkilöitä samaa koulutukseen).

Oppimisen tukemiseksi haastateltavat mainitsivat ehdotuksiksi koulutuskertaan osallistujien rajaamisen maksimissaan kuuteen henkilöön, sekä tiivistämään molempia koulutuspäiviä lyhyemmäksi. Erää hoitajan mukaan paras siirtotilanteiden harjoitteluun osallistujien määrä olisi kolme, missä yksi olisi ns. potilas ja kaksi harjoittelee siirtoja. Kolme siksi, että tällä hetkellä siirtohuoneessa on kaksi sänkyä, joten tila on rajallinen ja haastateltavan mukaan yhden sängyn ympärillä paras harjoittelijoiden määrä olisi kolme. Koulutuksen tiivistäminen ytimekkäämmäksi, haastateltavan mukaan esimerkiksi ensimmäinen päivä kuusituntiseksi ja toinen päivä neljätuntiseksi, perusteltiin sillä, että kaikkea asiaa ei voi muistaa ja osa menee väkisin ohi.

Haasteltavien keskusteluissa tuli esiin asioita myös potilaan oppimisesta. Hoitajat mainitsivat potilaan oppivan neuvomisen, tavoitteiden, kokeilemisen ja onnistumisen kautta. Hoitajien mukaan potilas oppii, kun häntä neuvotaan ja kuinka kotiin pääsy eli tavoitteellisuus motivoi ja opettaa potilasta yrittämään liikkuu. Hoitajat kokivat potilaan oppivan pikku hiljaa kokeilemalla ja sen myötä onnistumalla. Hoitajat olivat kokeneet, että onnistumisen kautta potilas huomaa kuntoutumisen lähtevän liikkeelle.

”...et hän pysty ite ponnistamaan ja selkeesti näki että hänelle tuli hyvä mieli siitä et hän pysty itse...”

Hoitajan ympäristöstä ja apuvälineistä oppiminen

Apuvälineisiin liittyvästä oppimisesta nousi esiin selkeästi kaksi apuvälinettä, joiden käytön oppiminen oli saatu vietyä koulutuksen myötä käytäntöön. Liukulakanoita / kahvallisista liukulakanoita oli hankittu kaikkien haastateltavien työyksiköihin, niitä osattiin käyttää oikein ja ne osattiin pedata oikealle korkeudelle potilaan sängyssä. Hoitajat olivat oppineet kyseisten lakanoiden myötä myös liuttamaan potilaita.

Toinen suuria ahaa-elämyksiä hoitajille tuottanut ja käytäntöön saatu apuväline oli potilasnostin. Hoitajat olivat oppineet nosturin käytön hyödyntämisen eri tilanteissa, esimerkiksi potilaan kaatumistilanteessa tai otettaessa painoa potilaalta jonka jalat eivät kannata. Potilasnostin koettiin myös hyödylliseksi työntekijä resursseihin nähden, esimerkiksi jos on siirrettävä painavaa potilasta tai yövuorossa kun työntekijöitä on vähän.

”...mäkin olin kauheen ylpee ittestäni kerran kun ... oli joku iso mies kaatunut lattialle ja muut rupes että ne nostaa sen, kun mä tyyneenä kävin hakemassa nosturin ja biis...”

Muita hyödyllisiksi opittuja apuvälineitä olivat liukueste ja liukulevy. Erääseen työyksikköön oli hankittu koulutuksen oppien myötä rullallinen liukuestettä, jota hoitaja kertoi hyödyntävänsä esimerkiksi siihen, että potilaan ponnistaessa sängyssä ylöspäin hänen jalat ei luista ja ponnistamisesta tulee tehokkaampaa. Eräs hoitaja kertoi oppineensa käyttämään liukulevyä pelokkaiden potilaiden avustamisessa, jolloin potilaan ei tarvitse välttämättä nousta seisomaan ja ottaa askelia jos ei hän pysty. Yleisesti keskusteluissa ilmeni, että koulutuksen oppien myötä apuvälineet oli otettu esille ja käyttöön, sekä niitä ymmärrettiin käyttää erilaisissa tilanteissa.

Erään keskustelun mukaan apuvälineiden hyödyntäminen jää kuitenkin vähäiselle, jos muut hoitajat (ei koulutetut) eivät ole osanneet käyttää niitä ja ei ole tullut tilanteita missä koulutettu hoitaja olisi pystynyt opastamaan apuvälineen käyttöä muille.

Varsinaisesti ympäristöstä oppiminen esiintyi vain yhdessä keskustelussa, jossa hoitaja mainitsi tekevänsä itselleen työskentelytilaa siirtämällä potilaspöydän kauemmas. Toinen yhteys missä ympäristö mainittiin, oli potilasnostimen hyödyntäminen. Haastateltava mietti ahtaassa tilassa nosturin käyttöä ja suunnitteli jatkossa rohkeammin kokeilevansa sitä. Eräässä keskustelussa ympäristö osattiin huomioida siinä, että potilaan kaatumistilanteessa nousemisen apuvälineenä kokeiltiin ensin lähimpänä olevaa tuolia ja kun sen avulla potilas ei päässyt nousemaan, haettiin potilasnostin avuksi.

Hoitajan oppimisen kehittyminen

Haastattelujen perusteella hoitajien oppiminen näytti kehittyneen usean osa-alueen kohdalla. Koulutuksen myötä hoitajat olivat oppineet kiinnittämään huomiota vääriin avustustekniikoihin sekä omaan fyysiseen riskien ennaltaehkäisyyn toimimalla avustustilanteissa uusien oppien mukaan, säästään itseään ja kuntouttaen potilasta miellyttävillä otteilla. Hoitaja oli oppinut esimerkiksi siirtämällä tai työntämällä potilaan avustamisen, jolloin se ei rasita niin paljon hoitajaa ja se on potilaalle miellyttävämpää. Hoitajien mukaan he hyödyntävät koulutuksen oppeja käytäntöön, toimien itseä säästävämmin ja potilaalle hyödyllisemmin.

”...kainaloista raahaaminen, siinä kohtaa aina särähtää, et miettii et ei näin.”

Hoitajat kertoivat kiinnittävänsä huomiota omaan fyysiseen vointiinsa, pyrkimällä itseä säästävämpään toimintaan. Eräässä keskustelussa mainittiin kuinka hoitajan fyysiset kivut olivat vähentyneet, kun hän oli oppinut katsomaan miten siirtoja tekee. Toinen

hoitaja koki, että toiminnan tiedostaminen itsensä kannalta on jo fyysisten riskien ennaltaehkäisyä.

Useammassa keskustelussa tuli esille kuinka hoitajat ovat oppineet koulutuksen myötä lisää keinoja ja tekniikoita avustaa potilasta yksin tai itsenäisesti erilaisissa tilanteissa, helpottaen näin kollegankin työtä. Hoitajat kertoivat oppineensa yksin avustamaan potilasta istumaan nousussa ja lattialta nousussa, sekä käyttämään luovuttaa yksin avustettavan potilaan kohdalla, esimerkiksi kun potilas kävelee rollaattorin avulla wc:n. Hoitajien mukaan itsenäinen työskentely on heidän kohdallaan lisääntynyt. He kokevat pärjäävänsä aika pitkälle itsenäisesti potilaan kanssa.

”...voi kollegaakin vähän helpottaa sillä, et ei tarvitse kaikissa pyytää lisäapupyyntöä että saadaankin noustua istumaan siihen sängylle ihan ilman toisen apua.”

Vaikka hoitajat kertovat oppineensa avustamaan potilasta itsenäisesti he kertovat oppineensa myös huomioimaan oman ja muiden työturvallisuuden potilaan avustustilanteessa ja pyytämään tarvittaessa kollegalta apua, hakemaan nosturin avuksi ja säätämään sängyn oikealla korkeudelle.

”...jos on oikeesti lattialle pudonnut niin ei lähdetä liian vähällä miehityksellä edes nostamaankaan, että reilusti vaan sitä kilomäärää on per hoitajaa paljon vähemmän, koska sit kun se on lattialla ei siitä oo mikään kiire lähtee.”

Hoitajat kertovat huolehtivansa toisistaan potilaan avustustilanteissa mm. miettimällä millä korkeudella sänky on. Keskustelujen perusteella hoitajat ovat selkeästi oppineet pyytämään raskaan tai haastavan potilaan kohdalla kollegalta apua ja hyödyntämään tarvittaessa nosturia. Haastattelujen perusteella hoitajat ovat oppineet myös ymmärtämään fysioterapeutin työn osana potilaan hoitoa.

Muutamassa keskustelussa erottui se, kuinka hoitajat ovat koulutuksen myötä oppineet ymmärtämään leveämmän kämmenotteen ja kosketuksen merkityksen, sekä oppineensa käyttämään sitä potilaan avustustilanteessa. Eräs hoitaja kertoi hyödyntävänsä myös lakanaa potilaan istumaan avustamisessa. Avustustilanteessa kämmen-, lakana- tai muun laajempi ote koettiin tuntuvan mukavammalta ja turvallisemmalta.

”...että sit tavallaan samalla kun sä kosket siihen potilaaseen niin sekin on jo hänelle sellasta aktivoivaa, että hän tuntee että jaaha jalka on täällä et kun sen asettelee...”

Haastatteluista ilmeni myös kuinka hoitajat ovat oppineet koulutuksen myötä suunnitelmallisuutta potilaan avustamistilanteisiin. Lisäksi vanhojen tekniikoiden tai toimintatapojen tilalle on tullut uusia tapoja ja niistä on tullut käytäntöjä. Eräs hoitaja kertoo oppineensa miettimään mitä potilassiirron aikana tekee, ennenkö hän lähtee toimimaan. Toisen keskustelun mukaan koulutuksen jälkeen toimintatapoihin on tullut muutos, yksittäisiä tekniikoita ei tarvitse aktiivisesti ajatella, vaan niistä on tullut käytäntöjä.

Potilassiirtoergonomiataitojen jakaminen

Hoitajien haastatteluista rakentui useampi asiakokonaisuus potilassiirtoergonomiataitojen jakamisesta. Osa haastatelluista totesi, ettei aktiivisesti ohjaa uusia oppeja kollegoille tai että ohjaaminen jää helposti. Liiallinen vahtiminen tai asian pakottaminen koettiin myös huonoiksi keinoiksi viedä uutta asiaa eteenpäin.

”...ei sitä silleen poliisina voi ruveta toimimaan, sitte tulee kaikki vastaan...”

Osa haastateltavista taas vastaavasti kertoi ohjaavansa ja perehdyttävänsä kollegaa erilaisin keinoin. Hoitajat kertoivat toimivansa esimerkkinä ja puhumalla asioista kollegoille. Uusia asioita vietiin eteenpäin ohjaamalla ja perehdyttämällä kollegaa työtilanteiden kautta, esimerkiksi työskenneltäessä pareittain tai kun kollega on vieressä tai työn lomassa ohjaamalla uutta työntekijää tai kollegaa joka ei ole käynyt koulutusta. Tässä tapauksessa myös koulutettu hoitaja koki hyötyneensä yhdessä asioiden läpi käymisestä. Ohjaamisen lisäksi koulutetut hoitajat yrittivät viedä uusia asioita eteenpäin kyseenalaistamalla, perustelemalla ja neuvomalla asioita kollegoille. Hoitajat esimerkiksi perustelivat miksi liukulakana kannattaisi pedata tiettyyn kohtaan tai antoivat vinkkejä, ettei joku toimi ihan väärin, tai hoitaja ohjasi kollegoja kirjallisen raportin kautta ja täydensi asiaa vielä suullisesti.

”...tuu vaan lähemmäs ja pistäskö tätä sänkyäkin kuitenkin nostaa vähän ylemmäs kun ollaan pitkiä...”

Ohjaamisesta huolimatta koulutetut hoitajat kokivat uusien asioiden eteenpäin viemisen hankalaksi. Ohjaamisen hankaluus ilmeni useassa kohtaa haastatteluja. Kaikesta yrittämisestä huolimatta toiminta koettiin vanhanaikaiseksi ja joitakin asioita oli vain vaikea saada vietyä läpi (esimerkiksi liukulakanan oikea petauskohta). Nuorena, koulutettuna hoitajana kokeneemman kollegan ohjaaminen koettiin hankalaksi ja joissain tapauksessa koulutetun osaamista ja ohjaamista ei kunnioitettu tai se ymmärrettiin väärin. Haastateltava kertoi myös joutuneensa ohjaamaan lääkäriä potilaan hoitoon ja työntee-

kijöiden työturvallisuuteen koskevassa asiassa, jossa lääkäri pyysi hoitajien ottamaan potilaasta painon, vaikka potilaalla itsellään ei ollut minkäänlaista aktiviteettia liikkuu, eikä osastolla ollut silloin potilasnostinta saatavilla.

Hoitajan ominaisuuksilla koettiin myös olevan vaikutusta taitojen jakamiseen. Haastateltavat kertoivat kuinka vanhat pinttyneet tavat ja huono asenne ovat esteenä uusien työskentelytapojen oppimiselle. Haastateltavien mukaan osa hoitajista (ei koulutettu) on tottunut tai haluaa toimia vanhaan tapaan, uusi tapa ja apuvälineiden hakeminen koetaan ajanhaaskaukseksi. Hoitajan saamattomuus, laiskuus tai ennakkoluulo saattaa estää oppimista, eikä hän mahdollisesti näe tarvetta oppia uutta ja ottaa apua vastaan. Hoitaja saattaa kokea, että oma entinen tapa toimii hyvin ja hän voi jopa vastustaa uuden oppimista. Erään keskustelun mukaan työyksikössä ei ole saatu esimerkiksi lähihoitajia innostumaan koulutuksesta ja uusista työtavoista, vaikka heille lähityötä tekeville siitä olisi erityisestä hyötyä. Keskusteluissa tähän vastattiin toteamuksella, että kaikki eivät välttämättä ole kiinnostuneita aiheesta tai että kaikkeen ei voi kiinnittää huomiota.

”Että mitä nyt eroa nostolla ja siirrolla, mitä sä nyt oikeen...”

Keskustelun edetessä koulutukseen osallistuminen koettiin taas potilaan avustamista työkseen tekevän hoitajan velvollisuudeksi eikä niinkään vaihtoehdoksi, että hoitaja voisi sanoa, ettei asia kiinnosta häntä. Työantajan puolelta taas toivottiin, että koulutuksen järjestämisen ja mahdollistamisen kautta työantaja osoittaisi huolehtivansa työntekijöistään.

Haastateltavat kokivat uusien asioiden etenemisen hankalaksi myös siksi, koska osastoilla oli vähän koulutettuja hoitajia ja uusia ei perehdytetä siirtoihin ym., jolloin koulutetut hoitajat jäivät asioiden kanssa yksin. Perehdytyksestä ilmeni, että ohjaus jää maininnan asteelle, kuten esimerkiksi tuolla on tuollaisia apuvälineitä.

Koulutuksen aiheen, eli potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen, eteenpäin viemiseksi haastateltavat näkivät tärkeänä jatkaa yhtenäistä ja säännöllistä koulutusta. Koulutusta toivottiin kaikille hoitajille ja osaksi uuden työntekijän perehdytystä. Koulutukselle toivottiinkin määrärahoja. Haastattelujen mukaan myös potilassiirtoja ja apuvälineitä toivottiin osaksi perehdytystä, koska koettiin että näitä asioita ei käydä niin perusteellisesti esimerkiksi koulussa läpi.

”...toi olis ihan yhtä tärkeä kun meidän paloturvallisuus ja nää et se olis kaikille yhtä tärkeä ja et ne samat apuvälineet ja samat tekniikat tulis kaikille yhteneväksi, ihan niin kun nää turvaviggotkin et se pitäis olla siinä turvapassissa myöskin sitten tää ettei myöskään telo toisen kollegan selkää siinä kun tavallaan toinen nostaa ja toinen siirtää niin siinä on kuitenkin sit se riski.”

”...ilman muuta pitäis olla, elvytystäkin harjotellaan kerran vuodessa.”

Haastateltavat näkivät myös tarpeen koulutuksen kertaamiselle, mm. tekniikoiden ja uusien apuvälineidenkin kannalta. Säännöllisiksi kertaus- ja päivitysväleiksi ehdotettiin vuotta - viittä vuotta. Asian eteenpäin viemiseksi ja kertaamiseksi ehdotettiin ergonomian ajankohtaispäiviä, jotka toteutuisivat aina keväisin ja syksyisin, esimerkiksi neljän tunnin koulutuksina, ns. seminaaripäivien tyyliin.

Haastatteluista rakentui myös kolme asiakokonaisuutta mitkä motivoivat muita hoitajia kouluttautumaan ja kiinnostumaan asiasta. Esimiehen suhtautumisella asiaan, koulutettujen hoitajien kannustuksella sekä kouluttajan pitämällä osastotunnilla oli positiivinen vaikutus muiden hoitajien motivoitumiseen. Keskusteluissa ilmeni esimiehen olevan olennaisessa asemassa hoitajien kouluttautumiseen ja asian etenemiseen. Eräällä työyksikössä esimiehen myönteisen suhtautumisen myötä koulutetut saivat mahdollisuuden hyödyntää osaamistaan apuvälineiden hankinnassa. Keskustelujen perusteella esimiehellä oli vaikutusta myös siihen, ketkä pääsivät koulutukseen, kuinka moni pääsi koulutukseen ja missä järjestyksessä koulutukseen päästiin. Erään työyksikön toimintasuunnitelmaan, minkä esimies laatii, oli myös sisällytetty motto ”säästä itseäsi”, mikä miellettiin työyksikössä kannustukseksi ja ohjeeksi osallistua koulutukseen.

Haastateltavat mainitsivat useassa kohtaa keskusteluja kokeneensa koulutettujen tyytyväisten palautteiden ja muiden hoitajien kannustamisen motivoineen kollegoja kouluttautumaan. Koulutetut olivat kehuneet koulutusta hyväksi, sujuvaksi ja hyödylliseksi, mikä oli työyksiköissä otettu positiivisesti vastaan ja minkä myötä muutkin hoitajat olivat lähteneet paremmin mukaan aiheeseen. Erään keskustelun mukaan kiinnostus koulutusta kohtaan lähti nimenomaan työntekijöistä, vaikka lähtökohtaisesti tieto koulutuksesta annettiin esimiehelle.

”...oon kollegoita kannustanu menemään siihen että meillä on niin paljon koulutuksia että tää ei oo turha koulutus että tää antaa todella hyviä vinkkejä siihen ja toi on semmonen asia mitä on hyvä päivittää ... päivittää sitä omaa osaamistaan...”

Muutama haastateltava mainitsi kuinka kouluttajan pitämällä osastotunnilla oli positiivinen vaikutus hoitajien motivoitumiseen uuden asian suhteen. Osastotuntikoulutuksen kerrottiin avanneen muidenkin hoitajien silmät uusille tavoille tehdä potilastyötä. Hoitajat myös toivoivat kouluttajan tulevan kertausmielessä ohjaamaan osastolle sekä koulutettuja hoitajia että muita hoitajia. Kouluttajan toteuttamasta koulutuksesta koettiin saavan enemmän tehoa asian eteenpäin viemiseksi, kuin että koulutetut itse yrittäisivät viedä asioita työyksiköihinsä.

Keskusteluissa ilmeni, että erään työyksikön ergonomiavastaavat toimivat potilaan avustamiseen ja ergonomiaan liittyvien asioiden tiedottajina ja perehdyttäjinä. Työyksikössä ergonomiavastaavat pitävät tietoisuutta uusista asioista ja toimivat uuden työntekijän perehdyttäjinä aiheeseen. Ergonomiavastaavien lisäksi työyksikön muutkin hoitajat auttavat uutta työntekijää potilaan avustustilanteisiin liittyvien asioiden kanssa eteenpäin.

7.4 Yhteenveto siirtoergonomiakoulutukseen liittyvistä hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen näkökulmista

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyistä sekä sairaanhoitajien haastatteluista muodostuneiden aineistojen perusteella siirtoergonomiakoulutukseen liittyvä hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen rakentuivat useista erilaisista näkökulmista. Näkökulmat on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Näkökulmia siirtoergonomiakoulutukseen liittyvään hoitajan ja potilaan yhteistyöhön ja oppimiseen

Näkökulmien kaikissa osioissa oli havaittavissa oppimiseen liittyviä asioita. Hoitajan ja potilaan yhteistyötä oli havaittavissa potilaan avustamistilanteista oppimisen tai potilaan ohjaamisesta ja yhteistyöstä oppimisen osioissa. Yhteistyötä käsiteltiin myös menneen ajan, lähtökohtien, esteiden ja yhteistyötä tukevien asioiden näkökulmista. Koulutuksesta saatu hyöty kuvastaa hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen kannalta tärkeiksi nousseita asioita.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkökulmasta HUS sairaanhoitopiirin siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista. Potilassiirtojen ergonomiakoulutusta, eli tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tapausta, sekä hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista, eli tämän työn kohdetta, käsiteltiin kahden eri aineiston kautta. Kokonaisuutta tarkastellen, tässä työssä keskeisemmäksi ajatukseksi nousi se, että HUS siirtoergonomiakoulutus koetaan hyödylliseksi monenkin asian kannalta. Oppiminen liittyy vahvasti hoitajan kohdalla koulutuksen hyödyntämiseen ja työnteon kehittymiseen, kun taas potilaan kohdalla oppiminen tukee kuntoutumista. Toisaalta kuitenkin näyttäisi siltä, että siirtoergonomiakoulutukseen liittyvä hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen osoittautuu hoitajalähdeksi, hoitaja keskeiseksi, tekniseksi toiminnoksi ja välineeksi.

Hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen näkökulmasta, tarve ohjaukseen ja opetukseen, sekä koulutuksen hyöty

Tässä työssä hyödynnettyjen HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyjen perusteella, koulutus antoi suurimmalle osalle hyödyllisiä tietoja ja taitoja potilaan aktivointiin. Tämä näyttäisi tarkoittavan sitä, että koulutukseen on sisällytetty ainakin tältä osin hoitajan ja potilaan yhteistyöhön liittyviä osia ja koulutetut ovat kokeneet sen hyödylliseksi. Toisaalta enemmistö koulutukseen osallistuneista ja sen suorittaneista ei kokenut tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan voimavarojen arviointiin tai sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin. Koulutuksen alussa enemmistö kuitenkin koki tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin.

Voisiko siis olla, että koulutukseen osallistuneet ja koulutetut eivät ole kokeneet hoitajan ja potilaan yhteistyöhön liittyvää potilaan voimavarojen arviointia sekä sanallista ohjaamista ja aktivointia niin tärkeinä kuin kokivat potilaan manuaalisen avustamisen ja aktivoinnin? Onko mahdollista, että potilaan manuaalinen avustaminen ja aktivoiminen koetaan tärkeämmäksi oppia kuin arviointi, ohjaaminen ja aktivointi? Mielletäänkö potilaan avustaminen alun perinkin enemmän tekniseksi toiminnaksi?

Arviointi, ohjaaminen ja aktivointi ovat kuitenkin lähtökohdiltaan olennaisempia oppia. Tamminen-Peterin ym. (2007) mukaan hyvän siirtotaidon saavuttamiseksi tarvitaan taitoa arvioida potilaan liikuntakykyä sekä aktivoida ja ohjata potilasta. Arviointi, ohjaaminen ja aktivointi taas vaativat vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä toimimista. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoidajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen. Eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitaja pyrkii myös tukemaan ja lisäämään potilaan omia voimavaroja. Toisin sanoen potilaan hoitaminen ja avustaminen tulisi perustua hoitajan ja potilaan yhteistyöhön, johon molemmat osallistuvat aktiivisesti (Kassara ym. 2005: 49).

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin palautteissa ilmenneet asiat hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen suhteen

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin palautteiden perusteella, hoitajien esittämät asiat hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen suhteen näyttivät painottuvan enemmän työntekijään liittyvään oppimiseen, ympäristöön ja apuvälineisiin liittyvään oppimiseen, sekä koulutukseen liittyvään oppimiseen. Palautteissa tuli esille vain muutama hoitajan ja potilaan yhteistyöhön liittyvä asia. Yleisesti näyttäisi siltä, että tarpeet olivat työntekijälähtöisiä, tekniseen toimintaan ja välineisiin liittyviä, kuten tarve oppia avustamaan potilasta eri tasoilta toiselle, tarve oppia hoitajan ergonomiaa, tarve oppia työskentelemään erilaisten kollegojen kanssa, motivoimaan kollegoja sekä saamaan heidän asenteet muuttumaan, tarve oppia työskentelemään erilaisissa tiloissa ja käyttämään erilaisia apuvälineitä.

Palautteiden pohjalta herää kysymyksiä koulutukseen ja työntekoon liittyen. Entä jos koulutusta ja työntekoa kohdennettaisiin enemmän potilaslähtöisempään suuntaan? Eikä niinkään kollegan kanssa työskentelyyn, kollegan motivointiin ja asenteiden muutokseen tai vaikka sängyn petaamiseen, vaan potilaan ja omaisten motivoimiseen ja asenteiden muutokseen kuntoutumista kohtaan. Työntekijän oikea toimintatapa ja oma hyvinvointi lähtisivät potilaasta, ja apuvälineitä hyödynnettäisiin potilaslähtöisesti. Tai entä jos koulutus ja työnteko kohdennettaisiin potilaaseen ja potilaan tarpeisiin? Eikä niinkään erikoisalan tai työyksikön mukaisesti. Potilas on kuitenkin potilastyötä tekevän työntekijän tärkein kanssa toimija ja tiedontuottaja, sekä tavoite avustaa kuntoutujaksi. Potilaan avustaminen ja siirtäminen ovat osa potilaan kuntoutusta, missä olennaisinta on huomioida kuntoutujan tarpeet (Koukari 2010: 156; Kuntoutusselonteko 2002; Laki potilaan asemasta 785/1991).

Palautteissa esiintyi seuraavia sanoja ja ilmaisuja, kuten hyöty, yhteneväisyys, muutos, ratkaisut ja toiminnan tehostaminen. Voisiko näitä saavuttaa yhteistyössä potilaan kanssa / kautta? Eikä niinkään kollegan, työyhteisön tai erikoisalan kanssa / kautta. Lisäksi palautteissa esiintyi ilmaisuja säännöllinen käytännön harjoittelu työyksiköihin, sisäistäminen ja todelliset tilanteet. Tuomisen (2010) tutkimuksessa henkilökohtainen ja oikeassa ympäristössä tapahtuva käytännön ohjaus ja neuvonta koettiin hyvänä, yhdistävänä keinona arkiseen työhön. Sisäistettäisiinkö koulutuksen asiat paremmin, jos koulutus olisi käytännön läheisempää, työpaikoilla tapahtuvaa ja todellisten potilas-tilanteiden kautta opittavaa?

Hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen HUS siirtoergonomiakoulutuksessa

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön haastattelujen avulla selvitettiin sairaanhoitajien näkökulmasta HUS siirtoergonomiakoulutus pilottiin liittyvää hoitajan ja potilaan yhteistyötä ja oppimista. Aineiston perusteella oppimiseen liittyy hoitajan oppimaan kiinnostuminen, hoitajan ja potilaan oppimisen keinot ja ylläpitäminen, hoitajan ympäristöstä ja apuvälineistä oppiminen, hoitajan oppimisen kehittyminen sekä potilassiirtoergonomia-taitojen jakaminen. Hoitajan ja potilaan yhteistyöhön taas liittyy se miten hoitajan ja potilaan yhteistyö ilmeni aikaisemmin, mitkä ovat yhteistyön lähtökohdat, mitkä ovat yhteistyön esteet sekä mitkä asiat tukevat yhteistyötä.

Hoitajan oppimaan kiinnostuminen näyttäisi lähtevän useimmiten liikkeelle kollegojen suosittelusta, esimiehen ohjeesta tai hoitajan omista ominaisuuksista. Hoitajien haastatteluissa mainittiin muutama muukin asia, miksi koulutukseen lähdettiin ja oppimisesta kiinnostuttiin, mutta ainoastaan yhdessä kommentissa mainittiin halu oppia avustamaan ja ohjaamaan potilasta paremmin. Onko lähtökohtaisestikin niin, että hoitajien oppimaan kiinnostuminen rakentuu enemmän työntekijään liittyvistä asioista? Eikä niinkään hoitotyön varsinaisen tarkoituksen eli potilaan avustamisen pohjalta.

Hoitajat mainitsivat useita keinoja oppia uusille toimintatavoille, kuten pohtiminen, onnistuminen, tekeminen, kokeminen, näkeminen, käytännön esimerkit ja konkreettinen toiminta. Kaikki edellä mainitut oppimiskeinot ovat hoitajan työssä ilmeneviä ominaisuuksia. Voisiko näiden keinojen avulla rakentaa koulutuksesta enemmän käytännön läheisemmän? Vastaavasti oppimisen ylläpitämiseksi kaivattiin kertaamista ja harjoittelua. Koulutuksen toivottiin profiloituvan yksilöllisemmin sairaalan toimintaan, sen työyksiköihin, erityisryhmiin tai koulutukseen osallistuvien mukaan. Mutta voitaisiinko ajatella, että jos koulutus profiloitaisiin potilaslähtöiseksi, tavoittaisiko se hoitajia paremmin? Ja

koska koulutuksesta kaivattiin tiivistetympää ja harjoitteluihin enintään kolmea henkilöä, voisiko koulutus toimia työyksiköissä nonstop tyyliin? Esimerkiksi Satakunnan sairaanhoitopiirissä tavoitteena on, että uudet työntekijät saavat perehdytyksen yhteydessä koulutusta non-stopina (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 43).

Hoitajien mukaan näyttäisi siltä, että potilas oppii neuvomisen, tavoitteiden, kokemisen ja onnistumisen kautta. Näiden tulosten mukaan voisi todeta, että se miten potilas oppii, sitä hoitajan tulisi tehdä ja tukea, mihin taas koulutuksen ja hoitajan työn pitäisi mahdollisesti perustua. Toisin sanoen, näyttäisi siltä että hoitajan tulisi neuvoa potilasta, ohjata tavoitteiden kautta kokeilemaan, tukea potilasta harjoittelemaan ja ohjata onnistumaan. Koukarin (2010) ja Johanssonin (2005) tutkimuksissa kuntoutujat näkivät juuri näyttämisen, ohjaamisen ja tukemisen edistävän kuntoutumista.

Hoitajan apuvälineistä oppiminen näytti painottuneen käytännössä kahteen apuvälineeseen, mutta tarvitseeko hoitajan hallita enemmän apuvälineiden käyttöä. Pystyykö, ehtiikö hän? Apuvälineiden käytön kannalta on kuitenkin ensisijaisen tärkeää, että ne soveltuvat toimintaan ja, että hoitajille opetetaan niiden oikea käyttö (Fagerström 2013: 116, 128; Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä 2010: 10; Takala - Kukkonen 1987: 17; Tuominen 2010: 87, 89; Työturvallisuuslaki 738/2002). Asiaa voi myös verrata siihen, mitkä ovat apuvälineiden tarpeet ja säilytysmahdollisuudet työyksiköissä. Voisiko apuvälineet esimerkiksi yhdistää työyksiköiden kesken? Ympäristön kannalta taas herää kysymys, olisiko koulutuksessa ja hoitajan työssä mahdollisesti painotettava enemmän ympäristön hyödyntämistä ja tilan luomista? Huomioon ottaen, että hoitajan ympäristöstä oppiminen esiintyi vain yhdessä kommentissa. Ympäristön huomioiminen liittyy kuitenkin selkeästi työ- ja potilasturvallisuuteen, mutta myös kuntoutuksen valtaistavaan ja ekologiseen ajatteluun.

Tulosten perusteella hoitajien oppiminen todettiin kehittyneen useassa kohdassa. Näyttäisi kuitenkin siltä, että hoitajat kiinnittivät huomiota enemmän omiin fyysisiin riskeihin, väärin avustustekniikoihin, itsensä säästämiseen ja kollegan helpottamiseen. Voisiko toiminta olla potilaslähtoisempää ja potilasta aktivoivampaa? Muutamassa kommentissa ilmeni kuinka hoitajat olivat oppineet hyödyntämään kosketusta, kämmenotetta tai lakanaa potilaan aktivoimiseksi. Tämä taas osoittaa kuinka yksinkertaisilla keinoilla / apuvälineillä pystyy saamaan hyvän avun potilaan avustamiseen. Jo pelkällä sopivalla kosketuksella, pehmeällä ja laajalla otteella on mahdollista ohjata potilasta löytämään oma liike (Tamminen-Peter - Wickström 2013: 69 - 71). Haastattelujen tulosten perus-

teella myös suunnitelmallisuus, soveltaminen ja luovuus ovat hyviä ominaisuuksia avustettaessa potilasta. Toiminnan hyvällä suunnittelulla todetaankin olevan suuri merkitys mm. hoitajan ja potilaan turvallisuuteen (Johnsson 2005: 57; Karhula ym. 2007: 18 - 19; Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä 2010: 4; Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Potilassiirtoergonomiataitojen jakaminen ohjaamalla näytti jakautuneen tuloksissa kahden osaan, toiset ohjasivat ja perehdyttivät kollegaa, kun taas toiset eivät aktiivisesti ohjanneet asioita kollegoille. Voisiko koulutuksen suorittamisella kuitenkin velvoittaa koulutetut ohjaamaan asioita myös kollegoille, esimerkiksi pitämään osastotunnin tai pienen tietoiskun tai ainakin ohjaamaan uutta työntekijää perehdytyksen yhteydessä. Tuloksissa näytti muutenkin tulleen vahvasti esille tarve perehdyttää uudet työntekijät aiheeseen. Tätä tarvetta tukee Työturvallisuuslain (738/2002) ja EU:n lakien (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto n.d.) velvoite työantajalle, kouluttaa ja perehdyttää hoitohenkilökunta potilaan siirtymis- ja avustamistilanteisiin. Vastaavasti Työsuojeluhallinnon oppaan mukaan koulutus tulisi olla dokumentoituna perehdytysuunnitelmaan (Karhula ym. 2007: 18, 21).

Potilassiirtoergonomiataitojen jakamisessa koettiin myös yleensä hankaluuksia ja esteitä. Miten hankaluudet ja esteet voitetaan, esimerkiksi osoittamalla koulutuksen ja toiminnan hyöty? Voisiko se tapahtua esimiesten kautta? Tulosten perusteella esimiehellä näyttää olevan suuri merkitys sekä koulutukseen osallistumiseen että asian eteenpäin viemiseen. Tulos on samankaltainen kuin Fagerströmin (2013) tutkimuksessa, jossa organisaation ylemmän johdon ja esimiesten todettiin olevan avain asemassa luomaan muutosta ja uutta oppimista mahdollistavaa ilmapiiriä. Tämän tutkimuksen tuloksissa ilmeni myös toive kouluttajan pitämistä osastotunneista, minkä koettiin vievän asiaa tehokkaammin eteenpäin. Esimerkkien kautta oppiminen näytti toimineen hyvin sekä kouluttajan että koulutettujen ohjaamana. Toimisiko case-esimerkki tyyppinen opetus hyvin osastunneilla?

Tamminen-Peter ja Wickström (2013) mainitsevat potilassiirto-oppaassaan kuinka hoitotyön perinne on hoitamista ja usein puolesta tekemistä. Samansuuntaiseksi hoitajan ja potilaan aikaisempi yhteistyö osoittautui myös tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten perusteella. Voisiko tämän suuntaiset tulokset toimia lähtökohtana muutokselle, mitä koulutuksen avulla ja hoitajan työssä pyritään saamaan aikaan? Tämän tutkimuksen tulosten perusteella aikaisemmin työskenneltiin yleensä rutiinisti pareittain, asioita tehtiin potilaan puolesta, potilas oli passiivinen kohde, potilasta ei huomioitu niin

hyvin, ohjattu ja eikä otettu mukaan toimintaan. Pyritäänkö koulutuksella mahdollisesti vaikuttamaan tähän kaikkeen? Voisiko näiden asioiden pohjalta suunnata koulutusta vielä enemmän potilaan ohjaamiseen ja aktivointiin? Kuin että keskitytään edelleen siihen miten hoitajat siirtävät potilasta sängyssä tms. Tietenkin erittäin huonokuntoisten potilaiden kohdalla edellä mainittua hoitajan toimintaa tarvitaan, mutta ovatko erikoissairaanhoidon potilaat kuitenkin pääsääntöisesti ns. käveleviä ja yhden hoitajan avuin pärjääviä, niin kuin useampi haastateltava asian mainitsi.

Haastattelujen tulokset hoitajan ja potilaan yhteistyön lähtökohdista näyttävät ohjaavan kehitysehdotelmat samaan suuntaisesti kuin edellä. Eli, jos hoitajan ja potilaan yhteistyö lähtee liikkeelle seuraavassa mainituista asioista, voisiko koulutuskin lähteä liikkeelle näistä asioista? Haastateltavien mukaan hoitajan ja potilaan yhteistyön lähtee yleensä liikkeelle keskustelusta ja perustuu potilaan ohjaamiseen sekä siihen, että potilas otetaan aktiivisesti mukaan toimimaan. Samankaltaisia tuloksia on havaittavissa myös Koukari (2010) tutkimuksessa, missä kuntoutujat näkivät tärkeänä sen, että heidät otetaan mukaan toimimaan rajoitteistaan huolimatta. Kuntoutujien mukaan myös toiminnan merkityksen perustelu, näyttäminen ja ohjaaminen edistivät kuntoutumista (Koukari 2010: 148).

Tarkasteltaessa hoitajan ja potilaan yhteistyötä estäviä asioita, tuloksissa ilmeni sekä hoitajaan, potilaaseen että sairaalaan liittyviä ominaisuuksia. Ominaisuuksista osa oli sellaisia, mihin ei välttämättä voi vaikuttaa, kuten persoona, ikä, sairaus, kulttuuri, uskomukset ym. Ominaisuuksista suurimman osan kohdalla voisi kuitenkin miettiä ovatko ne oikeita esteitä? Pystyykö niihin vaikuttamaan? Tässä muutama esimerkki: Miten potilas ottaa tiedon vastaan? Vrt. Entä miten tieto hänelle esitetään?, Potilaalla on kipuja. Vrt. Riittävä kivun hoito., Sairaalan yleinen hoitokulttuuri ja automaattinen palvelu. Vrt. Hoitokulttuurin muutos ja kuntouttavan otteen kehittäminen, Hoitajan kiire tai määrätietoisuus voi pelottaa potilasta. Vrt. Potilaan ohjaaminen ja informointi. Aiheet koskevat enemmän yleisesti potilaan hoitoa ja potilastyötä, kuin pelkästään siirtoergonomiakoulutusta, mutta voisiko koulutuksessakin painottaa enemmän potilasta kuntouttavaa otetta ja sen myötä yleistä asennemuutosta.

Tuloksissa ilmenneiden hoitajan ja potilaan yhteistyötä tukevien asioiden perusteella voisi miettiä, kannattaisiko koulutuksessa mahdollisesti lähteä liikkeelle toiminnan suunnitelmallisuudesta, potilaan kanssa keskustelemisesta, potilaan huomioimisesta sekä siitä miten potilasta ohjataan, kannustetaan, aktivoidaan ja motivoidaan. Yleisesti

potilastyötä ajatellen, jos potilas ei millään motivoidun toimimaan ja tekemään asioita, voisiko potilasta kuitenkin velvoittaa toimimaan ja yrittämään? Miettien vastaavasti tämän työn aineistossa esiin tullutta ajatusta velvoittaa hoitaja osallistumaan koulutukseen, koska hän tekee työkseen potilaan avustustyötä.

8.2 Kehittämisehdotukset ja pohdinta

Tulosten pohjalta tuotettiin ehdotuksia siirtoergonomiakoulutuksen kehittämiseksi, edistämään hoitajan ja potilaan yhteistyötä. Kehittämisehdotukset, toiminnan suuntaamiseksi:

- Potilaslähtöisyyttä kohden
- Potilaan tarpeista lähteväksi
- Potilaan huomioimiseen, tukemiseen, ohjaamiseen ja aktivointiin
- Potilaan avustamistoiminnan arviointiin, suunnitelmallisuuteen ja soveltamiseen
- Potilaan liikuntakyvyn ja voimavarojen arviointiin ja hyödyntämiseen
- Potilasta kuntouttavaa otetta kohden
- Hoitajan ja potilaan yhteistyössä toimimiseen
- Ympäristön hyödyntämiseen ja tilan luomiseen
- Todellisten potilastilanteiden kautta oppimiseen
- Käytännönlähtöisyyden kautta oppimiseen
- Toiminnan sisällyttämistä perehdyttämiseen
- Potilaiden, omaisten ja organisaation työntekijöiden asenteiden muutokseen
- Organisaation johdon ja esimiesten tietoisuuden lisäämiseen aiheesta

Aikaisemman tutkimustiedon sekä tämän tutkimuksellisen kehittämistyön perusteella potilassiirtoergonomiakoulutus nykyisessä muodossaan on moneltakin kannalta hyvä ja hyödyllinen. Mutta olisiko potilassiirtoergonomiakoulutuksella kuitenkin edessä muutoksen aika? Tätä ajatusta tukevat tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset, muut lähdetiedot sekä yhteiskunnan yleinen kehittyminen ja muutos. Esimerkiksi, juuri tulleen tiedon mukaan hallituksen säästöpäätöksen myötä kotihoidossa on alettu ennaltaehkäisemään asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun laskemista tukemalla hänen liikkumistaan ja muita toimiaan (Helsingin Sanomat 2013: A12), niin miksi ei myös muussa terveyden- ja sairaanhoidossa alettaisi toimia näin.

8.3 Tutkimusprosessin, menetelmällisten ratkaisujen ja luotettavuuden tarkastelua

Jo suunnitelma vaiheessa tiedettiin tutkimuksellisen kehittämistyön aineiston rakentuvan melko runsaaksi. Suunnitelmassa haluttiin kuitenkin pitäytyä. Työtä oli paljon, mutta siitä suoriuduttiin melko hyvin. Toinen tutkimusprosessin haasteista oli haastateltavien sairaanhoitajien kokoon saaminen ja fokusryhmien toteuttaminen suunnitelmien mukaisesti. Haastatteluun alustavasti suostuneet saatiin lopulta kerättyä siirtoergonomiakouluttajan ja tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän aktiivisuudella. Sillä, että tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä tunsu osan haastateltavista, ei näytä olleen vaikutusta tutkimusaineiston muotoutumiseen tai laatuun.

Haastateltavien vuorotyö ja kesälomat kuitenkin hankaloittivat fokusryhmien toteuttamista, joten ryhmäkokoja ja järjestelyjä jouduttiin muuttamaan tilanteen mukaan. Alun perin fokusryhmät oli tarkoitus toteuttaa ainakin osittain yhteiskehittelyn avulla, mutta koska haastattelut lähtivät käyntiin pari- ja yksilöhaastatteluilla, suunnitelmaa muutettiin perinteisempään haastatteluun, kysymyksiä esittäen ja keskustellen. Ainoastaan yhteen ja samalla myös viimeiseen haastattelukertaan saatiin yhtä aikaa kolme henkilöä. Yhtenäisen haastattelulinjan pitämiseksi haastattelutilannetta ei kuitenkaan lähdey enää muuttamaan yhteiskehittelyksi tai muuksi. Useammalla 3 - 4 hengen fokusryhmillä olisi voitu saada aikaan enemmän keskustelua ja rikastettua käsiteltäviä aiheita.

Kesälomista ja vuorotöistä huolimatta yhteistyö haastateltavien kanssa toimi hyvin ja aikataulussa pysyttiin. Myös yhteistyö siirtoergonomiakouluttajan kanssa toimi kaikin puolin erittäin hyvin. Pohdittavaksi tuli ainoastaan se, miten HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyjen vastausten kokonaislukuja olisi järkevintä tässä työssä käsitellä. Tarkempia vedoksia kyselyvastauksista ei ollut mahdollista saada, joten tarkempaa tilastollista toteutusta ei ollut mahdollista ja järkevää toteuttaa. Kyselyjen korkeat vastausprosentit kuitenkin vahvistavat jo itsessään aineiston luotettavuutta ja pätevyyttä.

Haastatteluja toteuttaessa ja koko tutkimusaineistoa käsitellessä joutui paljon pohtimaan mistä tilanteesta oikeasti kerrotaan, mitä sillä tarkoitetaan ja liittyykö asia HUS siirtoergonomiakoulutukseen, yleiseen työntekoon sairaalassa vai johonkin muuhun. Tilanteen selkeyttämiseksi haastattelukysymyksiä olisi voinut joiltain osin tarkentaa. Haastattelujen alussa olisi voinut myös keskustelemalla avata käsiteltäviä aiheita enemmän. Näiden muutosten myötä tilanne olisi voinut olla sekä tutkimuksellisen kehittämistyön tekijälle että haastateltaville selkeämpi.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2010) mainitsevat kuinka haastattelu menetelmä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta, koska yleensä haastattelussa on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Toisaalta haastattelujen aineistossa esiintyi melko suoria ja voimakkaitakin ilmaisuja, mitä haastateltava itse tekee tai miten yleensä toimitaan, kuten:

”...me mennään vaan ja retuutetaan ja siirretään niin tavallaan se potilas niin kuin ei tykkää siitä.”

”...potilas myöskään ei ehkä uskalla siinä tilanteessa sanoa tai tehdä mitään kun tullaan määrätietoisesti että nyt tuli tuo ruokatarjotin vaikka ja täytyy vähän kohtaa tota asentoa ja sit sitä sanoo työkaverille että otetaas tosta nostolakanasta ja pikkasen tonne ylöspäin nostetaan...”

Haastattelu menetelmän lisäksi tutkimusaineistoon sisältyi HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyistä tähän työhön valitut määrälliset että avoimet vastaukset. Tällaisella eri menetelmin, samasta ilmiöstä kerätyillä aineistolla eli metodisella triangulaatiolla voidaan tarkentaa tutkimuksen pätevyyttä (Hirsjärvi ym. 2010 233; Tuomi 2007: 153 - 154). Tässä tutkimuksessa kehittämistyössä ilmiötä tarkasteltiin eri menetelmien avulla, joiden kautta syntyvillä tuloksilla voitiin osoittaa ilmiön yhteneväisyys. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja osoittaa, ettei tulos ole sattumanvarainen (Anttila 2006: 469).

8.4 Eettiset näkökulmat

Tutkimuksen eettiset kysymykset eivät koske vain tutkijan toimintaa aineiston hankinnassa tai raportoinnissa vaan eettiset kysymykset ovat koko tutkimustoiminnan lähtökohta (Tuomi 2007: 143). Tutkimustoiminnan lähtökohdan lisäksi eettinen ajattelu, hyvät tieteelliset käytännöt ja tapaustutkimuksellinen lähestymistapa ohjasivat toimintaa koko tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin ajan (Eriksson - Koistinen 2005: 4, 27).

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä eettinen ajattelu lähti tutkimusaiheen valinnasta, jossa lähtökohdaksi on olla kiinnostunut ihmisen hyvästä (Tuomi - Sarajärvi 2004: 125 - 126). Siirtoergonomiakoulutuksen kehittämisen kautta on mahdollista vaikuttaa positiivisesti useaan aiheeseen liittyvään tekijään. Mm. siihen, että potilaan olisi itsensä ja ympäristönsä asiantuntija, jolloin toiminnan muut osapuolet olisivat motivoivia, aktiivisia ja yhteistyössä toimivia. Työntekijät oppivat potilaan voimavaroja, ympäristöä ja apuvälineitä hyödyntäviä keinoja. Joten potilas tulee todennäköisesti saamaan miellyt-

tävämpiä avustus- ja siirtokokemuksia. Aiheen kehittämällä on myös työntajaa koskeva hyöty. Toiminnan taloudellisuutta on mahdollista parantaa työhyvinvoinnin ja potilastyytyväisyyden kautta.

Tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön lähdettiin myös aidon kiinnostuksen kautta, jonka keskiössä oli mielenkiinto kehittää käytännön työtä hoitajan ja potilaan näkökulmasta. Aiheen valintaa johdatteli tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän omat kokemukset käytännön potilastyöstä sekä siinä esiintyvät epäkohdat. (Tuomi - Sarajärvi 2004: 125 - 126.)

Tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuvat pidettiin anonyymeina koko prosessin ajan. Aineistoa ei missään vaiheessa luovutettu ulkopuolisten haltuun ja sitä käytettiin vain luvattuun tarkoitukseen, eli HUS siirtoergonomiakoulutuksen kehittämiseen sekä potilaan ja hoitajan yhteistyön ja oppimisen edistämiseen. Aineistosta syntyneet tulokset esiteltiin kokonaisuutena niin, että yksittäiset vastaukset tai henkilöt eivät erottuneet joukosta. Ja vaikka tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tarkasteltiin hoitajan ja potilaan yhteistyötä, potilaita koskevia asioita käsiteltiin yleisellä tasolla, kohdentamatta asioita kehenkään yksilöllisesti. Tutkimusmateriaali hävitettiin työn valmistuttua niin tiedostoilta kuin paperiltakin.

Tutkittavan suojaa kuvasti myös se, että tutkimukseen osallistuvilla selvitettiin ymmärrettävällä tavalla tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja riskit (Tuomi - Sarajärvi 2004: 128). Asiat käytiin läpi sekä suullisesti haastattelutilanteessa että kirjallisesti tutkimushenkilötiedotteen (Liite 2.) ja suostumusasiakirjan puitteissa (Liite 3.). Samoin toimittiin informoitaessa tutkittavia tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta (Tuomi - Sarajärvi 2004: 125, 128). Haastateltavien vapaaehtoisuus ja henkilöllisyys tietojen säilyminen varmistettiin jo alussa sillä, että siirtoergonomiakouluttaja tiedusteli koulutettujen halukkuutta tutkimukseen ja vasta suostumisen jälkeen tutkimuksen tekijä sai heidän yhteystietonsa.

HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyihin vastanneiden henkilöllisyystietojen säilyminen varmistettiin sillä, että kyselyn aineistoa hyödynnettiin tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä vain tiettyjen, tähän tutkimukseen kohdentuvien kysymysten osalta (Liite 5.), joiden vastauksista yksittäisiä henkilöitä ei pysty erottamaan. Kyselyihin vastanneiden suojaa lisäsi se, että kyselyjen tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön rajattu aineisto saatiin siirtoergonomiakouluttajan kautta.

8.5 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Koska aihetta lähdettiin kehittämään HUS siirtoergonomiakoulutus projektiin liittyen, tuli tämän työn hyöty erityisesti HUS sairaanhoitopiirille. Muiden vastaavien siirtoergonomiakoulutusten kehittämisessä tätä työtä voidaan käyttää hyvänä keskustelun herättäjänä, tuomaan koulutukseen toisenlaista näkökulmaa. Aiheena taas, hoitajan ja potilaan yhteistyö ja oppiminen liittyvät yleisesti terveydenhuollon tapahtumiin, joten työn tuloksia on mahdollista hyödyntää hoitajan ja potilaan yhteistyön ja oppimisen kehittämiseen. Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotosta voidaan hyödyntää esimerkiksi työyksiköiden potilaslähtöisyyden kehittämiseen tai yleisesti yhteistyön, oppimisen ja perehdyttämisen kehittämiseen.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön kautta on tuotu esiin asioita joiden avulla niin hoitajan työtä kuin potilaan toimintaa on mahdollista lähteä kehittämään kuntouttavampaa toimintaa kohti. Tämän työn tulokset siirtoergonomiakoulutuksesta, potilasyhteistyöstä ja oppimisesta perustuvat hoitajien näkemyksiin. Mielenkiintoista olisikin lähteä tarkastelemaan aihetta siltä kannalta, että potilas olisi keskiössä. Miten potilaat näkevät kuntouttavan hoitotyön, yhteistyön ja oppimisen. Ja miten potilassiirtoergonomiakoulutukseen saataisiin sisällytettyä aitoja potilaskontakteja ja kehittää osaamista sen kautta.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä yhdeksi tärkeäksi keskustelun aiheeksi nousivat asenteet, sekä potilaan että hoitajan asenteet, mutta myös esimiehen suhtautuminen tilanteeseen. Fagerströmin (2013) väitöskirjassa negatiivinen asenne osoittautui potilaan avustus ja siirtotoiminnan kehittämisen esteeksi, kun taas positiivisen suhtautumisen ja asennemuutoksen myötä todettiin olevan mahdollista edistää uuden oppimista ja työkäytäntöjen muutosta. Jotta kestävämpiä muutoksia saataisiin aikaan, tarvittaisiin asennemuutosta kaikkien toimijoiden osalta, niin terveydenhuollon henkilöstön, esimiesten, potilaiden, omaisten kuin yhteiskunnan asioista päättävien taholta. Tästä on hyvä jatkaa potilaan avustustilanteessakin todetuin sanoin:

”...pienestäkin voi alkaa, ettei nyt tarvi kerralla maaliin mennä.”

Lähteet

Ahonen, Guy: 2007. Työhyvinvoinnin liiketaloudelliset merkitykset. Työterveyslaitos. Verkkodokumentti. <http://www.ttl.fi/duunitalkoot/johto_s1.html>. Luettu 9.11.2013.

Argyle, Michael 1991. Cooperation. The basis of sociability. London and New York: Routledge.

Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos ja tekeminen. 2.painos. Hamina: AKATIIMI Oy.

All Wales Manual Handling Training Passport and Information Scheme 2003. NHS Trust. Verkkodokumentti. <http://www.wales.nhs.uk/documents/NHS_manual_handling_passpor.pdf>. Luettu 2.1.2012.

Christensen, Doris 1993. Elämä paremmaksi aivohalvauksen jälkeen? Aivohalvaus, sairaanhoito, yhteistyö. Alkuperäisteos: Bedre liv efter lammelse? 1989. Kääntäjä Nyholm, Marja. Opetushallitus. Helsinki: VAPK-Kustannus.

Engeström, Yrjö 1987. Perustietoa opetuksesta. 2.-3. painos. Valtiovarainministeriö. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Eriksson, Päivi - Koistinen, Katri 2005. Monenlainen tapaustutkimus. Julkaisuja 4:2005. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.

Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto n.d. Työperäisiin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvät EU:n lakisäätteiset vaatimukset. Verkkojulkaisu. <https://osha.europa.eu/fi/topics/msds/index_html/legislation_html >. Luettu 17.1.2013.

Fagerström, Virpi 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä - monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto.

Fagerström, Virpi - Tamminen, Peter, Leena 2009. Potilassiirtojen Ergonomiakortti on nyt valmis - Nopeutuuko potilaiden avustustapojen muutos? Työfysioterapeutti 2. 4 - 6.

Guthrie, Patricia Finch - Westphal, Linda - Dahlman, Bruce - Berg, Mark - Behnam, Kathy - Ferrell, Deborah 2004. A patient lifting intervention for preventing the work-related injuries of nurses. Work 22 (2004). IOS Press.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin 2012. Esittely. HUS intranet. Viestintä. 15.4.2012.

Helsingin Sanomat 2013. Hallituksen säästö päätös laittaa kotihoidon uusiksi. Helsingin Sanomat 4.12. A12.

Henriksson, Anna 2011. Potilassiirtojen Ergonomiakortti - koulutuksen vaikutukset potilaan siirtymiseen hoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. 15. - 16.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hänninen, Osmo - Koskelo, Reijo - Kankaanpää, Markku - Airaksinen, Olavi 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Klaukkala: Recallmed Oy.

International Ergonomics Association (IEA) 2010. What is Ergonomics? Verkkójulkaisu. <http://www.iea.cc/01_what/What%20is%20Ergonomics.html>. Luettu 16.1.2013.

Itsemääräämisoikeus 2009. Potilaan oikeudet. Novartis Finland Oy. Verkkójulkaisu. <<http://www.potilaanoikeudet.fi/itsem-r-misoikeus/>>. Luettu 11.11.2013.

Johnsson, Christina 2005: The Patient Transfer Task. Methods for Assessing Work Technique. From Department of Nursing, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

Jyrkämä, Jyrki 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Heikkinen, Eino - Jyrkämä, Jyrki - Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Järvikoski, Aila - Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karhula, Kati - Rönholm, Tuija - Sjögren, Tuulikki 2007. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Työsuojelujulkaisuja 83. Tampere: Työsuojeluhallinto.

Karjalainen, Tiina 2012 - 2013. Siirtoergonomiakouluttaja. HYKS, Meilahden sairaala, työ-huone, Helsinki. Suullinen tai kirjallinen tiedonanto elokuu 2012 - syyskuu 2013.

Kassara, Heidi - Paloposki, Sanna - Holmia, Silja - Murtonen, Irja - Lipponen, Varpu - Ketola, Marja-Leena - Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kindblom-Rinsing, K - Wahlström, R - Ekman, SL - Buer, N - Nilsson-Wikmar, L 2010. Nursing staff's communication modes in patient transfer before and after an educational intervention. Ergonomics 53(10). 1217-27.

Koukari, Marja 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. -Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. STM 28.2.2002, julkaisuja 2002:6. Verkkójulkaisu. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>>. Luettu 12.11.2013.

Käsin tehtävät nostot ja siirrot 2012. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/TYOSUOJELU/OPAS_KSIN%20TEHTAVT%20SIIRROT%20JA%20NOSTOT.PDF>. Luettu 3.12.2013.

Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä 2010. Rissanen, Anna-Liisa (toim.). Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 23. Tampere: Työsuojeluhallinto.

Laine, Markus, Bamberg, Jarkko - Jokinen, Jarkko (toim.) 2007. Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Nelson, Audrey - Matz, Mary - Chen, Fangfei - Siddharthan, Kris - Lloyd, John - Fraga-la, Guy 2005. Development and evaluation of multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. International Journal of Nursing Studies 43 (2006).

Niiniluoto, Ilkka 1994. Järki, arvo ja välineet. Helsinki: Otava.

Nuikka, Marja-Liisa 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Potilaan siirtymisten ergonominen avustaminen - Siirtoergonomiakoulutus HUS:ssa pilotti 2012-2013 2012. Projektisuunnitelma. Helsinki: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Rantsi, Heli 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Sosiaali- ja terveys-ministeriön selvityksiä 2005: 26. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rantsi, Heli - Hämäläinen, Kerttu 2006. PAST-toiminta (potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. ODL Terveys Oy, Työterveys OYS-tiimi. Oulu.

Ruohotie, Pekka 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Saarinko-Weidemann, Eija 2010. Potilassiirtojen Ergonomiakorttikoulutus hoitajien potilassiirtotaitojen kehittäjänä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Verkkodokumentti. <http://pro.phkk.fi/kit/articles%5CSaarinko-Weidemann_article.pdf>. Luettu 17.2.2013.

Saarinko-Weidemann, Eija 2007. Potilassiirtojen kuormittavuus - Hoitajien fyysisen kuormittumisen ja potilassiirtotaitojen arviointi helsinkiläisessä vanhainkodissa ja palvelutalossa. Pro gradu tutkielma. Ergonomia. Biolääketieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Hyväksytty 28.9.1996. Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2013. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 19.11.2013.

Sandström, Marita - Ahonen, Jarmo 2011. Liikkuva ihminen -aivot, liikuntafysiologia ja sovellettu biomekaniikka. 1. painos. Lahti: VK-Kustannus Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta. Kantolahti, T. - Tikander, T. (toim.). Työhyvinvointifoorumi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010: 17. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Terveysturvallisuuden työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 3. Helsinki.

Suomen Ergonomiayhdistys ry 2011. Mitä ergonomia on? Verkkomateriaali. <<http://www.ergonomiayhdistys.fi/yhdistys/uusi-sivu/>>. Päivitetty 23.2.2011. Luettu 22.10.2013.

Suomen Kinestetiikka yhdistys Ry. Mitä Kinestetiikka on? Verkkodokumentti. <<http://www.kinestetiikka.fi/kinestetiikka.html>>. Luettu 2.2.2013.

Takala, EP - Kukkonen, R 1987. The handling of patients on geriatric wards. Applied Ergonomics 18 (1). 17 - 22.

Talvitie, Ulla - Karppinen, Sirkka-Liisa - Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. 2.uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Tamminen-Peter, Leena 2007. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitoksissa. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tamminen-Peter, Leena 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa - kolmen siirtomenetelmän vertailu. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Tamminen-Peter, Leena 2004. Työn fyysiset kuormitustekijät ja niiden säätely. Teoksessa Suurnäkki, Timo (toim.): Terveysturvallisuuden työsuojelu- ja kehittämispäiväkirja. Helsinki: Työturvallisuuskeskus. 65 - 74.

Tamminen-Peter, Leena - Eloranta, Maj-Britt - Kivivirta, Marja-Leena - Mämmelä, Eija - Salokoski, Irma - Ylikangas, Arja 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tamminen-Peter, Leena - Moilanen, Aija - Fagerström, Virpi 2010. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Helsinki: Työterveyslaitos.

Tamminen-Peter, Leena - Wickström, Gustav 2013. Potilassiirrot taitava avustaja akti-
voi ja auttaa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Tamminen-Peter, Leena - Wickström, Gustav 2009. Potilassiirrot taitava avustaja akti-
voi ja auttaa. 1.-6. painos. Helsinki: Työterveyslaitos.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki:
Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3.
painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuominen, Pipsa 2010. Työergonomian ohjauksen vaikutuksia vanhainkodin hoitohen-
kilökunnan työtapoihin ja koettuun kuormitukseen. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen
yliopisto, liikuntalääketieteen laitos.

Työterveyslaitos 2013. Potilassiirtojen Ergonomiakortti®. Verkkodokumentti. <
[http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/ergonomiakortti/siv
ut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/ergonomiakortti/sivut/default.aspx)>. Päivitetty 25.1.2013. Luettu 2.2.2013.

Työturvallisuuslaki 738/2002. Annettu Helsingissä 23.8.2002.

Wångblad, C - Ekblad, M - Wijk, H - Ivanoff, SD 2009: Experiences of physical strain
during person transfer situations in dementia care units. Scandinavian Journal of Ca-
ring Sciences 23(4) 644-50.

Liite 1.**Ensimmäinen siirtoergonomiakouluttajan lähettämä yhteydenotto haastateltavalle tutkimusjoukolle osallistua tutkimukseen**

Hyvä HUS siirtoergonomiakoulutuksen suorittanut hoitaja,
Sairaanhoitaja, fysioterapeutti Kirsi Lahti Vantaalta tekee Metropolian ammattikorkeakouluun ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä HUS siirtoergonomiakoulutuksesta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mitä merkitystä hoitajien näkökulmasta HUS sairaanhoitopiirin siirtoergonomiakoulutuksella on hoitajan ja potilaan välisen yhteistyön ja oppimisen rakentumiseen. Hän haluaa haastatella 8-9 sairaan-hoitajaa. Nyt kysynkin sinulta suostutko haastateltavaksi ja saako yhteystietosi antaa hänelle? Kirsin on aikomus järjestää haastattelut tämän kevään aikana.

Oletko ystävällinen ja vastaat ensin minulle sähköpostilla, viimeistään viikon sisällä. Lähetän sitten suostumuksen antaneiden sähköpostiosoitteet eteenpäin Kirsille. Kiitos!

Hyvää kevättä teille kaikille ja menestystä työhönne!

Ystävällisin terveisin,

Tiina Karjalainen

HUS siirtoergonomiakouluttaja, ft

Liite 2.

Tutkimushenkilötiedote koulutetuille sairaanhoitajille

Hyvä HUS Siirtoergonomiakoulutuksen suorittanut

Tervetuloa mukaan kehittämään HUS siirtoergonomiakoulutus toimintaa hoitohenkilökunnan ja potilaan hyväksi. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on saada tietoa hoitajan ja potilaan välisen yhteistyön ja oppimisen rakentumisesta, HUS siirtoergonomiakoulutuksen jälkeen. Olen kiinnostunut kokemuksistanne, koska hoitajan ja potilaan välisellä yhteistyöllä sekä siirtoergonomiakoulutuksella on merkityksensä potilaan motivoitumiseen ja aktivoitumiseen omaa hoitoaan kohtaan, mutta myös hoitajan työn kuormittumiseen. Tutkimuksellisen kehittämistyön pohjalta on tarkoitus tehdä tarvittaessa ehdotuksia edistämään siirtoergonomiakoulutusta sekä hoitajan ja potilaan välistä yhteistyötä ja oppimista.

Tutkimusaineisto muodostuu yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluista. Haastattelu kestää noin 30min - 1h. Haastatteluun osallistujat ovat HUS siirtoergonomiakoulutuksen käyneitä sairaanhoitajaa, Peijaksen sairaalasta. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa kevään, kesän tai alku syksyn 2013 aikana. Haastattelu toteutetaan Peijaksen sairaalan tiloissa, teille sopivalla työajalla.

Tutkimuksellinen kehittämistyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opintoja. Tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet Elisa Mäkinen ja Anita Näslindh-Ylispangar.

Alustava työn nimi: Hoitajan ja potilaan välinen yhteistyö ja oppiminen siirtoergonomiakoulutuksessa. HUS Siirtoergonomiakoulutuksen kehittäminen.

Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Haastattelut taltioidaan. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua.

Kerron teille mielelläni lisää tutkimuksesta sopiessani haastattelusta. Pyydän teitä olemaan minuun yhteydessä, jotta voimme sopia haastattelun ajankohdan. Ilmoita minulle, miten ja milloin voin olla teihin yhteydessä ajankohdan sopimiseksi.

Kiitos etukäteen yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin,

Kirsi Lahti

Kuntoutuksen YAMK

Metropolian ammattikorkeakoulu

Liite 3.**Suostumus tutkimushaastatteluun ja tietojen käyttöön tutkimuksessa**

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt haastattelua koskevan tutkimushenkilö-tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkimuksellisen tekijälle joko suullisesti tai kirjallisesti. Tutkimuksen tekijän yhteystiedot löytyvät tämän suostumuslomakkeen alalaidasta.

Tästä sopimuksesta tehdään kaksi kappaletta. Toinen kappale jää haastateltavalle.

Suostun osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti

Paikka ja päiväys

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka ja päiväys

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Kiitos etukäteen yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin,

Kirsi Lahti

Kuntoutuksen YAMK

Metropolian ammattikorkeakoulu

Liite 4.

Siirtoergonomiakoulutettujen sairaanhoitajien fokus ryhmähaastattelu

Tapaamisen kulku:

Kahvit ja esittäytyminen. Esitietoja varten kysytään osallistujien työvuodet ja koulutustausta. Käydään läpi ryhmätapaamisen tavoite, tarkoitus ja keskustelun aihealueet. Ilmaistaan tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän vaitiolovelvollisuus ja miten työn tulokset julkaistaan. Ryhmään osallistujat allekirjoittavat suostumukset. Jaetaan kaikille kynä ja paperia mahdollisia muistiinpanoja varten. (Yhteensä n.15min, nauhoitus)

Avointa keskustelua oman näkemyksen pohjalta, seuraavista aiheista. (yhteensä n.45min, nauhoitus)

Mitä merkitystä HUS siirtoergonomiakoulutuksella on ollut hoitajan ja potilaan välisen yhteistyön ja oppimisen rakentumiseen?

1. Aloitus

- Miten päädyit HUS potilassiirtojen ergonomiakoulutukseen?

2. Avain kysymykset

- Ajatellaan taaksepäin, ennen koulutusta, miten silloin toimit potilaan siirto-/avustustilanteissa?
- Miten potilas reagoi/toimi silloin?
- Miten toimit nyt (koulutuksen jälkeen)?
- Miten potilas reagoi/toimii nyt?
- Mistä/miten hoitajan ja potilaan välinen yhteistyö muodostuu?
- Mikä hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyössä on vaikeaa?
- Mitkä ovat estäviä tekijöitä vuorovaikutuksen rakentumiselle?
- Miten ohjeistat potilasta siirtotilanteissa?
- Miten motivoit/aktivoit potilasta omaa kuntoutumistaan kohtaan?
- Mitkä ovat estäviä tekijöitä potilaan kuntoutumiselle ja oppimiselle?

- Miten koulutuksen myötä ohjeistat kollegoja siirtotilanteissa?
- Miten motivoit kollegoja ergonomisiin potilassiirtoihin?

- Mikä työssäsi on muuttunut koulutuksen myötä?
- Miten itse opit parhaiten uuteen toimintatapaan?
- Mitkä ovat estäviä tekijöitä hoitajien oppimiselle?

3. Loppukysymykset

- Miten työyhteisössäsi otetaan vastaan osaamisesi?
- Mitkä ovat vaikutusmahdollisuutesi asian eteenpäin viemiseksi?
- Mikä oli parasta koulutuksessa?
- Koulutusta ajatellen, mitä muutosehdotuksia tulee mieleen?
- Kuinka usein koulutus tulisi mielestäsi uusia/käydä? Miksi?
- Mitä muuta haluat sanoa?

Yhteenveto ja kiitokset (n.10min)

Liite 5.**HUS siirtoergonomiakoulutus pilotin kyselyistä tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyödynnetyt kysymykset**

Ennako- ja seurantakyselyistä hyödynnetyt kysymykset:

3. Ammattinimike: lähihoitaja, perushoitaja, sairaanhoitaja, kuntahoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, röntgenhoitaja, muu, mikä?

Ennakkokyselyistä hyödynnetyt kysymykset:

24. Mihin työn osa-alueisiin koet tarvitsevasi ohjausta tai opetusta? Kyllä / Ei

Potilaan voimavarojen arviointiin

Potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä

Potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä

Johonkin muuhun, mihin?

31. Muuta kerrottavaa

Seurantakyselyistä hyödynnetyt kysymykset:

22. Mihin työn osa-alueisiin koet tarvitsevasi ohjausta tai opetusta jatkossa? Kyllä / Ei

Potilaan voimavarojen arviointiin

Potilaan sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin siirtymisissä

Potilaan manuaaliseen avustamiseen ja aktivointiin siirtymisissä

Riskien arviointiin

Johonkin muuhun, mihin?

29. Mihin potilaan avustamiseen liittyviin osa-alueisiin sait koulutuksesta hyödyllisiä tietoja / taitoja? Arvioi vaikuttavuutta työskentelyysi numeerisesti seuraavasti:

1 = En saanut lainkaan hyödyllisiä tietoja / taitoja

2 = Sain vain vähän hyödyllisiä tietoja / taitoja

3 = Sain keskinkertaisesti hyödyllisiä tietoja / taitoja

4 = Sain melko paljon hyödyllisiä tietoja / taitoja

5 = Sain erittäin paljon hyödyllisiä tietoja / taitoja

Potilaan aktivointiin

31. Mitä toivoisit mahdollisesti koulutukseen lisää, ja vastaavasti oliko jotakin liikaa?

32. Muuta kerrottavaa

Liite 6.**Otteet sisällön analyysin kulusta 2. tutkimustehtävän kohdalla**

Potilaan avustamistilanteista oppiminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Siirtymisten avustaminen, ohjaaminen, kun tilaa ei ole, potilas kaatunut lattialle	Tarve oppia ohjaamaan ja avustamaan kaatuneen potilaan siirtymistä, pienessä tilassa	Tarve oppia avustamaan erilaisten potilaiden siirtymistä eri tasolta toiselle
Sängystä pyörätuoliin tai tutkimuslaitteeseen siirtoja, huonosti liikkuvia potilaita, ylipainoisia	Tarve oppia avustamaan huonosti liikkuvia tai ylipainoisia potilaita siirtymään eri tasoilta/tasoille	
Pyörätuoliin siirtymiset	Tarve oppia avustamaan pyörätuoliin siirtymisissä	
Siirto tapahtuu pyörätuolista hammashoitotuoliin	Tarve oppia avustamaan pyörätuolista eri tasolle	
Yksin siirtäminen potilas vuoteessa ylöspäin	Tarve oppia yksin avustamaan potilasta siirtymään vuoteessa ylöspäin	Tarve oppia organisoimaan avustustilanteet paremmin sekä erilaisissa tilanteissa yksin avustamaan/siirtämään potilasta
Yritän usein auttaa potilaan parempaan asentoon nopeasti yksin, sen sijaan että hakisin apua, usein joudun hakemaan avun joka tapauksessa, kun siirto ei onnistu, esim. siirtyminen alusastialle/sängyssä ylöspäin	Tarve oppia organisoimaan avustustilanteet paremmin ja toimimaan oikein yksin potilaan avustustilanteissa	
Yksin työskentely, apuna vahtimestari, vaikea saada apua vuodeosastolta, huonokuntoisia potilaita	Tarve oppia avustamaan huonokuntoistakin potilasta yksin	

Potilaan ohjaamista ja yhteistyöstä oppiminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Työskennellään yksin, potilaan haluttomuus</p> <hr/> <p>Kertausta, ohjausta miten saisi potilaan omat voimavarat käyttöön (LA)</p> <p>Potilaan omia liikeratoja ja voimavaroja ei ymmärretä käyttää</p>	<p>Itsenäisen työskentelyn toteutumiseksi tarve oppia motivoimaan potilasta</p> <hr/> <p>Tarve oppia hyödyntämään potilaan liikeratoja ja voimavaroja siirtotilanteissa</p>	<p>Tarve oppia motivoimaan potilasta ja hyödyntämään potilaan liikeratoja ja voimavaroja potilassiirtotilanteissa</p>

Työntekijään liittyvä oppiminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka / Yhdistettyluokka
<p>Työkavereiden motivoimiseen</p> <p>Miten saisi kollegat osallistumaan ergonomiseen työskentelytapaan?</p> <hr/> <p>Siirtoergonomia unohuu hoitajien puolesta, ergonomiset siirrot eivät toteudu kokonaisvaltaisesti, vaikka itse yrittäisi</p> <p>Siirto/nostotekniikat välillä hukassa</p> <p>Kun saisi uudet tavat vanhojen pinttyneiden tapojen tilalle työkavereille</p> <p>Uusia siirtotapoja yritetty miettiä, vaikea löytää sopivia</p>	<p>Tarve oppia motivoimaan kollegoja</p> <p>Tarve saada kollegat osallistumaan ergonomiseen työskentelyyn</p> <hr/> <p>Tarve saada ergonomiset siirrot kokonaisvaltaisesti kaikkien hoitajien työhön</p> <p>Tarve saada siirrot tekniikat toimimaan</p> <p>Tarve saada kollegat oppimaan uudet työskentelytavat</p> <p>Tarve löytää sopivia siirtotapoja työyksikön käyttöön</p>	<p>Tarve oppia motivoimaan kollegoja ergonomiseen työskentelyyn</p> <hr/> <p>Tarve saada ergonomiset siirrot tekniikat kokonaisvaltaisesti hoitajien työhön</p>	<p>Tarve oppia motivoimaan kollegoja ja saamaan asenteet muuttamaan myönteisemmäksi potilassiirtoergonomiaksi kohtaan, jolloin uudet työtavat saataisiin kokonaisvaltaisesti hoitajien työhön ja osaksi hoitajan ja potilaan hyvinvointia</p>

Osalla työyhteisössä asennevamma uusia asioita/työkaverin neuvoja kohtaan	Tarve saada kollegojen asenne muuttumaan myönteisemmäksi uusia asioita kohtaan	Tarve saada asenteet muuttumaan ergonomia myönteisemmiksi, jotta ergonomia olisi osa potilaan ja hoitajan hyvinvointia ja saataisiin laajempaa muutosta aikaan	
Asenne muutosta tarvitaan, jotta ergonomia mielletään osaksi potilaan hyvinvointia ja hoitajien jaksamista	Tarve saada asenteet muuttumaan, jotta ergonomia olisi osa potilaan ja hoitajan hyvinvointia		
Asenteet kun saadaan muuttumaan, muuttuu kaikki	Tarve saada asenteet muuttumaan, jolloin saataisiin laajempaa muutosta aikaan		

Ympäristöstä ja apuvälineistä oppiminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Ohjaamiseen tilanteessa, kun tilaa ei ole	Tarve oppia työskentelemään ahtaissa tiloissa oikein	Tarve oppia työskentelemään ahtaissa tiloissa oikein sekä luomaan työskentelytilaa esimerkiksi sängyn ympärille
Tilanpuute (tilanpuutteessa toimiminen)		
Ahtaat huoneet (työskentelyyn)		
Ahtaat, hankalat tilat		
Pienet tilat		
Tilat ovat joskus ongelma		
Harjoitella sängyn ympärillä tilan luomista	Tarve oppia luomaan tilaa sängyn ympärille	
Sivunousutuen parempi hyödyntäminen	Tarve oppia hyödyntämään sivunousutukea paremmin	Tarve oppia hyödyntämään apuvälineitä paremmin ja soveltamaan niiden käyttöä eri paikoissa ja että yksiköiden apuvälineet saataisiin yhteneväisiksi
Toimin usealla eri osastolla, poleilla ja toimintaterapiatiloissa, käytettävät välineet vaihtelevat paikasta toiseen	Tarve oppia soveltamaan erilaisia apuvälineitä eri paikoissa, toive yhtenäistää perusapuvälineet kaikkiin yksiköihin	

Joka osastolla pitäisi olla 1kpl hydraulisia nostimia ja nostovaljaat	Toive että joka osastolle hankittaisiin potilasnostin	
---	---	--

Siirtoergonomiakoulutuksessa oppiminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Uusia hoitajia suoraan koulunpenkiltä, (ergonomiakoulutus) liian vähäinen, jos lainkaan ergonomiakoulutusta	Tarve saada ergonomiakoulutus uusille hoitajille	Tarve/toive saada siirtoergonomiakoulutus kaikille hoitohenkilökuntaan kuululle, jotta koulutuksesta saataisiin paras mahdollinen hyöty, työtavat saataisiin yhtenäistettyä, kuormittavat työtavat poistettu ja sairauslomat väheneään
Uusille, nuorille ja vanhemmillekin olisi paikallaan tällainen koulutus, vuodeosastoilla työskenteleville	Tarve saada koulutus kaikille vuodeosastolla työskenteleville	
Toivoisin, että muutkin kuin ergot kävisivät koulutuksen	Toive saada muutkin kuin ergonomiavastaavat koulutukseen	
Olisi hyvä jos kaikki hoitajat kävisivät ergonomiakoulutuksessa	Tarve saada kaikki hoitajat ergonomiakoulutukseen	
Lisää koulutuksia, että kaikki halukkaat pääsisivät koulutukseen	Tarve koulutusten lisäämisestä, että kaikki halukkaat pääsisivät koulutukseen	
Toivon että kaikki työntekijät pääsevät koulutukseen, jolloin kaikki työtavat olisivat yhtenäiset	Toive saada kaikki työntekijät koulutukseen, työtavat yhtenäistyisivät	
Toivottavasti muillekin järjesty mahdollisuus osallistua	Toive saada muillekin mahdollisuus osallistua koulutukseen	
Kaikkien hoitajien olisi hyvä käydä siirtoergonomiakoulutus	Tarve saada siirtoergonomiakoulutus kaikille hoitajille	
Hoitohenkilökunnasta jokaisen olisi hyvä käydä siirtoergonomiakoulutuksessa	Tarve saada kaikki hoitohenkilökunnasta käymään siirtoergonomiakoulutus	
Kaikki työntekijät koulutukseen, jotta päästään vanhasta opitusta kuormittavasta tavasta pois, saataisiin vähemmäksi sairauslomia jotka aiheutuneet potilassiirroista	Tarve saada kaikki työntekijät koulutukseen, saataisiin vanhat kuormittavat tavat pois ja potilassiirto aiheutuneet sairauslomat vähe-	

	nemään	
Toivoisin, että kaikki saisi käydä koulutuksessa	Toive saada kaikille mahdollisuuden käydä koulutus	
Toivoisin, että joka ikinen pääsisi (koulutukseen), ergonomiakoulutuksesta saataisiin paras mahdollinen hyöty	Toive saada koulutus kaikille, koulutuksesta saataisiin paras mahdollinen hyöty	
Toivoisin, että kaikki osallistuisivat koulutukseen, jotta yhteneväiset työtavat tulisi paremmin huomioiduksi	Toive saada kaikki osallistumaan koulutukseen, jotta työtavat saataisiin yhteneväisiksi	
Useampi osallistuisi (koulutukseen)	Tarve saada useampi osallistumaan koulutukseen	

Liite 7.**Otteet sisällön analyysin kulusta 3. tutkimustehtävän kohdalla**

Hoitajan oppimisesta kiinnostuminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Osastohoitajalla oli lista päivistä, menin kysymään, nappasin itselleni sopivat päivät ja menin koulutukseen	Osastonhoitajan listasta koulutuspäivän valitseminen	Osastonhoitajan / esimiehen tarjouksen, ohjeistuksen, suosituksen tai kehoituksen kautta koulutukseen hakeutuminen
Osastonhoitajan pyynnöstä	Osastohoitajan ohjeesta	
Osastohoitaja suositteli	Osastohoitaja suositteli	
Osastonhoitaja sanoi, tällainen on tulossa	Osastohoitajan informaation kautta kiinnostuminen	
Työnantajalta tai osastonhoitajalta tuli kehote, kaikkien olisi hyvä käydä	Työnantaja/osastonhoitaja kehotti osallistumaan	
Tarjottiin mahdollisuutta	Työnantaja tarjosi koulutusta	

Hoitajan ja potilaan yhteistyö aikaisemmin

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Olen tehnyt myös asioita potilaan puolesta	Aikaisemmin tein potilaan puolesta asioita	Aikaisemmin potilaita ei ohjattu tai luultiin kolmeen laskemista potilaan ohjaamiseksi, nostettiin ja tehtiin asioita hoitajälhtöisesti potilaan puolesta, ei laitettu potilasta miettimään tai otettu mukaan toimintaan, ei hyödynnetty potilaan voimavaroja
En ole varsinaisesti ohjannut vaan olemme menneet nostamaan ja kohentamaan asentoa ajattelematta ollenkaan pystyisiköhän potilas itse jotenkin siinä auttamaan	Aikaisemmin en ohjannut potilaita vaan nostimme potilaan asentoon, ajattelematta potilaan voimavarojen hyödyntämistä ollenkaan	
Luuli ohjaavansa potilasta, kun sanoi yksi-kaksi-kolme ja oltiin nostettu	Aikaisemmin vääräksi kuviteltua ohjaamista ja puolesta nostaminen	
Luulin tekeväni sitä ja kuuntelevani potilasta, mutta oli	Aikaisemmin vääräksi kuviteltua ohjaamista ja hoitajälh-	

semmoinen olo että kuitenkin tehtiin niin kuin itse halusi tai sillä aikataululla	töistä toimintaa	
En pistänyt potilasta itse miettimään miten tämä tapahtuisi tai miten hän itse voisi olla siinä mukana	Aikaisemmin en ohjannut potilasta miettimään tai ottanut mukaan toimiaan	
Nostin potilaita ja tein paljon puolesta	Aikaisemmin nostin potilaita ja tein asioita puolesta	
Tehtiin duuni potilaan puolesta	Aikaisemmin työ tehtiin potilaan puolesta	
Paljonhan on vaatteista avustettu nostamista	Aikaisemmin avustettiin nostamalla vaatteista	
Mentiin ja tehtiin	Aikaisemmin mentiin ja tehtiin	
Mennään ja retuutetaan ja siirretään	Aikaisemmin mentiin, retuutettiin ja siirrettiin	
Ennen tehtiin, mentiin ja riuhtaistiin	Aikaisemmin mentiin, tehtiin ja riuhtaistiin	
Oli enemmän silloin, että yks kaks kolme	Aikaisemmin laskettiin kolmeen ja tehtiin suoritus	

Hoitajan ja potilaan yhteistyön lähtökohtia

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka / Yhdistävä luokka
Keskustelemallahan se (yhteistyö) vaan lähtee	Yhteistyö lähtee keskustelusta	Yhteistyö lähtee liikkeelle keskustelusta potilaan kanssa	Yhteistyö toimii yksilöllisesti, se lähtee liikkeelle keskustelusta ja perustuu potilaan ohjaamiseen ja aktiiviseen mukaan ottoon
Yhteistyö lähtee puheesta, ruvetaan juttelemaan potilaan kanssa, miten voitte tänään, miten liikutte, oletteko käyneet wc:ssä tms.	Yhteistyö lähtee keskustelusta		
Joidenkin kanssa synkkaa heti ja toisten kanssa pitää lämmitellä pidem-	Yhteistyö toimii tai sitten lämmitellään pidempään	Yhteistyö toimii yksilöllisesti ja perustuu potilaan ohjaamiseen ja	

pään		aktiivisesti mukaan ottamiseen	
Potilas otetaan aktiivisemmin mukaan, se on mihin hyvä yhteistyö perustuu	Yhteistyö perustuu siihen, että potilas otetaan aktiivisesti mukaan		
Se (yhteistyö) lähtee ohjaamisesta	Yhteistyö lähtee ohjaamisesta		

Hoitajan ja potilaan yhteistyön esteet

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka / Yhdistetty luokka
<p>Ei välttämättä ole kiire sairaalasta pois</p> <p>Voivat olla jo lähtökohtaisesti laitoshoidossa, niin tilanne on eri, 30 vuotta eläkkeellä olleena on ehkä aivan sama missä välillä pötköttelee, ei välttämättä toimi motivaationa ollenkaan</p>	<p>Viihtyy sairaalassa / ei halua kotiin, kuntoutuminen viivästyy</p> <p>Laitoshoidossa asuvalla tai eläkkeellä olevalla ei kiire / motivaatiota kuntoutua pois sairaalasta</p>	<p>Potilas viihtyy sairaalassa tai hänellä ei ole kiire pois, jolloin kuntoutuminen ja yhteistyö hankalaa</p>	<p>Potilaan laitostuminen tai päivystyspotilaan epätasapaino voivat hidastavat kuntoutumista ja hankaloittaa yhteistyötä</p>
<p>Joilla on tiedossa alkuun että menevät jatkohoitopaikkaan</p> <p>kuntoutumaan, saattaa olla hirveän hidasta (kuntoutuminen), saattavat masentua kun ei edisty ja joutuu hakemaan perustelua</p>	<p>Jatkohoitopaikkaan menevällä kuntoutuminen hidasta, voi jopa masentua, asiat perusteltava hänelle</p>	<p>Jatkohoitopaikkaan menevän potilaan masentuneisuus tai päivystyspotilaan epätasapaino hidastavat kuntoutumista ja hankaloittavat yhteistyötä</p>	
<p>Päivystyspotilas on hetkellisesti aina vähän järkyttyneenä ja tappeleekin vastaan tilannetta, voi hankaloittaa ja hidastaakin ja kunto ei välttämättä, lähtökohdat on paljon huonommat päivystyspotilaalla</p>	<p>Päivystyspotilaan kuntoutuminen lähtökohtaisesti hitaampaa kuin elektiivisellä potilaalla</p>		

Päivystyspotilaat ovat harvoin tasapainossa, on kaikki rempallaan	Päivystyspotilas on usein epätasapainossa		
---	---	--	--

Hoitajan ja potilaan yhteistyötä tukevat asiat

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka / Yhdistetty luokka
<p>Ensiksi tehdään suunnitelma mitä ollaan tekemässä, mihin ollaan menossa</p> <p>Potilaan kanssa käy läpi siitä lähtien, tarkistaa nimen ja esittelee itsensä, kertoo mitä tänään ja sanoo olisi haavahoito tai mitä pitäisi tehdä, voi esimerkiksi suunnitella pitääkö antaa kipulääkettä nyt vai myöhemmin jos lähdeään suihkuun ja liikumaan</p> <p>Miten lähteä heti potilaan kanssa viemään asiaa, meidän täytyisi nyt tehdä suunnitelma, tästä sängystä siirrytään tähän pyörätuoliin, suihkutuoliin tms.</p> <p>Potilas mitä ollaan tekemässä, mikä meidän tavoite on ja miten hän voi itse olla mukana</p> <hr/> <p>Potilaan kanssa pitää keskustella mikä hänen halunsa on, haluaako hän jäädä vuodepotilaaksi vai haluaako palata kuntoon missä hän on ollut jos se on mah-</p>	<p>Avustustilanteen suunnittelu</p> <p>Potilaaseen tutustuminen ja hoitopäivän suunnittelu / keskustelu potilaan kanssa</p> <p>Suunnitellaan potilaan kanssa miten siirrytään / toimitaan</p> <p>Keskustellaan potilaan kanssa hoitajien tavoitteesta ja miten hän voi olla mukana</p> <hr/> <p>Potilaan kanssa keskustelu hänen toiveestaan kuntoutua</p>	<p>Yhteisen toiminnan suunnittelu potilaan kanssa, tavoitteet ja miten toivotaan potilaan olevan mukana</p> <p>Keskustellaan enemmän sekä potilaan että kollegan kanssa potilaan kuntoutumisestaan</p>	<p>Avustustilanteessa hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyössä keskustelemalla suunnitellaan potilaan omia keinoja toimia ja tarvittaessa hoitajat auttavat</p>

<p>dollista</p> <p>Keskustelelevampaa on tullut enemmän, keskustellaan potilaan ja kollegankin kanssa</p> <hr/> <p>Antaa vapaat kädet, jos halutaan vuoteen reunalle istumaan, hän voi itse yrittää ensiksi tulla ja autetaan jos tarvitsee</p> <p>Kysyn potilaalta miten itse ajattelit siirtymistä tuoliin tms., sitten tarjota apua</p> <hr/> <p>Kysyn, jonka kanssa pystyy, miten olet kotona tai palvelutalossa, antavat monesti vinkkiä miten siellä...</p> <p>Kysytään aina potilaan omakin mielipide (siirtymisestä)</p> <p>Suullisin ohjein tai voi antaa potilaan itse ajatella miten hän sieltä tulisi</p> <p>Sanoa potilaalle miten hän voi auttaa tai miten hän itse parhaiten toimisi</p> <p>Enimmäkseen annetaan suullisia ohjeita</p> <p>Pyritään sanallisesti ohjaamaan ja ensin kerrotaan mitä tehdään ja mihin pyri-</p>	<p>Keskustellaan potilaan ja kollegan kanssa enemmän</p> <hr/> <p>Antaa potilaalle mahdollisuuden ensin yrittää itse ja autetaan jos tarvitsee</p> <p>Kysytään potilaan ajatukset siirtymisen suhteen, tarvittaessa tarjota apua</p> <hr/> <p>Keskustelemalla potilaan kanssa hänen aikaisemmista keinoistaan</p> <p>Kysymällä potilaan mielipidettä siirtymisestä</p> <p>Suullinen ohjaus tai antaa potilaan itse miettiä keinoja siirtymään</p> <p>Avustustilanteessa potilaan suullinen ohjaus ja keskustelu hänen omista keinoistaan</p> <p>Suullisesti ohjaaminen</p> <p>Sanallinen ohjaus ja käydään läpi suunnitelma ja potilaan osuus</p>	<p>Keskustellaan potilaan kanssa jos hän ensin itse yrittää ja tarvittaessa autetaan</p> <hr/> <p>Avustustilanteessa ohjataan suullisesti, käydään läpi suunnitelma ja keskustellaan potilaan kanssa hänen keinoista siirtymään paikasta toiseen</p>	
---	---	--	--

tään ja minkä verran pitäisi yrittää jaksaa			
---	--	--	--

Oppimisen keinot ja ylläpitäminen: hoitaja

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Vaikka olisin saman luenut, ei se olisi auennut minulle	Lukemalla ei olisi oppinut	Asian oppimiseen tarvitaan konkreettista toimintaa, pelkkä luento tai asian lukeminen ja näkeminen eivät riitä
Jos saman sarjan olisi nähnyt diakuvina, ei olisi ollut yhtä tehokas	Pelkkä näkeminen ei riitä	
Olisi ihan eri kun kuuntelisi vaan jotain luento	Pelkkä luento ei riitä	

Oppimisen keinot ja ylläpitäminen: potilas

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Potilas saa siitä uskoa, kun pääsee johonkin kohtaan, huomaakin, ehkä tämä tästä lähteekin	Onnistumisen kautta potilaan usko omaa toimintakykyä kohtaan kasvaa	Kokeilemisen ja onnistumisen kautta potilas oppii keinoja toimia ja usko toimintakykyä kohtaan kasvaa
Pystyi itse ponnistamaan ja näki että hänelle tuli hyvä mieli siitä että pystyi itse	Onnistumisen kautta potilas oppii keinoja toimia itse	
Pikku hiljaa näkee että itsekin pystyy yllättävän paljon tekemään	Potilas oppii kokeilemisen kautta	
Oppiihan potilas kun neuvotaan	Neuvomalla potilas oppii toimimaan	Neuvomisen kautta potilas oppii toimimaan
Yrittää ja motivoituu jos pääsee kotiin, jos vähän pääsee liikkeelle	Kotiin pääsy motivoi potilasta ja jaksaa yrittää liikkua	Tavoitteen kautta potilas motivoituu ja oppii keinoja toimia

Ympäristöstä ja apuvälineistä oppiminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka / Yhdistetty luokka
On ollut hyvä apu kahvallinen nostoliina, mitkä ovat tulleet	Kahvallinen nostoliina todettu hyväksi	Koulutettujen myötä osastoille saatu kahvallisia liukulakanoita ja koulutettujen	Koulutuksen myötä osastoille on hankittu erilaisia apuvälineitä, ne ovat esillä ja niitä osataan käyt-
On rantautunut ja	Koulutuksen käyneet		

<p>vakikäytössä liukulakanat ja ketkä käyty koulutus on ohjattu kaikille mihin kohtaan kuuluu pedata, koska se perinteisesti on ollut aina väärässä kohdassa, että osaa ainakin suurin osa pedata. En ole pitkään aikaan nähnyt enää että olisi pedattu väärin</p> <p>Siirtokoulutuksessa käyneet on saanut sisään ajettua kahvalliset liukulakanat ja ne ovat saaneet heti tuulta alleen</p> <p>Onneksi on saatu neljä leveitä nostoliinoja, missä kahvat reunoissa, ovat hyvät. Pystyy liuttamaan painavatkin potilaat ja yltävät hartioille asti</p> <p>Liukulakanan hyväksikäyttäminen ja liuttaminen jne on ratkaiseva ja käänteentekevä juttu, helpottanut paljon</p> <p>Sitähän (liukulakana) alkoi nähdä osastolla viime syksynä, kun alkoi ensimmäiset olla käynyt koulutuksen. Laitetaan kaikille kuka tarvitsee. Alkuun herrätti hämmennystä kun ei tiedetty mitä se meinaa, minkä takia ja miten se on väärään kohtaan laitettu</p>	<p>ohjanneet liukulakanan petauksen oikein, nyt suurin osa osaa</p> <p>Koulutetut ovat sisään ajaneet kahvalliset liukulakanat</p> <p>Osastolle saatu kahvallisia liukulakanoita joilla pystyy liuttamaan painavatkin potilaat</p> <p>Liukulakanan hyväksikäyttäminen ja liuttaminen todettu hyväksi</p> <p>Koulutuksen käyneiden myötä liukulakanat opittu petaamaan oikein</p>	<p>opetuksen myötä sekä liuku- että poikkilakanat osataan pedata oikein</p>	<p>tää enemmän potilas- ja tilannekohtaisesti</p>
---	--	---	---

<p>Meilläkin on liukula- kanat nousset</p>	<p>Koulutuksen myötä liu- kulakanat osataan peda- ta oikeaan paikkaan</p>		
<p>Poikkilakanat on siir- tynyt oikeisiin paik- koihin</p>	<p>Koulutuksen myötä poikkilakanat on opittu petaamaan oikeisiin paikkoihin</p>		
<p>Olin ylpeä itsestäni, kun iso potilas kaatui lattialle, muut rupesi että nostavat, tyynenä kävin hakemassa nos- turin ja...</p>	<p>Koulutuksen myötä op- pinut hyödyntämään nosturia isokokoisien potilaan kaatumistilan- teessa</p>	<p>Koulutuksen myö- tä hoitaja ymmär- tää ja on oppinut nosturin käytön erilaissa potilaan avustustilanteessa erilaisissa ympä- ristöissä, esim. kaatuminen tai painon otto, poti- laan toimintakyky ja työntekijä re- surssit huomioi- den</p>	
<p>Harmitti kun oli joku kupsahtanut, olivat isolla porukalla nos- tamassa, kun olisi ollut suuri tila nosturille, olisi ollut helppo nos- taa tuoliin</p>	<p>Koulutuksen myötä ymmärtää nosturin hyö- dyntämisen potilaan kaatumistilanteissa</p>		
<p>Nosturi on oikein ahaa elämys, että sitä voi käyttää</p>	<p>Koulutuksen myötä nos- turin käytön oppiminen</p>		
<p>Paljo on tullut uutta, nosturit ja muut tulee otettua nyt enemmän käyttöönkin</p>	<p>Koulutuksen myötä hyödyntää enemmän nosturia ja muiden apu- välineitä</p>		
<p>Erilaisella kynnyksellä haetaan nosturi</p>	<p>Koulutuksen myötä nos- turin käytön lisääntymi- nen</p>		
<p>Älytään hakea nosturi</p>	<p>Koulutuksen myötä ymmärretään hyödyntää nosturia</p>		
<p>Ajattelin yököillekin (nosturia), usein yöllä- hän yllättävät tilanteet on kun on vähän ihmi- siä, joutuu vartijan soittamaan jos tarvit- see lisävoimia</p>	<p>Koulutuksen myötä ymmärtää nosturin hyö- dyntämisen eri tilanteis- sa, esim. yöllä, kun vä- hän resursseja</p>		

<p>Potilaat joilla jalat ei kannan, lääkäri ei saisi määrätä painoa kertaa yksi, pitäisi käyttää nosturia, jos on ehdoton ja välttämätön</p> <p>Iso kokoinen nainen kaatui, olin toisen ergonomiakoulutetun hoitajan kanssa, koi-tettiin ensin että ote-taan tuoli, mutta hän ei millään meinannut, yhteistuumin että minä haen nosturin</p> <p>Ei tullut mieleenkään että olisi voinut kokeil-la (nosturia), miten ahtaassa tilassa olisi onnistunut vaakaan, kai olisi onnistunut, pitäisi vain kokeilla</p> <p>En ollut koskaan tullut ajatelleeksi että nos-turilla voi nostaa latti-alta. Olen aina ajatel-lut että se kaatuu tms.</p> <p>Nosturin käyttö, pitäisi meidän kertailla itse-seenkin, että on pitkä väli ettei ole käyttänyt</p> <hr/> <p>Puolet oli jo käynyt koulutuksen, niin hy-vin oli apuvälineet esillä</p> <p>Kuminen rulla, mistä leikataan palanen, pitäisi enemmänkin muistaa. Koulutukses-sa tuli esille, ensim-mäisenä koulutukses-sa olleet toivat sen,</p>	<p>Koulutuksen myötä ymmärtää nosturin tar-peellisuuden potilaan painon otossa, jos jalat eivät kannan ja lääkäri painon välttämättä ha-luaa</p> <p>Koulutuksen myötä op-pinut hyödyntämään ympäristöä ja nosturia potilaan toimintakyky ja resurssit huomioiden</p> <p>Jälkeenpäin pohtii nos-turin käyttömahdolli-suutta ahtaassa tilassa</p> <p>Koulutuksen myötä op-pinut nosturin käyttöä potilaan lattialta avus-tamiseen</p> <p>Koulutuksen myötä ymmärtää nosturin käy-tön kertaamisen merki-tyksen</p> <hr/> <p>Koulutettujen myötä apuvälineet saatu esille</p> <p>Koulutettujen myötä osastolle saatu liukues-teitä, koulutettu hoitaja ymmärtää sen hyödyn-tämisen</p>	<p>Koulutuksen myö-tä saatu erilaisia apuvälineistä esil-le ja niitä osataan hyödyntää poti-laskohtaisesti</p>	
--	--	--	--

<p>käytettiin ja he hommasivat</p> <p>Otettaisiinko liukulevy, mikä voi olla hyvä pelokkaille, kun huomaavat että ei tarvitse nousta seisomaan ja ottaa askelia jos ei pysty</p>	<p>Koulutuksen myötä oppinut hyödyntämään liukulevyä pelokkaiden potilaiden kohdalla</p>		
--	--	--	--

Hoitajan oppimisen kehittyminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka / Yhdistetty luokka
<p>Jos on vuoteeseen hoidettava ja potilaan pitää siirtyä itse istuvaan asentoon ja vatsalihakset on huonot tai ei pysty vatsallaan nousemaan ollenkaan, ottaa olkapäästä tekniikalla, jalat siirtyvät ja siitä</p>	<p>Koulutuksen myötä oppinut vuoteeseen hoidettavan potilaan istumaan avustamisen yksin uudella ergonomisella tekniikalla</p>	<p>Koulutuksen myötä hoitaja on oppinut yksin avustamaan potilasta uusilla tekniikoilla erilaisissa tilanteissa, helpottaen näin kollegankin työtä</p>	<p>Koulutuksen myötä hoitaja on oppinut lisää keinoja ja tekniikoita avustaa potilasta yksin / itsenäisesti erilaisissa tilanteissa, helpottaen näin kollegankin työtä</p>
<p>Istumaan avustaminen yksin oli mahdollista. Se onnistuu multa</p>	<p>Koulutuksen myötä oppinut yksin avustamaan potilaan istuman</p>		
<p>Ja miten yksin pystyt avustamaan potilaan lattialta</p>	<p>Koulutuksen myötä oppinut yksin avustamaan potilaan lattialta</p>		
<p>Voi kollegaakin helpottaa, ei tarvitse kaikissa pyytää lisäapupyynnöä että saadaan noustua istumaan sängylle ilman toisen apua</p>	<p>Koulutuksen myötä oppinut yksin avustamaan potilasta istumaan, jolloin helpottaa kollegankin työtä</p>		
<p>Eikä tarvitse ruveta repimään kättä tai hakemaan kaveria että tulkaa nostamaan tämä aamupalalle, kun ei jaksa</p>	<p>Koulutuksen myötä oppinut uudella tavalla yksin avustamaan potilasta asentoon, jolloin helpottaa kollegankin työtä</p>		

<p>Yksin pystyin saamaan hänet, enkä mitenkään repinyt häntä</p> <p>Pääosa potilaista on sen kuntoisia että yhden auttamana pärjää, rollaattorilla monta kertaa vuoron aikana wc:n avustamista, siinä saa käyttää luovuutta</p>	<p>Koulutuksen myötä oppinut yksin avustamaan potilasta oikein</p> <p>Oppinut käyttämään luovuutta itsenäisessä työskentelyssä potilaan kanssa</p>		
<p>Aika pitkälle pärjää (yksin)</p> <p>Itsenäisen työskentelyn lisääntyminen</p> <p>Olen ruvennut toimimaan enemmän yksin, kun olen oppinut erilaisia asioita</p> <p>On olo että olen enemmän yksin huoneessa ja pärjään hyvin</p>	<p>Koulutuksen myötä oppinut keinoja itsenäiseen työskentelyyn</p> <p>Koulutuksen myötä itsenäisen työskentelyn lisääntyminen</p> <p>Koulutuksen myötä itsenäisen työskentelyn oppiminen ja lisääntyminen</p>	<p>Koulutuksen myötä itsenäisen työskentelyn oppiminen ja lisääntyminen</p>	

Potilassiirtoergonomiataitojen jakaminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka / Yhdistetty luokka
<p>Koulutus olisi yhtä tärkeä kuin paloturvallisuus ym., olisi kaikille yhtä tärkeä, samat apuvälineet ja samat teknikat tulisivat kaikille yhteneväksi, kuin turvaviggotkin, turvapassissa pitäisi olla ettei telo toisen kollegan selkää kun toinen nostaa ja toinen siirtää, siinä on</p>	<p>Koulutus kaikille hoitajille ja yhtä tärkeäksi paloturvallisuuden kanssa, koska työturvallisuusriskin nostamisessa korkea</p>	<p>Yhtenäinen, säännöllinen koulutus kaikille esimerkiksi paloturvallisuuskoulutuksen tapaan</p>	<p>Yhtenäinen, säännöllinen koulutus kaikille hoitajille sekä osaksi uuden työntekijän perehdytystä</p>

<p>riski</p> <p>Yhtälaila kun paloturvallisuudesta, tämä olisi asioita mitkä voisi ottaa siihen mukaan, pitäisi käydä säännöllisesti</p> <p>Enemmän pitäisi tuoda sitä, että useampi kävisi koulutuksen ja se tulisi tutuksi kaikille</p> <hr/> <p>Voisi hyvä olla perehdyttämisoppaassa, yhtälaila kun tiedät missä on kaasuventtiili, tietäisit mistä löytyy apuvälineetkin, eihän tätä uusille sairaanhoitajille niin perusteellisesti koulussa koskaan käydä läpi</p>	<p>Paloturvallisuuden tapaan säännölliseksi koulutukseksi</p> <p>Koulutuksen markkinointi ja koulutus kaikille, osaston toiminta tulisi yhteiseksi</p> <hr/> <p>Potilassiirrot ja apuvälineet perehdytykseen niin kuin muutkin asiat</p>	<hr/> <p>Potilassiirrot ja apuvälineet osaksi perehdytystä</p>	
---	--	--	--