

## ERGONOMIA HOITOTYÖSSÄ

Verkkokurssin toteuttaminen Skhole Oy:lle

Kreku Maarit  
Mäkelä Piia

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

2022

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

<b>Tekijä</b>	Maarit Kreku ja Piia Mäkelä	<b>Vuosi</b>	2022
<b>Ohjaajat</b>	Eija Kehus		
<b>Toimeksiantaja</b>	Skhole Oy		
<b>Työn nimi</b>	Ergonomia hoitotyössä verkkokurssin toteuttaminen Skhole Oy:lle		
<b>Sivumäärä</b>	45 + 1		

Ergonomia on merkittävä osa työntekoa, jokaisella alalla. Erityisesti se korostuu hoitotyössä asiakkaan kanssa tehtävässä työssä. Hyvän ergonomian tavoite on lisätä potilasturvallisuutta ja keventää hoitajien kokemaa työnkuormittavuutta. Opinnäytetyön aiheena on ergonomia hoitotyössä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä verkkokurssi Skhole Oy:lle, joka on jatkossa hyödynnettävissä sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien sekä alalla opiskelevien sekä alan kouluissa. Verkkokurssin tarkoituksena on luoda nykyaikainen mahdollisuus ergonomian opiskeluun verkossa omaan tahtiin missä ja milloin vain. Verkkokurssi tukee käytännön harjoitteluiden tekoa sekä varsinaista työskentelyä hoitoalan erilaisissa yksiköissä vaihtuvissa asiakkaiden avustamistilanteissa.

Verkkokurssi on tehty kirjallisiin tietolähteisiin perustuvaan teoriapohjaan, jonka rinnalle on nostettu tyypillisimpiä asiakastilanteita videomuodossa sekä lyhyen tietotestin muodossa. Verkkokurssin tavoitteena on, että verkkokurssin suorittanut tietää kurssin jälkeen mitä hänen täytyy huomioida ergonomisessa työskentelyssä ja osaa käyttää apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti.

Opinnäytetyön tavoite oli parantaa ergonomiaa hoitoalalla ja tuoda nykyaikainen helppo työkalu opiskella ergonomiaa verkossa. Ergonomia ja siihen liittyvät tekijät käsitellään opinnäytetyössä aiheittain. Hyödynsimme suomenkielistä kirjallisuutta, artikkeleita ja tutkimuksia sekä keräsimme suullista arviota työn sisällöstä eri yksiköiden lähi-, terveyden- ja sairaanhoitajilta sekä fysioterapeuttia.

Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tuotos oli verkkokurssi. Verkkokurssin avulla pystytään toteuttamaan turvallista ja näyttöön perustuvaa ergonomista työskentelyä erilaisissa asiakastilanteissa. Tuotosta voivat jatkossa hyödyntää sosiaali- ja terveysalan työntekijät sekä alan opiskelijat ja opettajat.

Avainsanat  
Muita tietoja

ergonomia, hoitotyö, avustaminen, potilassiirto  
Ergonomia hoitotyössä - verkkokurssi, Skhole Oy

Degree Programme in Nursing  
Bachelor of Science in Nursing

---

<b>Authors</b>	Maarit Kreku and Piia Mäkelä	<b>Year</b> 2022
<b>Supervisors</b>	Eija Kehus	
<b>Commissioned by</b>	Skhole Oy	
<b>Title</b>	Ergonomics in nursing online course for the Skhole Oy	

---

<b>Number of pages</b>	45 + 1
------------------------	--------

---

The purpose of this thesis was to create an online course for the company Skhole Oy which in the future could be used by those working in the social and health care sector, by those studying in the field, and in schools in the field. The purpose of the online course is to create a modern opportunity to study ergonomics online at your own pace, anywhere, anytime. The online course supports practical training and actual work in different units of the care sector in various client assistance situations.

This thesis has been implemented as a functional thesis, the output of which was an online course. With the help of the online course, it is possible to implement safe and evidence-based ergonomic work in various customer situations. The theoretical framework of the online course is based on multiple written sources such as Finnish literature, articles and studies about the topic. In addition, the most typical customer situations have been included in a video format and in the form of a short knowledge test. The aim of the online course is for the person who has completed it, to know what he or she needs to take into account in ergonomic work and to know how to use assistive devices appropriately.

The goal of this thesis was to contribute to the improvement of ergonomics in the health care field and to bring a current and easy tool to study ergonomics online. Ergonomics and related themes are discussed in this thesis by topic. Spoken evaluations of the content of the thesis were collected from practical and registered nurses and physiotherapists from different health care units.

Based on the feedback – it seems that in the future, the online course compiled in this thesis could be used by social and health care workers, as well as students and teachers in the health care field.

Keywords ergonomics, care work, assistance, patient moving and transfer

Special remarks This thesis includes an online course Ergonomics in nursing -, Skhole Oy

## ALKUSANAT

Tahdomme kiittää niitä tahoja, jotka ovat osaltaan mahdollistaneet tämän opinnäytetyön valmistumisen. Kiitos toimeksiantajallemme Skhole Oy:lle mahdollisuudesta tarttua tähän mielenkiintoiseen aiheeseen ja toteuttaa siitä verkkokurssi. Kiitos Lapin ammattikorkeakoulun ohjaajana toimineelle Eija Kehukselle ja tarkastajana toimineelle Aija Lämsälle. Kiitos myös kaikille, jotka ovat tarjonneet apunsa, tietonsa ja kokemuksensa työtä varten. Kiitos asiakastilanne kuvauksissa apuna olleille Tiina Havelalle ja Eija Juntikalle. Lopuksi vielä kiitokset meidän molempien Peteille sekä lapsillemme ja muille tukijoukoille, jotka ovat jaksaneet meitä, kun olemme ahertaneet tämän työn ja opintojen parissa.

Kemissä 30.10.2022

Maarit Kreku ja Piia Mäkelä

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	7
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	8
3 ERGONOMIA YLEISESTI .....	9
3.1 Ergonomia .....	9
3.2 Ergonomian erilaiset painotukset .....	10
3.3 Tekniikan, psykologian ja fysiologian yhdistelmä .....	11
3.4 Ergonomia ja laki .....	13
3.5 Ergonomiakorttikoulutus .....	14
3.6 Siirtotaidon arviointi SOPMAS-mittarilla .....	15
4. ERGONOMIA HOITOTYÖSSÄ.....	16
4.1 Ergonomia osana hoitajan työtä .....	16
4.2 Hoitajan liikkumisen biomekaniikka .....	17
4.3 Työaikaergonomia .....	19
4.4 Työnkuormitus .....	20
5 ASIAKKAAN AVUSTAMINEN.....	22
5.1 Avustamisen periaatteet .....	22
5.2 Avustamistilanne .....	24
5.3 Avustaminen erityistilanteissa .....	26
6 YLEISIMMÄT TOIMINTAKYKYMITTARIT .....	28
7 APUVÄLINEET .....	29
7.1 Yleistä apuvälineistä .....	29
7.2 Mekaaniset apuvälineet ja pienapuvälineet .....	30
8 ASIAKASCASET.....	32
9 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS.....	34
9.1 Skhole Oy .....	34
9.2 Toiminnallisen opinnäytetyön lähestymistapa .....	34
9.3 Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttaminen .....	35
10 ERGONOMIA HOITOTYÖSSÄ-VERKKOKURSSI .....	38
10.1 Verkkokurssin tavoitteet .....	38

10.2 Verkkokurssin osiot .....	38
11 POHDINTA .....	40
11.1 Tulosten tarkastelu .....	40
11.2 Eettiset lähtökohdat.....	40
11.3 Luotettavuuden tarkastelu .....	41
11.4 Jatkokehittäminen .....	42
LÄHTEET .....	43
LIITE 1: SOPMAS ARVIOINTIMITTARI.....	46

## 1 JOHDANTO

Ergonomia on ihmisen ja toimintajärjestelmän tutkimista ja kehittämistä laadun parantamiseksi. Sen avulla työ, työvälineet ja työympäristö saadaan vastaamaan tarpeita. Ergonomian huomioimisella pyritään keventämään työntekijöiden fyysistä kuormitusta sekä lisäämään potilasturvallisuutta. (Launis & Lehtelä 2011, 17–20.)

Keskeisin sanoma opinnäytetyössä on ergonomian tärkeys päivittäisessä työskentelyssä. Ergonomia vaikuttaa kaikkeen ja työskentelyssä sille on varattava riittävästi aikaa ja oleellista on opetella se osaksi omaa työskentelyä. Lähtökohteisesti jokaisessa työpaikassa käytetään liian vähän aikaa ergonomian huomioimiseen arjessa. Tämä näkyy muun muassa työntekijöiden runsaina sairauspoissaoloina, liian vähäisenä perehdytyksenä apuvälineiden käyttöön ja vähäisenä ergonomian opetuksena sekä kertauksena. (Tamminen-Peter ym. 2013, 11–26.)

Opinnäytetyön tavoite oli parantaa ergonomiaa hoitoalalla ja tuoda nykyaikainen helppo tapa opiskella sitä verkossa. Opinnäytetyönä syntyvä tuotos on verkkokurssi, joka tarjoaa sosiaali- ja terveysalan työyhteisöille sekä oppilaitosten opettajille ja oppilaille hyödynnettäväksi työkalun ergonomian opiskeluun ja kertaamiseen. Se keskittyy ergonomiaan hoitotyössä yleisellä tasolla. Opinnäytetyö toteutettiin Skhole Oy:n verkkopohjalle. Siinä on hyödynnetty kirjallisiin tietolähteisiin perustuvaa teoriaa pohjaa, jonka rinnalle on nostettu tyypillisimpiä asiakascase tilanteita video muodossa sekä lyhyen tietotestin muodossa. Verkkokurssin tarkoitus on tukea käytännön harjoitteluiden tekoa sekä varsinaista työskentelyä ja keventää hoitajien työnkuormitusta. Opinnäytetyön tavoitteena on, että verkkokurssin suorittanut tietää kurssin jälkeen mitä hänen täytyy huomioida ergonomisessa työskentelyssä ja osaa käyttää apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on aina kehittää ammatillinen tuotos, joka palvelee kohderyhmäänsä tai toimintaympäristöään. Tässä opinnäytetyössä tuotos on verkkokurssi ja sen kohderyhmä on sosiaali- ja terveysalan työntekijät, alan opiskelijat ja oppilaitokset. Opinnäytetyön kirjallisen osuuden tarkoitus on kuvata verkkokurssiin liittyviä lähtökohtia, valintoja ja ratkaisuja perusteluineen. (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä, 2022, kappale 1.1) Lisäksi tavoitteena oli parantaa ergonomiaa hoitoalalla ja tuoda nykyaikainen helppo työkalu opiskella ergonomiaa verkossa. Ja samalla vahvistaa omia työelämäntaitojamme liittyen ergonomiseen työskentelyyn ja tutustua verkkokurssin tuottamiseen.

Ergonomia ja siihen liittyvät tekijät käsitellään opinnäytetyössä aiheittain. Aineistomateriaalina käytimme olemassa olevaa suomenkielistä kirjallisuutta sekä tutkimuksia ja artikkeleita. Näiden lisäksi hyödynsimme omaa empiiristä kokemustamme hoitoalalta. Opinnäytetyössä emme varsinaisesti tuota uutta tietoa vaan hyödynnämme keräämäämme tietoa.

Opinnäytetyönä syntyvän tuotoksen eli verkkokurssin tarkoituksena on ohjata ja muistuttaa ergonomian tärkeydestä hoitotyössä. Hoitajan työ on monipuolista, mutta se voi olla myös hyvin kuormittavaa. Verkkokurssin tarkoitus on tukea käytännön harjoitteluiden tekoa sekä varsinaista työskentelyä ja keventää hoitajien työnkuormitusta. Tavoitteena on, että verkkokurssin suorittanut tietää kurssin jälkeen mitä hänen täytyy huomioida ergonomisessa työskentelyssä ja osaa käyttää apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti.



### 3 ERGONOMIA YLEISESTI

#### 3.1 Ergonomia

Ergonomia sana tulee kreikan kielen sanoista “ergo “(työ) ja “nomos” (luonnonlait). Tiivistettynä ergonomia tarkoittaa ihmisen ja toimintajärjestelmän kehittämistä sekä tutkimista toiminnan laadun parantamiseksi. (Launis & Lehtelä 2011, 10.)

Yksinkertaisimmillaan ergonomisesti oikealla työskentelyllä tarkoitetaan hyvää siirtotaitoa erilaisissa työskentely tilanteissa. Hyvän siirtotaidon omaava hoitaja tunnistaa asiakkaan omat voimavarat ja hyödyntää niitä asiakkaan parhaaksi ja työskentelee itse hyvässä, tasapainoisessa asennossa, osaa hyödyntää apuvälineitä ja avustamisympäristöä tarkoituksenmukaisesti. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2010, 16) Ergonomian avulla on tarkoitus saada työ, työskentelyvälineet ja ympäristö palvelemaan ihmisen tarpeita ja ominaisuuksia. Samalla sillä parannetaan ihmisen sekä koko työyhteisön turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia sekä järjestelmän tehokasta toimintaa. (Launis & Lehtelä 2011, 19.)

Kansainvälinen ergonomiayhdistys IEA (International Ergonomics Association) on määritellyt ergonomian perusosa-alueet seuraavasti:

- Fyysinen ergonomia: työn fyysinen puoli ja sen toteutuksen suunnittelu, kuten esimerkiksi asiakkaan avustaminen
- Kognitiivinen ergonomia: työn tiedollinen puoli ja sen toteutuksen suunnittelu, kuten esimerkiksi kirjaaminen
- Organisatorinen ergonomia: työn järjestelyn puoli ja sen toteutuksen suunnittelu, kuten esimerkiksi työvuorosuunnittelu. (Launis & Lehtelä, 20.)

Näiden osa-alueiden lisäksi ergonomiaan kuuluu mikro- ja makrotason toiminta. Mikrotason ergonomia keskittyy yksilön toimintaan työympäristössä sekä

yksittäisiin työpisteisiin ja niiden työmenetelmiin sekä kalusteisiin ja laitteisiin. Makrotason ergonomia puolestaan on laaja-alaisempi kokonaisuus, jossa keskitytään muun muassa työn organisointiin, työprosessien laatuun, tekniikkaan, työrooleihin, viestintään ja koulutukseen. Tässä hoitaja nähdään osana isompaa kokonaisuutta. (Hilonen 2021.)

Ennen asiakasta on pidetty passiivisena taakkana, jonka ei tarvitse itse siirtotilanteessa tehdä mitään tai osallistua, vaan hoitajat tekevät kaiken hänen puolestaan. Asiakkaiden avustaminen on oleellinen osa jokapäiväistä hoitotyötä ja sillä on iso merkitys asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpidossa. Asiakkaan oma aktiivinen toiminta kaikissa tilanteissa on tärkeää, sillä se auttaa säilyttämään jäljellä olevaa toimintakykyä, edistää hänen terveyttään ja vähentää hoitajien kuormitusta. Avustaminen ei enää saisi olla raskasta nostamista, kuten ennen ajateltiin vaan sen kuuluu nykykäsityksen mukaan olla sanallista ohjaamista ja avustamistilanteeseen mukaan aktivoimista. Raskaisiin nostoihin on käytettävä nostimia. (Tamminen-Peter ym. 2013, 4–13.)

Ergonomisessa työskentelyssä asiakkaan kanssa on kyseessä aina avustamistilanne. Avustamistilanne on aina vuorovaikutustilanne, joka edellyttää hyvää omaan kehon hallintaa, opittujen tietojen ja taitojen soveltamista erilaisiin käytännön tilanteisiin, vuorovaikutusta avustettavan sekä mahdollisen työparin kanssa ja asiakkaan kunnioittamista. (Työturvallisuuskeskus 2007, 10–11.) Ergonomian periaatteet ja ohjeistukset koskettavat kaikkia hoitoalalla, mutta yksilölliset erot vaikuttavat aina ergonomian toteutukseen (Hilonen 2021.).

Liikemuistin luonnollisten liikemallien hyödyntäminen osana ergonomiaa on tärkeää. Ihminen tekee paljon tiedostamattaan pohjautuen siihen, kuinka hän on oppinut jotain lapsena. Luonnollinen liikemalli on kehityksen mukana opittu liikekaava, jota jokainen toteuttaa jokapäiväisissä liikesuorituksissaan perusliikkumisessa, kuten esimerkiksi kävelyssä. Nämä aiemmin opitut taidot luovat pohjat vaativimmille motorisille suorituksille ja taidoille sekä esimerkiksi epätasaisella pinnalla kulkemiselle. (Tamminen-Peter ym. 2013, 73.)

### 3.2 Ergonomian erilaiset painotukset

Ergonomiasta on useita erilaisia niin sanottuja suuntauksia, joilla on hieman erilainen painotus. Yhteistä näille suuntauksille on ihmisen perusliikkumisen tukeminen, asiakkaan aktivoiminen ja hänen voimavarojensa järkevä käyttö ja hoitajan kuormituksen vähentäminen. Eri menetelmät kuitenkin painottavat eri asioita. (Tamminen-Peter ym. 2013, 59–64.)

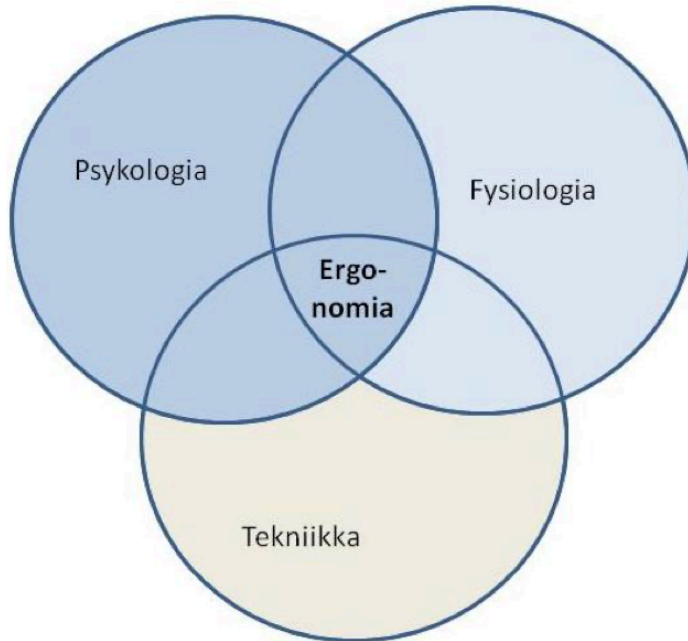
Tunnetuimpia menetelmiä ovat Durewall- ja kinesteettinen menetelmä. Durewall pohjautuu japanilaiseen itsepuolustustekniikan jujitsun periaatteisiin. Menetelmässä korostetaan kunnioittavaa suhtautumista avustettavaan ja huomioidaan hänen tuntemuksensa siirtotilanteessa. Tavoite on mahdollisimman vähällä voimalla saavuttaa suurin mahdollinen vaikutus aiheuttamatta vahinkoa ja kipua avustettavalle. Kinesteettinen menetelmä puolestaan on voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen, koskettamiseen, ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen, näiden merkityksen ymmärtämiseen sekä itsehallintaan. (Tamminen-Peter ym. 2013, 59–64.)

Lisäksi on olemassa Lunde- ja Bobath-menetelmät. Lunde-menetelmä on hyvin pitkälti samanlainen kuin Durewall-menetelmä. Siinä hyödynnetään luontaisia liikemalleja ja asiakkaan jäljellä olevia toimintoja, yksinkertaisia komentoja, apuvälineitä, vaiheittain siirtämistä ja etukäteen suunnittelemista. Bobath-menetelmä puolestaan on enemmän fysioterapeuttinen terapiamenetelmä, jota hyödynnetään aivovaurio- ja halvauspotilailla. Sen tavoitteena on neuvoa, miten asiakas ohjataan siirtymään parhaiten ja hoito nähdään 24 tunnin prosessina, jossa muut hoitotyöntekijät täydentävät fysioterapeuttien antamaa terapiaa. Hoidon tavoitteena on kehon toiminnallinen tasapaino. (Tamminen-Peter ym. 2013, 59–64.)

### 3.3 Tekniikan, psykologian ja fysiologian yhdistelmä

Ergonomia on osa hoitajien työjärjestelmää. Se muodostuu tekniikan, psykologian sekä fysiologian yhdistelmästä. Yhdistelmässä nämä kolme osa-aluetta

kulkevat limittäin. (Launis & Lehtelä, 19.) Alla olevassa kuviossa (kuvio 1) kuvataan, kuinka nämä kolme muodostavat yhdessä ergonomian.



KUVIO 1: Ergonomian muodostuminen (Launis & Lehtelä 2011)

Tekniikka näkyy ergonomiassa käyntiasennon ja noston korvaamisella rullaamisella tai liu'uttamisella ja tämä pohjautuu näyttöperäiseen tietoon, joka hoitajan on opeteltava itse harjoitusten avulla. Harjoitusten myötä tekniikka tehdä työtä kehittyy. Liu'utuksessa asiakkaan ja alustan vähennetään kitkaa apuvälineiden, kuten liukulakanan avulla, kuten esimerkiksi sängyssä ylöspäin asiakasta siirtäessä. Rullaamisessa puolestaan hyödynnetään painonsiirtoa, kuten esimerkiksi pyörätuolissa asennon parantaminen. (Tamminen-Peter ym. 2013, 80–83.)

Psykologia puolestaan on osa vuorovaikutusta, joka avustettavan kanssa käydään. Hoitajan täytyy ymmärtää asiakkaan tunteita ja hänen kokemustaan siirtymisestä. Asiakas voi pelätä esimerkiksi sängyssä kyljelleen kääntämisen yhteydessä, että hän putoaa sängystä. (Tamminen-Peter ym. 2013, 80–83.)

Fysiologia taas puolestaan näkyy ergonomiassa erilaisina kitkoina, liike-energiانا, tukivoiman ja painovoiman hyödyntämisenä. Avustamistilanteessa esimerkiksi hyödynnetään kitkan poistoa apuvälineiden avulla käyttäen liukulakanaa tai siirtolautaa. Painovoima ja ihmisen rakenne puolestaan hyödynnetään

siirtotilanteessa, kun potilaan paino siirtyy ylhäältä alaspäin luidenpäälle, ei lihasten päälle. Käyntiasento puolestaan hyödyntää painonsiirtoa ja liike-energiaa. (Tamminen-Peter ym. 2013, 80–83).

### 3.4 Ergonomia ja laki

Erilaiset lait ja asetukset sekä valtioneuvoston päätökset ohjaavat työpaikkojen työturvallisuutta. Näitä ovat muun muassa työturvallisuuslaki (738/2002), työaikalaki (872/2019) ja työterveyshuoltolaki (1383/2001). (Finlex 2001, 2019, 2022) Nämä velvoittavat työnantajaa huolehtimaan työntekijöidensä terveydestä ja turvallisuudesta. Työnantajan velvollisuuteen kuuluu tarkkailla jatkuvasti työympäristön, työyhteisön tilaa ja työtapojen turvallisuutta. Lisäksi laki velvoittaa työnantajaa antamaan opetusta ja ohjausta työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä sekä työvälineiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä sekä niiden huollosta. (Tamminen-Peter ym. 2010, 10–15.)

Esihenkilöt saavat läheltä piti- ja työtapaturmailmoituksia seuraamalla arvokasta tietoa tuki- ja liikuntaelintapaturmien ja vaivojen ehkäisyyn. Työsuojelun toimintaohjelmia ja työtapaturmien ehkäisystrategioita varten esihenkilöt seuraavat henkilökunnan tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvia poissaoloja ja tekevät niiden pohjalta mahdollisia tarkempia selvityksiä. Työterveyshuollon ja työsuojeluhenkilöstön kanssa tapahtuva toimiva ja hyvä yhteistyö auttaa ehkäisystrategian laadinnassa. Nämä systemaattiset toimet ovat välttämättömiä tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien ehkäisemiseksi. Erityistä huomiota esihenkilön täytyykin kiinnittää työvuorosunnitteluun ja työaikoihin, henkilöstövahvuuteen, työjärjestelyihin, työnjakoon sekä työn tauottamiseen. (Tamminen-Peter ym. 2013, 22–23.)

Suomen laissa ei yleisesti ole asetettu mitään yksiselitteistä ylärajaa nostettavan taakkojen painoihin, sillä kuormitus ei määräydy vain taakan painon ja muodon perusteella. Vaikutusta on myös nostoasennolla ja nostotiheydellä. Kuormituksen määrään vaikuttaa myös nostajan oma koko, kunto sekä kehonhallinta. (Tamminen-Peter ym. 2013, 13) Valtiovalta on pyrkinyt lainsäädännöllä turvaamaan

työntekijöiden terveellisyden ja työolosuhteiden turvallisuuden. EU:n nostodirektiivi, työturvallisuuslaki ja laki nuorten työntekijöiden suojelusta koskee potilassiirtoja ja nostoja erityisesti. (Tamminen-Peter ym. 2013, 23.)

Turvallisuusjohtaminen on organisaation kokonaisvaltaista ja tavoitteellisia toimenpiteitä työn, työolojen ja työympäristön turvallisuuden sekä terveellisuuden ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. (Tamminen-Peter ym. 2013, 23) Se perustuu niin lakisääteiseen kuin omaehtoisen turvallisuuden hallintaan. Sillä tarkoitetaan menettelytapojen, ihmisten ja toimintojen johtamista siten, että turvallisuutta ja terveyttä edistetään työpaikalla järjestelmällisesti ja ennakoitavasti. Siihen sisältyy jatkuva suunnittelu, toiminta sekä toiminnan seuranta ja arviointi. (Tamminen-Peter ym. 2010, 10.)

Työturvallisuuslakiin on kirjattu, että työnantajan velvollisuus on hankkia työntekijän käyttöön apuvälineitä tapaturmien ja sairastumisen vaaran välttämiseksi. Työnantajan velvollisuus on myös huolehtia, että apuvälineet toimivat kunnolla ja ne ovat turvallisia. (Tamminen-Peter ym. 2010, 34.) Työturvallisuuslakiin ei kuitenkaan ole kirjattu apuvälineiden vähimmäismäärävaatimusta vaan se riippuu yksikön asiakkaiden määrästä ja heidän toimintakyvystään. Toimintakyky jaetaan karkeasti kolmeen luokkaan: täysin avustettavat, osittain avustettavat ja omatoimiset. Suositeltavaa olisi, että jokaisessa yksikössä olisi vähintään yksi liinanosstin kaatumistilanteiden varalta, seisomanojanostin, suihkutuoli, suihkutustaso, liukupatja, liuku- tai siirtolevy ja kävelyvyö. Osittain avustettavilla asiakkailla puolestaan olisi hyvä olla kaikilla tarttumatuki ja kaikilla täysin avustettavilla asiakkailla liukulakana ja sähkösäätö sänky. (Tamminen-Peter ym. 2013, 52.)

### 3.5 Ergonomiakorttikoulutus

Ergonomiakorttikoulutus on hoitoalalle tarkoitettu rekisteröity ja standardisoitu koulutus. Sen tavoitteena on lisätä työ- ja potilasturvallisuutta. Koulutus koostuu verkko-opinnoista (2 kuukautta), lähiopetuksesta (2 päivää), käytännön harjoittelusta (vähintään 1 kuukausi) ja kokeesta. Opintokokonaisuudessa on määritetty

potilassiirtojen turvalliseen hallintaan vaadittu tieto- ja taitotaso. Koulutuksen jälkeen saa potilassiirtojen ergonomiakortti-kortin. (Työterveyslaitos 2022.)

Koulutus on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa hankkeen myötä, jossa suunniteltiin yhdessä alan opettajien kanssa koulutukseen riittävä opetuskokonaisuus. Opetuskokonaisuus pilotoitiin ja siitä tehtiin opettajille käsikirja sekä DVD-videomateriaali. Tämän jälkeen sitä kehitettiin edelleen ja syntyi Potilassiirtojen Ergonomiakortti-opintokokonaisuus. (Tamminen-Peter ym. 2013, 131.)

### 3.6 Siirtotaidon arviointi SOPMAS-mittarilla

SOPMAS (Structure of the Observed Patient Movement Assistance Skill) mittarilla voidaan arvioida ergonomia koulutuksen jälkeen välittömiä muutoksia. Mittari sopii hyvin niin itsearviointiin kuin ulkopuolisen arvioijan työkaluksi. Arvioitavat kohteet ovat hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus, asiakkaan liikkumisen ohjaus, hoitajan oma työasento ja liikkeet, apuvälineiden ja työympäristön ergonominen hyödyntäminen. Mittarissa pisteytetään hoitajan avustamisentaito viiteen luokkaan:

- Tasot 1 ja 2 ovat hoitajalle kuormittavia ja asiakkaalle turvattomia
- Taso 3 on kohtuullisen kuormittava hoitajalle ja kohtuullisen turvaton asiakkaalle
- Taso 4 on turvallinen taso sekä hoitajalle, että asiakkaalle
- Taso 5 kertoo erinomaisesta hoitajan siirtotaidosta yhdistettynä asiakkaan kuntouttavaan hoitoon

(Tamminen-Peter ym. 2013, 132.)

## 4. ERGONOMIA HOITOTYÖSSÄ

### 4.1 Ergonomia osana hoitajan työtä

Hoitajan työssä ergonomia on osa jokapäiväistä työskentelyä. Hoitotyössä ergonomia tarkoittaa tekniikan, toiminnan, toimintajärjestelmien, työtilojen ja työympäristön sekä työtapojen sovittamista ja kehittämistä hoitajan työn kannalta niin, että työturvallisuus, terveys, hyvinvointi ja työteho paranee. (Sairaanhoitajat, 2022) Hoitajan työasennot vaihtelevat työpäivän aikana runsaasti, kuten myös työtehtävät. Aina työtehtävät eivät ole vapaasti valittavissa vaan usein ne ovat työsidonnaisia, jolloin jokin työhön liittyvä tekijä vaikuttaa määräävästi työasentoon. Välillä työ voi olla koneen ääressä tehtävää päätetyöskentelyä ja välillä se voi olla fyysistä avustamistilanteessa toimimista. Raskaimpia työasentoja ovat kumartuneet, kiertyneet ja jännittyneet asennot. Työ yleensä kevenee, jos asentoa voidaan vaihtaa kumartuneesta ojentuneeksi tai seisovasta istuvaksi. (Aulanko, Huovinen, Kiiikka & Lehtinen 2010, 43, 157.)

Työ on iso osa elämää, joten sen merkitys korostuu elämänlaadun kokemisessa. Ergonomian huomioiminen vaikuttaakin suoraan hoitajan kokemaan hyvinvointiin. Ergonomian hyödyiksi voidaan lukea terveyden, tuottavuuden ja tyytyväisyyden kasvu. Sen huolellisella suunnittelulla ja huomioimisella varhaisessa vaiheessa voidaan vähentää kustannuksia ja nähdään näkyviä vaikutuksia ihmisen työssä ja työn sujumuudessa, turvallisuudessa, tehokkuudessa sekä työn palkitsevuudessa. (Hilonen 2021.)

Työterveyshuollon velvollisuus on osallistua työpaikan kehitystarpeisiin yhteistyössä työnantajan, työntekijöiden tai heidän edustajiensa kanssa. Työterveyshuollon tehtävän on toteuttaa yhteistoiminnassa työpaikan kanssa työpaikka selvitys, arvioida terveyttä ja työkyvyn edellytyksiä sekä työstä johtuvia vaaroja ja haittoja. Näiden perusteella tehdään tarvittavia ehdotuksia työolojen parantamiseksi ja muuttamiseksi. (Hilonen 2021.)



Jokaisella työntekijällä on oikeus saada työterveyshuollosta tietoa ja tukea työergonomiaan liittyviin kysymyksiin koskien omaa työtään ja työyksikköään. Ergonomian kannalta on oleellista, että työvälineiden ja työympäristön esteettömyys ja käytettävyys on suunniteltu riittävän huolella ottaen huomioon kaikki sen käyttäjät. On suositeltavaa, että jokaiseen yksikköön on nimetty ergonomiavastaava, joka huolehtii apuvälineiden huollosta ja tarpeisiin vastaamisesta sekä henkilökunnan kouluttamisesta apuvälineiden oikeaan käyttöön sekä ergonomisen työskentelyn toteuttamisesta. (Sairaanhoitajat 2022.)

Työssään hoitaja käyttää kehoaan monipuolisesti ja tällöin on tärkeää kiinnittää huomio omiin työskentelyasentoihin. Suositeltavaa on käyttää työskentelytapaa, jossa paino pysyy jalkojen päällä ja selkä pysyy suorassa. Kurottelua on hyvä välttää. Lattiatasossa tapahtuvaa työskentelyä on myös hyvä välttää, mutta jos se on tarpeellista, on se hyvä tehdä kyykistyen kumartamisen sijasta. Oleellista on myös suosia käyntiasentoa, koska tällöin hoitajan tasapaino on parempi ja hänen liikkumisensa on sujuvampaa verrattuna haara-asennossa työskentelyyn. (Työterveyslaitos 2022.)

#### 4.2 Hoitajan liikkumisen biomekaniikka

Biomekaniikka on ihmisen tuottamaa voimaa ja liikettä. Yksinkertaisimmillaan biomekaniikka on kehossa vaikuttavien ja siitä syntyvien voimien ja niiden vaikutusten tutkimista kehon eri osissa. Sen peruskäsitteiden osaaminen auttaa ymmärtämään perusliikkumisen ja kuormittumisen lainalaisuuksia sekä helpottaa apuvälineiden toimintaperiaatteen ymmärtämistä. (Tamminen-Peter ym. 2013, 78.)

Keskeisimmät käsitteet biomekaniikassa ovat kehon painopiste, tukipinta, tasapaino ja vaikuttavat voimat. Kehon painopiste on se kehon kohta tai piste, johon ihmisen kehon painon ajatellaan keskittyvän. Tarkkaa paikkaa sille on vaikea määrittää, sillä se vaihtelee kehon eriasennoissa ja on riippuvainen yksilöiden välisistä rakenne-eroista sekä kantaako henkilö jotain taakkaa samanaikaisesti. Hoitajan on oleellista hahmottaa oma kehonsa liikkeessä ja paikallaan seisoessa. Pienillä painopisteen siirroilla ja liikkeen alkuasentojen muutoksilla ihmisen perusliikkumista voidaan helpottaa oleellisesti. (Tamminen-Peter ym. 2013, 78.)

Kehon tukipinta muodostuu alueesta, joka jää lattiaa tai maata koskettavien jalkojen tai apuvälineiden, kuten kävelykepin alle ja niiden väliin. Tukipinta vaikuttaa ihmisen asennon vakauteen ja säilyttämiseen sekä tasapainon ylläpitämiseen. Tasapainoa voidaan parantaa tukipintaa suurentamalla esimerkiksi jalkojen asennon muutoksella tai apuvälineillä, kuten kävelykepillä. (Tamminen-Peter ym. 2013, 78–79.)

Kehon tasapainon takia ihmisen on hallittava kaksi edellistä kohtaa. Jos painopiste karkaa tukipinnan ulkopuolelle tasapaino on vaarassa horjua ja sen pitäminen vaatii enemmän ponnistelua ja lihasvoimaa. Tasapainoa voidaan parantaa myös laskemalla kehon painopistettä alemmas esimerkiksi polvia koukistamalla. (Tamminen-Peter ym. 2013, 78–81.)

Kehon osien liikkeisiin vaikuttavat sekä sisäiset, että ulkoiset voimat. Sisäiset voimat ovat lihasvoimaa ja nivelten välistä voimaa. Kehon osien liikkeisiin vaikuttavia voimia ovat painovoima, tukivoima, kitkavoima, väliaineen (veden tai ilman vastus) ja noste. Liikkeen aikaansaamiseksi tarvitaan, aina ulkoisia voimia kuten painovoimaa ja tukivoimaa. Painovoima eli vetovoima on kappaleiden välistä voimaa ja tukivoima on kappaleiden välillä olevaa kosketusvoimaa. Kitkavoima puolestaan on kahden kappaleen kosketuspinnassa vaikututtava voima, joka auttaa kappaleita liikkumaan toisiaan vasten. Lepokitka on voima, joka estää kappaleen liukumisen pinnalla. (Tamminen-Peter ym. 2013, 78–81.)

Tästä syystä onkin tärkeää, että hoitaja hallitsee oman kehonsa hyvin. Hallitsemallaan kehoaan ja sen tasapainoa, liikettä, lihaksenjännitystä hoitaja pystyy lisäämään potilasturvallisuutta, pienentämään tapaturmariskiä sekä avustamislanteen aiheuttamaa kuormitusta ja keventämään omaa työtään. Ilman, että hoitaja on läsnä omassa kehossaan työskennellessään ja tuntee oman kehonsa ei hänen ole mahdollista havainnoida ja ohjata toisen ihmisen liikkumista turvallisesti. Hoitajan lihastoiminnan koordinaation ollessa vajavaista ei hän huomaa tai tunne työskenteleekö hän suorin vai koukistetuin kyynärvarsin tai jaloin ja ovatko hänen hartiansa alhaalla vai koholla. Kehon sisäinen palautejärjestelmä ei siis tällöin toimi. (Tamminen-Peter ym. 2013, 53–54.) Jotta voimme avustaa asiakasta täytyy meidän siis ensin hallita oma kehomme ja tietää miten keho toimii, muuten emme voi olla avuksi asiakkaallemme.

#### 4.3 Työaikaergonomia

Hoitoalan työaikoja säännellään työaikadirektiivillä, työaikalaille ja alakohtaisilla virka- ja työehtosopimuksilla. Työaikaergonomialla tarkoitetaan hyvinvointia tukevaa ergonomista työvuorosuunnittelua. Sillä tuetaan palautumista työvuorojen aiheuttamasta kuormituksesta. (Tamminen-Peter ym. 2013, 11.) Vuorotyöstä ja muista poikkeavista työajoista aiheutuva kuormitus perustuu yleensä vuorotyön yhteensopimattomuudesta elimistön vuorokausirytmien ja työn ulkopuolisen sosiaalisen elämän kanssa. Yleensä tällainen kuormitus näkyy unen ja vireyden heikkenemisenä. (Lindström, Elo, Kandolin, Ketola, Lehtelä, Leppänen, Lindholm, Rasa, Sallinen & Simola 2003, 22.)

Hyvä työaikaergonomia on tärkeä osa hyvää ja toimivaa ergonomiaa hoitajan työssä. Ergonomisella työvuorosuunnittelulla tuetaan hoitajan palautumista työvuorojen kuormituksesta. Myös työajan kesto, työntekijän mahdollisuus vaikuttaa omiin vuoroihinsa ja työnsä sisältöön, työvuorojen toistuvuus, työajan ennakoitavuus, palautumisajat ja työnsidonnaisuus vaikuttavat merkittävästi palautumiseen. Säännöllinen ruokarytmi ja riittävä uni ovat myös oleellisia työn jaksamisen kannalta. (Sairaanhoitajat 2022.)

#### 4.4 Työnkuormitus

Kuormitustekijöiksi kutsutaan niitä tekijöitä, joilla on vaikutusta työntekijän fyysiseen terveyteen ja hänen työkykyynsä. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi työasennot, työn fyysinen raskaus, työn vaatima tarkkaavaisuus, työvälineet ja työympäristö. Jos työnkuormitus on liian vähäistä tai liiallista se voi aiheuttaa terveydellisiä haittoja. Työnkuormittavuuteen voidaan vaikuttaa työn monipuolisuudella, tauotuksella ja jaksotuksella vaativampiin ja helpompiin työtehtäviin. (Turta 2012.)

Hoitajien kokemaan työnkuormitukseen ja työn laatuun vaikuttaa tapa, jolla avustaminen tehdään. Omasta jaksamisesta huolehtiminen ja asianmukainen vaateutus ovat tärkeä osa hoitohenkilöstön ergonomiaa. Tärkeää on myös kerrata ergonomisia työskentelytapoja sekä apuvälineiden käyttöä niin teoriassa kuin käytännössäkin ja tällä tavoin ylläpitää taitojaan. (Tamminen-Peter ym. 2013, 11–26.) Koko työyhteisön on sitouduttava noudattamaan yhteisiä ergonomiaan liittyviä sääntöjä ja työyhteisölle on tarjottava mahdollisuus ergonomian kertaamiseen ja harjoitteluun. (Työturvallisuuskeskus 2007 10–11.)

Hoitajien työ on sekä fyysisesti että psyykkisesti kuormittavaa. Kuormituksen kasvaessa kohtuuttoman suureksi ja sen jatkuessa pitkään, muuttuu sen vaikutus positiivisesta negatiiviseksi. (Tamminen-Peter ym. 2013, 11.) Ergonomia olisi hyvä nähdä yhtenä isona kokonaisuutena, sillä ihminen on psykofyysinen kokonaisuus. Kaikki ergonomian osa-alueet vaikuttavat toisiinsa ja kuormittavat tekijät aiheuttavat jokaiselle yksilöllisiä oireita. (Lehtonen 2019.) Tämä näkyy usein erilaisina tuki- ja liikuntaelinten vaivoina, kuten väsymyksenä, jäykkyytenä, jomotuksena tai vihlovana kipuna. Tälle alistavat runsas kävely, toistuvat kumartumiset sekä ennen kaikkea asiakkaiden avustamistilanteet. (Tamminen-Peter ym. 2013, 11.)

Huonon ergonomian noudattamisen myötä riski hoitajien tuki- ja liikuntaelinten ylikuormittumiseen sekä tapaturman riski kasvaa. Usein se lisää myös työn kuormittavuuden tunnetta ja luo asiakkaalle epämiellyttävän tunteen avustamistilanteessa. Oikea oppisen siirto- ja nostotekniikoiden hallinnan onkin todettu vähentävän selkä- ja hartialihasten kuormitusta. Myös asiakkaiden kokemukset siirtojen mielekkyydestä ovat samalla lisääntyneet. (Työturvallisuuskeskus 2007, 2) Suomessa ei ole käytössä valtakunnallista sairauspoissaolotilastoa, jonka avulla koko työikäisen väestön sairauspoissaoloja voisi seurata. (Tamminen-Peter ym. 2013, 11.)

Työnkuormitusta voidaan arvioida myös erilaisten mittareiden avulla. Suurin osa näistä menetelmistä koskee työn ja työolojen mittaamista, mutta osa on tarkoitettu myös mittaamaan yksilön kuormittuneisuutta, erilaisia oireita sekä työkykyä. Mittarit on lajiteltu työn analyysimenetelmiin, ergonomisiin menetelmiin, psykososiaalisiin kuormitusmittareihin, työaikoja koskeviin mittareihin, työturvallisuutta koskeviin menetelmiin, kuormituksen fysiologisiin mittareihin sekä oireita ja työkykyä koskeviin kyselyihin. Kartoituksen tarkoituksena on toimia pohjana suunnitelmalle mitä toimenpiteitä täytyy tehdä asioiden muuttamiseksi. Erilaisia mittareita käyttäessä on aina etuna mittauksen tekijän käyttökokemuksen karttuminen ja vertailumahdollisuus eri mittauskertojen välillä. (Lindström ym. 2003, 23.)

## 5 ASIAKKAAN AVUSTAMINEN

### 5.1 Avustamisen periaatteet

Asiakkaan siirtymisen avustaminen on aina vaativampaa kuin jonkin tavaran nostaminen. Avustettava on aina ihminen, jolla on oma tahtonsa, rajoituksia liikuntakyvyssä sekä usein kipuja. Onkin syytä muistaa, että jokainen ihminen on erilainen ja hänen avuntarpeensa on yksilöllistä. Perusajatuksena avustamistilanteessa on, että valittu tapa tukee asiakkaan omatoimisuutta ja hoidon tavoitteita eikä kuormita asiakasta liikaa. (Tamminen-Peter ym. 2013, 126.)

Erään lähteen mukaan avustamistilannetta voidaan verrata tanssipari asetelmaan. Sillä niin kuin tanssissa myös avustamistilanteessa kumpikin mukailee toisen liikkeitä ja toinen on se, joka tanssia johtaa eli vie ja kummallakin on oltava ymmärrys siitä mitä tehdään ja mitä seuraavaksi tapahtuu. (Lahti 2010, 16–17.)

Avustamistilanteessa on syytä muistaa myös, että asiakkaalla on itsemääräämisoikeus. Tämä tarkoittaa, että hänen yksilöllisyytään on kunnioitettava ja toiminta edellyttää katsekontaktia, tasavertaista lähestymistapaa ja selitystä mitä aiotaan tehdä, jotta asiakas kykenee olemaan aktiivinen osallistuja avustamistilanteessa. (Tamminen-Peter ym. 2013, 68.)

Avustamistilanteessa on tärkeintä vuorovaikutus ja käyntiasento. Avustamistilanne on aina vuorovaikutustilanne, jossa on oleellista kuunnella avustettavaa ja ohjata tätä sanallisesti sekä kosketuksen kautta. Avustettavan omatoimisuutta tuetaan ja pyritään siihen, ettei hänen puolestaan tehdä vaan annetaan hänen itse tehdä mahdollisimman paljon. Tässä korostuu alkukartoituksen tärkeys, jotta voidaan tietää missä asiakas todella tarvitsee apua ja mitä hän kykenee itse tekemään, jotta häntä ei passivoida. Perussääntö avustamistilanteessa on, että edetään rauhallisesti ja annetaan siirrettävälle mahdollisuus osallistua huomioon ottaen hänen mahdolliset rajoituksensa kuten lonkkaleikkaus, hemiplegia eli toispuolihalvaus tai jäykkyys. (Tamminen-Peter ym. 2013, 68–71.)

Asiakkaan toimintakyvyn selvittämiseen ei riitä pelkkä hoitokertomuksen lukeminen vaan se edellyttää hoitajalta myös kykyä havainnoida asiakkaan sen hetkistä kuntoa, yhteistyökykyä, liikkumisen voimavaroja, toivomuksia ja liikkumisrajoituksia. Asiakkaan kanssa on hyvä keskustella mikä on hänelle luontainen tapa siirtyä ja mukauttaa avustustamistapa siihen. Lihaskäsiä voidaan testata pyytämällä asiakasta puristamaan hoitajan käsiä. Jalkojen voimia voidaan testata, kun asiakas nostaa polveaan hoitajan kättä vasten, jolla hoitaja antaa kevyen vastuksen polvea vasten. (Tamminen-Peter ym. 2013, 65.)

Asiakkaan perustietoihin tulee kirjata asiakkaan hoidon tavoitteet, toimintakyky, toimintakyvyn vaihtelu ja mahdollinen lääkkeiden vaikutus toimintakykyyn ja avustamisentarpeeseen. (Tamminen-Peter ym. 2013, 65.) Oleellista on kirjata, miten asiakas on tottunut toimimaan, jotta kaikki osaisivat toimia samalla tavalla. (Työturvallisuuskeskus 2007, 4.) Päivittäisen hoitotyön kirjaamisen yhteydessä on siis oleellista kirjata voimien ja hoidollisten toimenpiteiden lisäksi tarkkaan asiakkaan liikkumisesta, avun tarpeesta, mahdollisista apuvälineiden käytöstä ja hyviksi todetuista käytännöistä. Asiakkaan voimavarat ja avun tarve voi vaihdella vuorokauden ajasta ja päivästä riippuen. (Tamminen-Peter ym. 2013, 65.)

Kun asiakas ei muista tai tunnista ympäristöään tai omaa kehoaan hän on ymmällään ja alkaa pelätä ja vastustaa. Hoitajan kiinnittäessä huomiotaan vuorovaihtukseen ja antaessa aikaa asiakkaan omaan osallistumiseen vastustelu ja levottomuus vähenee. Sairauden, vamman tai liikkumattomuuden vuoksi potilaan kehon hahmottaminen voi olla heikentynyt ja hänellä on vaikea saada aikaan tarvittavaa liikettä. (Tamminen-Peter ym. 2013, 68–69.)

Erään teorian mukaan potilaat voidaan jakaa toimintakyvyltään kolmeen eri luokkaan. Ensimmäinen on positiivisesti aktiivinen potilas, joka osallistuu itse siirtolanteessa mahdollisuuksiensa mukaisesti. Aktiivisuudeksi voidaan laskea mikä

tahansa, jopa pelkkä pään nosto. Pientäkin liikettä kannattaa hyödyntää ja tukea. Toinen toimintakykytyyppi on passiivinen asiakas, joka ei voi itse osallistua avustamistilanteeseen ollenkaan. Hänen kohdallaan toimivat apuvälineet ja hoitajien hyvät ergonomiataidot korostuvat. Kolmas toimintakyky tyyppi on negatiivisesti aktiivinen asiakas, joka vastustaa avustamistilannetta liikkeillään ja toiminnallaan esimerkiksi tarttumalla hoitajaan tai nojaamalla vastakkaiseen suuntaan. Usein tämäkään asiakastyypin ei tee sitä tarkoituksella vaan taustalla voi olla spastisuutta tai muistisairautta ja pelkoa. (Hakkala, 2018.)

Hoitotyössä tapahtuvat avustamistilanteet ovat hyvin vaihtelevia, kuten myös ympäristö, jossa toimitaan. Hyvät ja isot tilat sekä tarkoituksen mukaiset apuvälineet ja riittävä mahdollisuus tietojen sekä taitojen kertaamiseen ja harjoitteluun takaavat onnistuneen ergonomian. Aina tämä ei kuitenkaan ole mahdollista esimerkiksi toimittaessa asiakkaan kotona. Paikasta riippumatta on aina oleellista huolehtia ympäristö turvalliseksi ja varata mahdollisimman paljon tilaa avustamistilanteelle mahdollisuuksien mukaan. (Työturvallisuuskeskus 2007, 4.) Hoitaja soveltaa käytännössä ohjeita tilanteen, harkintansa, taitojensa ja voimiensa mukaan. (Tamminen-Peter ym. 2013, 5.)

## 5.2 Avustamistilanne

Asiakkaan avustamistilanteessa lähdetään aina liikkeelle arvioimisesta ja suunnittelusta. Arvioidaan potilaan voimavarat ja kyvyt, tarvittavat apuvälineet, omat voimavarat ja mahdollinen lisäavun tarve. Avustaessa asiakasta sovitaan yhdessä työparin kanssa, miten tilanteessa edetään. Koko avustamistilanteen ajan keskustellaan ääneen siitä, mitä seuraavaksi tehdään. Tämä helpottaa asiakkaan mukanaoloa ja luo hänelle turvallisen tunteen sekä auttaa työparia pysymään mukana avustamistilanteessa. (Työturvallisuuskeskus 2007, 4–7.)

Avustamistilanteessa voidaan hyödyntää visuaalista, sanallista tai manuaalista ohjaamista. Visuaalisessa ohjaamisessa hoitaja voi näyttää liikkeen, jonka jälkeen asiakas toistaa liikkeen tai tekee sen yhdessä hoitajan kanssa. Sanallisessa ohjauksessa asiakasta ohjataan vain yksinkertaisin lyhyin ohjein ja käskyin. Avustamistilanteen jälkeen asiakkaalle annetaan keskustelun kautta ohjaavaa sekä motivoivaa palautetta, jossa kerrotaan mahdollisista korjattavista kohdista.



Manuaalisella ohjaamisella tarkoitetaan vähäisen avun antamista eli lähinnä asiakkaan tukemista avustamistilanteessa, kuten esimerkiksi käsillä kevyesti lantion ohjaaminen siirtyessä istumaan pyörätuoliin. Yleensä näitä kaikkia kolmea ohjaamistyyliä käytetään yhdessä samanaikaisesti. (Tamminen-Peter ym. 2007, 39.)

Hoitaja ohjaa avustettavaa kertomalla hänelle mitä tehdään ja ohjaa tätä vaihe vaiheelta tehostaen sanallista ohjausta kosketuksella ja liikkeellä. Avustettavaa ohjataan luontaisen liikemallin ja totutun tavan mukaisesti hyödyntäen painovoimaa ja ihmisen rakennetta. Häntä avustetaan vain niissä liikkeissä, joissa hän todella tarvitsee apua ja hänelle annetaan tähän riittävästi aikaa. (Tamminen-Peter ym. 2013, 69–72.)

Hoitaja itse toimii tukevassa käyntiasennossa: selkä suorana, polvet ja lonkat koukussa, hartiat alhaalla. Liikkeessä hyödynnetään painonsiirtoa ja mukaudutaan avustettavan liikkeisiin. Perussääntönä on olla niin lähellä potilasta kuin voidaan ja ottaa laaja kämmenote niin läheltä potilaan painopistettä kuin mahdollista. Tällöin kummankin osapuolen on mahdollista hyödyntää luonnollista liikeraata. (Tamminen-Peter ym. 2013, 84.)

Avustamistilanteeseen mennessä aloitetaan aina sanallisella ohjauksella, jossa ohjeet ovat lyhyitä ja selkeitä eivätkä sisällä kielto muotoa. (Tamminen-Peter ym. 2013, 69–70.) Katsekontaktin säilyttäminen asiakkaaseen avustamistilanteessa on oleellista, jotta voidaan seurata, mikäli asiakas kokee kipua tilanteen yhteydessä. (Hakkala 2018) Mikäli sanallinen ohjaus ei riitä lisätään siihen kevyt kosketus ja avustettu liike, joka ei sisällä voimakasta vetoa tai työntöä. Asiakkaan tarraava ja vastusteleva asenne kertoo usein hänen tuntemastaan pelosta ja ahdistuksesta. Tämän voivat laukaista aiemmat avustamistilanteet, kovat äänet tai hoitajan kylmät kädet. (Tamminen-Peter ym. 2013, 69–70.)

Avustamisen tulee tapahtua aina mahdollisimman tasaisesti ja rauhallisesti. Noston sijasta suositaan liu'uttamista. Oleellista on muistaa, että avustaminen ei tapahdu missään tilanteessa vaatteista repimällä. On myös hyvä välttää ohjaamasta asiakasta kohdista, joista keho liikkuu, kuten kaula, olkanivel, lonkka tai

vyötärö. Välttämällä näitä kohtia annetaan asiakkaan keholle mahdollisuus liikua luonnollisen liikeradan mukaisesti. (Työturvallisuuskeskus 2007, 6–7.)

Asiakkaan avun, kuntoutuksen sekä mahdollisten apuvälineiden tarpeen kartoittamisessa on hyvä hyödyntää fysioterapeutin arviota. Arvion jälkeen on tärkeää kirjata asiakkaan tietoihin tämänhetkinen tilanne, saadut ohjeistukset ja mahdolliset apuvälineet. Kartoittamisessa voidaan hyödyntää myös erilaisia toimintakyvyn mittareita kuten RAVA-, RAI- ja FIM-mittareita.

### 5.3 Avustaminen erityistilanteissa

Yleisimpiä asiakasryhmiä, jotka tarvitsevat apua avustamistilanteessa ovat aivo- halvauspotilaat, hemiplegiapotilaat, reisiluun murtumapotilaat ja muistisairaat. Tärkeää on jokaisen asiakkaan kohdalla muistaa, että asiakas on aina yksilö ja jokaisella on erilaiset voimavarat ja avuntarve. (Tamminen-Peter ym. 2013, 116–119.)

Hemiplegiaasiakkaalla eli toispuolisesti halvaantuneella asiakkaalla halvaantuneet raajat ovat alkuvaiheessa veltot, mutta usein muuttuvat jäykiksi eli spastisiksi ensimmäisten viikkojen aikana. Liiallinen ponnistelu, yrittäminen ja kiirehtiminen lisäävät helposti spastisuutta. Akuuttivaiheessa on tärkeää järjestää huone niin, että asiakas saa mahdollisimman paljon näkö- kuulo- ja tuntoaistimuksia halvaantuneelle puolelle. Oleellista on myös hyvä asentohoito, jolla pyritään ehkäisemään virheasentoja, makuuhaavoja ja spastisuuden syntyä. Avustamistilanteessa on tärkeää korostaa symmetriaa ja ohjata asiakasta liikkumaan mahdollisimman normaalilla tavalla. Oleellista on myös aktivoida kaikissa toiminnoissa myös halvaantunutta puolta mukaan ja ohjata asiakas siirtymään vuorotellen halvaantuneen ja terveen puolen kautta. Havainnointi ja asiakkaan tietoihin on hyvä kirjata mitkä asennot, toiminnot tai olosuhteet lisäävät spastisuutta ja tällä tavoin varmistaa yhtenäistä menettelyä asiakkaan kohdalla. (Tamminen-Peter ym. 2013, 116–119.)

Asiakkailla on usein eri sairauksien mukana tulleita tai vain liikkumattomuuden aiheuttamaa jäykkyyttä. Yleensä jäykkyyttä pahentaa runsas selinmakuulla olo, jonka takia onkin tärkeää aktiivinen asentohoito ja asiakkaan kehon hahmottamisen avustaminen kevyellä kosketuksella. Jäykän potilaan avustamistilanteissa

liike, keinuttelu, rytmitys, mielikuvat ja reipas komento helpottavat usein käskyjen perille menoa. (Tamminen-Peter ym. 2013, 122–123.)

Lonkkamurtumapotilaitta leikatun lonkan lihasvoimat alentuvat leikkauksen jälkeen ja onkin tärkeää huolehtia asiakkaan jalan keskiasennon säilyttämisestä tätä avustaessa ylös vuoteesta. Lonkkaleikatun potilaan avustamisessa on tärkeää ottaa myös huomioon, että asiakkaan tulisi nousta istumaan suoraan selinmakuulta terveen lonkan puolelta. Sänky on hyvä säätää melko korkealle, jolloin voidaan hyödyntää painovoimaa nousussa ja oleellista on huolehtia jalkojen alle liukueste lepokitkan hyödyntämiseksi. Leikkauksen jälkeen jalalle ei voi heti varata vaan apuvälineiden käyttö on suositeltavaa liikkumisen yhteydessä. (Tamminen-Peter ym. 2013, 124.)

## 6 YLEISIMMÄT TOIMINTAKYKYMITTARIT

RAI eli Resident Assesment Instrument on järjestelmä, jota hyödynnetään asiakkaiden palveluntarpeiden selvittämiseen yhdenmukaisesti ja monipuolisesti. Sen tuottaman tiedon avulla suunnitellaan yksilöllisesti ja kohdennetusti palveluita tarpeenmukaisesti heille, jotka sitä tarvitsevat. RAI järjestelmä arvioi siis asiakkaan toimintakykyä ja palveluntarpeita. Arvioinnin kysymysten avulla on tarkoitus kartoittaa asiakkaan terveydentilaa, tuen tarvetta ja voimavaroja kuten muun muassa toimintakyky, lääkitys, terveydentila, ravitsemus, palvelujen käyttö ja ympäristö. (THL Tietoa RAI-järjestelmästä, 2022.)

RAVA-mittarilla arvioidaan ikääntyneen toimintakykyä ja avuntarvetta. Mittaristossa on viisitoista erilaista toimintoa, joilla voidaan arvioida perus-, väline ja psykososiaalisia toimintoja. Tietoja käytetään yksilötasolla hoito- ja palvelusuunnitelman teossa ja päivittämisessä. Valtakunnallisella tasolla mittariston tuloksia käytetään omaishoidontuen määrittämisessä sekä palvelun kehittämisessä. Kunnallisella tasolla mittariston tuloksia puolestaan hyödynnetään henkilökuntamitoituksessa sekä kustannusten arvioinnissa (FCG, 2022.)

FMI eli Functional Independence Measure mittari arvioi vajaakuntoisen aikuisen toimintakykyä ja avuntarvetta. Sen avulla voidaan mitata asiakkaan toimintakykyä ja avuntarvetta sekä seurata niissä tapahtuvia muutoksia ja kuntouttavan työn merkitystä. Lisäksi sillä voidaan kartoittaa palveluiden tarvetta ja lisätä hoidon ja kuntoutuksen suunnitelmallisuutta. Saatuja tietoja hyödynnetään niin yksittäisen asiakkaan kohdalla kuin organisaatiotasolla johtamisen työvälineenä. Organisaatiotasolla voidaan tulosten avulla osoittaa ja perustella organisaation toimintaa. Mittari arvioi motoriset ja kognitiiviset osa-alueet yhteensä 18 toiminnon avulla, jotka käsittelevät itsestä huolehtimista, sulkijalihasten hallintaa, siirtymistä, liikkumista, kommunikointia ja sosiaalista kognitiota. (FCG, 2022.)

## 7 APUVÄLINEET

### 7.1 Yleistä apuvälineistä

Tavoitteena hoitotyössä on, että nostot muutetaan siirroiksi apuvälineiden avulla. Nostotekniikka passivoi asiakasta, ei huomioi luontaista liikemallia ja on raskas. Siirtotekniikka puolestaan aktivoi asiakasta, hyödyntää luontaista liikemallia ja on kevyempi. Mikäli tarve nostolle on, toteutetaan se nostimen avulla.

(Tamminen-Peter ym. 2013, 58–60.) Apuväline voi olla mikä tahansa väline, jolla voidaan kompensoida, helpottaa tai tasapainottaa toiminnan rajoitteita ja osallistumista heikentäviä tekijöitä. (Tamminen-Peter ym. 2010, 33.)

Apuvälineet tulee säilyttää niin, että niiden käyttö on turvallista ja vaivatonta, jokainen tietää missä ne ovat, ovat nopeasti saatavilla ja jokainen osaa käyttää niitä. Myös apuvälineen hyvä huolto on oleellista, sillä se lisää sekä työ- että potilasturvallisuutta. Käytössä olevista apuvälineistä tulisi olla ajan tasalla oleva luettelo, jonka yhteydessä on myös apuvälineiden käyttö- sekä huolto-ohjeet. (Tamminen-Peter ym. 2010, 33–34.) Apuvälineiden kunnon tarkkailu kuuluu kaikille käyttäjille ja sen ei kuulu olla pelkästään yksikön ergonomiavastaavan vastuulla. Yksikössä on tärkeää sopia selkeästi, miten toimitaan, kun huomataan rikkäinen apuväline. (Karhula, Rönholm, Sjögren 2007.)

Apuvälineiden käyttö vähentää hoitajien selkäsairauksien riskiä. Siitä huolimatta hoitajien apuvälineiden käyttö on vähäistä. Yleisin syy vähäiseen käyttöön on, ettei potilasnostimia yksinkertaisesti ole tai työskentelytahti on niin kiireinen, ettei niitä ehditä hakemaan. Näiden lisäksi myös epävarmuus oikeasta käyttötavasta tai apuvälineiden huonokunto ovat yleisiä syitä käyttämättä jättämiselle. (Fagerström ja Tamminen-Peter 2010, 118–128.)

Asiakashuoneiden tilantarpeesta ei Suomessa ole määrätty tarkkoja ohjemittoja, jonka takia avustamistilanteiden tila ei aina välttämättä ole riittävä ja hyvin suunniteltu. Avustamistilanteessa hoitajalla tulisi olla riittävästi tilaa siirtojen tekemiseen sekä apuvälineiden käyttöön. Pienessä tilassakin avustaminen voi, kuitenkin onnistua hyvin, jos tilassa on huomioitu kalusteiden ja tukitankojen sijoittelu. Tärkeää on, että työtilan mitoitus voitaisiin säätää hoitajalle ja asiakkaalle sopivaksi, kuten esimerkiksi sängyn korkeus. (Karhula ym. 2007.)

Sijoittamalla apuvälineisiin sekä ergonomiaan saadaan asiakas toipumaan nopeammin. Toipuminen nopeutuu ja passiivisuudesta syntyvät ongelmat, kuten makuuhaavat vähenevät, kun asiakas saadaan liikkeelle. Erillisen kuntoutuksen ohella arjen toiminnoilla voidaan tukea kuntoutusta ja asiakkaan toipumista. Esimerkiksi kun asiakas syö ruokasalissa oman huoneensa sijasta hän pystyy syömään paremmassa asennossa kuin sängyssä. Lisäksi hän harjoittaa samalla istuma asennossa kehonhallintaansa ja hänen sosiaaliset kontaktinsa lisääntyvät. (Lehtonen, 2019.)

## 7.2 Mekaaniset apuvälineet ja pienapuvälineet

Apuvälineet voidaan jakaa karkeasti kahteen eri kategoriaan: mekaaniset apuvälineet ja pienapuvälineet. Kummankin kategorian apuvälineiden tarkoitus on edistää ja ylläpitää käyttäjän toimintakykyä, joka on heikentynyt sairauden tai vammaisuuden vuoksi. (THL Potilassiirrot, 2020.) Joskus apuvälineet ovat arjessa mukana, vaikka emme edes ajattele niiden olevan apuvälineitä. Hyvänä esimerkkinä tästä toimii sähkösätky, jonka korkeuden säätö on ergonomiasta tukeva ominaisuus. Mikään apuväline ei kuitenkaan ole toimiva, jos sitä ei osaa käyttää oikein, joten ohjaus ja perehdytys apuvälineen käyttöön on hyvin tärkeää. Erilaiset tuet sekä apuvälineet helpottavan asiakkaan liikkumista ja häntä avustavan henkilön työtä. Hyvä apuväline antaa tukea ja parantaa tai poistaa kitkaa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala, Vuorinen 2020, 211–215.)

Pienapuvälineet ovat niin sanottuja kitkaa poistavia, käden ulottuvuutta pidentäviä tai tukea antavia apuvälineitä. Kitkaa poistavia apuvälineitä ovat esimerkiksi liukulakanat, -patjat ja -laudat. Käden ulottuvuutta pidentäviä ovat esimerkiksi tarttumapihdit ja tukea antavia esimerkiksi rollaattori tai kävelykeppi. Mekaanisia apuvälineitä ovat potilasnostimet, joita on sekä kattoon kiinnitettäviä että lattialla vapaasti liikuteltavia. (Rautava-Nurmi ym. 2020, 211–215.)

Potilasnostimien käyttö vähentää siirtotilanteiden fyysistä kuormitusta, keventää hoitajien työn kuormitusta ja lisää potilasturvallisuutta. Käytettävyys erojen vuoksi potilasnostimia olisi hyvä kokeilla käyttöympäristössä ennen hankintapäätöstä. Tällä tavoin voidaan varmistaa niiden soveltuvuus kohteeseen ja sopivuus muiden apuvälineiden kanssa. Kattonostimien käyttö on kaikista kevyintä, mutta yksiköissä tarvitaan aina vähintään yksi liinanostin, joka mahdollistaa lattialta nostot kiskojen ulkopuolella esimerkiksi kaatumistilanteiden yhteydessä. (Fagerström & Tamminen-Peter 2010, 118–128.)

## 8 ASIAKASCASET

Opinnäytetyömme verkkokurssiin valitsimme kolme avustamistilannetta, jotka video kuvasimme verkkokurssin sisältöä varten. Nämä kolme asiakascase tapusta olivat: siirtyminen vuoteessa ylöspäin kahden hoitajan avustamana, asiakkaan kääntymisen avustaminen ja istumaan nousun avustaminen makuulta sängyn reunalle.

Siirtyminen vuoteessa ylöspäin kahden hoitajana avustamana tilanteessa huomioidaan sängyn korkeus eli säädetään sängyn korkeus matalalle ja sängyn pääty alas. Huomioidaan sängyn reunojen laskeminen ja nostaminen siirron aikana. Hoitaja toimii käyntiasennossa (selkä suorana, polvet ja lonkat koukussa, hartiat alhaalla) ja asettuu sivusuunnassa sängyn kanssa, liike on joustava. Asiakkaalle kerrotaan mitä tehdään ja mikäli asiakas kykenee voi hän koukistaa polvensa ja työntää itseään ylöspäin pyydettyäessä. Asiakas liu'utetaan lakanaa pitkin, ei nosteta. (Tamminen-Peter ym. 2013, 86–89.) Vuodepotilaan nostaminen tai siirtäminen vaakatasossa poikkilakanan tai vuodesuojan kanssa kuormittaa huomattavasti hartioita ja yläraajoja, mikäli ei toimita ergonomisesti. Kun opetellaan oikea tapa käyttää apuvälineitä tässä yhteydessä myös niska- ja yläraajavaivat vähenvät merkittävästi. (Tamminen-Peter ym. 2013, 21.)

Asiakkaan kääntymisen avustaminen tilanteessa huomioidaan asiakkaan oma osallistuminen kertomalla mitä tehdään ja miten hän voi osallistua. Sänky säädetään hoitajan lantion korkeudelle ja huomioidaan sängyn reunojen laskeminen sekä nostaminen siirron aikana. Mikäli mahdollista asiakas koukistaa kääntösuunnan vastakkaisen polven sekä päänsä ja hänen käsivartensa viedään kohti hänen vastakkaista kättään. Hoitaja ohjaa asiakasta kääntymään ottamalla kiinni koukussa olevasta polvesta ja lapaluiden kohdalta. (Tamminen-Peter ym. 2013, 90–92.)



Asiakkaan istumaan nousun avustaminen makuulta sängyn reunalle aloitetaan aina kyljelleen kääntymisestä. Siinä noudatetaan edellisen kappaleen ohjeita, mutta kääntyminen tapahtuu aina siihen reunaan päin, johon ollaan nousemassa istumaan. Asiakkaan kääntyttyä kyljelleen ohjataan asiakkaan jalat alas sängyn reunalta. Tämän jälkeen voidaan auttaa asiakasta istuma asentoon sängyn päätä nostamalla sekä kevyesti harteista tukien. Tärkeää on muistaa säilyttää oma hyvä työskentelyasento, jossa polvet joustavat ja mukailevat asiakkaan liikkeitä tätä tukien. (Tamminen-Peter ym. 2013, 94–95.)

## 9 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

### 9.1 Skhole Oy

Toimeksiantajana opinnäytetyöllemme toimii Skhole Oy. Skhole Oy toimii Suomessa koko maan laajuisena verkkopohjaisena koulutuspalveluna sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle. Yrityksen toimipaikka on Helsingissä ja se työllistää 7 työntekijää. Yritys tarjoaa selainpohjaisen oppimisympäristön, joka soveltuu täydennyskoulutuksen toteuttamiseen sairaanhoitajille ja lähihoitajille sekä hoivaavustajille ja näitä kouluttavien oppilaitosten käyttöön. Sivustolla on laajasti koulutusmateriaalia liittyen muun muassa lääkehoitoon ja- laskentaan sekä käsihygieniaan ja työhyvinvointiin. (Skhole Oy, 2022.)

### 9.2 Toiminnallisen opinnäytetyön lähestymistapa

Opinnäytetyöhömme valitsemamme menetelmä on toiminnallinen. Tarkastelemme opinnäytetyössämme ergonomiaa yleisellä tasolla käytännön toiminnan ohjeistamiseen painottaen. Olemme valinneet toteutustavan sen mukaan, jolla se palvelee nykypäivänä parhaiten kohderyhmäänsä ja on useiden tahojen saatavilla. (Vilkkä ym. 2003, 51–58.) Opinnäytetyönämme syntyvä verkkokurssi on suunnattu henkilöille, jotka opiskelevat hoitoalaa, työskentelevät hoitoalalla tai toimivat hoitoalan opettajina.

Opinnäytetyössämme kehittäminen tarkoittaa olemassa olevan toiminnon korvaamista uudella: vanhat paperiset ergonomiakansiot korvaantuvat uudella verkkokurssilla. Tämän toteutukseen liittyy suunnittelua, toteuttamista sekä testaamista. Lisäksi työhön liittyy myös palautteenkeruuta suullisesti asiantuntijoilta (fyysioterapeutti ja hoitoalan työntekijät).

Aihe valikoitui, koska olemassa oleva materiaali hoitotyöhön liittyvään ergonomiaan ei palvele nykyisessä olomuodossaan, sillä useimmilla työpaikoilla ohjeistukset ovat perinteisessä kansiomuodossa ja jääneet pois käytöstä. Tavoitteena on luoda moderni ja nykyaikainen tapa opiskella ergonomiaa. Myös toimeksiantajamme oli saanut toiveita tähän aiheeseen liittyvästä kurssista.

### 9.3 Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttaminen

Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyötä ja jonka alussa määritellään työn tavoitteet, suunnitellaan toteutus ja aikataulu, valitaan menetelmä ja toteutus-tapa, pohditaan palautteen keruuta ja valmiin tuotoksen arviointia. Tämän jälkeen kerätään tietoperustaa eri lähteistä. Kehittämistyö toteutetaan toimeksiantajan huomaan puutteeseen, tiettyyn tarpeeseen ja ympäristöön. Opinnäytetyön tekijä kasvaa opinnäytetyön mukana oman aiheensa asiantuntijaksi, joka pohjaa oman tietonsa uusimpiin lähteisiin. (Kostamo ym. 2022, kappale 1.1-1.3.)

Toiminnallisen opinnäytetyön vaiheet koostuvat yhteensä kuudesta eri vaiheesta, jotka ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa. Ensimmäisenä tulee suunnitteluvaihe, jossa aletaan miettiä muun muassa työn sisältöä, rajausta, aikataulua ja mahdollista toimeksiantajaa. Toisena tulee tutkiva ja kehittävä toiminta, jossa aineiston keruu alkaa. Kolmantena vaiheena tulee arviointi, jossa arvioidaan itse työn sisältöä sekä pyydetään ulkopuolista näkökantaa ja arviota työhön liittyen. Neljäntenä vaiheena tulee reflektointi, jonka tarkoituksena on varmistaa, että tekstisisältö on suunnitellun mukainen ja se noudattaa alun perin suunniteltuja tekstivii-terajauksia. Viidentenä tulee viimeistely, jossa tekstiä hiotaan timantinlailla loppuun. Viimeisenä eli kuudentena tulee tuloksista tiedottaminen, jolloin oppilaitos johon opinnäytetyö tehdään ja toimeksiantaja pääsevät näkemään valmiin työn esittelyyn. Jokaisen vaiheen myötä opinnäytetyö korjaantuu ja hioutuu lähemmäs valmista tuotosta. (Kostamo ym. 2022, kappale 1.1-1.3.)

Aloitimme opinnäytetyön suunnitteluvaiheella. Otimme yhteyttä toimeksiantajaan heidän verkkosivujensa kautta, kun kuulimme koululta mahdollisuudesta tehdä opinnäytetyö Skhole Oylle. Saimme sovittua aloituspalaverin hyvin nopeasti. Aihe löytyi meiltä itseltä valmiina ja jo aloituspalaverissa selvisi, että myös toimeksiantajalle oli aiheeseen liittyen tullut käyttäjiltä kyselyä ja toivetta. Syksyllä pidimme uuden palaverin etäyhteyksin, jossa kävimme läpi, mikä on opinnäytetyön tilanne ja missä tarvitsemme mahdollisesti heidän apuaan ja tukeaan. Palaverin jälkeen teimme opinnäytetyöhön liittyvät sopimukset toimeksiantajan ja koulun kanssa koulun sopimus pohjiin.

Tämän vaiheen jälkeen siirryimme tutkiva ja kehittävä toiminta vaiheeseen, jossa aloimme kerätä tietoa verkkokurssin käsikirjoitusta ja opinnäytetyön kirjallista suunnitelmaa varten. Vaiheen valmistuttua pyysimme toimeksiantajalta arvioita verkkokurssista. Toimeksiantajalta saimme verkkokurssin kommentteina muutamia lisäsehdotuksia sekä kirjoitusvirhekorjauksia, jotka korjasimme verkkokurssimateriaaliin. Keräsimme tämän jälkeen palautetta suullisesti verkkokurssin kokonaisuudesta ja kirjallisesta tuotoksesta hoitoalalla toimivilta lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajilta sekä fysioterapeutilta.

Palautteen antajia oli kaiken kaikkiaan kuusi henkilöä. Tavoitteena oli saada yli kymmenen palautteen antajaa, mutta valitettavasti aikataulullisista syistä tavoitteesta jäätettiin. Palautteen antajat valittiin työtaustansa puolesta ja tehtävään pyydettiin suullisesti tai sähköpostitse mukaan lastenneuvolan terveydenhoitaja, kunnallinen fysioterapeutti, kodinhoitaja kotipalvelusta, lähihoitaja vanhusten hoivayksiköstä, terveyskeskuksen vuodeosaston osastonhoitaja ja sairaanhoitaja, kehitysvammaisten asumisyksikön lähihoitaja, terveyskeskuksen vastaanoton sairaanhoitaja ja keskussairaalan akuuttipäivystyksen sairaanhoitaja. Palautteiden antajille toimitettiin sähköpostitse kurssin käsikirjoitus ja he saivat tutustua siihen sekä halutessaan opinnäytetyön kirjalliseen osuuteen. Palautteen saimme kahdelta suullisesti ja neljältä lyhyesti kirjallisesti. Palaute oli myönteistä ja sieltä saimme poimittua pieniä korjausehdotuksia, kuten toiston vähennystä tai jonkin osa-alueen selkeytystä. Palautteen antajat kokivat, että opinnäytetyön kaltaiselle kurssille on tarvetta käytännön työelämässä.

Verkkokurssin asiakascase videoiden kuvauksen osalta otimme yhteyttä ammatitopisto Lappiaan sähköpostitse ja tiedustelimme, olisiko heillä halukkaita opiskelijoita kuvaamaan videot. Heiltä kuitenkin emme saaneet vastausta sähköpostiin, joten toteutimme kuvaukset itse palvelukodin tiloissa hyvälaatuisella kamerapuhelimella. Kuvasimme kolme asiakascase tilannetta ilman ääntä ja videot leikattiin ja niihin lisättiin tekstitys toimeksiantajan puolesta.

Kolmannen vaiheen jälkeen siirryimme neljänteen vaiheeseen, joka oli reflektointi. Jossa siirryimmekin tekemään opinnäytetyön kirjallista tuotosta. Kirjallisen tuotoksen edetessä teimme vielä muutamia yksittäisiä muutoksia verkkokurssin käsikirjoitukseen. Tätä seurasi viides eli viimeistely vaihe, jossa viimeistelimme verkkokurssin yhdessä toimeksiantajan kanssa julkaistavaksi heidän verkkosivuilleen. Samaan aikaan myös opinnäytetyön kirjallista osuutta viimeisteltiin ja hiottiin, jotta se pääsisi viimeiseen kuudenteen vaiheeseen eli esittelyyn koulun seminaariin.

## 10 ERGONOMIA HOITOTYÖSSÄ-VERKKOKURSSI

### 10.1 Verkkokurssin tavoitteet

Verkkokurssin sisältö käsittelee yleisesti ergonomiaa keskittymättä mihinkään yksittäiseen ergonomian suuntaukseen ja keskittyy pääosin asiakkaan avustamiseen hoitotyön eritilanteissa. Tavoitteena oli, että verkkokurssin kokonaisuus on mahdollisimman selkeä ja helposti ymmärrettävissä. Verkkokurssin sisällön tavoite on, että verkkokurssin suorittanut tietää verkkokurssin jälkeen ergonomian tärkeimmät pääperiaatteet. Lisäksi hoitaja osaa toimia työssään ergonomisesti sekä käyttää apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti. Työstä hyötyvät sosiaali- ja terveysalan oppilaitokset ja hoitoalan työpaikat, jotka voivat hyödyntää verkkokurssia koulutustarkoitukseen.

### 10.2 Verkkokurssin osiot

Verkkokurssin sisältö on valittu harkiten ja sen sisällöstä halusimme tehdä mahdollisimman selkeän kokonaisuuden. Verkkokurssin suorittaminen kestää noin kaksi tuntia eikä se ole sidoksissa aikaan tai paikkaan. Skholen palvelujärjestelmään kirjaututaan omilla tunnuksilla ja näin ollen verkkokurssin voi halutessaan keskeyttää ja jatkaa myöhemmin sen suorittamista. Käytyään verkkokurssin kaikki osat ja suoritettuaan tietotaitotestin saa kurssin käynyt kurssitodistuksen pdf-muodossa. Todistus voidaan tallentaa itselle koneelle tai jakaa esimerkiksi esihenkilölle tai opettajalle kurssin käymisen osoittamiseksi. Lisäksi se tallentuu Skholen järjestelmään, josta se on myös myöhemmin saatavilla.

Kurssiin valitut asiakascase tilanteet on koettu yleisimmäksi avustamistilanteeksi hoitotyössä ja ne toistuvat työssä päivittäin. Videoimme asiakascase tilanteet palvelukodin tiloissa puhelimella. Avustajina kuvauksissa toimi kaksi ystäväämme. He valikoituivat videon tekoon avustajiksi sattumalta. Videot oli ensin tarkoitus kuvata koulun tiloissa ja asiakkaana käyttää nukkea, mutta koska aikataulullisista syistä ja lasten sairastelujen vuoksi oli koulun tilaan pääseminen haastavaa, siirsimme kuvaukset palvelukodille.

Tietotestiosuus verkkokurssin loppuun on tehty materiaalin kertaamista varten, jolloin sen avulla on mahdollista kerrata verkkokurssin tärkeimpiä asioita. Testissä kysymyksiä on viisi kappaletta ja niihin vastataan kyllä tai ei. Suositus verkkokurssimme pituisille kursseille oli viisi kysymystä, joten noudatimme tätä toimeksiantajan ohjeistusta. Palautteen siitä oliko vastaus oikein antaa ohjelma automaattisesti. Tämän läpäisemisen ja kaikki teoriaosuudet käytyään kurssilainen ohjautuu automaattisesti todistuksen tarkastelu vaiheeseen.

Näiden kahden osion avulla pyrimme monipuolistamaan verkkokurssin sisältöä ja tuomaan siihen vaihtelua. Harkitsimme ensin videoiden tilalle valokuvia, mutta koimme videomuodon helpommaksi toteuttaa ja mielekkäämmäksi sekä selkeämmäksi kurssia suorittavalle.

Opinnäytetyönämme toteutuva verkkokurssi koostuu kahdeksasta eri kurssi-osuudesta. Jotka ovat:

- johdanto verkkokurssiin
- verkkokurssin tavoitteet
- ergonomia yleisesti
- avustamisen periaatteet
- asiakkaan avustaminen
- apuvälineet
- asiakkaan siirrot eri tilanteissa video muodossa
- tietotaitotesti

## 11 POHDINTA

### 11.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyönä syntynyttä verkkokurssia voidaan hyödyntää käytännössä laajalaisesti hoitoalalla niin koulu- kuin työympäristöissä, joilla on sopimus Skhole Oy:n kanssa. Päälähteenä opinnäytetyössä oli kirjallisuus. Lähteiden sisältö oli hyvin samankaltaista, joten lähteiden vaihtaminen toisiin ei muuttaisi verkkokurssin sisältöä.

Opinnäytetyömme aihe osoittautui lopulta todella mielenkiintoiseksi. Alkuun oma ajatuksemme ergonomiasta oli melko suppea, mutta mitä enemmän aiheeseen perehtyi, selvisi kuinka moniulotteinen aihe on. Eniten hankaluuksia työtä tehdessä tuotti teknologia ja se, että meillä oli liian monta versio pohjaa. Myös asiakascase videoiden kuvauksen osalta harmitti, kun emme saaneet oikeaa kuvaajaa kuvaamaan.

Yhteistyö opinnäytetyön tiimoilta meidän tekijöiden sekä toimeksiantajan ja ohjaajan kanssa sujui hyvin ja työ eteni yllättävänkin nopealla tahdilla. Tästä johtuen ei opinnäytetyön suunnitelmaan tekemämme aikataulu pitänyt paikkaansa. Myös suullisen palautteen keruu kärsi tästä yllättävän nopeaksi muuttuneesta aikataulusta ja sille olisi ollut hyvä varata enemmän aikaa.

### 11.2 Eettiset lähtökohdat

Opinnäytetyö on aina julkinen dokumentti, johon lukijan on pystyttävä luottamaan. Opinnäytetyöhön liittyy paljon sellaista tietoa, joka perustuu jonkun muun asiantuntijan julkaisemaan tietoon. Opinnäytetyön tekijän velvollisuus on kertoa täsmällisesti kenen julkaisemaa materiaalia hän käyttää ja mistä lukija löytää tarkemmat tiedot. Opinnäytetyön eettisyydessä on hyvin pitkälti kysymys siitä, että taataan tietojen luotettavuus ja toisen työn tekemisen kunnioittaminen. (Bister 2019, 62–63.)



Materiaalin keruussa opinnäytetyötämme varten hyödynsimme olemassa olevaa suomeksi kirjoitettua tai käännettyä kirjallisuutta, tutkimuksia ja artikkeleita. Pyrimme valitsemaan lähteistä mahdollisimman tuoreet julkaisut, sillä suomenkielistä kirjallisuutta ei ole juurikaan julkaistu viime vuosina ergonomiaan liittyen. Tieto itsessään ei ole vanhentunutta, joten ne ovat käytettävissä olevia ja tämän takia rajasimme tiedonkeruuseen kuuluvat materiaalit suomenkielisiin lähteisiin. Arvioimme käytettäviä lähteitä lähdekriittisesti ja kokosimme niistä yleiseen tietoon perustavan kokonaisuuden, ei yksittäiseen ergonomian suuntaukseen kohdistuvan.

Opinnäytetyössämme käytimme runsaasti lähdemateriaaliin pohjautuvaa tietoa, jota pystyimme hyvin arvioimaan omaan empiiriseen kokemukseemme hoitotyöstä pohjaten. Huolehdimme työssämme asianmukaisesta lähdemateriaalin merkitsemisestä. Hyödynsimme eettisyyden varmistamisen tukena asiantuntijoita, kuten kirjaston informaatikkoa, kirjastotoimen johtajaa ja pitkäaikaista kirjallisuus harrastajaa kirjallisen tuotoksen sekä verkkokurssin sisällön tarkistuksessa.

Tekijänoikeudet opinnäytetyöhön tulee jatkossa omistamaan toimeksiantajamme Skhole Oy. Teimme tästä kirjallisen sopimuksen heidän sekä koulumme kanssa hyödyntäen koulun sopimus pohjia.

### 11.3 Luotettavuuden tarkastelu

Opinnäytetyössä luotettavuutta pohditaan jo alusta alkaen kartoittaessa sopivia lähdemateriaaleja työn pohjaksi. Lähteiden osalta nousee kysymyksiksi: millaisia lähteitä käytetään, paljonko, millä perusteella ne rajataan ja miksi, vaikuttaako lähteiden rajaus tuloksiin? Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyyttä ja yleistettävyyttä on tärkeää tarkastella huolella. Tuloksia arvioidessa on hyvä pohtia ovatko tulokset hyödyllisiä vain työn toimeksiantajalle vai kaikissa alan organisaatioissa ja yrityksissä vai jopa alasta riippumatta. Luotettavuus on myös sitä, että opinnäytetyössä kerrotaan suoraan pohdinta osuudessa sen mahdolliset virheet ja heikkoudet. (Bister 2019, 61–62.)

Opinnäytetyössä arvioimme lähdemateriaalit tarkkaan. Aineiston rajaaminen oli sikäli helppoa, että materiaalien julkaisuvuosilla oli suuri merkitys lähteiden rajamiseen. Rajaus tehtiin myös opinnäytetyön aiheen perusteella eli keskityimme pelkästään hoitotyön ergonomiaan yleisellä tasolla. Monipuolisempi lähteiden käyttö olisi lisännyt työn luotettavuutta, mutta päätimme kuitenkin pidättyä yhden päälähdeteoksen käytössä ja rikastuttaa sitä muilla suppeammilla lähteillä. Lähteinä käytimme mahdollisimman tuoreita kirjallisuuden teoksia. Muiden lähteiden, kuten nettisivujen, tutkimusten ja artikkeleiden osalta olimme erittäin lähdekriittisiä ja pyrimme etsimään mahdollisimman tuoretta tietoa käytettäväksi tunnetuilta ammattisivuilta. Hyödynsimme tiedonhaussa myös Lapin ammattikorkeakoulun kirjaston informaation apua.

#### 11.4 Jatkokehittäminen

Opinnäytetyötämme voisi jatkokehittää eteenpäin tuomalla verkkokurssin rinnalle käytännön harjoitteista oman erillisen verkkokurssin, jossa olisi useampia asiakascase videoita ja joilla voisi harjoitella käytännössä tilanteita laajemmin. Yksi kehitysidea olisi myös toteuttaa verkkokurssi, jossa keskityttäisiin vain ergonomiaan ohjaaviin lakeihin ja niiden soveltamiseen käytännössä. Esihenkilöillä olisi mahdollisuus myös vaihtoehtoisesti luoda tämän verkkokurssin pohjalta työyhteisölle oma koulutuspaketti, johon kuuluisi verkkokurssin lisäksi oman fysioterapeutin ohjaamia käytännön harjoituksia, jolloin tästä kurssista saataisiin enemmän irti eikä harjoittelu jäisi vain työntekijöiden vastuulle.

## LÄHTEET

Aulanko. M, Huovinen. M, Kiikka. K, Lehtinen. M-L, 2010. Teemana työ. 1.painos. Keuruu: Otava.

Bister. T, 2019. Tietojenkäsittelyn opinnäytetyö: viittoja ja karttoja tutkimisen ja kehittämisen teille. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, JAMK.FI

Fagerström. V & Tamminen-Peter. L, 2010. Potilasnostimien ergonomia ja käytettävyys vanhustyössä. Hoitotiede 22 (2).

FCG Finnish Consulting Group Oy, 2022. FIM-mittari arvioi vajaakuntoisen aikuisen toimintakykyä ja avuntarvetta. Viitattu 22.9.2022. <https://www.fcg.fi/fimr-mittari-arvioi-vaajaakuntoisen-aikuisen-toimintakyky-ja-avuntarvetta>

FCG Finnish Consulting Group Oy, 2022b. RAVA mittari arvioi ikääntyneen toimintakykyä ja avuntarvetta. Viitattu 22.9.2022. <https://www.fcg.fi/ravar-mittari-arvioi-ikaantyneen-toimintakyky-ja-avuntarvetta-0>

Hakkala. H, 2018. Hoitotyöhön saadaan lisää ergonomiaa tukemalla asiakkaan omatoimisuutta. Viitattu 1.10.2022 <https://www.superlehti.fi/tyoelama/ammatissa/hoitotyohon-lisaa-ergonomiaa-omatoimisuutta-tukemalla/>

Hilonen. R, 2021. Työfysioterapeuttien ergonominen asiantuntijuus. Pro gradu-tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, Väestön terveyden ja työhyvinvoinnin edistäminen. Lääketieteen laitos.

Karhunen. K, Rönholm. T, Sjögren. T, 2018. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Tampere: Työsuojeluhallinto. Viitattu 1.10.2022. [https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/2426906/Potilassiirtojen\\_TSJ\\_83\\_2018/c57ce2b0-73c8-0a6e-2deb-25597fecbb51](https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/2426906/Potilassiirtojen_TSJ_83_2018/c57ce2b0-73c8-0a6e-2deb-25597fecbb51)

Kostamo. P, Airaksinen. T, Vilka. H, 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi: Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. E-kirja. Viitattu 30.10.2022. Helsinki: Art House Oy.

Lahti. H, 2010. Ergonomia koulutus haastaa vanhat tavat. Sairaanhoitaja lehti 6–7/2010.

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

Lehtonen. T. 2019. Satsaus ergonomiaan paransi hoitajien työterveyttä Laukassa. Telma, työturvallisuuskeskus. Viitattu 1.10.2022 <https://telma-lehti.fi/satsaus-ergonomiaan-paransi-hoitajien-tyoterveytta>

Lindström K, Elo. A-L, Kandolin. I, Ketola. R, Lehtelä. J, Leppänen. A, Lindholm. H, Rasa. P-L, Sallinen. M, Simola. A, 2003. Työkuormitus ja sen arviointimenetelmät. 1.–2.painos. Helsinki: työterveyslaitos.

Moilanen. A & Vehmasvaara. P, 2007. Vaali terveyttäsi: potilassiirrot hoivatyössä ja ensihoidossa. 1. painos. Helsinki: työturvallisuuskeskus.

Rautavara-Nurmi. H, Westergård. A, Henttonen. T, Ojala. M, Vuorinen. S, 2020. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 7.–8.painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Sairaanhoitajat, 2022. Hyviä käytäntöjä hoitotyössä jaksamiseen. Viitattu 22.9.2022. <https://sairaanhoitajat.fi/tyohyvinvointi/hyvia-kaytantoja-jaksamiseen/>

Skhole Oy, 2022. Tarjoamamme palvelut. Viitattu 7.9.2022. <https://www.skhole.fi/palvelut>

Tamminen-Peter. L, Eloranta. M-B, Kivivirta. M-L, Mämmelä. E, Salokoski. I, Ylikangas. A, 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen, opettajan käsikirja. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.10.2022. [https://www.su-perliitto.fi/site/assets/files/5592/potilaan\\_siirt\\_ergnomia.pdf](https://www.su-perliitto.fi/site/assets/files/5592/potilaan_siirt_ergnomia.pdf)

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

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

THL, 2020. Vammaispalvelujen käsikirja. Viitattu 28.8.2022. <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/apuvalineet>

THL, 2022. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 22.9.2022. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Turta. T, 2007. Ergonomian huomioiminen tuotekehityksessä valmistettavuuden kannalta. Diplomityö. Tampereen teknillinen opisto. Viitattu 1.10.2022. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/123456789/20987/turta.pdf?sequence=9&isAllowed=y>

Työaikalaki 2019/872. Viitattu 7.10.2022 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2019/20190872>

Työterveyslaitos, 2022. Potilassiirrot. Viitattu 22.9.2022. <https://www.ttl.fi/oppi-materiaalit/ergonomian-tietopankki/hoito-ja-hoivatyo/potilassiirrot>

Työterveyslaitos, 2022. Potilassiirtojen ergonomiakortti koulutukset. Viitattu 1.10.2022. <https://www.ttl.fi/koulutus/potilassiirtojen-ergonomiakorttir-koulutukset>

Työterveyshuoltolaki 2001/1383. Viitattu 7.10.2022 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työturvallisuuslaki 2002/738. Viitattu 7.10.2022 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vilkka. H, 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä, ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkkä, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

## LIITE 1: SOPMAS ARVIOINTIMITTARI

## SOPMAS-mittari siirtotaidon arviointiin

© L. Tamminen-Peter &amp; V. Hantikainen

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