

Tuula Hyrsky ja Sari Mäkinen

**Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen  
käyttöönoton merkitys hoitotyön arkeen ja vaikutukset  
hoitajien työkykyyn**

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali- ja terveystieteiden  
Sairaanhoidon yksikkö (AMK)

Sairaanhoidon yksikkö (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Tuula Hyrsky ja Sari Mäkinen

Työn nimi: Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyttöönoton merkitys hoitotyön arkeen ja vaikutukset hoitajien työkykyyn

Ohjaajat: Virpi Salo TtM, lehtori ja Asta Heikkilä TtT, yliopettaja

Vuosi: 2018

Sivumäärä: 56

Liitteiden lukumäärä: 2

---

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska julkisessa keskustelussa puhutaan työurien pidentämisestä ja toisaalla todetaan tuki- ja liikuntaelinvaijoiden olevan merkittävin sairauspoissaolojen syy sosiaali- ja terveysalalla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyttöönoton merkitystä hoitotyön arkeen ja vaikutuksia hoitajien työkykyyn Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää ja tuottaa lisätietoa Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen merkityksestä hoitajien työkykyyn ja apuvälineiden käytöstä. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta tulisi kehittää vastaamaan vielä paremmin käytännön tarpeita. Opinnäytetyö toteutettiin kyselynä soveltaen sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä.

Strukturoidussa kyselylomakkeessa oli suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Suljettujen kysymysten vastaukset kuvailtiin lukumäärinä ja prosenttiosuuksina ja avointen kysymysten vastaukset kirjattiin kunkin kysymyksen alle käyttäen sisällön erittelyä. Kyselytutkimukseen kutsuttiin kolme tehostetun palveluasumisen yksikköä. Tutkimukseen valittujen yksiköiden koettiin antavan riittävän monipuolinen näkemys Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen jalkautumisesta hoitotyön arkeen. Kyselyn piirissä oli 67 potentiaalista vastaajaa, joista 33 (49 %) hoitajaa palautti kyselylomakkeen täytettynä. Koulutuksen kautta saadut opit oli kyetty jalkauttamaan hoitotyön arkeen kohdullisen hyvin. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus koettiin vastaajien keskuudessa hyödyllisenä koulutuksena, joka tukee hoitajien työssä jaksamista ja parantaa työkykyä merkittävästi. Koulutuksen ansiosta koettiin yksilötasolla sairauspoissaolojen vähentyneen jonkin verran. Kyselyyn vastanneiden mielestä Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus tulisi sisällyttää hoitajien peruskoulutukseen tai vähintäänkin tarjota kaikille hoitajille työpaikkakoulutuksen muodossa.

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on erinomainen tapa kohentaa niin hoitajien omaa kuin työyhteisönkin ammattiosaamista.

Avainsanat: Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus, hoitotyö, työhyvinvointi, työsuojelu, ergonomia, työkyky

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## **Thesis abstract**

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Authors: Tuula Hyrsky and Sari Mäkinen

Title of thesis: Introduction of the Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -education into nursing and significance to the nurses' ability to work

Supervisors: Virpi Salo MNSc, Lecturer and Asta Heikkilä PhD, Principal lecturer

Year: 2018

Number of pages: 56 Number of appendices: 2

---

The subject of the final year project is both current and important since extending working careers is discussed a lot in public while musculoskeletal system diseases are stated to be the most noticeable cause of sickness absences in the field of social services and health. The final year project aimed to describe how the Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -education has become a part of everyday life in the field of nursing in Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. The aim of this study was to explain and produce additional knowledge of the significance of the Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -education to working capacity of nurses, and to get information how to develop the education in order to respond to practical needs even better. The final year project was carried out in a questionnaire form using both qualitative and quantitative research methods.

The structured questionnaire contained close-ended and open questions. Answers of close-ended questions were described as numbers and percentage values, whereas answers of open questions were recorded under each question by using content analysis. Three units of sheltered housing were invited to participate in the survey. The three chosen units were considered giving a versatile view of how the Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -education could become a part of everyday life of the nursing career. 33 (49 %) nurses out of 67 potential participants filled and returned the questionnaire. Knowledge obtained through the education had been taken as a part of the everyday routine reasonably well. The Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -education was experienced as a useful method that supports the well-being in a workplace and improves working capacity considerably among participants. Along with the education, amount of sickness absences was seen to decrease a little on an individual basis. Participants expressed that the Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -education should be included in basic education of nurses, or it should at least be offered to all nurses as an on-the-job education.

The Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -education is an excellent way to improve professional knowledge of nurses and the work community.

Keywords: nursing, work wellbeing, health and safety, ergonomics, ability to work

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Kuvioluettelo .....	6
1 JOHDANTO.....	7
2 HOITAJIEN HYVÄN TYÖKYVYN EDELLYTYKSET .....	9
2.1 Työhyvinvointi hoitotyössä.....	9
2.2 Työsuojelu hoitoalalla .....	13
2.3 Ergonomia hoitajan turvana.....	14
2.4 Työkyky ja hoitotyö .....	19
3 POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKORTTI® -KOULUTUS.....	24
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	29
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	30
5.1 Aineistonkeruu.....	30
5.2 Vastaajien valinta .....	31
5.3 Aineiston analyysimenetelmät .....	32
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	34
6.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus .....	34
6.2 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen merkitys hoitotyön arkeen ja apuvälineiden käyttöön.....	37
6.3 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutukset hoitajien työkykyyn.....	42
6.4 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen kehittäminen .....	43
7 POHDINTA.....	45
7.1 Eettisyys.....	45
7.2 Luotettavuus.....	46
7.3 Opinnäytetyöprosessi .....	47
7.4 Tulosten tarkastelu .....	48
7.5 Jatkotutkimusehdotukset .....	50

LÄHTEET .....	51
LIITTEET .....	56

## Kuvioluettelo

Kuvio 1. Työhyvinvointi ja sen osatekijät. ....	10
Kuvio 2. Nosto- ja siirtotekniikoiden vertailu. ....	17
Kuvio 3. Työkyky-talo. ....	20
Kuvio 4. Sairauspoissaolotilasto. ....	26
Kuvio 5. Opinnäytetyön eteneminen. ....	30
Kuvio 6. Hoitoalan työkokemus vuosina. ....	34
Kuvio 7. Työn fyysinen kuormitus. ....	35
Kuvio 8. Koettu työn kuormittavuus: vertailu työkokemuksen mukaan. ....	35
Kuvio 9. Koettu työkyky. ....	36
Kuvio 10. Koettu työkyky: vertailu työkokemuksen mukaan. ....	36
Kuvio 11. Suoritettu koulutus. ....	37
Kuvio 12. Työn fyysisen kuormittavuuden muutos. ....	37
Kuvio 13. Työtapojen muutoksen vaikutus tule-terveyteen. ....	38
Kuvio 14. Työyhteisön sitoutuminen ergonomisiin työmenetelmiin. ....	39
Kuvio 15. Apuvälineiden käyttökoulutus. ....	41

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska julkisessa keskustelussa puhutaan työurien pidentämisestä ja toisaalla todetaan tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien olevan merkittävin sairauspoissaolojen syy sosiaali- ja terveysalalla (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2010, 7; Karjalainen 2013; Valtanen 2016). Aiheeseen liittyvää tutkittua tietoa hoitotyön näkökulmasta on vasta vähäisesti, ja siksi on tarpeellista perehtyä asiaan.

Tälle aikakaudelle tyypilliset säästöt ja leikkaukset luovat haastetta hoitotyöhön, sillä samat työt täytyy tehdä pienemmän henkilöstön voimin. Paineet kustannusten tehostamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat kovat (Sote-uudistuksen tavoitteet, [viitattu 9.9.2017]) ja samaan aikaan hoitoa vaativien potilaiden määrä kasvaa. On hyvin tärkeää, että fyysisyyttä vaativat työt tehdään ergonomisesti oikein ja kehoa säästäen. Tästä hyötyvät kaikki osapuolet, niin hoitajat, potilaat, työnantajat kuin yhteiskuntakin. (Fagerström 2013, 20–21.)

Lähtökohtana opinnäytetyölle oli kiinnostus hyvää ergonomiiaa ja turvallisia potilassiirtoja kohtaan. Toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee Kuntayhtymä Kaksineuvoinen ja on työn puolesta käynyt Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen keväällä 2016. Tämän kautta syvällisempi aiheeseen perehtyminen nousi tutkimusaiheeksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyttöönoton merkitystä hoitotyön arkeen ja vaikutuksia hoitajien työkykyyn. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää ja tuottaa lisätietoa Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen merkityksestä hoitajien työkykyyn ja apuvälineiden käytöstä. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta tulisi kehittää vastaamaan vielä paremmin käytännön tarpeita. Yhteistyöorganisaationa oli Kuntayhtymä Kaksineuvoinen, jonka tehtävänä on järjestää jäsenkuntiensa asukkaille perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut. Jäsenkuntia ovat Kauhavan kaupunki, Evijärven ja Lappajärven kunnat. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen, [viitattu 4.9.2017].) Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin kyselynä.

Halme (2012, 101–102) toteaa, että hoitotyö perustuu eettisiin periaatteisiin ja yleisesti hyväksytyihin arvoihin. Tietoperusta koostuu moniammatillisesta ja vankasta tiedosta.

Arvopäämääriä ovat hyvinvointi, terveys ja inhimillinen kasvu. Tässä yhteydessä tulee muistaa ihmisen itsemääräämisoikeuden ja ainutkertaisuuden kunnioittaminen sekä luotettavuus, rehellisyys, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Tiivistettynä voidaan todeta, että perimmäinen tavoite hoitotyötä toteuttaessa on asiakkaan laadukas ja hyvä elämä sekä potilaan hyvä hoito.

Hoitotyön näyttö koostuu kolmesta osa-alueesta: tieteellisesti havaitusta tutkimusnäytöstä, hyväksi havaitusta toimintanäytöstä ja kokemukseen perustuvasta näytöstä (Ahonen ym. 2016, 16–20). Suomessa toteutetaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä, joka käsitetään parhaan ja uusimman käytettävissä olevan tiedon harkituksi käytöksi kulloinkin kyseessä olevan potilaan tai potilasryhmän terveyden edistämiseksi ja hoidossa, huomioiden myös läheiset (Hotus 2018). Tuoreen raportin (Korhonen ym. 2018) mukaan näin ei kuitenkaan aina ole: näytön käyttö ei ole näkyvää, näytön levittämiseen tai käyttöönottoon ei ole toimivia käytäntöjä, eikä tieto näyttöön perustuvan toiminnan käytännöistä leviä organisaatioissa. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus 2018) kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja toimii tutkimusnäytön välittäjänä hoitotyön toimijoille. Terveystieteiden ohjenuorana toimivat hoitotyön suositusten lisäksi Käypä hoito -suositukset (29.3.2017), jotka ovat lääkärin työn perustana ja tukena. Suositukset ovat sovellettavissa suomalaisen käytäntöön myös sellaisissa tapauksissa, joista ei ole tieteellistä näyttöä tai joista ei sitä ole saatavilla. Käypä hoito -suositukset parantavat hoidon laatua ja stabiloivat hoitokäytäntöjen vaihtelua.



## 2 HOITAJIEN HYVÄN TYÖKYVYN EDELLYTYKSET

Teoreettinen viitekehys rakentui keskeisten käsitteiden ympärille. Keskeisiä käsitteitä ovat: Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus, työhyvinvointi, työsuojelu, ergonomia ja työkyky. Käsitteet nousivat esiin lähdemateriaaliin perehdyttäessä, ja ne valittiin niiden aiheeseen liittyvän vahvan yhteyden vuoksi.

### 2.1 Työhyvinvointi hoitotyössä

Käsitteenä työhyvinvointi on hyvin laaja ja subjektiivinen kokemus. Esimerkiksi ergonomia on osa fyysistä työhyvinvoinnin osa-aluetta työhyvinvoinnin monisävyisellä kartalla. Muita työhyvinvoinnin osa-alueita ovat psyykkinen, sosiaalinen ja henkinen työhyvinvointi. (Virolainen 2012, 11–14.)

Ergonomian ja erityisesti potilassiirtojen suoranaista merkitystä työhyvinvointiin on tutkittu toistaiseksi vähän. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Utriainen & Kyn-gäs 2008, 43–45) hoitajien työhyvinvointiin positiivisesti vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat hoitajien välinen yhteisöllisyys, potilashoito ja työn organisoinnin erilaiset tavat. Esimerkiksi Fagerström (2013) on tutkinut ergonomisen avustamisen merkitystä hoitajien fyysiseen kuormitukseen ja tätä kautta sivunnut työhyvinvointiin kuuluvaa osa-aluetta.

Työhyvinvointi ymmärretään normaalisti fyysisestä kunnosta ja terveydestä huolehtimiseksi (Pakka & Rätty 2010, 6–7). Se on kuitenkin huomattavasti laajempi käsite, joka koostuu psyykkisestä hyvinvoinnista ja henkisestä kunnosta, fyysisestä turvallisuudesta, hyvinvoinnista ja kunnosta sekä sosiaalisesta hyvinvoinnista, vuorovaikutuksesta ja tuesta (Kuvio 1).



Kuvio 1. Työhyvinvointi ja sen osatekijät (Pakka & Rätty, 2010).

Työhyvinvointia, kuten myös työssä onnistumiseen tarvittavia edellytyksiä, voidaan edistää keskittymällä työyhteisön johtamiseen, työympäristöön, työn sisältöön, osaamiseen, organisaation kulttuuriin ja toimintatapoihin. Unohtaa ei sovi työhyvinvoinnin kokonaisuuteen vaikuttavia yksilöön liittyviä asioita, kuten näkemyksiä ja erilaisia tapoja suhtautua asioihin sekä asenteita. Ihmisten on todettu voivan hyvin omassa työssään työn ollessa merkityksellistä ja silloin, kun työntekijällä on oman työnsä suhteen hallinnan tunne. Oikeudenmukaisesti ja työntekijöitä arvostaen toteutettu johtaminen ja kohtelu auttavat ihmisiä voimaan työssään hyvin. Työhyvinvoinnista huolehtiminen on hyvin tärkeää, sillä esimerkiksi negatiiviset tunteet ja ilmapiiri voivat saastuttaa koko työyhteisön. Kaikkien työyhteisön jäsenten on huolehdittava omalta osaltaan työyhteisönsä positiivisesta ilmapiiristä niin, että jokainen kokee työnsä mielekkääksi ja itsensä arvostetuksi työyhteisön jäseneksi. (Pakka & Rätty 2010, 6–7.)

Pakka ja Rätty (2010, 38) pitävät työhyvinvointia tärkeänä kilpailutekijänä rekrytoitaessa uusia työntekijöitä, sillä mielekkääksi koettu työ ja positiivinen ilmapiiri ovat työntekijöiden arvostamia valintakriteerejä. Työnantaja, joka pitää henkilöstöstään hyvää huolta on oivaltanut näin toimien turvaavansa tulevaisuudessa laadukkaiden palvelujen tuottamisen ja osaavan työvoiman saamisen. Työhyvinvoinnin kehittämiseksi on

tarvetta myös työntekijöiden ikääntyessä ja tuottavuuspaineiden lisääntyessä. Sairauspoissaolot lisäävät kustannuksia, eivätkä työt suju parhaalla mahdollisella tavalla, jos poissaoloja on paljon. Henkilö ei sitoudu työhönsä eikä jaksu keskittyä työn tekoon ja työyhteisöön mikäli voi huonosti. Työhyvinvoinnilla on keskeinen merkitys työurien pituuteen, kansanterveyteen sekä sairaus- ja eläkekulujen vähenemiseen.

Laine (2013, 27–32) jakaa työhyvinvointivastuut viiteen eri kategoriaan: *työnantajatahon* on huolehdittava vastuullisesta johtamisesta ja yritystoiminnasta unohtamatta kestävä kehityksen periaatteita. *Esimiehellä* on direktio-oikeuteen, työturvallisuuslakiin ja työpaikan käytäntöihin perustuva vastuu, josta esimerkkinä niin sanottu varhaisen tuen toimintamalli ja sen soveltaminen käytäntöön. *Työtovereilla* ja *työryhmillä* on yhteisöllinen vastuu sekä moraalinen ja sosiaalinen vastuu ryhmän jäsenistä. *Työntekijän* harteilla on oma vastuu itsestään sekä omasta hyvinvoinnistaan. Lisäksi kaikilla edellä mainituilla on jaettu *yhteisvastuullisuus*.

Työhyvinvointi ymmärretään pitkälti kokonaisuutena, josta on nostettu tärkeään asemaan työntekijän vastuu omasta työhyvinvoinnistaan (Hietalahti & Pusenius 2012, 3–5). Työntekijällä on velvollisuus huolehtia omasta työhyvinvoinnistaan. Hänen on pyrittävä vahvistamaan omia voimavarojaan ja huolehtimaan sekä fyysisestä että psyykkisestä hyvinvoinnistaan. Nykyään ymmärretään työntekijän oman vastuun tärkeys eikä niinkään nosteta esiin yksistään esimiestä, johtoporrasta, työolosuhteita tai työyhteisöä puhuttaessa työhyvinvoinnista. Työntekijän on silloin tällöin hyvä pysähtyä ja analysoida henkilökohtaista työhyvinvointiaan sekä pohdittava, onko tehnyt kaiken voitavansa edistääkseen työhyvinvointiaan. Työterveyslaitos ([Viitattu 6.3.2018]) ohjeistaa työturvallisuuslain (L 23.8.2002/739) määräykseen perustuen työntekijää kantamaan vastuuta omasta työhyvinvoinnistaan ja tämän lisäksi osallistumaan yhdessä johtajien ja esimiesten kanssa sen edistämiseen.

Työpaikalla on suositeltavaa tehdä työhyvinvointisuunnitelma, johon kirjataan kehittämisen alueita, jotka voidaan luokitella neljään eri kategoriaan (Manka 2007, 92–94):

## 1. Työ ja työolot

- a. *Turvallisuus*: Työn turvallisuusriskien arviointi.
- b. *Ergonomia*: Terveiden kannalta suotuisat työtavat ja asennot, työssä käytettävät apuvälineet riskittömiä ja asianmukaisia.

- c. *Työhygienia*: Mahdolliset työympäristön fysikaaliset, kemialliset ja biologiset rasitteet ja miten niitä ehkäistään.

## 2. Työyhteisö ja organisaatio

- a. *Toimintatavat*: Organisaation toiminta ja arvot.
- b. *Vuorovaikutus*: Luottamuksellinen ja avoin toiminta.
- c. *Johtaminen*: Reilu johtaminen, vuorovaikutteinen ja palkitseva suhde johdon ja työntekijöiden välillä.

## 3. Ammatillinen osaaminen

- a. *Työn tavoitteet*: Informaatio tavoitteista jokaisen työntekijän ulottuvilla.
- b. *Osaaminen*: Ammatillinen osaaminen, yleiset työelämävalmiudet, säännölliset kehityskeskustelut ja tulosten seuranta.
- c. *Työn haasteellisuus*: Monipuolinen työ, työnkierto, kokonaisvaltainen työn hallinta.

## 4. Terveys ja voimavarat

- a. *Fyysiset*: Työn kuormittavuus ja sen vähentäminen, fyysisen kunnon hoitaminen ja parantaminen.
- b. *Psyykkiset*: Työn psyykinen kuormittavuus, jaksamisen seuranta ja epäkohtiin tarttuminen.
- c. *Sosiaaliset*: Työilmapiiri, keinot joilla puututaan mahdollisiin häirintätapauksiin.

Manka (2007, 92–94) tähdentää, että työhyvinvointisuunnitelmaa toteutettaessa on nimettävä henkilö, joka ottaa vastuulleen suunnitelman ylläpidon ajantasaisena ja huolehtii ongelmatilanteissa selvittelyn alulle panon. Tämän ohella on mietittävä myös esimiesten ja työntekijöiden rooleja. Suunnitelmaa laadittaessa on hyvä huomioida, miten reagoidaan työvoiman vaihtuvuuteen, osaamisen siirtämiseen asiantuntijoilta aloittelijoille sekä työntekijöiden vaihtuviin elämäntilanteisiin, huomioiden myös heidän psyykinen ja fyysinen hyvinvointinsa. Työhyvinvoinnin parantamisessa on hyvä keskittyä muutama kohteeseen kerrallaan, jolloin tavoitteet ovat helpompi saavuttaa.

Työntekijän elämänhallinnan tunne on hyvinvoinnin lähtökohta. Henkilökohtainen työhyvinvointi lähtee hyvästä fyysisestä ja psyykkisestä kunnosta, joista jokaisen tulee

itse huolehtia liikkumalla säännöllisesti ja kiinnittämällä huomiota terveellisiin elämäntapoihin. Muita henkilökohtaisen työhyvinvoinnin mahdollistavia tekijöitä on oman työn hallinta, ammatillinen osaaminen ja sen kehittäminen, itseluottamus ja itsetuntemus, elämän tasapaino, johon sisältyy sopivassa suhteessa työtä ja vapaa-aikaa, jolloin on mielekästä tekemistä, hyvät työkaverit sekä tasapuolisesti alaiset huomioon ottava esimies. Elämänhallinta on selviytymisvoimavara tiukoissa tilanteissa, jolloin vaaditaan vahvaa uskoa ja voimia selvitä kuormitustekijöistä. (Manka 2007, 96–102.)

## 2.2 Työsuojelu hoitoalalla

Työsuojelu on osaltaan tukemassa työhyvinvointia toimien ennaltaehkäisevästi tarkoituksena parantaa, ylläpitää ja edistää työikäisen väestön yleistä terveydentilaa kokonaisvaltaisesti. Tähän kuuluu turvallisuuden, terveyden ja työ- ja toimintakyvyn edistäminen sekä työtapaturmien ja ammattitautien ehkäiseminen. Laajasti ajateltuna työsuojelu käsittää hyvän työympäristön, joka muodostuu työturvallisuudesta ja työterveydestä sekä henkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. (Kämäräinen 2009, 8–11.)

Työsuojelun näkökulmasta hoitotyötä koskee kaksi eri lainsäädäntöä. Työturvallisuuslaki (L 23.8.2002/738) määrittelee, että työnantajan on pidettävä huoli työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä. Työterveyshuoltolaki (L 21.12.2001/1383) velvoittaa työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon yhdessä huolehtimaan työn ja työympäristön terveellisyydestä ja turvallisuudesta, työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisystä, työntekijöiden terveydestä sekä työ- ja toimintakyvystä sekä työyhteisön toiminnasta. Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä siirroista ja nostoista työssä (L 22.12.1993/1409) täsmentää lain velvoitetta potilassiirroissa. Työnantajan on selvitettävä työturvallisuuslain mukaan työhön liittyvät haitta- ja vaaratekijät, kuten esimerkiksi potilassiirtojen aiheuttama tapaturmavaara ja kuormitus hoitotyössä.

Henkinen hyvinvointi on työsuojelun kannalta merkittävä asia, johon on alettu kiinnittää huomiota 1980-luvulta lähtien (Soini 2009, 74–101). Työsuojelu on ymmärretty aiemmin tapaturma-alttiuden ja fyysisen työympäristön riskien kannalta tärkeäksi, kunnes on alettu kiinnittää huomiota enemmän henkiseen kuormittavuuteen muun mu-

assa hoito- ja asiakaspalvelualalla. Hoitotyössä tulee paljon tilanteita, joissa on tehtävä nopeita päätöksiä joiden seuraukset ovat merkittäviä ja päätöksiin liittyy iso vastuu.

Työnantaja on velvollinen arvioimaan työntekijöiden käsin tehtävien nostotöiden aiheuttamaa kuormitusta, jonka on todettu olevan yksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien riskitekijöistä. Käsin tehtävissä nostoissa taakan paino on vain yksi tekijä ja näin ollen tilannetta on tarkasteltava kokonaisuutena. Taakkojen nostoon tulee käyttää tarkoituksenmukaisia siirtoja ja nostoja helpottavia apuvälineitä oikeaoppisesti. Työntekijät tulee kouluttaa ja velvoittaa heidät apuvälineiden käyttöön aina, kun se on mahdollista. Nosto- ja siirtotyöt tulee suunnitella huolellisesti ja toimia suunnitelman mukaisesti. (Harjanne & Penttinen 2007, 127–131). Työsuojelulainsäädännössä ei ole tarkkoja rajoja suurimmista sallituista nostojen kilorajoista (Nostot käsin 2017).

### 2.3 Ergonomia hoitajan turvana

Ergonomia tutkii toimintajärjestelmän ja ihmisen vuorovaikutusta ja kehittämistä pyrkien parantamaan ihmisen hyvinvointia ja järjestelmän suorituskykyä. Ihmisen ominaisuudet ja tarpeet otetaan huomioon sopeutettaessa ergonomian avulla työ, työvälineet ja -ympäristö sekä muu toimintajärjestelmä yhteistoimintaan. Ihmisen turvallisuus, terveys ja hyvinvointi sekä järjestelmän tehokas ja häiriötön toiminta ovat tavoitteena. Ergonomia on toiminnan ja tekniikan yhteensovittamista ihmiselle soveltuvaksi. (Lau-nis & Lehtelä 2011, 19.)

Manka (2007, 92–94) jaotteli ergonomisen avustamisen osa-alueiksi: työn ja työolot, työyhteisön ja organisaation, ammatillisen osaamisen sekä terveyden ja voimavarat. Työturvallisuus ja potilasturvallisuus ovat keskeiset vaikuttavat yläkäsitteet ja ne kulkevat rinnakkain, ollen samanarvoisia toisiinsa nähden.

**Ergonominen avustaminen** on hoitotyössä keskeisessä asemassa ja sitä tulee tarkastella ergonomian, työterveyden, kuntouttavan hoitotyön ja organisaatioiden toimintaympäristöjen näkökulmasta (Fagerström 2013, 22). Terveysturvallisuuden organisaatioiden vastuulla on toteuttaa ergonomisen avustamisen kansallisia ohjeita ja säännöksiä. Ergonomiseen avustamiseen liittyviä tekijöitä voidaan johtaa tehokkaimmin liittämällä

se tiiviiksi osaksi organisaation turvallisuuskulttuuria- ja johtamista. Näiden pohjalta laadittujen toimintapolitiikan ja työkäytäntöjen avulla työyhteisöjen ergonomista toimintaa voidaan ohjata. Toiminta tulee perustaa hoitajan työturvallisuusriskien ja potilaan toimintakyvyn arviointiin. Keskeisin tekijä ergonomisen avustamisen onnistumisessa on potilaan ja hoitajan toiminta. Keskinäisen vuorovaikutuksen kautta mahdollistuu laadukas hoitotyö. Toimintaympäristö ja erilaiset apuvälineet toimivat avustamisen turvallisuuteen ja miellyttävyyteen vaikuttavina tekijöinä. Kannustava ilmapiiri ja organisaation julkinen toimintapolitiikka toimivat ergonomisen toiminnan tukena. (Fagerström 2013, 42–43.)

Ergonomiseen avustamiseen vaikuttavat monet tekijät (Fagerström 2013, 22–23). Se on kuntouttavaa hoitotyötä, jossa ihmisläheisin keinoin pyritään toimimaan sekä avustajan että avustettavan kannalta terveellisesti ja turvallisesti. Avustamisessa käytetään hyödyksi apuvälineitä, toimintaympäristöä, -järjestelmää ja avustajan sekä avustettavan vuorovaikutusta. Tavoitteena on avustaa ainoastaan sen verran, että avustettava pystyisi selviytymään niin itsenäisesti kuin mahdollista. Avustustehtävään vaikuttavat useat eri tekijät, joista keskeisimpinä avustajan osaaminen ja fyysiset ominaisuudet sekä avustettavan toimintakyky, fyysinen kunto ja kognitiiviset taidot. Apuvälinein tätä tehtävää on mahdollista helpottaa molempien turvallisuus huomioiden.

Hoitotyössä täytyy käyttää avustamisen peruseriaatteita, jolloin potilasta ei nosteta, vaan rullataan, liu'utetaan tai kammetaan. Potilasta informoidaan, mitä hänen on tehtävä ja millä tavoin hoitaja auttaa häntä. Potilas aktivoidaan ja ohjataan toimimaan luontaisten liikkeiden mukaisesti ja avustetaan vain sen verran, mitä hänen tilanteensa ja omat kykynsä edellyttävät. Näin toimien toteutuu kuntouttava hoitotyö, jossa potilas on aktiivinen omassa hoidossaan. Hoitohenkilökunnan tulee omaksua oikeat ergonomiset työasennot ja käyttää hyväkseen oman kehonsa luonnollisia liikeratoja avustessaan potilasta. Näin toimien pienennetään hoitajien rasitusta sekä aktivoidaan potilasta, joskin se voi edellyttää potilaan ohjaamista sekä viedä enemmän aikaa. Potilasnostureita käytetään tavallisesti silloin, jos potilaan omat voimavarat eivät riitä aktiiviseen toimintaan ja käyttö säästää hoitajien resursseja. (Launis & Lehtelä 2011,189; Työterveyslaitos, [viitattu 12.2.2018].)

Ergonomisen avustamisen peruseriaatteet ovat samat kuin aiemminkin, mutta nykyään tuodaan esiin avustettavan osallistuvaa roolia, hoitotyön ammattilaisen työturvallisuusnäkökulmaa sekä hoitotyön johdon kaiken kattavaa vastuuta ergonomian uudistamisesta (Fagerström 2013, 22–23). Avustajan toiminta avustustilanteessa vaikuttaa paljon siihen, miten hän kokee kuormituksen. Hyvä avustustekniikka ja taidot ovat hyödyksi hoitotyössä. Taidokas avustaja osaa hyödyntää potilaan omat voimavarat siten, että hänen täytyy vain hyvin vähän avustaa siirtymisissä. Avustaja osaa oikeaoppiset työskentelyasennot sekä apuvälineiden käytön. Sanallisen viestinnän ja kosketuksen avulla avustettavan ohjaus sujuu luonnollisesti ilman, että avustusotteet estävät avustettavaa toimimasta itse. Avustettavan oman toimintakyvyn mukaan valitaan sopivat apuvälineet ilman, että avustettavaa passivoidaan.

Erilaiset potilassiirtojen apuvälineet, kuten nousutuet ja tukikahvat antavat lisätukea, nostimet ja seisomanojanostimet kannattavat potilaan omaa painoa, kitkaa vähentävät liukulakanat ja -patjat, liukulaudat ja siirtolevyt sekä potilaaseen tarttumista helpottavat erilaiset siirtolevyt ja -nauhat sekä siirto- ja talutusvyöt. Näitä apuvälineitä suositellaan käyttämään tilanteissa, joissa potilas ei itse kykene varaamaan raajoihinsa tai siirron yhteydessä arvioitu hoitajien fyysinen rasitus on liian suuri. Lattialla liikuteltavia potilasnostimia tai kattonostimia käytetään hoitotyössä passiivisten vuodepotilaiden sekä rajoitetusti liikuntakykyisten potilaiden siirtoihin, jolloin hoitajien työn fyysistä kuormitusta saadaan vähennettyä radikaalisti. (Työterveyslaitos, [viitattu 12.2.2018].)

Avustaminen tapahtuu yleensä toimintaympäristössä, jossa on hygienia- ja makuutilat sekä kalusteita, kuten esimerkiksi vuode. Avustettavan hyvinvointia takaa omalta osaltaan potilasturvallisuuden noudattaminen hoitotyössä, avustajan osalta työturvallisuusasioista huolehtiminen on hänen hyvinvointinsa tukena. Toimintaympäristö sisältyy isompaan organisaatioon, jossa on omat johtamis- ja työkäytännöt sisältäen suunnitelmat, tavoitteet, ohjeistukset ja prosessit. Organisaatioissa ja työyhteisöissä on omanlainen työkulttuuri ja -ilmapiiri, joihin liittyy työyhteisöjen arvot, asenteet ja motivaatio. Työolot koostuvat resursseista, puitteista ja työajoista. Kaikkea edellä mainittua toimintaa säätelevät kansalliset ja kansainväliset säädökset lakeineen, asetuksineen sekä standardeineen. (Fagerström 2013, 22–23.)



Käsin tehtävät siirrot, nostot ja potilaan liikkumisen avustaminen ovat hoitotyössä niitä fyysisesti raskaimpia töitä, joiden ergonomiseen suorittamiseen tulisi kiinnittää huomiota (Työterveyslaitos, [viitattu 16.4.2018]). Potilassiirroissa on aiemmin käytetty nostotekniikkaa, joka hiljalleen on väistynyt uusien siirtotekniikoiden myötä (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 58–64). Kuviossa 2 on esitetty aikaisemmin käyttöön otetun potilaan nostotekniikan ja uudenajan siirtotekniikan välisiä eroja. Uusia siirtotekniikoita on kehitetty 1990-luvulta alkaen keventämään hoitotyön kuormittavuutta.

<b>Siirtotekniikka</b>	<b>Nostotekniikka</b>
Aktivoi potilasta	Passivoi potilasta
Säästää hoitohenkilökuntaa	Nostot ovat raskaita
Hyödyntää ihmisen luontaisia liikemalleja	Ei huomioi luontaisia liikemalleja
Hoitaja käyntiasennossa	Hoitaja haara-asennossa
Hoitaja liikkuu potilaan liikkeen mukana	Hoitaja lähes paikallaan

Kuvio 2. Nosto- ja siirtotekniikoiden vertailu.

Työstä aiheutunut selkäkipu johtuu yleensä huonosta työasennosta, jossa ei ole huomioitu riittävästi ergonomisia työskentelytapoja (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 14–32). Hoitotyössä on tyypillistä, että työtä tehdään etukumarassa ja tästä johtuen hoitajan selkä tuntuu kankealta eikä selän suoristaminen onnistu ilman kivun tunteista. Hoitajan selkä joutuu erityiselle koetukselle potilassiirroissa ja taakkojen nostamisessa etenkin, jos asento ei ole oikeanlainen. Selän kiertoliikkeet ja kumarassa työskentely ovat hoitajien työssä erityisiä riskejä selkäongelmien kannalta. Riskejä lisää, mikäli rasitus jatkuu pidempään ilman riittävää lepoa ja palautumista.

Fyysisesti rasittavimpia työvaiheita hoitotyössä on todettu olevan potilaan auttaminen siirtymisissä vuoteesta pyörätuoliin tai tuoliin ja takaisin sekä vuoteessa asennon korjaaminen. Oikeanlaisten tilaratkaisujen avulla työympäristö on mahdollista toteuttaa siten, että työskentely sujuu ergonomisesti. Potilashuoneiden kalustus on hyvä pitää mahdollisimman niukkana. Potilaan tärkein kaluste on sänky säätömahdollisuuksin varusteltuna. Hyvä kehonhallinta on hoitajan ergonomisen työasennon lähtökohta ja erinomainen keino huolehtia työhyvinvoinnista. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 14–32.)

Tamminen-Peterin ja Wickströmin (2013, 14–32) mukaan potilaita turvallisesti avustettaessa on erityisesti huomioitava ergonomisesti suunniteltu työympäristö, asianmukaiset apu- ja työvälineet sekä niiden säännöllinen huolto ja kunnossapito sekä mahdollisimman turvalliset työskentelytavat. Hoitajien työvaatteiden tulee olla mukavia käyttää ja antaa mahdollisuus vapaaseen liikkumiseen. Henkilökuntaa tulee olla riittävästi siten, että työmäärä ja kiireisyys eivät rasita liikaa hoitajia. Hoitotyöhön liittyviä riskejä tulee arvioida ja hallita, jolloin niihin pystytään puuttumaan varhaisessa vaiheessa. Asianmukaisia apuvälineitä tulee olla hoitohenkilökunnan käytettävissä riittävästi, ja henkilökunnan asiantuntemuksesta täytyy pitää huoli koulutuksen ja perehdyttämisen avulla.

Martimo (2010, 110–111) toteaa, että työtä tulisi ensisijaisesti muokata ja suunnitella siten, että vältetään raskaiden taakkojen manuaaliselta nostelulta ja käsittelyltä. Lisäksi tulee ottaa huomioon työntekijöiden käsitykset olosuhteista ja niiden vaikutuksista tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sen ohella, että rinnalla huomioidaan asiantuntijoiden kautta saatu tieto. Martimo kannustaa varhaisiin ergonomisiin toimenpiteisiin työssä, näin voidaan ehkäistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista aiheutuvia lääketieteellisiä haittoja. Tamminen-Peter ym. (2010, 33–37) tutkimuksesta ilmenee, että fyysistä kuormitusta hoitotyössä on mahdollista vähentää apuvälineillä, joilla helpotetaan potilaiden siirtämistä ja liikkumista keventäen potilasta avustavan hoitajan työtä. Lisäksi apuvälineet tulee huoltaa säännöllisesti sekä huolehtia, että kaikki osaavat niitä käyttää. Apuvälineet tulee myös sijoittaa niin, että ne ovat helposti saatavilla ja niiden käyttö on vaivatonta ja turvallista.

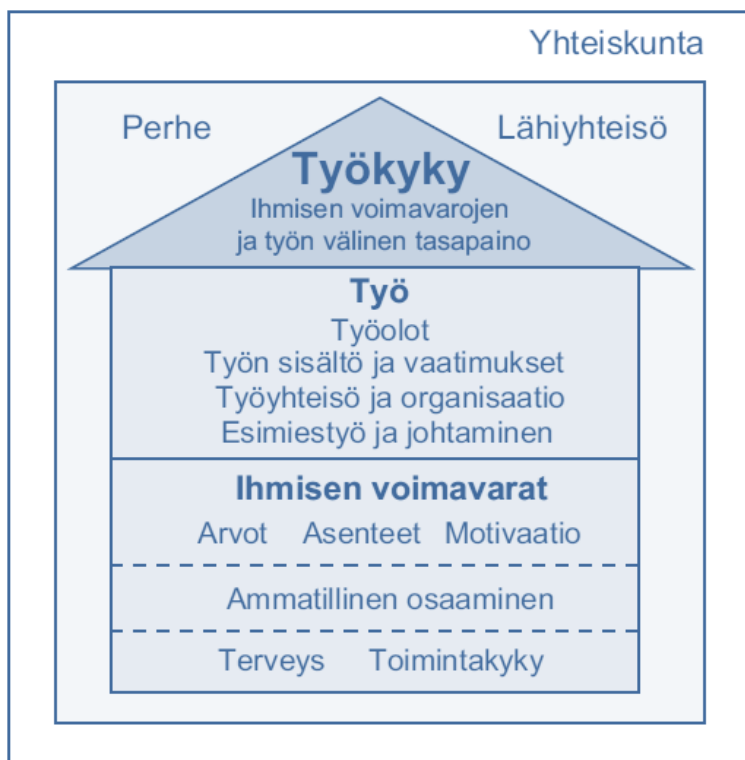
Tutkimuksessa (Rogers, Buckheit & Ostendorf 2013, 436–438) osoitettiin kolme tekijää, joita voidaan pitää hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksien riskitekijöinä. Näistä tekijöistä ensimmäisenä mainittiin huonosti suunniteltu työympäristö ja ahtaat tilat. Toisena tekijänä esiin nousivat organisaation työolosuhteet, kuten riittävä henkilöstö, työn tauotus ja kuormitus sekä henkilökunnan koulutustaso. Kolmanneksi riskitekijäksi voitiin nimetä hoito- ja siirtotilanteet, joihin vaikuttavat hoitajan ja potilaan fyysiset ominaisuudet. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttajiksi tutkimuksessa lueteltiin koulutetun henkilöstön puute, hoitajien vähäinen työkokemus, hoitajan aikaisempi vamma tai pituus ja ikä. Apuvälineiden puuttuminen, niiden hankala saatavuus tai henkilökunnan kokemus apuvälineiden käytön hitaudesta johti siihen, että hoitajat nostivat potilaita säännöllisesti käsin. Hoitajien kokemuksilla työn kuormittavuudesta on yhteys liikuntaelinvaihtoihin: mitä kuormittavammasi työ koetaan sekä henkisesti että fyysisesti, sen yleisimmin esiintyy liikuntaelinvaihtoja (Fagerström 2013, 107).

Potilassiirtojen kuormittavuutta voidaan arvioida Työsuojeluhallinnon (Karhula, Rönholm & Sjögren 2007) kehittämän Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmän avulla. Menetelmä kehitettiin käytännön työelämässä havaitun tarpeen perusteella ja oli samalla ensimmäinen suomenkielinen hoitotyön työasentojen kuormittavuuden arviointiin soveltuva menetelmä. Käytettävissä on myös esimerkiksi Care Thermometer ([viitattu 5.3.2018]), joka on ArjoHuntleighin (2018) internetissä ylläpitämä ilmainen arviointityökalu osaston henkilökunnan fyysisen kuormituksen arvioimiseksi. Care Thermometerin käyttöä helpottamaan on laadittu suomenkielinen käyttöopas (Virtanen, 2010). Työfysioterapeutti Palvialan (2017) mukaan molemmat arviointimenetelmät ovat käytettyjä.

## **2.4 Työkyky ja hoitotyö**

Talo on sitä vahvempi, mitä paremmin on sen perusta tehty (Ilmarinen 2016). Sama pätee ihmisen työkykyyn, mitä parempia terveys ja toimintakyky ovat, sitä paremmin ne kestävät työuran haasteita. Toimintakyky, eli ihmisen terveys, jaetaan kolmeen osaan: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kykyyn (Kuvio 3). Toisessa kerroksessa on ammatillinen osaaminen, joka koostuu jatkuvasti päivitettävistä tiedoista ja taidoista

elinikäisen oppimisen keinoin. Kolmannen kerroksen muodostavat ihmisen voimavarat, jotka jakautuvat arvoihin, asenteisiin ja motivaatioon. Tähän kerrokseen kuuluvat ne tekijät, jotka ihmistä motivoivat työelämässä. Asenteet ja arvot ovat rajapinnassa työn kerroksen kanssa, jolloin ihmisen työstä saamat kokemukset vaikuttavat asenteisiin ja arvoihin siten, että negatiiviset kokemukset huonontavat työhön liittyviä asenteita ja arvoja, kun taas positiiviset parantavat niitä. Työkykytalon painavin osio on työkerros, sillä se määrittää käytännössä vaatimukset muille kerroksille. Ihmisen voimavarojen ollessa hyvässä suhteessa työkerroksen kanssa, säilyy hänen työkykynsäkin positiivisena. Mikäli suhde ei ole kunnossa, se vaikuttaa heikentävästi yksilön työkykyyn. Esimiehillä ja heidän johtamisellaan on todettu olevan suuri merkitys yksilön työkyvyn tukemisessa. Työkyky on tasapainottelua ihmisen voimavarojen ja työn välillä, sillä työ ja sen vaatimukset muuttuvat koko ajan, joten ihmisen täytyy pysyä kehityksessä mukana. Perhe ja lähiyhteisö ovat omiaan tukemaan ihmisen työkykyä. Työkyvyn edellytys onkin työn ja perhe-elämän hyvä yhteensovittaminen.



Kuvio 3. Työkyky-talo (Ilmarinen 2016).

Santos ym. (2012) määrittelivät tutkimuksessaan työkyvyn kyvyksi suoriutua työstä fyysisesti mahdollisimman hyvin, unohtamatta psyykkisen hyvinvoinnin positiivista

merkitystä kokonaisuuteen. Työkykyä laskevia tekijöitä olivat tutkijoiden mukaan muun muassa puutteelliset terveyteen liittyvät suojaohjeet, työtehtävien ulkoistaminen, altistuminen riskitekijöille, millainen palkkataso, alhainen työtyytyväisyys, vähäinen lepo, vapaa-aika ja liikunta sekä henkilökohtaiset resurssit. Samoilla linjoilla työkyvyn määrittelyssä on TELA, työeläkevakuuttajat ry ([viitattu 6.2.2018]), jonka mukaan työkyky koostuu yksilön psyykkisistä ja fyysisistä voimavaroista sekä työn balanssista ja kaikkien näiden keskinäisestä yhteensopivuudesta.

Työkyvyn kulmakivenä toimii ihmisen psyykinen ja fyysinen kyky toimia ja tähän kokonaisuuteen ovat vaikuttamassa edellisten lisäksi ammattitaito ja työhön kohdistuvat asenteet. Ikä vaikuttaa osaltaan fyysisten voimavarojen heikkenemiseen, mutta ei välttämättä heikennä työkykyä olennaisesti, sillä iän myötä muut työkyvyn osatekijät, kuten ammattitaito ja oma osaaminen, ovat kehittyneet niin, että kompensoivat mahdollista fyysisen työkyvyn heikentymää. Mielekkäällä ja kohtuullisen haasteellisella työllä on myös positiivinen vaikutus työkykyyn. Vastaavasti työn tuntuessa väkinäiseltä ja omien odotusten vastaiselta, työkyky saattaa heiketä, vaikei fyysinen työkyky olisikaan muuttunut. Työkyvyn määrittely on mutkikasta ja moniulotteista, sillä ei riitä, että arvioidaan pelkästään ihmisen psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä, tämän ohella on arvioitava työn ja ihmisen sopivuutta keskenään ja vertailtava, millainen työkyky ihmisellä olisi erilaisessa työtehtävässä. On mahdollista, että ihmisen työkyky olisi hyvä toisessa ammatissa, kun taas toisessa hän olisi työkyvytön. (TELA, [viitattu 6.2.2018].)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat isoin ja merkittävin tekijä yhteiskunnan ja yksilön elämänlaadun kannalta. Tule-sairaudet aiheuttavat paljon kustannuksia muun muassa sairaanhoitokulujen ja työkyvyttömyyden kautta. Tule-vaivojen ennaltaehkäisy on tärkeää vaikuttamalla sekä yksilöihin että ympäristöön. (Tule ry, [viitattu 26.11.2017].)

Tule-vaivoihin vaikuttavat useat tekijät: fyysiset tekijät kuten toistotyö, käsin tehtävät siirrot ja nostot, staattinen työ, kumarat ja kiertyneet työasennot ja suuri voimankäyttö (Työterveyslaitos, [viitattu 11.2.2018]). Yksilölliset tekijät liittyvät henkilöön, ja niitä ovat sukupuoli, ikääntyminen, tupakointi, ylipaino, liikunnan puute, unihäiriöt, heikko yleinen terveydentila, puutteet osaamisessa, metabolinen oireyhtymä ja perimä. Psykososiaalisia tekijöitä ovat liian suuret vaatimukset, liian suuri työn määrä, vähäinen tuki,

palaute tai arvostus työssä. Muita tule-vaivoihin vaikuttavia tekijöitä ovat epäselvät tavoitteet, huono yhteistyö, epäasiallinen kohtelu ja vaikeudet työn ja perheen yhteensovittamisessa. Työympäristö ja tapaturmat vaikuttavat myös osaltaan tule-vaivojen syntyyn. Tule-kipuja esiintyy yleisimmin selän alueella (35 %), niska-hartiaseudulla (30 %), olkapäässä (20 %), polvissa (20 %), sorminivelissä (12 %), ranteissa (8 %) sekä kyynärpäässä (7 %). Kipujen on todettu esiintyvän useammalla liikuntaelimestön alueella samanaikaisesti.

Tule-vaivojen ennaltaehkäisyssä ovat avainasemassa työjärjestelyihin ja ergonomiaan liittyvät toimenpiteet. Näitä ovat esimerkiksi työnjako, työnkierto, osaaminen ja toimivat työ- ja apuvälineet. Tuki- ja liikuntaelintensä terveyteen ja hyvinvointiin on mahdollista vaikuttaa kehittämällä omien työtapojensa ergonomiaa miettimällä muutamia perusasioita, kuten onko mahdollista käyttää nostamiseen työkaverin apua tai käyttää apuvälineitä, onko tarpeen nostaa taakkaa vai voisiko siinä yhteydessä käyttää siirtomenetelmää. (Työterveyslaitos, [viitattu 11.2.2018].)

Perusterve ihminen voi ennaltaehkäistä tule-vaivoja parhaiten liikkumalla säännöllisesti viitenä päivänä viikossa vähintään puoli tuntia kerrallaan. Liikunnan tulisi olla sopivasti kuormittavaa, ettei liiallinen rasitus vuorostaan altista esimerkiksi selkäkivuille. Painonhallinta ja tupakoinnin lopettaminen ovat merkittäviä asioita, joilla voi vaikuttaa positiivisesti terveyteensä ja työssä jaksamiseensa. Unen laadusta ja määrästä kannattaa myös pitää huoli, sillä univaikeuksien on todettu lisäävän tuki- ja liikuntaelin sairauksia ja kipuja sekä heikentävän toimintakykyä. Ylikuormittuminen ja stressi aiheuttavat usein unihäiriöitä, jotka voivat aiheuttaa veren tulehdustekijöissä muutoksia ja tätä kautta lisätä kiputuntemuksia. Unihäiriöt aiheuttavat myös rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä, jotka voivat saada aikaan verenpaineen nousua, lihavuutta ja sitä myöten liikuntaelinten vaivoja. (Työterveyslaitos, [viitattu 11.2.2018].)

Martimon (2010, 210–211) mukaan arvioitaessa työntekijän työkykyä ja sairauspoissaolon tarvetta, tulee huomioida lääketieteellisten seikkojen lisäksi psykologinen ja psykososiaalinen työkyky. Kokonaisuutta pohdittaessa tulisikin suosittelaa osa-aikatyötä tai kevennettyä työnkuvaa kokoaikaisen sairauspoissaolon sijaan.

Gattingerin (2017) tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että hoitajien myönteinen asenne, riittävä tietous, taidot ja dynaaminen tila ovat omiaan vaikuttamaan positiivisesti potilaan laadukkaaseen liikkuvuushoitoon. Fagerström (2013, 103) on tutkimuksessaan todennut myös aktiivisen osallistumisen ja positiivisen suhtautumisen merkityksen uuden oppimisessa: 18 % avustustaitojen kehittymisestä selittyi työntekijän asenteella. Tutkimuksen mukaan pelkällä liikkuvuushoidon teoretisella tiedolla ei tee mitään, vaan on erittäin tärkeää osata soveltaa tietoja käytäntöön. Osaaminen perustuu uusien hoitajien koulutukseen ja aiemmin koulutuksen saaneiden säännölliseen jatkokoulutukseen. Koulutus edistää hoitajien tuki- ja liikuntaelimestön terveyttä parantaen heidän työkykyään. (Gattinger 2017.)

### 3 POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKORTTI® -KOULUTUS

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on Työterveyslaitoksen asiantuntijoiden suunnittelema ja ylläpitämä koulutus. Koulutus antaa tietoa ja taitoa turvallisiin potilassiirtoihin, nostoihin, liikkumisen avustamiseen ja työkäytäntöjen kehittämiseen. Koulutuksen myötä opitaan eliminoimaan työn fyysisestä kuormituksesta aiheutuvia liikuntaelinongelmia sekä edistämään turvallista ja sujuvaa hoitotyötä. Lisäksi opitaan arvioimaan ja hallitsemaan hoitotyön fyysisiä riskejä, parantamaan avustus- ja siirtotilanteiden potilasturvallisuutta ja edistetään kuntouttavaa työtettä ja hoidon laatua, unohtamatta hoitotyöntekijän omaa työergonomiaa. (Työterveyslaitos, [viitattu 17.9.2017].) Tamminen-Peterin (2005) väitöskirjasta noussut tieto on ollut keskeisessä asemassa Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta suunniteltaessa (Palviala 2017).

Koulutus koostuu informaatiotilaisuudesta, verkkotehtävistä, lähiopetuspäivistä, yhden-kahden kuukauden käytännön harjoittelusta omilla työpaikoilla, kertaus- ja näyttöpäivästä sekä kurssin päätöstilaisuudesta. Verkkotehtävät käsittelevät neljää eri osa-aluetta ja niiden työstämiseen on aikaa kaksi kuukautta. Osa-alueet ovat (Palviala 2015):

1. potilassiirtoergonomia tuki- ja liikuntaelinongelmien ennaltaehkäisyssä
2. oman kehon hallinta potilassiirroissa
3. biomekaniikan hyödyntäminen potilaan liikkumisen avustamisessa
4. työturvallisuutta koskevat lait ja asetuksen hoitotyössä.

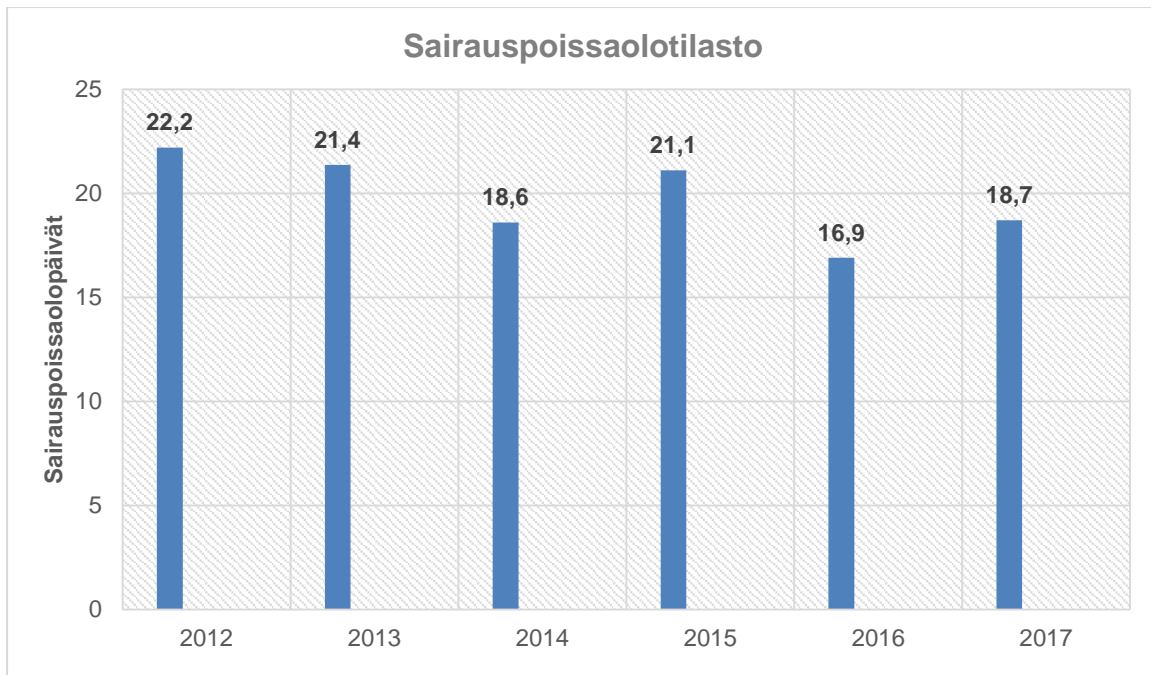
Lähipäivien aikana käsitellään seuraavia aiheita: luonnolliset liikemallit ja avustajan asento, potilaan voimavarojen arviointi ja aktivointi, avustaminen eri siirtotilanteissa, työntekijän oma riskinarviointi ja apuvälineiden käyttö siirtotilanteissa. Näyttökokeessa suoritetaan kaksi potilassiirtoa. Toinen nosturin avulla ja toinen manuaalisesti tai pienapuvälineen avulla. Näyttö videoidaan, arvioidaan ja käydään läpi yhdessä kurssilaisien kanssa oppimistarkoituksessa. (Palviala 2015.)



Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen arviointikriteereihin kuuluu kahdeksan eri osa-aluetta (Palviala 2015):

1. potilaan toimintakyvyn arviointi
2. työturvallisuus ja omakohtainen riskinarviointi
3. ympäristön huomiointi
4. potilaan toimintakyvyn aktivointi ja vuorovaikutus
5. alkuasennon huomioiminen ja siirtotapa
6. käsin tai pienapuvälineen/nosturin kanssa siirtäminen
7. hoitajan oma työasento ja otteet
8. potilaan toimintakyvyn arviointi ja avustustavan kirjaaminen ja yhteistyö.

**Sairauspoissaolot.** Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa kiinnitettiin vuonna 2012 huomiota korkeisiin sairauspoissaololukuihin. Sairauspoissaolot todettiin huomattavasti suuremmiksi kuin kuntatyöntekijöillä keskimäärin. Kunta10 -tutkimuksen mukaan (Työterveyslaitos, 2017) sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstö sairasti vuonna 2016 keskimäärin yhteensä 16,3 päivää per työntekijä. Kunta10 -tilastosta voidaan todeta, että sairaanhoitajat sairastivat vuonna 2016 keskimäärin 20 päivää, lähihoitajat 26 päivää ja kodinhoitajat 31 päivää. Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa oli vuonna 2012 yhteensä 22,2 sairauspoissaolopäivää jokaista vakinaista virkaa tai toimea kohden vuodessa. Sairauspoissaolot laskivat parina vuotena, kunnes vuonna 2015 nousivat jälleen yli 21 sairauspoissaolopäivään vuodessa. Sairauspoissaolot jatkoivat edelleen sahaavaa liikettä ollen seuraavana vuonna 16,9 ja vuonna 2017 18,7. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2016b; Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2018b; Kuvio 4.)



Kuvio 4. Sairauspoissaolotilasto (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2016b; Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2018b).

#### **Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa.**

Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa alettiin pohtia keinoja sairauspoissaolojen vähentämiseksi. Tuki- ja liikuntaelinvaivat olivat yhdessä psyykkisten syiden kanssa merkittävin syy sairauspoissaoloille. Kuntayhtymän velvoittamana työterveyshuolto suunnitteli sairauslomien hallintaprojektin (TK-töterveys Kaksineuvoinen 2013). *Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus* oli yksi osa tätä hanketta. Projektin toinen osa-alue oli *työkykyjohtamisen koulutus* henkilökunnalle. Koulutusta järjestettiin koko henkilöstölle, mutta erityisesti esimiehille. Koulutuksen aiheina oli työntekijän ja esimiehen rooli työkyvyn edistämässä, varhaisen tuen mallin käytön tehostaminen, työkyvyn ongelmatilanteiden hoitaminen, yhteistyö työterveyshuollon kanssa ja vajaakuntoisen työntekijän työtehtävien järjestelyt.

Kolmas projektin osa-alue oli *kuormittuneiden työntekijöiden kuntoremonttiryhmä*. Ryhmät kohdennettiin työkyvyn alenemisen uhatta oleville työntekijöille ja jäsenet valikoituivat työterveyshuollon esityksen perusteella. Perustettiin yhteensä kolme ryhmää, joissa kussakin oli kymmenen henkeä. Kuntoremontti ajoittui lähes puolentoista vuoden ajalle. Siihen kuului intensiivisiä kuntoutusjaksoja, jotka sisälsivät ryhmämuo-

toista ja yksilöllistä ohjausta. Ryhmiltä saatiin paljon positiivista palautetta. Kuntoremontti auttoi ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnista ja osallistujat olivat oppineet iloitsemaan liikunnasta. (TK-työterveys Kaksineuvoinen 2013; Annala 2018.)

Elokuussa 2013 Kuntayhtymä Kaksineuvoisen yhtymähallitus päätti Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen aloittamisesta. Päätöksessä sovittiin kahden kurssin järjestämisestä. Yhdelle kurssille sovittiin otettavaksi 12 hoitajaa. Työfysioterapeutti Raija Palviala kouluttautui Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen ohjaajaksi.

Kuntayhtymä Kaksineuvoisen yhtymähallitus (2013b) asetti koulutukselle seuraavat tavoitteet:

- Ennaltaehkäistä ja vähentää hoitotyön kuormituksesta johtuvia tuki- ja liikuntaelinongelmia ja fyysistä kuormitusta.
- Tukea työntekijöiden työkykyä.
- Lisätä työ- ja potilasturvallisuutta.
- Työntekijöiden työtapojen muutos, jolla aktivoidaan potilaan/asukkaan omatoimisuutta ja parannetaan hänen toimintakykyään.
- Jokaisessa yksikössä olisi kaksi kurssin käynyttä hoitajaa.

Palvialan (2015) mukaan kurssin käyneiden hoitajien on tarkoitus toimia ergonomiayhdyshenkilöinä omissa työyhteisöissään. Ergonomiayhdyshenkilön tehtäviin kuuluu muun muassa jakaa saamaansa tietoa työyhteisöön, eli toimia uusien oppien jalkauttajana hoitotyön arkeen.

Kuntayhtymän tarjoaman Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen ohjausryhmä perustettiin syksyllä 2014. Ryhmässä on edustajia työsuojelusta, eri yksikköjen osastonhoitajia ja ergonomiayhdyshenkilöitä, sekä ylihoitaja ja työfysioterapeutti. Ohjausryhmän tavoitteena on toimia kurssien tukena ja pohtia ergonomiavastaavien työnkuvaa ja koulutuksen jalkauttamista työyhteisöihin sekä miettiä kuntayhtymään yhdenmukaisia ergonomisia toiminta- ja menettelytapaohjeita potilassiirtoihin. (Palviala 2015.) Ohjausryhmä kokoontui alkuvaiheessa usein. Prosessin edetessä kokoontumisia on ollut harvakseltaan.

Ensimmäinen kurssi järjestettiin keväällä 2014. Kurssi suunnattiin sairaala-, kuntoutus- ja hoivaosastoille sekä palveluasumisyksiköissä työskenteleville hoitajille. Ensimmäisellä kurssilla oli osallistujia 12. Toinen kurssi aloitettiin loppuvuodesta 2015. Ensimmäisen kurssin palautteiden perusteella osallistujia valittiin toiselle kurssille 10. (Palviala 2015.) Kolmas kurssi järjestettiin keväällä 2016. Kurssilla oli osallistujia yhteensä 10 (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2016a.)

Varsinaisten Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksien lisäksi on järjestetty kertauskursseja koulutuksen käyneille. Kertauskursseja on pidetty kerran vuodessa neljä tuntia per ryhmä. Vuonna 2018 kertauskursseja on tarkoitus jatkaa. Uutta Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta ei vuonna 2018 olla järjestämässä. Esimiehille on järjestetty neljän tunnin käytännön harjoittelu Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukseen liittyen yhteensä neljä eri kertaa vuosien 2015–2016 aikana. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen, 2016a; Palviala 2017.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyttöönoton merkitystä hoitotyön arkeen ja vaikutuksia hoitajien työkykyyn.

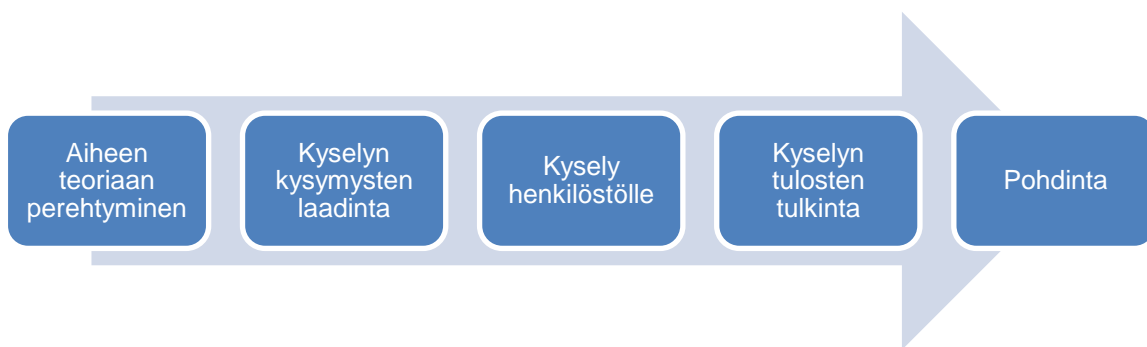
Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää ja tuottaa lisätietoa Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen merkityksestä hoitajien työkykyyn ja apuvälineiden käytöstä. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta tulisi kehittää vastaamaan vielä paremmin käytännön tarpeita.

Tutkimuskysymykset muotoutuivat tavoitteiden pohjalta:

- Millainen merkitys Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on ollut hoitotyön arkeen ja apuvälineiden käyttöön?
- Miten Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on vaikuttanut hoitajien työkykyyn?
- Miten Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta tulisi jatkossa kehittää?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toteutus aloitettiin perehtymällä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin (Kuvio 5). Näiden pohjalta luotiin työn teoreettinen viitekehys. Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen merkittävimmät suomalaiset tutkijat ovat Fagerström (2013) ja Tamminen-Peter (2005). Ulkomaisia tutkimuslähteitä aiheesta useita, joista varsinaiseen työhön kelpuutettiin neljä (Martimo 2010; Santos ym. 2012; Rogers, Buckheit & Ostendorf 2013; Gattinger 2017). Loput löydetyt ulkomaiset tutkimusartikkelit olivat lähinnä Latinalaisessa Amerikassa tehtyjä. Näiden maiden hoitotyön kulttuurin todettiin olevan liian etäällä suomalaisesta kulttuurista, joten tutkimusartikkelit hylättiin tästä syystä. Aiheeseen liittyviä ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnäytetöitä löytyi Theseuksesta haattaessa yksi (Mattinen, Valli & Vähätiitto 2014).



Kuvio 5. Opinnäytetyön eteneminen.

### 5.1 Aineistonkeruu

Yhteistyöorganisaatio myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan joulukuussa 2017. Tutkimusluvan yhteydessä sovittiin, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen jalkautumista hoitotyön arkeen selvitetään kyselytutkimuksen (Liitteet 1 ja 2) avulla.

Strukturoitu kysely, jossa on kaikille vastaajille samat kysymykset, laadittiin siten, että kysymykset pohjautuivat teoreettiseen viitekehukseen ja antoivat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kyselyssä oli sekä avoimia, että suljettuja kysymyksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 191–204; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 116.) Kysymysten asettelussa huomioitiin sekä yhteistyökumppanin koulutukselle asettamat tavoitteet että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutukseen kuuluvat tavoitteet.

Lomakekysely valittiin aineiston keruutavaksi, koska sen kautta koettiin vastaajien antavan syvällisempiä ja laajempia vastauksia kuin haastattelutilanteessa, jossa haastatteluaika on rajallinen. Lomakkeen voi täyttää kiireettä omassa rauhassa. Haastattelutilanteessa vastauksiin olisi voinut vaikuttaa toisen tutkijan rooli yhteistyöorganisaatiossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 111.)

Kyselylomakkeen oheen laadittiin lähetekirje (Liite 1), jossa kerrottiin kyselyn tärkeydestä ja tarkoituksesta, rohkaisten vastaamaan kaikkiin kysymyksiin ja palauttamaan lomake määräaikaan mennessä. Kyselylomake testattiin seitsemän ulkopuolisen vastaajan toimesta ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista. Testaajat olivat hoitotyöntekijöitä Kuntayhtymä Kaksineuvoisen eräässä yksikössä, jossa oli töissä sekä Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyneitä hoitajia että hoitajia, jotka eivät koulutusta olleet käyneet. Vastaajien antaman palautteen perusteella lomakkeisiin tehtiin pieniä muutoksia lisäämällä arvosteluasteikkoon pelkkien numerovastausten lisäksi sanallinen selitys numeroiden tarkoituksesta, sekä muuttamalla muutamia sanamuotoja.

## 5.2 Vastaajien valinta

Vastaajat valittiin harkinnanvaraisesti tarkoituksenmukaisella otannalla. Tällöin valittiin tietoisesti osallistujat, joilla on paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Oleellista oli saada esiin hoitajien kokemukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 112; Kananen 2014, 95.) Yksiköt valittiin työfysioterapeutin kanssa käydyn keskustelun (Palviaala 2017) perusteella. Kyselytutkimukseen kutsuttiin kolme tehostetun palveluasumisen yksikköä Kuntayhtymä Kaksineuvoisen alueella. Kyseisissä yksiköissä oli tutkimushetkellä työssä olevia Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyneitä, joiden vastuulla oppien jalkauttaminen on, sekä muuta hoitohenkilökuntaa, joilla ei ollut kyseistä koulutusta. Näiden kolmen yksikön koettiin antavan riittävän monipuolinen näkemys Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen jalkautumisesta hoitotyön arkeen.

Yksiköiden hoitajien koettiin edustavan perusjoukkoa, eli Kuntayhtymä Kaksineuvoisen tehostetun palveluasumisen henkilöstöä, riittävän laajasti. Kuntayhtymässä on yhteensä kahdeksan tehostetun palveluasumisen yksikköä, joissa vakituisia hoitajia on

noin 170 (Kuikka 2018). Kaikissa yksiköissä työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja kodinhoitajia. Kyselytutkimuksen kohteeksi valituissa yksiköissä ei ollut ollut tiedossa olevia merkittäviä toiminnan muutoksia (esimerkiksi henkilöiden vaihtumista, johdon rooliepäselvyyksiä, ilmapiiriongelmiä tai osastojen poikkeustilanteita), joiden johdosta Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen jalkauttaminen olisi ollut erityisen haasteellista (Fagerström 2013, 4).

Potentiaalisia kyselyyn vastaajia oli esimiesten ilmoituksen mukaan yhteensä 67. Tutkijat veivät kyselylomakkeet yksiköihin henkilökohtaisesti 26.1.2018. Jokaiseen yksiköön jätettiin suljettu laatikko vastausten palauttamista varten. Lomakkeiden viennin yhteydessä tavattiin esimiehiä ja henkilökuntaa, joille esiteltiin opinnäytetyön suunnitelma ja kyselytutkimus. Henkilöstön tapaamisen tarkoituksena oli motivoida vastaamaan kyselyyn annetun ajan puitteissa. Noin viikko ennen vastausajan päättymistä, lähetettiin esimiehille sähköposti, jossa toivottiin muistuttamaan henkilökuntaa kyselyyn vastaamisen tärkeydestä. Kyselylomakkeet noudettiin yksiköistä 10.2.2018.

### 5.3 Aineiston analyysimenetelmät

Opinnäytetyön tarkoituksen, tavoitteiden ja tutkimuskysymysten ohjaamina päädyttiin aineiston analyysiosiossa soveltamaan sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. Molempien menetelmien käytön koettiin monipuolistavan aiheen katsantokantaa, koska hoitotiede tutkimuskohteena on laaja ja moninainen ja sen myötä tutkimuksessa käytetyt menetelmätkin monipuolistuvat sekä myöskin jossain määrin eriytyvät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 19.) Tutkimuskysymyksiä haluttiin lähestyä hoitajien omien kokemusten kautta lisäämällä ymmärrystä tutkittavasta asiasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 71–74).

Aluksi aineistoon perehdyttiin lukemalla vastauslomakkeet läpi muodostaen kokonais käsitys saaduista vastauksista ja käsiteltävänä olevasta aineistosta. Seuraavaksi lomakkeet merkittiin siten, että tutkijat pysyivät selvillä mistä vastausyksiköstä ja kenen vastaajan vastaus mikäkin on. Kyselylomakkeet litteroitiin kirjoittamalla jokainen vastaus yhteen tiedostoon. Kanasen (2014, 101) mukaan litterointi tarkoittaa aineiston kirjoittamista kirjalliseen muotoon, jolloin niiden manuaalinen käsittely helpottuu.



Vastaukset kirjoitettiin sanatarkasti, koska koettiin, että vastauksia oli sellainen määrä, että niitä pystyttiin hallitsemaan näin. Vastausten pienestä ja hallittavasta määrästä johtuen varsinaista aineiston analyysiä ei ollut järkevä tehdä. Sen sijaan suljettujen kysymysten vastaukset kuvaillaan lukumäärinä, eli frekvenssinä ja prosenttiosuuksina (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 132). Avointen kysymysten vastaukset kirjattiin kunkin kysymyksen alle käyttäen sisällön erittelyä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 66). Opinnäytetyössä haluttiin tuoda julki vastaajien kokemukset ja näkemykset siten kuin he olivat vastauksissaan kirjoittaneet. Lisäksi haluttiin antaa aineistolle mahdollisuus tuoda esiin uusia näkökulmia tutkittavaan asiaan sekä kunnioitettiin saatuja vastauksia käsittelemällä niitä avoimesti ilman ennakkoraameja.

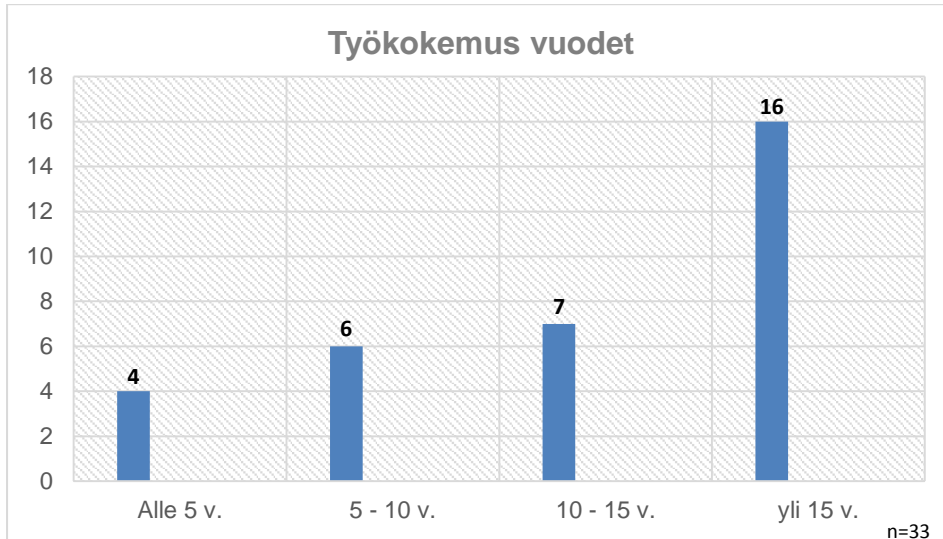
Prosessin lopuksi tehtiin johtopäätökset saatujen tulosten perusteella. Kyselylomakkeilla saadut vastaukset sinällään antoivat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Peilamalla saatuja vastauksia teoreettiseen viitekehykseen pyrittiin lisäämään saatujen tulosten luotettavuutta.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 6.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus

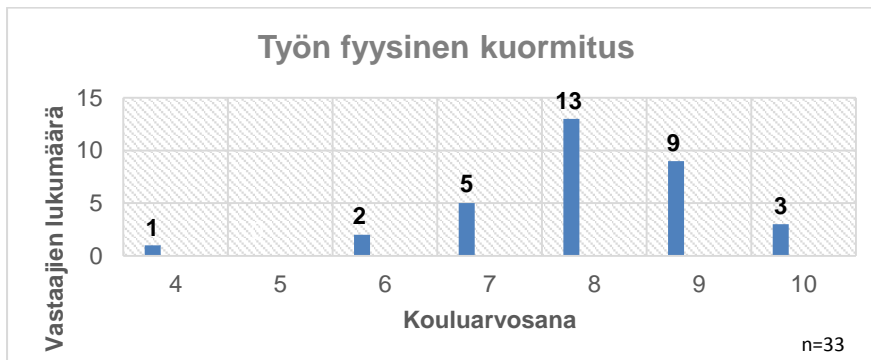
Kyselytutkimuksen piirissä oli 67 potentiaalista vastaajaa, joista yhteensä 33 palautti kyselylomakkeen täytettynä. Kokonaisvastausprosentti oli 49. Vastaukset jakautuivat yksiköiden kesken siten, että yksikössä A tutkimukseen kutsuttuja oli yhteensä 20, joista kyselyyn vastasi 8 (vastausprosentti 40). Yksikössä B tutkimukseen kutsuttuja oli 25, joista kaikkiaan 11 hoitajalta saatiin vastaukset (44 %). Yksikössä C tutkimukseen kutsuttuja oli kaiken kaikkiaan 22, joista 14 palautti kyselylomakkeen (vastausprosentti 64). Osaan lomakkeista oli vastattu jokaiseen kysymykseen, kun taas joissakin lomakkeissa etenkin avoimiin kysymyksiin oli jätetty vastaamatta.

Kyselyyn vastanneista 16 oli työskennellyt hoitajana yli 15 vuotta. Seitsemän hoitajaa oli ollut työssä 10–15 vuotta ja 5–10 vuotta työssä olleita oli yhteensä kuusi. Alle viisi vuotta hoitoalan työssä olleita oli neljä kyselyn vastaajista. (Kuvio 6.)



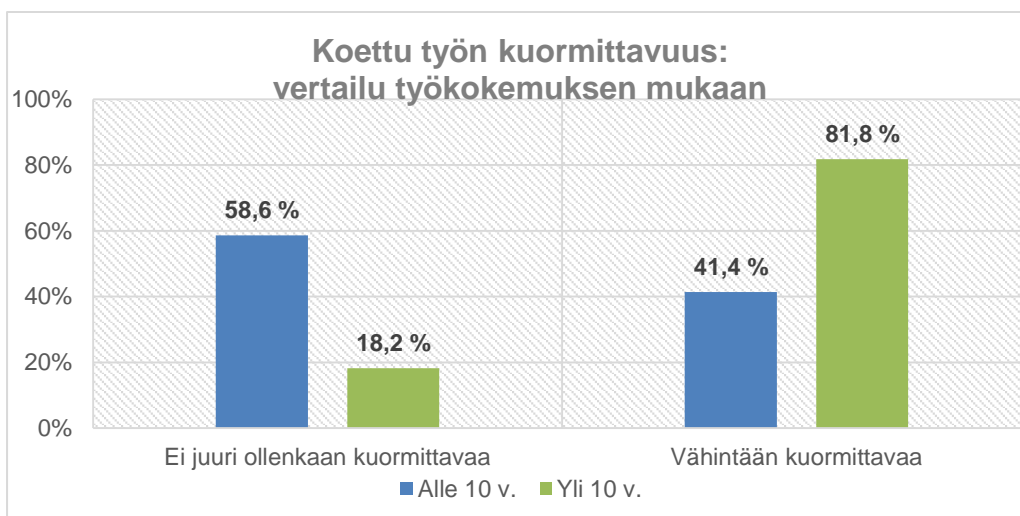
Kuvio 6. Hoitoalan työkokemus vuosina.

Kysyttäessä työn fyysisestä kuormittavuudesta vastaajia ohjeistettiin käyttämään kouluarvosanoja 4–10 siten, että 4 tarkoittaa ei lainkaan kuormittavaa ja 10 tarkoittaa erittäin kuormittavaa. Vastaajista yksi koki, ettei hänen työnsä ole lainkaan kuormittavaa. Seitsemän vastaajaa arvioivat työnsä kuormittavuuden olevan 6–7 luokkaa. 25 vastaajaa 33:sta olivat sitä mieltä, että työ kuormittaa heitä melko lailla. Kolmetoista heistä antoi arviokseen 8, yhdeksän antoi 9 ja kolme täyden 10, joka tarkoitti työn olevan vastaajan mielestään erittäin kuormittavaa. (Kuvio 7.)



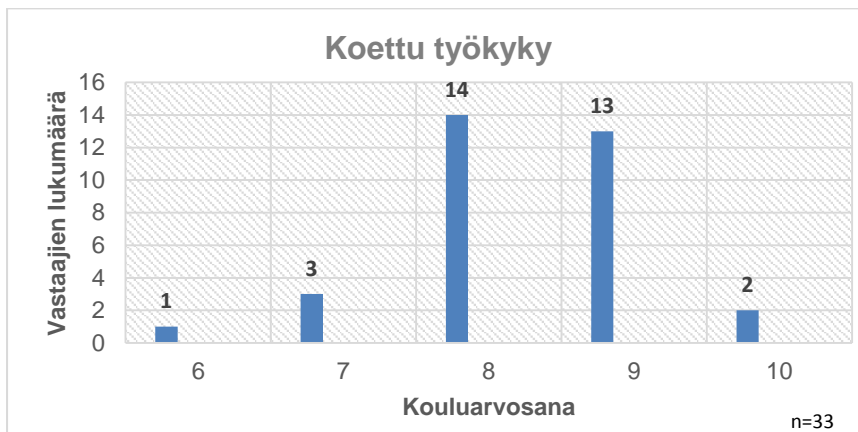
Kuvio 7. Työn fyysinen kuormitus.

Työntekijöistä, joilla työkokemusta oli alle 10 vuotta, 58,6 % koki, ettei työ ole juuri ollenkaan kuormittavaa. Yli 10 vuotta työkokemusta omaavista 18,2 % ei kokenut työn olevan juuri ollenkaan kuormittavaa. Vähintään kuormittavaksi työn koki alle 10 vuotta työkokemusta omaavista 41,4 % ja vastaavasti niistä työntekijöistä, joilla oli yli 10 vuotta työkokemusta, yhteensä 81,8 % koki työn vähintään kuormittavaksi. (Kuvio 8.)



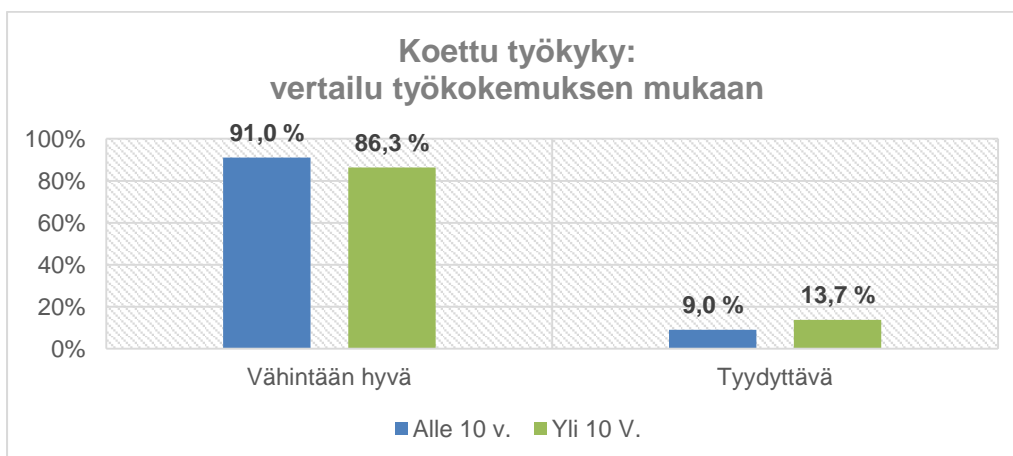
Kuvio 8. Koettu työn kuormittavuus: vertailu työkokemuksen mukaan.

Koetun työkyvyn kysymyksessä vastaaja ohjeistettiin käyttämään kouluarvosanoja 4–10 siten, että 4 tarkoittaa työkyvyn olevan erittäin huono ja 10 tarkoittaa työkyvyn olevan paras mahdollinen. Vastaajista suurin osa arvioi työkykynsä hyväksi siten, että neljätoista vastasi kouluarvosanoilla arvioiden 8 ja kolmetoista vastasi 9. Ääripäistä yksi koki työkykynsä melko huonoksi antaessaan arvosanaksi 6 ja kolme arvioi työkykyyn 7. Vastaajista kaksi koki olevansa työkyvyltään täyden 10 luokkaa. (Kuvio 9.)



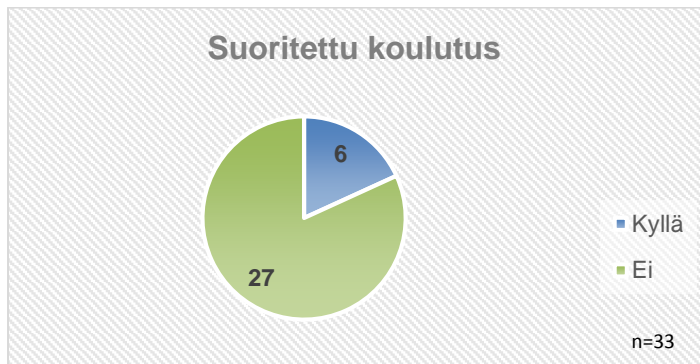
Kuvio 9. Koettu työkyky.

Vastaajista, joilla oli työkokemusta alle 10 vuotta 91,0 % koki työkykynsä vähintään hyväksi. Kohtalaiseksi työkykynsä koki 9,0 % alle 10 vuotta työkokemusta omaavista. Yli 10 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista 86,3 % koki työkykynsä vähintään hyväksi. Tyydyttäväksi työkykynsä koki 13,7 % vastaajista. Kukaan vastaajista ei kokenut työkykyään välttäväksi tai huonoksi. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Koettu työkyky: vertailu työkokemuksen mukaan.

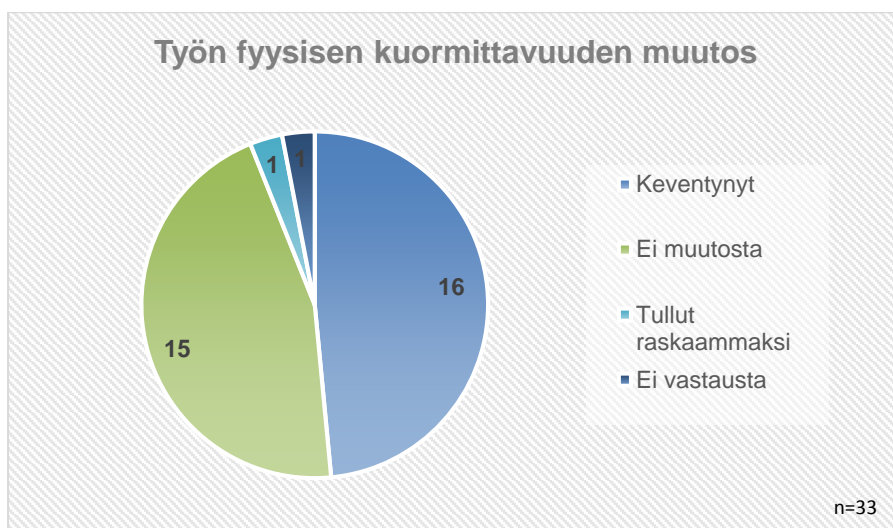
Vastaajista kuusi on suorittanut Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen ja 27 ei koulutusta ole käynyt (Kuvio 11).



Kuvio 11. Suoritettu koulutus.

## 6.2 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen merkitys hoitotyön arkeen ja apuvälineiden käyttöön

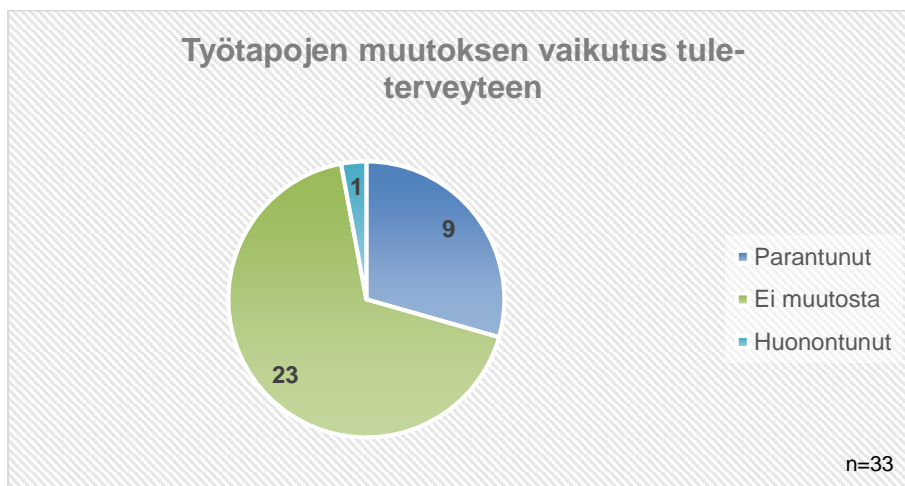
Vastaajista 16 koki työn fyysisen kuormittavuuden keventyneen koulutuksen oppien myötä. Muutosta ei ollut tapahtunut 15 vastaajan mielestä. Yhden vastaajan mukaan työ oli fyysisesti muuttunut kuormittavammaksi ja yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Työn fyysisen kuormittavuuden muutos.

Vastaajat, jotka kokivat työn fyysisen kuormittavuuden keventyneen koulutuksen ansiosta, ovat käyttäneet työssään apuvälineitä, omaksuneet oikea työtavat ja tekniikan sekä ovat hyödyntäneet asukkaiden omia voimavaroja aiempaa enemmän hoito- ja siirtotilanteissa. He myös ovat käyttäneet omaa kehoaan hallitummin ja ergonomian kannalta oikeaoppisemmin kuin aiemmin. Hoitajien pituuserojen koetaan vaikuttavan negatiivisesti sellaisissa tilanteissa, joissa työskennellään parina esimerkiksi vuodepotilasta hoidettaessa. Tällöin sängyn korkeuden suhteen joudutaan tekemään kompromissi, jolloin kummankaan pituuden kannalta korkeus ei ole ihanteellinen.

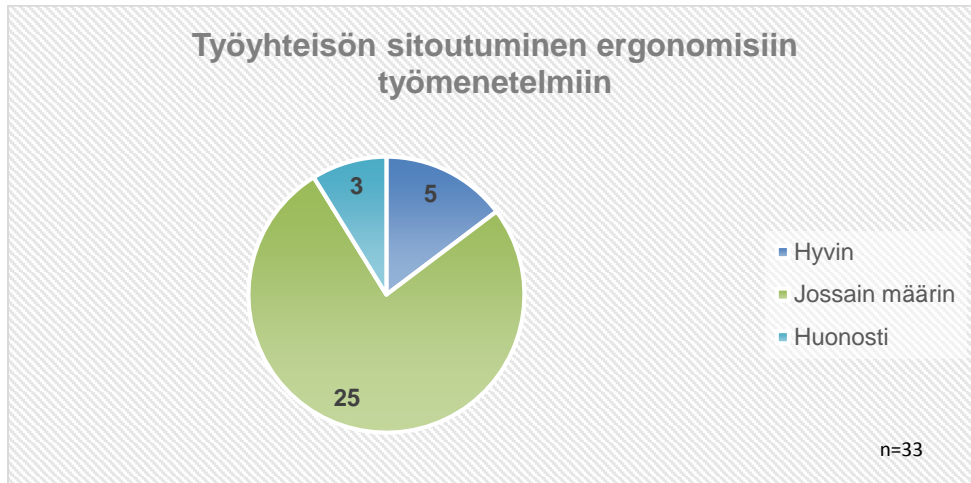
Yhdeksän vastaajaa ilmoitti työtapojen muutoksella olleen parannusta tule-terveyteensä. Vastaajista 23 ei kokenut olleen vaikutusta tuki- ja liikuntaelinterveyteensä ja yhden vastaajan kohdalla tule-terveys oli huonontunut. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Työtapojen muutoksen vaikutus tule-terveyteen.

Olkapää-, niska-, selkä- ja käsivaivat ovat helpottuneet, fyysinen kuormittavuus on vähentynyt huomattavasti. Yhden vastaajan mielestä ergonomiavastaavien läsnäolo auttaa kiinnittämään ergonomisiin työskentelytapoihin paremmin huomiota. Vastaajista 23 ei kokenut työtapojen muutoksella olleen vaikutusta tule-terveyteensä, ja he arvelivat työskennelleensä ergonomisesti jo aiemmin eikä tule-vaivoja siksi vielä ilmennyt. Vapaa-ajan monipuolisen liikunnan arveltiin säästävän tule-vaivoilta. Koettiin myös, että oikea tekniikka ei ole vielä niin hyvin hallussa, että työ tuntuisi keventyneen. Vanhat niska-hartiaseudun ja olkapään ongelmat saattavat vaivata edelleen, vaikka työtapoja on muutettu.

Vastaajista 25 hoitajan mielestä hänen työyhteisössään on sitouduttu jossain määrin käyttämään ergonomisia työmenetelmiä. Huonosti niitä on sitouduttu käyttämään kolmen mielestä ja hyvin viiden vastaajan mielestä. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Työyhteisön sitoutuminen ergonomisiin työmenetelmiin.

Muutamien vastaajien mielestä ergonomisia työmenetelmiä on sitouduttu työyhteisössään käyttämään hyvin. Heidän mielestään erilaisia apuvälineitä on runsaasti, työkaverit muistuttavat oikeista otteista ja erilaisia työskentelytapoja harjoitellaan riittävästi. Suurimman osan mielestä työyhteisössään on sitouduttu jossain määrin noudattamaan ergonomisia työmenetelmiä. Esimerkiksi petauksessa on paremmin huomioitu ergonomiset työtavat, liukulakana laitetaan päiväpeiton päälle, asukasta ei nosteta kainaloista, siirroissa liu'utetaan, apuvälineitä käytetään ja niitä hankitaan lisää. Joissakin vastauksissa kävi ilmi, että osasto on kiireinen ja asukkaat vaativia hoidettavia, jolloin ergonomiset työtavat saattavat unohtua.

Jotkut kokivat ergonomisesti työskentelyn hidastavan työtä. Työ pyritään tekemään nopeasti ja useimmiten sängyn korkeuden säätö on se asia, joka unohdetaan. Kitkaa työyhteisöissä koetaan syntyvän, jos työkaveri ei pidä ergonomisia työtapoja tärkeinä, osa noudattaa niitä ja osa ei. Muutamien mielestä vanha työskentelytapa on nopeampi ja helpompi oppia ja käyttää. Muutamat työyhteisöissä ovat innokkaita työskentelemään ergonomisesti, mutta vastausten perusteella osa ei halua oppia uutta tai oppiminen koetaan liian vaikeaksi. Ergonomiavastaavien läsnäolon puute työvuoroissa koettiin hankalana. Joidenkin vastaajien mukaan ergonomian omaksuminen vaatisi henkilökohtaista opastusta ja riittävän paljon toistoja.

Vastaajista useat olivat sitä mieltä, että ergonomiakoulutusta tulisi tarjota useammalle ja jopa koko henkilökunnalle. Koulutuksen käyneiltä odotetaan enemmän tietojen ja taitojen jakamista esimerkiksi kerran kuukaudessa osastotunnilla. Eräs vastaaja ehdotti, että ergonomiavastaavat olisivat päivävuoroissa ja työskentelisivät vuorollaan jokaisen hoitajan parina opettaen kädestä pitäen ergonomiataitoja käytännön hoitotyössä. Tilojen ergonomia tulisi ottaa huomioon huonekalujen sijoittelussa ja tilojen yleisessä ilmeessä. Vastauksissa toivottiin enemmän ergonomiaharjoituksia sekä koulutusta ja positiivista asennetta koko työyhteisöltä ergonomisia työtapoja kohtaan. Erään vastaajan mielestä olisi hyvä muistuttaa työkaveria oikeista työtavoista. Ergonomiavastaavien ratsiaa ehdotettiin tehtäväksi satunnaisina päivinä. Apuvälineiden osalta toivottiin, että ne olisivat toimivia ja niitä olisi riittävästi.

**Käytössä olevat apuvälineet.** Vastaajat ilmoittivat käytössään olevan seuraavia apuvälineitä:

Siirtymisen ja kääntymisen apuvälineet:

liukulauta/levy

siirtorengas

liukualustat

kääntölevy

slinga

apinapuu

siirtolakana

liukueste

siirtovyö

Tukeutumisen apuvälineet:

nousutuet ja -kahvat

Henkilönostolaitteet:

pussinosturi

seisomanojanostin

Kävelyn apuvälineet:

Kävelypöytä

Eva-teline

rollaattori

Muita vastaajien ilmoittamia hoitotyön apuvälineitä:

hoitosänky

g-tuoli

suihkulaveri

satulatuoli

suihkutuoli

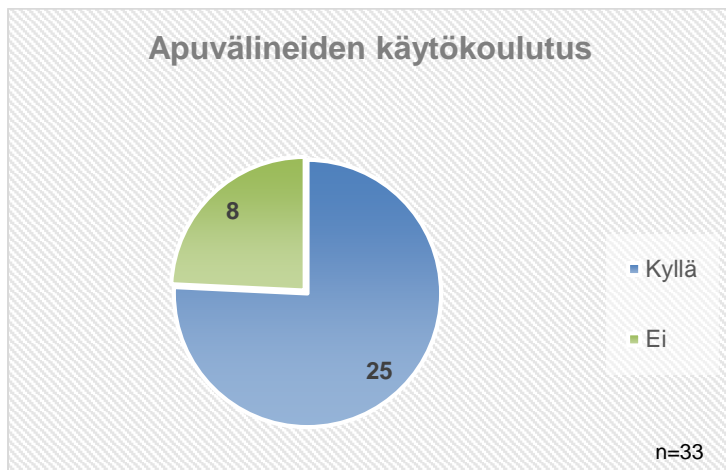
ilmapatja

pyörätuoli

wc-tuoli ja koroke



**Apuvälineiden käyttökoulutuksen** ilmoitti saaneensa 25 vastaajaa. Sen sijaan kahdeksan ei sitä ollut saanut. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Apuvälineiden käyttökoulutus.

Vastaajista ne, jotka olivat saaneet käyttökoulutuksen, kuvailivat sitä hyväksi, perusteelliseksi, asialliseksi, tarpeelliseksi, opettavaiseksi ja kohtalaiseksi. Erään vastaajan mielestä käyttökoulutus on osittain kiinni omasta kiinnostuksesta. Käyttökoulutuksen koettiin olevan hyvä silloin, kun sen antaa henkilö, joka osaa apuvälineitä käyttää oikein.

**Hankittavat hoitotyön apuvälineet.** Kysymykseen millaisia hoitotyön apuvälineitä tulisi työyksikköosi hankkia, oli vastattu monipuolisesti ja apuvälineiden hankkimisen lisäksi vastauksissa otettiin kantaa olemassa olevien välineiden huollon toimimattomuuteen. Vastauksissa kävi ilmi, että yksiköissä kaivataan kunnollisia pyörätuoleja ja kävelytysvöitä, nostureita tulisi olla useampia, seisomanojanosturia, parempia liukulakanoita käyttöoppaan kera sekä one way slideja. Isolle asukkaalle sopivaa pesulaveria toivottiin sekä suihkutuolia, jonka voisi nostaa hoitajalle sopivalle korkeudelle. Toimivia sähkösätkyjä ja kevyitä, siirreltäviä yöpöytiä toivottiin myös. Nykyisten sähkösätkyjen jarrujen ei koettu pitävän eikä yöpöytien renkaiden toimivan. Apuvälinelainaamon kanssa toteutettua yhteistyötä kiitettiin toimivaksi ja aktiiviseksi.

### 6.3 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikutukset hoitajien työkykyyn

Tähän kysymykseen saatiin 23 vastausta, joissa 7:ssä vastaaja ilmoitti, ettei heidän mielestään muutosta ole tapahtunut työyhteisön työkyvyssä. Ei osaa sanoa - tai tyhjän vastauksen jätti yhteensä 10 vastaajaa. Työyhteisön työkyvyn koki parantuneen 16 vastaajaa. Vapaan sanan kohdassa useat näistä vastaajista kertoivat, että työyhteisössä on kiinnitetty huomiota työasentoihin, työtapoihin ja asukkaiden siirtoihin. Jonkun mielestä sairauspoissaolot ovat vähentyneet hieman. Ergonomiavastaavien opastuksesta ja ohjeista yksi vastaaja kertoi saaneensa hyviä vinkkejä ja helpotuksia asukkaiden siirtoihin. Eräs vastaaja totesi kuulleen työkavereilta positiivista palautetta koulutuksesta ja sen hyödyistä työyhteisön kannalta.

Useimmat vastaajat mainitsivat oppineensa apuvälineiden käyttöä koulutuksen ansiosta. Erittäin tärkeänä pidettiin asukkaan luontaisten liikemallien aktivoimista ja hyödyntämistä hoito- ja siirtotilanteissa. Sängyn korkeuden säätö nousi tärkeäksi asiaksi vastaajien keskuudessa ja etenkin hoito/työskentelykorkeuden ja siirtokorkeuden eron huomaaminen. Ylipäättäänkin hoitajien oma ergonomia ja sen noudattaminen oli monella vastaajalla mielessä. Vastaajat olivat tehneet monia oivalluksia: liu'utetaan, ei nosteta, voimaa ei tarvita paljon ja muistetaan potilaan sekä hoitajan turvallisuus. Erään vastaajan mielestä ergonomia lähtee jo huonejärjestyksen suunnittelusta mahdollisimman toimivaksi niin asukkaan kuin hoitajien näkökulmasta katsoen.

Valtaosa vastasi muuttaneensa työtapojaan huomioiden entistä paremmin apuvälineiden tarpeen arvioinnin ja käytön hoitotilanteissa. Apuvälineitä on hankittu lisää ja niitä käytetään aktiivisesti. Vuodesuojan kääntökahvat on otettu käyttöön ja koettu hyväksi. Nosturia käytetään aiempaa enemmän. Potilaan luontaisten liikemallien aktivoimisen ja käyttämisen kertoivat useat hoitajat huomioivansa siihen sopivissa tilanteissa. Asukkaan kainaloista nostaminen on vähentynyt huomattavasti. Vuodepotilaan siirrot sujuvat paremmin. Sängyn korkeuden hoito- ja petaustilanteissa kertoivat vastaajat säätävänsä omaa ergonomiaansa ajatellen ihanteelliselle tasolle. Jotkut vastaajat kertoivat ryhtyneensä liu'uttamaan asukasta siirtotilanteissa, eivätkä nosta kuten aiemmin. Hoitajan oman ergonomian ilmoittivat monet vastaajat ottavansa entistä paremmin huomioon välttämällä selällä nostamista, käyttämällä jalkojaan siirtojen yhteydessä, säästämällä itseään, ajattelemalla ergonomiaa aktiivisesti ja toimimalla sen

mukaisesti. Vastauksista kävi ilmi, että työkaverin motivointi ergonomiseen työskentelyyn koettiin haasteelliseksi.

#### 6.4 Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen kehittäminen

Esitettyyn kysymykseen tuli sisällöltään samansuuntaisia vastauksia paljon, joskaan kaikissa palautetuissa lomakkeissa ei ollut vastattu tähän ollenkaan tai oli todettu, ettei tiedä miten koulutusta tulisi kehittää. Päällimmäisenä vastauksista nousi esiin kehitysehdotus siitä, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta tulisi tarjota enemmän ja kaikille halukkaille tai sisällyttää koulutus hoitajien peruskoulutukseen.

Koulutus kaikille hoitajille, niin ergonomia-asia etenisi ehkä paremmin. (Vastaaaja 27.)

Olisi hyvä, jos korttikoulutuksen saisi sisällytettyä lähihoitajaopintoihin. (Vastaaaja 30.)

Olisihan se kiva, että osastolla olisi useampi kortin omaava vastaava. Tai sitten olisi kiva jos järjestyisi enemmän ohjausaikaa töissä. Osastotunteja pitäisi järjestää useammin. (Vastaaaja 22.)

Pakolliseksi osioksi hoitotyöhön, kuten esim. Love-lääkehoidon osaaminen. (Vastaaaja 24.)

Pitäisi olla useammalla työntekijällä. (Vastaaaja 23.)

Usein päivityksiä ja koulutuksia. (Vastaaaja 8.)

Tulisi tarjota kaikille. (Vastaaaja 12.)

Koulutus on hyvä. Toivoisin enemmän kurssitettavia, esim. pakolliseksi jokaiselle työntekijälle sekä esimiehille, tällöin ergonomiaan sitoutuisi enemmän. Vanhat toimintatavat istuvat syvässä. (Vastaaaja 5.)

Vastauksissa kävi ilmi toive siitä, että jo koulutuksen käyneet toisivat oppimansa tiedot ja taidot oikeasti koko työyhteisön tietoisuuteen niin, että kaikki hoitotyötä tekevät siitä hyötyisivät. Toisaalta todettiin tilanteen olevan kohtuullisen hyvä näinkin ja että ”jäärät

ovat jääriä, vaikka kuinka yrittää opettaa”. Opiskelijoiden ergonomiosaamisesta koettiin huolta ja tuotiin ilmi, että opiskelijoilla ei yleensä ole tietämystä oikeanlaisesta ergonomiasta hoitotyössä heidän tullessaan työssäoppimisjaksolle yksiköihin. Ehdotettiin, että opiskelijat voisivat olla harjoittelun aluksi ergonomiavastaavan työparina ja näin saada perehdytyksen oikeanlaisiin työtapoihin, joissa huomioidaan niin potilaan kuin hoitajankin oma ergonomia ja hyvinvointi. Toivottiin ajantasaista tietoa siitä, millaisia apuvälineitä on saatavilla. Koettiin, että tieto alan uutuuksista ei aina saavuta heitä, eivätkä he näin ollen osaa pyytää niitä käyttöönsä.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettisyys

Etiikassa on kyse sekä hyvän ja pahan että oikean ja väärän erottamisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27). Tutkimustyössä täytyy ottaa huomioon tutkittavaan asiaan liittyvät eettiset kysymykset ihmisarvoa kunnioittaen. Tutkimuslupa, tutkimussuunnitelma mukaan liitettynä, anottiin yhteistyökumppanin edustajalta. Tutkimuslupa vahvistettiin osapuolten allekirjoituksilla ja sitouduttiin noudattamaan eettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä. Kyselytutkimuksen mukana oli saatekirje (Liite 1), josta kävi ilmi, miksi kyselytutkimusta tehdään, ketkä tekevät, heidän yhteystietonsa, toimeksiantajan yhteyshenkilö sekä luottamuslauseet.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeita yksiköihin viedessä ja kyselyn saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen luonteesta, tulosten säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Tietoisesti suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta tulkittiin vastaajan täytetyn kyselylomakkeen palauttaminen palautuslaatikkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 218–219.) Oikeudenmukaisuuden periaatetta toteutettiin tutkimuksessa siten, että yksiköiden jokaisella hoitajalla oli mahdollisuus vastata kyselyyn. Myös sijaisten, jotka kokivat heillä olevan tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta, oli mahdollista vastata kyselyyn. Vastaajien anonymiteetti varmistettiin siten, että vastaajien nimiä ei kysyty missään vaiheessa eikä tutkimustietoja luovuteta ulkopuolisten käsiin. Aineisto säilytettiin lukitussa tilassa ja hävitettiin tutkimusprosessin päätyttyä asianmukaisesti. Tietokoneella oleva aineisto oli salasanoilla suojattu. Kyselyn vastaukset esitettiin yleiskielellä siten, ettei yksittäisen vastaajan tunnistaminen ole mahdollista. Tunnistamisen mahdollisuuden pienentämiseksi tutkimusyksiköiden nimiä ei julkaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 221.)

Teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisessa lähdemateriaalia pyrittiin käyttämään mahdollisimman kunnioittavasti merkitsemällä lähteet huolellisesti. Näin toimien tunnustus aineistosta menee oikeaan osoitteeseen, ja toisaalta varmennetaan opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen luotettavuutta ja kattavuutta. Raportointi pyrittiin tekemään selkeästi ja johdonmukaisesti. (TENK, [viitattu 10.11.2017].)

Eettisyys koskee kaikkea toimintaa pyrittäessä vastuullisiin ja oikeudenmukaisiin ratkaisuihin tutkimustyössä. Eettisyyttä tukevia asioita ovat eettiset ja ympäristöystävälliset valinnat, toisten aito kuuntelu ja suvaitsevaisuus, luottamus ja sitoutuminen yhteisiin asioihin, yhteisistä ja omista asioista vastuunotto sekä arviointien ja päätöksenteon tasapuolisuus ja läpinäkyvyys. Negatiivisesti eettisyyteen vaikuttaa plagiointi, toisten vähättely, luottamuksen rikkominen, oman edun tavoittelu sekä liiallinen kilpailuhenkisyys. (Mäkinen 2006, 8–17.) Opinnäytetyön eettisyyttä pyrittiin varmentamaan säännöllisten opinnäytetyönohjausten ja tekijöiden keskinäisten keskustelujen avulla erityisesti suunnitteluvaiheessa, kyselytutkimuksen vastaajien informoinnissa, aineiston keruussa, käsittelyssä sekä tulosten julkistamisen yhteydessä.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa otettiin huomioon toisen opinnäytetyön tekijän työskentely tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa. Tutkimuseettisten näkökulmien sekä luotettavuuden vuoksi opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena haastattelututkimuksen sijaan. Kyselytutkimusta ei myöskään tehty yksiköihin, joissa opinnäytetyön tekijä on tai on ollut töissä. Kyselytutkimuksen ajankohdan pohdittiin olevan hyvä siitä näkökulmasta, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen oppien käyttöönotolle on ollut aikaa kolme-neljä vuotta.

## 7.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön tarkoituksen, tavoitteiden ja tutkimuskysymysten ohjaamina aineiston analyysissä sovellettiin sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. Tästä syystä myös luotettavuuden arviointi on toteutettu soveltaen sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän luotettavuuden arviointimenetelmiä.

Tutkimuksen luotettavuutta kuvaavat reliabiliteetti ja validiteetti (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233; Kananen 2014, 146–147; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189–196). Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä toteutetulla menetelmällä. Kyselyn avulla saatu aineisto toi esiin hoitajien subjektiiviset kokemukset, joten näiltä osin voidaan todeta reliabiliteetin toteutuneen.

Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan, onko onnistuttu mittaamaan tutkimuksessa sitä mitä alun perin on ryhdytty tutkimaan. Kyselylomakkeen validiteettiin kiinnitettiin

huomiota erityisesti tutkimussuunnitelma- ja aineistonanalyysivaiheessa siten, että pyrkimyksenä oli rakentaa kysely, jolla saadaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistettiin tekemällä koekysely seitsemälle vapaaehtoiselle hoitotyöntekijälle. Saadun palautteen perusteella kyselyä hiottiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233; Kananen 2014, 146–147; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189–196.)

Saatuja tuloksia voidaan yleistää perusjoukkoa koskevaksi kohtuullisen hyvin, koska kolmesta eri yksiköstä saadut vastaukset olivat hyvin toistensa kaltaisia. Sen sijaan tuloksia ei voida yleistää koskemaan koko perusterveydenhuollon henkilöstöä. Tulosten luotettavuutta heikentävä tekijä saattaa olla vastaajien valikoituminen siten, että kyselyyn ovat vastanneet enimmäkseen niin sanotut hyvät vastaajat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189–195.)

Tutkimukseen kutsutut kolme yksikköä edustivat kahdeksaa Kuntayhtymä Kaksineuvoisen tehostetun palveluasumisen yksikköä. Yhteensä vakituista henkilöstöä näissä yksiköissä on noin 170 ja kyselyyn valikoituneita vastaajia oli yhteensä 67. Heistä 33 palautti kyselylomakkeen. Vastausprosentti oli täten 49. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta alhainen vastausprosentti saattaa vaikuttaa tuloksiin jonkin verran. Tutkimuksen otoksen voidaan kuitenkin todeta kuvaavan perusjoukkoa hyvin ja olevan tutkimuksen laajuuteen nähden riittävä. Saatujen vastausten perusteella saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189–196.)

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa pyrittiin säilyttämään kriittinen asenne omaan työhön, lähdeaineistoon ja tutkimustuloksiin. Tutkijoiden omat ennakko-oletukset pyrittiin tiedostamaan. Tutkijoiden toimintaan huomiota kiinnittämällä ja tulosten mahdollisimman tarkalla kuvauksella lisättiin tutkimuksen uskottavuutta ja siirrettävyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 197–202.)

### **7.3 Opinnäytetyöprosessi**

Opinnäytetyöprosessi eteni jouhevasti asetetussa aikataulussa pysyen. Workshoppeja ja tapaamisia ohjaavien opettajien kanssa oli sopivin väliajoin. Työskentely eteni vaiheittain koko ajan asiaan syventyen ja laajentaen aihekokonaisuutta.

Prosessin aikana ohjausta saatiin opinnäytetyön ohjaavilta opettajilta, informaattikolta ja äidinkielenopettajalta sekä konsultoimalla yhteistyökumppanin edustajia. Laadukkaan lähdemateriaalin löytäminen oli aluksi haasteellista, mutta perusteellinen etsintä tuotti tulosta ja aineistoa löytyi hyvin. Tosin hoitotieteellistä aineistoa aiheesta on saatavissa hyvin vähän. Opinnäytetyössä käytetty lähdeaineisto on pääasiassa työterveyden ja fysioterapian aloilta.

#### **7.4 Tulosten tarkastelu**

Tehdyn kyselytutkimuksen vastausten perusteella voidaan todeta, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus on varsin hyödyllinen ja pidetty koulutus, joka tukee hoitajien työssä jaksamista ja parantaa työkykyä merkittävästi. Koulutuksen käyneet ovat kyenneet kohtuullisen hyvin ottamaan käyttöön koulutuksessa saamansa tiedot ja taidot käytännön hoitotyöhön. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lähiesimiesten tuella ja esimerkillä on merkittävä vaikutus Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen oppien jalkautumisessa käytäntöön, mutta jokainen työntekijä voi omalla suhtautumisellaan, joko edistää, tai vaikeuttaa uusien työmenetelmien siirtymistä käytäntöön. Tämä tutkimuksen päätelmä oli yhteneväinen Fagerströmin (2013, 133) tutkimuksen kanssa.

Ergonomisten avustustaitojen omaksuminen on jatkuva prosessi. Työyhteisöissä on usein monenlaisia ajankohtaisia asioita päällekkäin, lisäksi esimerkiksi henkilöstön vaihtuvuudella on merkitystä ergonomisten toimintatapojen jalkautumisessa. Ergonomia on yksi osa-alue laadukkaan hoitotyön kokonaisuudessa ja siihen on hyvä välillä paneutua tarkemmin ja välillä laittaa prosessi taka-alalle kypsymään.

Näkemyksemme mukaan Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyttöönotto hoitotyön arkeen on mahdollista ergonomiayhdysheiköiden avulla, mutta se vaatii työnantajan, esimiehen ja työyhteisön tukea, ergonomiayhdysheiköiden säännöllistä kouluttautumista ja aktiivisuutta sekä asianmukaisia ja huollettuja hoitotyön apuvälineitä. Saatujen vastausten perusteella ylivoimaisesti tehokkain tapa jalkauttaa ergonomiset avustusmenetelmät hoitotyön arkeen olisi mahdollistaa Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -kurssi koko henkilöstölle.



Reilu neljännes kyselytutkimukseen vastanneista kertoi tule-terveytensä kohentuneen ergonomisten työmenetelmien käyttöönoton jälkeen. Mielestämme tämä on merkittävä määrä. Tulos on samansuuntainen Fagerströmin (2013, 107) esittämän tuloksen kanssa. Tulos kertoo myös siitä, että Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksella on ollut positiivisia vaikutuksia hoitajien kokemaan työkykyyn.

Näkemyksistä, että ergonomia ja ergonominen potilaan avustaminen sekä potilassiirrot eivät ole vain yksilön asia, vahvistui. Ergonomisen avustamisen tahto ovat hyvin moninaiset ja ketju on juuri niin vahva, kuin mitä on sen heikoin lenkki. Opinnäytetyön kyselytutkimuksen perusteella voidaan todeta myös ergonomisilla työtavoilla olevan suotuisat vaikutukset, sillä osa kyselyyn vastanneista sanoo omien sairauspoissaolujensa vähentyneen. Vastausten perusteella työntekijän omalla aktiivisuudella ja motivaatiolla on iso merkitys ergonomisten avustustaitojen oppimisessa. Tutkimustulos on samansuuntainen kuin Fagerströmin (2013, 103) ja Gattingerin (2017).

Sekä aikaisemmassa tutkimuksessa (Rogers, Buckheit & Ostendorf 2013, 436–438) että tässä tutkimuksessa esiin nousi samankaltaisia riskitekijöitä hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksille. Riskitekijät ovat uhka hoitajien työkyvylle ja sen myötä esiin tulleet riskit on hyvä tiedostaa. Ellei niiden poistaminen onnistu kokonaan, tulee työnantajan, työyhteisöjen ja työntekijän miettiä keinoja pienentää tiedostettuja riskejä.

Vastauksissa ei tullut esiin varsinaisia Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen sisältöön kohdistuvia kehittämisehdotuksia. Vastaajat kokivat koulutuksen laadukkaaksi ja useissa vastauksissa esitettiin koulutuksen sisällyttämistä osaksi hoitotyön koulutusohjelmia. Vastaajien kokemuksen mukaan työssäoppimisjaksoille tulevilla opiskelijoilla ei ole aina tietoa ergonomiaan liittyvistä asioista.

Kyselyn vastauksista ei noussut esiin organisaation tukea yhtä vahvasti kuin se ilmeni muissa tutkimuksissa (Manka 2007, 92–94; Fagerström 2013, 22, Rogers, Buckheit & Ostendorf 2013, 436–438.). Aiemmissä tutkimuksissa painottui työnantajan ja organisaation rooli työmenetelmien jalkauttamisen sekä hoitajien työkyvyn ja työhyvinvoinnin kannalta. Mielestämme yhteistyötä henkilöstön ja työnantajan välillä olisi paikallaan kehittää tässä asiassa.

Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen käyttöönottoa Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa olisi näkemyksemme mukaan mahdollista tehostaa liittämällä ergonomia

osaksi työhyvinvointisuunnitelmaa esimerkiksi Mankan (2007) mukaisesti omana osa-alueenaan työ ja työolot -kategoriaan. Potilassiirtojen ergonomian nostaminen esille kaikissa organisaation suunnitelmissa tukisi uusien toimintamallien jalkautumista ja olisi vahvana viestinä siitä, että asia on tärkeä ja merkityksellinen.

## **7.5 Jatkotutkimusehdotukset**

Ergonomian ja erityisesti potilassiirtojen osuutta hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnin näkökulmasta on tutkittu yllättävän vähän sekä Suomessa että maailmalla. Aiheesta olisi mielekästä tehdä lisätutkimuksia, nimenomaan hoitotieteellisestä näkökulmasta.

Toteutetun kyselytutkimuksen innoittamina heräsi ajatuksia jatkotutkimusideoista, joista ensin mainittakoon ergonomisten avustusmenetelmien käyttö potilaan näkökulmasta siten, että kiinnitetään erityisesti huomiota potilaan luonnollisten liikemallien aktivointiin, kuntoutumiseen ja tuntemuksiin. Toiseksi jatkotutkimusehdotukseksi nousi yhteiskunnallinen näkökulma sen seurauksista, mikäli Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutus liitettäisiin pakollisten opintojen osaksi sekä sairaanhoitaja-että lähihoitajakoulutukseen. Olisi erittäin mielenkiintoista saada tietää, voitaisiinko ergonomisten avustustaitojen systemaattisella kehittämisellä saada aikaan yhteiskunnallisesti tarkasteltuna positiivinen muutos tule-vaivojen yleisyyteen ja sitä kautta sairauspoissaolotilastojen pienentyminen lähemmäs koko väestön laskennallisia sairauspoissaololukuja. Näkemyksemme mukaan tämä saattaisi olla varteenotettava keino vastata tulevaisuuden haasteisiin sekä työurien pidentämisen osalta että kustannuskehityksen kasvun hillitsemiseksi.

## LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro.
- Annala, A. 2018. Työhyvinvointisuunnittelija. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. Haastattelu 2.2.2018.
- ArjoHuntleigh. 2018. [Verkkosivusto]. [Viitattu 5.3.2018]. Saatavana: <http://www.arjo-huntleigh.fi/>
- Care Thermometer. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 5.3.2018]. Saatavana: <http://www.carethermometer.com/>
- Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä - monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. [Verkkosivusto]. Turun Yliopisto: Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 19.4.2018]. Saatavana: [http://www.tsr.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=13109&name=DLFE-8805.pdf](http://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-8805.pdf)
- Gattinger, H. 2017. Development and evaluation of two instruments to assess nursing staff's competence in mobility care based on kinaesthetics. [Verkkosivusto]. Turun yliopisto: Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavana: <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144030/AnnalesD1310Gattinger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Halme, S-L. 2012. Asiakkaan ainutkertaisuus ja tasa-arvo. Teoksessa: I, Ranta. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Fioca.
- Harjanne, K. & Penttinen, A. 2007. Työsuojelulla hyvinvointia ja tulosta. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Edita Prima.
- Hietalahti, H. & Pusenius, R. 2012. Työntekijän omavastuu työhyvinvoinnin osatekijänä. [Verkkosivusto]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 25.2.2018]. Saatavana: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40940/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-201302141219.pdf?sequence=5](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40940/URN_NBN_fi_jyu-201302141219.pdf?sequence=5)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hotus. 19.4.2018. Näyttöön perustuva toiminta. [Verkkosivusto]. Hoitotyön tutkimussäätiö. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavana: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

- Ilmarinen, J. 19.10.2016. Työkaari kuntoon hyvällä yhteistyöllä. [Verkkajulkaisu]. Turku. [Viitattu 21.10.2017]. Saatavana: [http://tyokaari.fi/wp-content/uploads/2016/08/3-Ilmarinen-yhteisty%C3%83%C2%B6ll%C3%83%C2%A4-tuloksia-Ty%C3%83%C2%B6kaari\\_Turku.pdf](http://tyokaari.fi/wp-content/uploads/2016/08/3-Ilmarinen-yhteisty%C3%83%C2%B6ll%C3%83%C2%A4-tuloksia-Ty%C3%83%C2%B6kaari_Turku.pdf)
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–4. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Karhula, K., Rönholm, T. & Sjögren, T. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. [Verkkajulkaisu]. Työsuojelujulkaisuja 83. Työsuojeluhallinto. [Viitattu 20.4.2018]. Saatavana: <http://docplayer.fi/204111-Potilassiirtojen-kuormittavuuden-arviointimenetelma.html>
- Karjalainen 16.2.2013. [Verkkolehtiartikkeli]. Työurien pidentäminen ei ole vaihtoehto vaan välttämättömyys. Pääkirjoitus. [Viitattu 9.11.2017]. Saatavana: <https://www.karjalainen.fi/mielipiteet/mielipiteet/paakirjoitus/item/25131-tyourien-pidentaminen-ei-ole-vaihtoehto-vaan-valttamattomyys>
- Korhonen, T., Hahtela, N., Siltanen, H. & Holopainen, A. 2018. Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvamana. [Verkkajulkaisu]. Hoitotyön tutkimussäätiö ja Sairaanhoidtajaliitto. [Viitattu 1.4.2018]. Saatavana: [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2018/02/npt\\_raportti\\_digi.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2018/02/npt_raportti_digi.pdf)
- Kuikka, S. Palvelupäällikkö. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. Puhelinkeskustelu 18.4.2018.
- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2013a. Henkilöstökertomus 2013.
- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2013b. Yhtymähallituksen pöytäkirja 22.8.2013.
- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2016a. Ergonomiakortti® -koulutuksen seurantaröyhmän kokouspöytäkirja 31.10.2016.
- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2016b. Henkilöstökertomus 2016.
- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2018a. Henkilöstö- ja koulutussuunitelma 2018.
- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2018b. Tilinpäätös 2017. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 16.4.2018]. Saatavana: <https://www.kaksineuvoinen.fi/wp-content/uploads/2018/03/TILINP%C3%84%C3%84T%C3%96S-2017-allekirjoituksen.pdf>

- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. Ei päivystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 4.9.2017]. Saatavana: <https://www.kaksineuvoinen.fi/fi/kaksineuvoinen/paatoksenteko/>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- Kämäräinen, M. (toim.) 2009. Työsuojelun perusteet. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Käypä hoito -suositus. 29.3.2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Verkkosivusto]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 10.11.2017]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>
- L 1409/1993 Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä siirroista ja nostoista työssä.
- L 1383/2001 Työturvallisuushuoltolaki.
- L 738/2002 Työturvallisuuslaki.
- Laine, P. 2013. Työhyvinvoinnin kehittäminen. Hyvän kehittämisen reunaehdoja tutkijamassa. [Verkojulkaisu]. Turku: Turun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 7.2.2018]. Saatavana: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/93684/Annales%20C%20372%20Laine%20VK.pdf>
- Launis, M. & Lehtelä, J. (toim.) 2011. Ergonomia. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Manka, M-L. 2007. Työrauhan julistus. Miten olla ihmisiksi alaisena ja esimiehenä. Helsinki: Kirjapaja.
- Martimo, K-P. 2010. Musculoskeletal disorders, disability and work: People and Work Research Reports 89. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland. Doctoral dissertation. [Viitattu 19.1.2018]. Saatavana: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-802-988-8/urn\\_isbn\\_978-951-802-988-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-802-988-8/urn_isbn_978-951-802-988-8.pdf)
- Mattinen, K., Valli, A. & Vähätiitto, S. 2014. Potilassiirtojen ergonomiakortti®-koulutuksen vaikutus työn fyysiseen kuormittavuuteen ja työhyvinvointiin. Tutkimus Hoivayksikön ja Puhtokodin hoitohenkilökunnasta. Centria-Ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 26.11.2017]. Saatavana: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80790/Mattinen\\_Valli\\_Vaha-tiitto.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80790/Mattinen_Valli_Vaha-tiitto.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi
- Nostot käsin. 18.12.2017. [Verkkosivusto]. Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu. [Viitattu 16.4.2018]. Saatavana: <http://www.tyosuoja.fi/tyoolot/fyysinen-kuormitus/nostot-kasin>

- Pakka, J. & Rätty, T. 2010. Työstä hyvinvointia. Työturvallisuuskeskus TTK. Helsinki: Painojussit.
- Palviala, R. 16.6.2015. Raportti toteutuneesta Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksesta Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa v. 2014–2015.
- Palviala, R. 2017. Työfysioterapeutti. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. Haastattelu 9.10.2017.
- Rogers, B., Buckheit, K. & Ostendorf, J. 2013. Ergonomics and nursing in hospital environments. *Workplace health & safety* 61 (10). [Viitattu 29.10.2017]. Saatavana: Sage Premier -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Santos, Y., Porto, F., Marques, L., Tomaz, A., Toledo, R. and Lucena, N. 2012. Assessment of work ability of health professionals in the mobile emergency unit. Federal University of Paraiba. [Viitattu 29.10.2017.] Saatavana: <https://content.iospress.com/download/work/wor0240?id=work%2Fwor0240>
- Soini, S. (toim.). 2009. Työsuojelun perusteet. Helsinki: Työterveyslaitos
- Sote-uudistuksen tavoitteet. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 9.9.2017]. Saatavana: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>
- Sydänmaanlakka P. 2006. Älykäs itsensä johtaminen. Näkökulmia henkilökohtaiseen kasvuun. Jyväskylä: Talentum Media Oy.
- Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Turun Yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, työterveyshuolto. [Viitattu 29.10.2017]. Saatavana: [http://www.ralphart.sigmatic.fi/tamminen/doc/thesis\\_fin\\_pub\\_ver.pdf](http://www.ralphart.sigmatic.fi/tamminen/doc/thesis_fin_pub_ver.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.
- TELA. Ei päiväystä. Työkyvyn muodostuminen. [Verkkosivusto]. Työeläkevakuuttajat. [Viitattu 6.2.2018]. Saatavana: <https://www.tela.fi/tyokyky>
- TENK. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 10.11.2017]. Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>
- TK-työterveys Kaksineuvoinen. 1.6.2013. Työterveyshuollon ehdotus sairauslomien hallintaprojektiksi Kuntayhtymä Kaksineuvoiselle.

- Tule ry. Ei päiväystä. Mitkä tule-sairaudet? [Verkkosivusto]. [Viitattu 26.11.2017].  
Saatavana: <http://tulessa.fi/maaritelma/tuki-ja-liikuntaelinsairaudet/>
- Työterveyslaitos. 19.5.2017. Sairauspoissaolojen määrä ei enää vähene kunnissa.  
[Verkkosivusto]. [Viitattu 21.9.2017]. Saatavana: <https://www.ttl.fi/sairauspoissaolojen-maara-ei-enaahahene-kunnissa/>
- Työterveyslaitos. Ei päiväystä. Potilassiirrot. [Verkkosivusto]. [Viitattu 12.2.2018].  
Saatavana: <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/ergonomia/potilassiirrot/>
- Työterveyslaitos. Ei päiväystä. Potilassiirtojen ergonomiakortti® -koulutukset. [Verkkosivusto]. [Viitattu 17.9.2017]. Saatavana: <https://www.ttl.fi/koulutus/potilassiirtojen-ergonomiakortti/>
- Työterveyslaitos. Ei päiväystä. Tule-vaivoihin vaikuttavat tekijät. [Verkkosivusto]. [Viitattu 11.2.2018]. Saatavana: <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/tule-vaivoihin-vaikuttavat-tekijat/>
- Työterveyslaitos. Ei päiväystä. Työhyvinvointi. [Verkkosivusto]. [Viitattu 6.3.2018].  
Saatavana: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>
- Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2008. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 20 (1), 36–47.
- Valtanen, T. 18.2.2016. Kiista työurista sai uusia kierroksia – Asiantuntija: Niitä olisi pidennettävä kautta linjan. [Verkkolehtiartikkeli]. Yle Uutiset. [Viitattu 9.11.2017].  
Saatavana: <https://yle.fi/uutiset/3-8683624>
- Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä, (1409/1993). [www-dokumentti.] [Viitattu 29.10.2017.] Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19931409>
- Virolainen, H. 2012. Kokonaisvaltainen työhyvinvointi. Helsinki: BoD – Books on Demand.
- Virtanen, M. 2010. Care Thermometer käyttöopas. [Verkkojulkaisu]. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 9.3.2018].  
Saatavana: [http://www.sotergo.fi/files/29/care\\_thermometer\\_kayttoopas\\_2010.pdf](http://www.sotergo.fi/files/29/care_thermometer_kayttoopas_2010.pdf)

## **LIITTEET**

Liite 1. Saatekirje kyselyyn

Liite 2. Kyselylomake



**LIITE 1****Hyvä Kuntayhtymä Kaksineuvoisen hoitaja**

Olemme Seinäjoen Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme Opinnäytetyöhömmе sisältyvää kyselytutkimusta, jonka tarkoituksena on selvittää Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen jalkautumista jokapäiväiseen hoitotyöhön. Tämän lisäksi pyydämme vastaajilta Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen kehittämisideoita.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Seinäjoen Ammattikorkeakoulun lehtori Virpi Salo (virpi.salo@seamk.fi). Yhteyshenkilönä Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa toimii hoidon ja hoivan palvelujohtaja Terhi Haapala (terhi.haapala@kaksineuvoinen.fi).

Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja anonymisti. Vastaamiseen kuluu noin 15 min. Vastaukset analysoidaan tilastollisesti kokonaisuutena eikä yksittäisen vastaajan vastauksia tulla julkistamaan missään vaiheessa. Allekirjoittaneet ovat vaitiolovelvollisia.

Pyydämme sinua vastaamaan 10.2.2018 mennessä ja palauttamaan kyselylomakkeen työyksikköön toimitettuun vastauslaatikkoon. Jokainen vastaus on tärkeä!

Mikäli sinulla on jotain kysyttävää, annamme mielellämme lisätietoa asiasta.

Yhteystietomme: [tuula.hyrsky@seamk.fi](mailto:tuula.hyrsky@seamk.fi) puh. 040 752 3852  
[sari.makinen@seamk.fi](mailto:sari.makinen@seamk.fi) puh. 040 539 0667

Kiitämme sinua jo etukäteen vastauksistasi!

Seinäjoella 11.1.2018

Tutkimusterveisin

Tuula Hyrsky

Sari Mäkinen

Sairaanhoitaja (AMK) -opiskelija

Sairaanhoitaja (AMK) -opiskelija

## LIITE 2

KYSELY KAKSINEUVOISEN HOITOHENKILÖKUNNALLE LIITTYEN POTILASSIIRTOJEN  
ERGONOMIAKORTTI® -KOULUTUKSEEN

1. Työpaikka \_\_\_\_\_
2. Hoitoalan työkokemus (vuosina) \_\_\_\_\_
3. Kuinka kuormittavaksi koet työsi fyysisesti kouluarvosanoilla 4 – 10? (4 = ei lainkaan kuormittavaa, 10 = erittäin kuormittavaa) \_\_\_\_\_
4. Millaiseksi koet työkykysi kouluarvosanoilla 4 – 10? (4 = erittäin huono, 10 = paras mahdollinen) \_\_\_\_\_
5. Olen suorittanut Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen:
 

Kyllä                       Ei
6. Miten koet Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen vaikuttaneen työyhteisösi työkykyyn?
 

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
7. Mainitse kolme tärkeintä asiaa, jotka olet oppinut Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen myötä (joko itse koulutuksen käymällä tai ergonomiayhdysheikilöiden kautta)
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
8. Oletko muuttanut työtapojasi Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen myötä (joko itse koulutuksen käymällä tai ergonomiayhdysheikilöiden kautta)? Jos olet, niin nimeä 3 tärkeintä muutosta:
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_

9. Miten koet työsi fyysisen kuormittavuuden muuttuneen Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutuksen myötä (joko itse koulutuksen käymällä tai ergonomiayhdyshenkilöiden kautta)

1. Keventynyt     2. Ei muutosta     3. Tullut raskaammaksi

Miten?

---



---



---

10. Onko työtapojen muutoksella ollut vaikutusta tuki- ja liikuntaelinterveyteesi, esimerkiksi lanneselkäsairaudet, niskahartiaoireyhtymä, nivelrikko, tule-ongelmien aiheuttamat toimintakyvyn rajoitukset?

1. Parantunut     2. Ei muutoksia     3. Huonontunut

Miten?

---



---



---

11. Onko työyhteisössäsi sitouduttu käyttämään ergonomisia työmenetelmiä?

1. Hyvin     2. Jossain määrin     3. Huonosti

Miten?

---



---



---

12. Miten voitaisiin paremmin tukea ergonomisten työtapojen jalkautumista käytäntöön?

---



---



---



---

13. Mitä hoitotyön apuvälineitä sinulla on työssäsi käytettävissä?

---

---

---

14. Oletko saanut käytettävissä olevien apuvälineiden käyttökoulutuksen?

Kyllä

Ei

15. Millaiseksi koet saamasi käyttökoulutuksen?

---

---

---

16. Millaisia hoitotyön apuvälineitä tulisi työyksikköosi hankkia?

---

---

---

17. Miten Potilassiirtojen Ergonomiakortti® -koulutusta tulisi kehittää?

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksistasi!