

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja

2019

Matti Supperi

HOITAJIEN TYÖERGONOMIA KOTIHOIDOSSA

– ergonomiaopas

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja

2019 | 26 sivua, 19 liitesivua

Matti Supperi

HOITAJIEN TYÖERGONOMIA KOTIHOIDOSSA

- ergonomiaopas

Ergonomialla tarkoitetaan ihmisen ja toimintajärjestelmän tutkimista ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin parantamiseksi.

Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä hoitajien tietoisuutta hyvästä työergonomiasta ja tätä kautta vaikuttaa loukkaantumisten ja sairaspoissaolojen määrään.

Tavoitteena oli luoda ajantasainen, selkeä ja helposti ymmärrettävä opas hyvästä työergonomiasta jota hoitajat voivat hyödyntää kotihoidossa.

Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä ja se sisältää kirjallisen version ja oppaan. Kirjallisessa osuudessa kerrotaan ergonomiasta sekä mitä huono ergonomia voi aiheuttaa ja hiukan teoriatietoa selkävaivoista, koska ne ovat hyvin yleisiä ennen aikaisen eläköitymisen aiheuttajia. Lisäksi kerrotaan lyhyesti mitä on kotihoito ja millaisia haasteita siellä toimimisessa on.

Oppaassa käsitellään yleisiä kotihoidossa tapahtuvia potilassiirtoja ja siinä on sanallisten ohjeiden lisäksi kuvia ymmärtämisen tueksi.

ASIASANAT:

Ergonomia, kotihoito, toimintakyky

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Registered nurse

2019 | 26 pages, 19 pages in appendices

Matti Supperi

NURSING ERGONOMIC AT HOMECARE

- Ergonomic guide

Ergonomic is a way to study different working methods and develop them to help wellbeing of people.

This study's purpose is to lead to ergonomic working and this way prevent injuries. Written part of this study is about good ergonomic and how bad ergonomic affects and a little bit information about back injuries, because they are a very common reason of early retirement. Also there is told what homecare is and what kind of difficulties is there.

The most common patient transfers are presented in the guide and there is verbal introductions along with pictures to help understand.

The goal was to create an up-to-date, clear and easily adaptable guide to understand good ergonomics what nurses can use when working in homecare.

KEYWORDS:

Ergonomics, homecare, performance

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA | 7 |
| 2.1 Kotihoito | 7 |
| 2.1 Asiakkaat | 7 |
| 2.2 Haasteet kotihoidossa | 8 |
| 3 ERGONOMIA | 11 |
| 3.1 Ergonomian käsite | 11 |
| 3.2 Ergonomiset avustusmenetelmät | 11 |
| 3.3 Ergonomian vaikutukset | 12 |
| 3.4 Fyysinen kuormittavuus kotihoidossa | 13 |
| 4 POTILASSIIRROT JA APUVÄLINEET | 15 |
| 4.1 Potilassiirrot | 15 |
| 4.2 Apuvälineet kotihoidossa | 16 |
| 4.3 Potilaan avustaminen makuulta istumaan sängyn reunalle | 16 |
| 4.4 Potilaan avustaminen avustaminen seisomaan ja pyörätuoliin | 16 |
| 4.5 Kaatuneen asiakkaan avustaminen | 17 |
| 4.6 Hoitotoimenpiteet | 17 |
| 4.7 Tarvikkeiden kantaminen | 17 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE | 19 |
| 6 MENETELMÄ JA AINEISTO | 20 |
| 7 TOTEUTUS | 21 |
| 8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 22 |
| 9 POHDINTA | 23 |
| LÄHTEET | 24 |

LIITTEET

Liite 1. Ergonomiaopas

1 JOHDANTO

Hoitoala on fyysisesti raskas ja erityisesti potilassiirrot koetaan haastaviksi. Tuki- ja liikuntaelinvaivat ovat mittava sairauspoissaolojen sekä ennen aikaisen eläköitymisen aiheuttaja. (Suni 2011.) Kotihoidossa haastetta lisää usein hoitotyöhön sopimattomat ahtaat tilat sekä työ ihmisten kotona jolloin huonekalut saattavat olla sijoitettuna hoitotyön kannalta epäoikeudellisiin paikkoihin. Huoneet ovat usein liian pieniä verrattuna laitosten standardimitoitettuihin huoneisiin. (Sipiläinen 2011.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on toteuttaa ergonomiaopas kotihoidossa työskenteleville hoitajille. Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä ja se koostuu kirjallisesta osuudesta sekä ergonomiaoppaasta. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Turun ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyössä käydään läpi mitä on hyvä työergonomia ja millaisia vaikutuksia huonolla työergonomialla on pitkään jatkuessa. Muita käsiteltäviä aihealueita ovat työn fyysinen kuormitus sekä tuki- ja liikuntaelinvaivoista johtuvat sairauslomien hoitoalalla.

Tarkoituksena on lisätä hoitajien tietoisuutta hyvästä työergonomiasta ja oppaan avulla tuoda oikeanlaisia liikemalleja käytäntöön. Oppaassa esitetään havainnollistavien kuvien yleisiä kotihoidossa esiintyviä ergonomisia haasteita. Kuvien tukena on myös sanallista tulkintaa. Oppaassa käsitellään kotihoidon raskaimpia tehtäviä eli nostoja, siirtoja ja kantamista.

Opas tulee sähköiseen muotoon saatavaksi.

2 HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA

2.1 Kotihoito

Hoitajan työ kotihoidossa on kokonaisvaltaista ja laaja-alaista mikä edellyttää monenlaista osaamista. Kotihoitotyön perustana olevan tiedon, työtehtävien ja työturvallisuuden hallinta on keskeistä osaamista. (Ikonen 2015.)

Kotihoidon tarkoituksena on tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään ja näin siirtää laitoshoidon tarvetta. Kotihoitoa voi saada asiakas jonka toimintakyky on heikentynyt siinä määrin että hän tarvitsee apua kotona selviytyäkseen. Hoito toteutetaan tukemalla asiakkaan omaa toimintakykyä. Kotihoidossa työntekijä voi auttaa esimerkiksi ruokailuissa, hygienian hoidossa ja muissa arjen askareissa. Tarvittaessa kotihoito huolehtii myös lääkehoidosta ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä. (Salo 2019.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotihoidon yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta sekä lainsäädännön valmistelusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Työtehtäviä kotihoidossa ovat henkilökohtaiseen hygieniaan ja vaatehuoltoon liittyvät avustamiset sekä myös tarvittaessa pyykinpesussa avustaminen. Tarvittaessa asiakasta autetaan ruoan esille otossa sekä lämmittämisessä. Hoitohenkilökunnan tehtäviin kuuluu myös opastus terveelliseen ja monipuoliseen ruokavalioon sekä asiakkaiden erityisruokavalioiden huomioimiseen. Myös lääkehoidon toteuttaminen on osa hoitajan työtä. Hoitaja voi kotihoidossa myös tarvittaessa avustaa kodin siisteyden ylläpidossa. Asukkaan henkinen tukeminen ja kannustaminen on tärkeää kaiken arkisen auttamistyön keskellä. Suuri osa kotihoidon asiakkaista tarvitsee hoiva ja huolenpito palveluiden lisäksi myös sairaanhoidollisia palveluita. Kotihoidossa voidaankin toteuttaa lääkärin määräämiä tutkimuksia, hoitoa ja seurantaa. Esimerkiksi kliiniset näytteiden otot, mitausten tekeminen, haavanhoito sekä avannehoito ovat kotihoidon työtehtäviä. (Ikonen 2015.)

2.1 Asiakkaat

Suuri osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä. Vanhuspalvelulain (920/2012) mukaan kuntien on ensisijaisesti toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito hänen kotiinsa annettavilla palveluilla. Pitkäaikainen laitoshoido voidaan järjestää jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet. (Kuntaliitto 2017.) Vuonna 2017 tehdyssä tilastoraportissa säännöllisen kotihoidon asiakkaista 77% oli 75-vuotta täyttäneitä. Se oli koko maan 75-vuotta täyttäneestä väestöstä 11,3 prosenttia. Kotihoidon asiakkaista alle 65-vuotiaita oli noin 8%. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Kotihoitoa voivat saada myös esimerkiksi vammaiset ja sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on muun syyn vuoksi alentunut. Myös lapsiperheillä on oikeus kotihoitoon, kun se on välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaksi. Kotihoitoa voidaan tällöin antaa esimerkiksi vamman, sairauden, uupumuksen tai muun erityisen perhetilanteen vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Kehitysvammaisten henkilöiden palvelujen päämäärä on, että laitosasuminen loppuu vuoteen 2020 mennessä. Hallitus on sitoutunut periaatepäätöksillään toteuttamaan kehitysvammaisten palveluiden rakennemuutosta jotka mahdollistavat kehitysvammaisten henkilöiden asumisen lähiyhteisössä. Kotihoidon työntekijä kohtaa vammaisia asiakkaita heidän omissa kodeissaan. Vaikeavammaisella henkilöllä on oikeus palveluasumiseen heidän omassa kodissaan. Kotihoidon työntekijällä täytyy olla tietoa erilaisista vammaisuuden aiheuttajista sekä tukitoimista ja palveluista. (Ikonen 2015.)

Mielenterveys- sekä päihdekuntoutujia on avohoidossa yhä enemmän. Tämä lisää kuntouttavan kotihoitopalvelun tarvetta. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien palveluihin liittyvä vuorovaikutus koetaan usein haasteelliseksi. Kotihoidossa asiakastyö on kuntoutujan auttaminen sietämään tunteitaan ja vaihtelevia tilanteita. Työ on neuvovaa ja ohjaavaa sekä auttamista elämäntilanteen jäsentämisessä, suunnitelmien tekemisessä sekä arjen selviytymiskeinojen löytämisessä. (Ikonen 2015.)

Päihdekuntoutujien suurin asiakasryhmä on alkoholin käyttäjät. Sukupuolten keskinäiset erot ovat kaventuneet ja nykyään myös iäkkäät käyttävät enemmän alkoholia. Alkoholin kulutuksen lisääntyminen aiheuttaa haasteita kotihoidolle. Runsaan alkoholinkulutuksen seurauksena puhjenneet varhaiset dementiat lisäävät kotihoidon tarvetta. (Ikonen 2015.)

2.2 Haasteet kotihoidossa

Kotihoitotyössä riskejä aiheuttavat mm. Tilan puute, matalat vuoteet, hygienian hoito wc:ssä, pukeminen, kaatuneen asiakkaan nostaminen, asiakkaan avustaminen makuulta istumaan sängyn reunalle ja asiakkaan avustaminen seisomaan tai asiakkaan avustaminen istumasta sängyn reunalta pyörätuoliin. (Ergocarebank 2015.)

Työntekijät kohtaavat kotihoidossa erilaisia työturvallisuutta vaarantavia riskejä. Kun asiakasta nostetaan tai siirretään voidaan näin vaarantaa omaa terveyttä. Myös kompastumiset, liukastumiset ja kaatumiset ovat mahdollisia kodeissa työskennellessä. (Ikonen 2015.)

Kotihoidon työntekijät työskentelevät myös väkivallan kannalta hyvin riskialttiissa työympäristössä. Kotihoidon työntekijän riskiä kohdata väkivaltaa lisäävät esimerkiksi asiakkaiden sairauksista, tapaturmista tai hoitotoimenpiteistä johtuvat sekavuustilat. Sairausten tuoma suru ja pelko, päihteiden käyttö, vastentahtoiset hoitotoimenpiteet sekä erimielisyys hoidosta lisäävät myös väkivallan riskiä. Myös omaiset voivat olla väkivaltaisia. Tyypillisimpiä työssä kohdattuja väkivallan muotoja ovat lyönnit, potkut, raapimiset ja ilkeä puhe sekä pelottavat uhkailut. (Ikonen 2015.)

Työturvallisuuden mukaan työnantajan on tehtävä selvitys esiintyneistä tapaturmista ja vaaratilanteista. Työturvallisuuden edistäminen on sekä työnantajalla että kotihoidon hoitajalla. Kaikki terveydelle haitallisia tekijöitä ei kuitenkaan kotona työskennellessä saada poistettua. (Ikonen 2015.)

THL:n ohjeistuksen *”Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen”* mukaan asiakkaan kanssa tulisi laatia kirjallinen sopimus toteutettavan palvelun periaatteista. Sopimukseen tulisi liittää työn turvallinen ja terveellinen tekeminen joka kattaisi mm.

päihteettömyyden ja tupakoimattomuuden sisätiloissa sekä tarvittavat muutokset kotonaan työntekijöiden turvallisen työergonomian parantamiseksi. (Saarsalmi ym. 2017.)

Työnantajan toimintamahdollisuudet ovat osittain rajatut, koska perustuslaki antaa ihmisille oikeuden kotirauhaan. Työnantajalla on kuitenkin oltava työsuojelun toimintamalli joka määrittelee työpaikan työolojen kehittämistarpeet sekä työympäristön haittaja vaaratekijöiden vaikutukset. (Ikonen 2015.)

Työnantajan on työntekijän työergonomiata turvatakseen annettava käyttöön asianmukaiset siirtoapuvälineet. Hoitohenkilökunta sitoutuu noudattamaan ohjeita hankittujen välineiden käytössä. Työnantajan on huolehdittava ettei hoitohenkilökunta joudu työsään alttiiksi haitalliselle kuormitukselle. Jos tällaista uhkaa esiintyy niin työnantajan on järjesteltävä tarvittavat muutokset työturvallisuuden ja -terveyden turvaamiseksi. Kotihoidossa asunnon ahtauden aiheuttamia toimintaesteitä voidaan joiltain osin korvata kehittämällä tilaa säästäviä ja hyviä sekä ergonomiata apuvälineratkaisuja. (Ikonen 2015.) Vaaratilanteita aiheuttaa lisäksi liukkaat lattiat, suihkualtaat ja korokkeet, sekä puutteelliset tukikaiteet ja kahvat. (Sipiläinen 2011.) Epäillessään kuormittavansa työsääntänsä terveyttä vaarantavalla tavalla on työntekijän kerrottava asiasta esimiehelleen ja etsiä hänen kanssaan ratkaisua ongelmaan. Tarvittaessa työntekijä voi hankkia työterveyshuollosta selvityksen työkuormitukseen. Tilanteeseen olisi hyvä puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Saarsalmi ym. 2017.)

Vanhukset usein kotona haluavat sijoittaa vuoteensa seinän viereen. Siitä ei ole haittaa niin pitkään kuin he kykenevät nousemaan vuoteesta ylös itse. Järjestelyä tulee kuitenkin muuttaa kun he tarvitsevat enemmän apua ja vuoteen ympärille tulee apuvälineiden tarvetta. Sipiläisen mukaan asiakkaiden sänky olisi hyvä sijoittaa huoneen päätyseinää vasten, niin että hoitajat kykenisivät työskentelemään sängyn molemmin puolin. Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat paljon apua wc:ssä ja kylpyhuoneessa joten työskentely näissä tiloissa kuormittaa paljon työntekijää. On siis tärkeää, että nämä tilat ovat asiakkaan omaa toimintakykyä tukevia sekä ovat sopivia myös hoitajalle. Asiakkaan kannalta tärkeintä on saada tukea hänen seisoessaan sekä istuutuessaan wc-pytylle sekä ylösnoustessaan. Tarvittaessa hygieniatiloissa täytyy olla tilaa myös avustajalle sekä apuvälineiden käytölle. Pienin tilantarvesuositus on 4.0m² itsenäiselle käyttäjälle ja 4.92m² kun tarvitaan suihkutila. Enemmän tilaa tarvitaan siinä tapauksessa jos käytössä on kävelyn apuväline tai seisomanojanostin. (Sipiläinen 2011; Ergocarebank 2015.)

Yksityisasuntojen asuinhuoneen minimihuoneala on 7m² joka on liian pieni avustamiseen. Vuonna 2011 tehdyssä hoitolaitosten tiloja koskevan tutkimuksen mukaan pyörätuolin ja katonosturin käyttöön sekä vuoteen molemmille puolille pääsyyn tarvitaan leveydeltään noin 2,9m tilan. Kansainväliset terveydenhuollon- ja vanhustenhuollon laitoksen tiloja koskevat mitoitusohjeet eivät koske yksityisasuntoja, mutta niiden mukaan sairaalasängyn minimileveyssuositus on 3,6metriä. Myös pienemmät tilat voivat toimia avustamiseen kalusteita siirtämällä. Työntekijän ergonomisen ja turvallisen työskentelyn takaamiseksi tulisi käyttää korkeussäädettäviä vuoteita. Suomessa asunnot ovat pieniä ja tavallisten asuntojen makuuhuoneissa, käytävillä ja erityisesti wc-tiloissa toimintaa haittaa yleinen ahtaus sekä oviaukkojen kapeus ja kynnysten korkeus. Pienissä asunnoissa ei ole tilaa apuvälineiden liikuttamiseen. Tilat ovat usein niin pieniä etteivät niitä pienienkään toimenpiteiden jälkeen ole aina mahdollista muuttaa niin että tilassa olisi mahdollista käyttää apuvälineitä tai avustaa ergonomisesti. Asuntojen eteistilat

ovat keskeisiä liikkumistiloja jossa myös avustetaan ulkovaatteiden pukemisessa. Asunnon eteisessä tulee olla tilaa sekä pyörätuolin liikkumiselle, että avustamiseen. Suuri osa huonoista työasunnoista kotihoidossa johtuu ahtaista tiloista tai sopimattomista tiloista ja apuvälineistä. Osa kotihoidon asiakkaiden asunnoista soveltuu niin huonosti auttamiseen, että työtä joudutaan tekemään avustajan kannalta välttämätöntä muutosta edellyttävissä olosuhteissa. (Sipiläinen 2011.)

3 ERGONOMIA

3.1 Ergonomian käsite

Ergonomian käsite tulee kreikan kielen sanoista: ergo = työ, nomos = luonnonlait. Ergonomian voidaan määritellä olevan ihmisen ja toimintajärjestelmän tutkimusta ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskyvyn parantamiseksi. Ergonomian avulla työympäristö, työvälineet, toimintajärjestelmä sekä työ itsessään sopeutetaan vastaamaan ihmisen ominaisuuksia ja tarpeita. Hyvän ergonomian avulla ihmisen turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia parannetaan sekä varmistetaan järjestelmän häiriötöntä ja tehokasta toimintaa. (Launis & Lehtelä 2009.)

Ergonomia on IEA:n (International Ergonomics Association) määritelmässä jaettu ergonomian osa-alueisiin jotka ovat: **Fyysinen ergonomia**, **kognitiivinen ergonomia** ja **organisatorinen ergonomia**. Fyysinen ergonomia kattaa fyysisen työympäristön, työvälineiden, työvälineiden ja työmenetelmien suunnittelun. Kognitiivisessa ergonomiassa puhuttaessa suunnittelu kohdistuu järjestelmien sekä niiden käyttöliittymien ja tiedon esittämistapojen suunnitteluun. Organisatorinen ergonomia taas on henkilöstön, työprosessien, työkokonaisuuksien ja työaikajärjestelyjen suunnittelua sekä tuotannon, toiminnan ja yhteistyön laadun kehittämistä. (Launis & Lehtelä 2009.)

Työturvallisuuslain mukaan terveydelle haitalliset nostot ja siirrot tulisi välttää tai keventää apuvälinein ja näin välttää toistorasituksen työntekijälle aiheuttama haitta tai, jollei se ole mahdollista niin se tulisi tehdä mahdollisimman turvalliseksi, jotta työntekijälle ei koituisi kohtuuttoman suurta taakkaa. Lain mukaan työntekijällä tulisi olla tarvittavasti tilaa työn tekemiseen sekä mahdollisuus asentojen vaihtamiseen. (Työterveyslaki 738/2002.)

Sairaanhoitajille löytyy vain vähän kirjallisuutta ergonomiasta ja ainoa suoraan terveydenhuollon henkilökunnalle toteutettu teos ”Ergonomia terveydenhuollossa” on valmistunut vuonna 2005 ja sen on kirjoittanut Osmo Hänninen. Tässä oppaassa käytetään 10-vuoden viitekehystä joten tämä kirja rajautui aikavälin ulkopuolelle. Kuitenkin aiheesta löytyy tuoreita kirjoja esimerkiksi potilassiirroista. Myös nettiartikkeleita ja oppaita on hyvin tarjolla. Suoraan kotihoitoon tehtyjä ergonomiaoppaita ei kuitenkaan ole joten tämänkaltaiselle opinnäytetyölle löytyy selvästi kysyntää.

3.2 Ergonomiset avustusmenetelmät

Yleisimmät potilaan liikkumisen avustamisessa käytettävät menetelmät ovat Durewall-menetelmä ja kinesteettinen menetelmä, jotka lisäävät potilaan omaa aktiivisuutta ja näin vähentävät hoitajan selän ja hartioiden kuormittumista. Durewall-menetelmä on ruotsalaisen Kurt Durewallin kehittämä nosto- ja siirtomenetelmä ja se on kehitetty japanilaista itsepuolustustekniikkaa soveltamalla. Tekniikan mukaan potilasta vedetään ja työnnetään sekä liu’utetaan aina kun se on mahdollista. Hoitajan ergonominen perusasento on sellainen että jalat ovat tukevasti haara-asennossa, polvet hiukan koukussa ja selkä suoraan ylöspäin. Tällainen asento sallii parhaat liike-energian edut ja tasapainon siirtämisen eteen sekä taakse. (Rautava-Nurmi ym. 2015.)

Kinestetiikka on ihmisen luonnollisiin liikemalleihin, aistitoimintojen ymmärtämiseen sekä ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen perustuva voimavara- ja lähestymistapa. Se tulee sanoista kinesis(liike) ja aesthetis(aistimus). Menetelmässä korostetaan koskettamalla tapahtuvan vuorovaikutuksen merkitystä. Kinestetiikassa hyödynnetään potilaan ja hoitajan voimavaroja sekä huomioidaan yksilöllisyys liikkumisen ja päivittäisten toimintojen avustamisessa. Menetelmä vähentää hoitajaan kohdistuvaa fyysistä rasitusta ja se tukee potilaan toimintakykyä ja kuntoutumista. (Rautava-Nurmi ym. 2015.)

3.3 Ergonomian vaikutukset työssä

Ergonomiset laiminlyönnit voivat aiheuttaa suuria kustannuksia jotka ilmenevät sairauspoissaolojen myötä. Sairauspoissaolojen kustannukset ovat helposti havaittavissa, koska joudutaan palkkaamaan sijaisia ja käyttämään aikaa heidän perehdyttämiseen. (Launis & Lehtelä 2009.)

Ergonomian positiiviset vaikutukset ovat usein välittömästi havaittavia ja koettavia parannuksia ihmisen työssä ja työn sujuvuudessa. Hyvä ergonomia ilmenee lisääntyneenä hyvinvointina ja tuotannon tehokkuutena. Ergonomisesti suunniteltu toiminta voi usein parantaa koko organisaation toimintaa. Näillä toimilla on usein vaikutuksia myös taloudellisesti. (Launis & Lehtelä 2009.)

Jos ergonomia otetaan suunnittelussa mukaan riittävän aikaisessa vaiheessa, ei se välttämättä lisää ylimääräisiä suunnittelu- tai toteutuskuluja. Jos taas huonosti suunnitellussa ympäristössä ilmenee ongelmia myöhemässä vaiheessa, voi se tuoda hyvinkin suuria lisäkustannuksia. Vaikka ergonomian hyödyllisyys on selvää, on tilanteita joissa mahdollisia hyötyjä täytyy verrata suhteessa kustannuksiin. Esimerkiksi työtä helpottavia laiteinvestointeja voidaan joutua hyödyntämään. (Launis & Lehtelä 2009.)

Hoitohenkilökunta siirtyy työkyvyttömyyseläkkeelle keskimäärin 56-vuotiaana. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yleisin syy ennen aikaiseen eläköitymiseen. Erilaiset selkäkiput ovat suurin sairauspoissaolojen syy. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamien haittojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden ennustetaan kasvavan, koska väestö ikääntyy sekä väestön ylipaino, huono fyysinen kunto ja vähäinen liikunta yleistyvät. Hyvä tuki ja liikuntaelin -toimintakyky on erittäin tärkeä perusta hoitohenkilökunnan työkyvylle. Raskas fyysinen rasitus lisää hoitajilla fyysistä ja henkistä rasitusta. Kumarassa asennossa työskentely ja potilaiden nostaminen sekä siirtäminen kuormittavat erityisesti selkää. (Suni 2011.)

Lanne- ja ristiselän vaivat ovat hyvin yleisiä työikäisillä ja ikääntyneillä. Arviolta noin 80 prosentilla ihmisistä on jossain elämän vaiheessa työkykyä alentavaa kipua alaselässä. Yleensä nämä oireet paranevat itsestään, mutta usein myös aktiivista kuntoutusta tarvitaan. Äkillinen hyvänlaatuisen selkäkipu alkaa usein esimerkiksi raskaan noston, kiertoliikkeen tai horjahduksen takia, mutta se ei säteile polvien alapuolelle eikä siinä ole hermostollisia oireita. Iskiasoireyhtymä on tavallinen työikäisillä alaselkäkipua aiheuttava vaiva. Tavallisimmat sen aiheuttajat ovat nikamien luupiikit ja välilevytyrät. Välilevytyrä syntyy rappeuman takia jolloin välilevyn sisus pääsee siirtymään pois paikoiltaan ja painaa selkäydinhermoa. Tällainen voi syntyä esimerkiksi äkillisen raskaan noston yhteydessä. (Jaatinen ym. 2013.)

Käypä hoito -suositusten mukaan selkikipuiset potilaat jaetaan kolmeen ryhmään. Äkillisissä tapauksissa selkävun kesto on ollut enintään 6 viikkoa, pitkittyneestä vaivasta puhutaan kun kesto on yli 6 viikkoa, mutta alle 12 viikkoa. Kun selkävun kesto on yli 12 viikkoa, puhutaan kroonisesta selkävunusta. Terveys 2011 -tutkimuksen perusteella suomalaisten selkävun esiintyvyys on kasvanut. Tutkimuksessa todettiin selkävun edellisen 30 päivän aikana 41%:lla naisista ja 35%:lla miehistä. Naisilla selkävun todettiin yleistyvän iän myötä. Miehillä ikä ei ollut yhteydessä selkävun kanssa. Vuodesta 2000 lähtien selkävun on yleistynyt hieman sekä naisilla (37 %:sta 41 %:iin), että miehillä (30 %:sta 35 %:iin). (Alaselkäsairaudet, käypä hoito -suositus. 2014.)

Sosiaali- ja terveysalalla työhön liittyvien tapaturmien määrä on keskimäärin 34% suurempi kuin muilla aloilla EU:ssa. Koko Euroopan aktiivisesta työvoimasta 8% työskentelee terveydenhuollossa; eli noin 13 miljoonaa henkilöä. Vuonna 2001 terveyden ja sairaanhoitoalalla liikuntaelinsairauksien perusteella korvattujen sairauspoissaolopäivien määrä oli toiseksi suurin, n. 20 000 pv. (Tamminen-Peter ym. 2007.)

Tuki ja liikuntaelinvaivat ovat kalliita sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Arvioiden mukaan tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuosittaiset kustannukset ovat Suomessa jopa 3-4 miljardia euroa. Perusterveydenhuollon tules-kustannuksista ei ole tarkkaa selvyyttä joten kokonaiskustannusten arviointi on vaikeaa. (Tuki- ja liikuntaelinliitto ry 2019.)

Vuonna 2009 tehdyssä tilastoinnissa oli 4560 vähintään neljän päivän sairauspoissaoloa johtaneita työtapaturmia. Näistä puolet oli sijoiltaanmenoja, venähdyksiä tai nyrjähdyskiä. Näistä varsinkin vakavimmat tapaturmat kohdistuivat selän ja olkanivelten alueelle. 1400 työtapaturmaa johtui ”taakan käsivoimin siirtämisestä”, johon myös potilaan nostamisen ja siirtämisen avustamiset lasketaan. Näistä yli 800 vaati yli neljän päivän sairauspoissaolon.

Vuonna 2007 ammattitauteja ilmeni sosiaali- ja terveysalalla noin 570. Näistä noin 10% oli rasisairauksia. Ammattitauteja todetaan hoitoalalla hyvin vähän, koska vain ranteen ja kyynärnivelen seudun ylikuormittuminen korvattiin tuki- ja liikuntaelimestön ammattitauteina. (Tamminen-Peter 2014.)

Työtapaturmien määrä on kaksinkertaistunut viimeisen 10v aikana (2007-2017). Työtapaturmia tapahtuu eniten henkilön ollessa liikkeessä tai toista henkilöä siirtäessä sekä esineitä käsiteltäessä. Tyypillisiä syitä ovat putoaminen tai kaatuminen, äkillinen fyysinen kuormitus tai väkivaltainen tilanne. Työtapaturmia voidaan ehkäistä kehittämällä työympäristöä ja turvallisia tekniikoita sekä parantamalla tietoisuutta kaikkien työntekijöiden työtavoista- ja menetelmistä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisyssä täytyy kiinnittää huomiota sekä henkiseen että fyysiseen kuormitukseen. Nostotyötä tekeville henkilöille tulisi järjestää nosto-opetusta ja ohjausta sekä harjoittelujen kautta varmistaa oikea tekniikka. (Lindh ym. 2017.)

3.4 Fyysinen kuormittavuus kotihoidossa

Työ hoitoalalla on sekä psyykkisesti että fyysisesti kuormittavaa. Fyysinen kuormitus on sopivassa määrin terveydelle eduksi, mutta pitkään jatkuessa tai kohtuuttoman paljon tehtynä, sen vaikutus muuttuu kielteiseksi. Näiden seurauksena aiheutuu erilaisia tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Hoitotyössä etenkin potilaiden siirtymisen avustaminen lisää oireiden esiintymistä ja vaikeusastetta. Muita fyysisen kuormituksen tekijöitä ovat

runsas käveleminen sekä usein toistuva kumartuminen. Pitkään jatkuvana vähäinenkin ylikuormittuminen voi johtaa kudosten pitkäaikaiseen tai tilapäiseen vaurioitumiseen ja siitä seuraavaan oireiluun. Jos hoitaja esimerkiksi potilaan avustamisen yhteydessä joutuu liukastumisen seurauksena yllättäen ponnistamaan kaikin voimin, voi tämä vaurioittaa tuki- ja liikuntaelimestön kudoksia pitkäaikaisesti tai jopa pysyvästi. (Tamminen-Peter 2014.)

Aikuinen ihminen on vaikea taakka nostettavaksi tai kannettavaksi. Se voi painaa yli 100kg eikä siinä ole kahvoja. Tätä vaikeuttaa sekin, ettei ihminen ole jäykkä. Jos ihmistä käsittelee väärin tai se putoaa, se voi vaurioitua pahasti. Näin painavaa ja hankalasti käsiteltävää taakkaa hyväksyisi harva teollisuuden työntekijä nostettavaksi ja siirrettäväksi. Suomen lainsäädäntö ei ole asettanut mitään ylärajaa nostettavan taakan painolle. Tuki- ja liikuntaelimestön kuormittuminen ei määräydy vain nostettavan taakan painon mukaan vaan tähän vaikuttavat myös nostotiheys ja nostoasento. Kuormittamiseen vaikuttaa myös nostajan oma fyysinen koko, kehonhallinta ja lihaskunto. (Tamminen-Peter 2014.)

Valtioneuvoston päätös 1409/1993 käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä velvoittaa työnantaja järjestelmään niin ettei työntekijän tarvitse käsin kannatella suuria taakkoja. Jos käsin tehtävää nostoa tai siirtoa ei voida välttää, on tällöin työnantajan ryhdyttävä toimenpiteisiin taikka annettava työntekijöiden käyttöön tarvittavia apuvälineitä noston ja siirron keventämiseksi. (Valtioneuvoston päätöskäsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1993.)

Kun puhutaan fyysisestä työkuormituksesta niin tarkoitetaan työntekijään kohdistuvaa kuormitusta. Pitkään jatkuneena tämä aiheuttaa työntekijälle haitallista kuormittuneisuutta. Useisiin hoitoalan työtehtäviin liittyy fyysistä rasitusta, päivittäistä nostamista, kantamista ja kannattelua. Ahtaat huoneet, WC- tai suihkutilat tuottavat haasteita auttamiseen. Kotikäynneillä tarvittavat apuvälineratkaisut eivät ole yhtä helposti toteutettavissa kuin laitoksessa. (Fagerström ym. 2016.)

Kun elimistö ei palaudu työstä normaalina työn aikaisena taukoajana tai vapaapäivinä ennen seuraavaa työvuoro, käy työssä väsyminen liialliseksi. Pitkään jatkuvat ylikuormittuminen työssä johtaa viihtymättömyyteen, kyllästymiseen, toimintakyvyn huonontumiseen ja lopulta oireisiin. Erilaiset tuki- ja liikuntaelinvaivat ovat yleisiä lähes kaikilla aloilla. Ne oireilevat usein väsymyksenä, jäykkyytenä, jomotuksena tai vihlovana kipuna. Ergonomisesti hyvin suunnitellun työn tavoitteena on, että työntekijä voi itse suunnitella työtään ja mukaila työympäristöään omia ominaisuuksia vastaaviksi ja näin ollen viihtyä työssään. (Tamminen-Peter ym. 2007.)

Fyysisesti raskaimpia työtehtäviä hoitoalalla ovat potilaan liikkumisen avustaminen ja käsin tehtävät nostot ja siirrot. Kun potilasta siirretään käsin tarkoittaa se lihasvoimalla tapahtuvaa taakan siirtämistä nostoen, laskien, työntäen, vetäen, kantaen tai rullaten. Peruseriaatteena on ettei potilasta nosteta käsivoimin ja pitkäaikaista työskentelyä huonoissa asennoissa vältetään. Hyvällä työergonomialla voidaan kehittää työskentelyä ja näin välttää hoitotyötä tekevien henkilöiden turhaa kuormitusta. (Työterveyslaitos.)

4 POTILASSIIRROT JA APUVÄLINEET

4.1 Potilassiirrot

Potilaiden liikkumisen avustaminen kuuluu keskeisesti hoitotyöhön. Työn kuormittavuus riippuu paljon potilaan omasta aktiivisuudesta ja toimintakyvystä. Avustaminen ei saisi olla raskasta nostamista kuten se on ennen ollut vaan tulisi pyrkiä sanalliseen ohjaamiseen ja aktivointiin. Raskaat nostot tulisi hoitaa tähän tarkoitukseen kehitetyillä nostimilla. (Tamminen-Peter & Wickström 2014.)

Jos potilasta autetaan liikaa kuten ennen on ollut tapana, hän ei saa mahdollisuutta olla aktiivinen ja passivoituu. Ensin täytyy arvioida mitä potilas kykenee itse tekemään niin sen jälkeen avustajan on saatava hänet aktiivisesti käyttämään tätä olemassa olevaa liikuntakykyä. Jos sanallisella aktivoinnilla ei saada tulosta aikaan, on ohjaukseen hyvä yhdistää liike ja kosketus. Potilaalle voi antaa tuen johon hän voi tarttua tai häntä voi koskettaa hartiaan tai lantiolle ja näin autetaan potilasta löytämään oma liikkeensä. Liikkeen tekeminen helpottuu oleellisesti oikean alkuasennon ja liikesuunnan löytyttyä. Potilasta ohjattaessa pidetään hyvä katsekontakti. Hänelle kerrotaan ensin lyhyesti mitä tullaan tekemään ja siirtymisen vaiheet jaetaan osiin. Potilaalle olisi hyvä antaa aikaa ja tuki mihin tarttua. Potilaan liikemuistia herätellään oikealla liikestimulaatiolla ja alkuasennolla. (Tamminen-Peter & Wickström 2014.)

Potilassiirroissa avustamisen periaatteina on:

- Nostamisen sijasta liu'uta, rullaa tai kampea.
- Arvioi asiakkaan voimavarat sekä omat voimavarasi, valitse niiden mukaan avustustapa, aktivointikeinot ja apuvälineet. Huomioi myös potilaan kunto.
- Varmista siirtymiselle riittävästi tilaa sekä huomioi ympäristön turvallisuus.
- Kerro potilaalle miten autat häntä ja mitä hän tekee.
- Aktivoi ja ohjaa potilasta luonnollisten liikemallien mukaisesti, varmista hyvä ja oikea alkuasento ja yhdistä sanalliseen ohjaukseen kosketus ja liike. Älä avusta enempää kuin potilas tarvitsee.
- Anna potilaalle aikaa aktivoitua. Odota että hän aloittaa liikkeen. Anna potilaalle jotain mihin tukeutua.
- Vältä kainaloihin tai vaatteisiin tarttumista. Ohjaa liikettä pehmeästi laajalla kämmenotteella potilaan lantiosta tai selästä.
- Työskentele pääsääntöisesti potilaan sivulla. Käytä koko kehoasi, vältä kumar-telua ja kurkottelua. Muista työskennellä jaloilla ja pitää selkä suorana. (Työterveyslaitos.)

Potilassiirroissa on suuri vaara selän vahingoittumiselle jos selälle asettuu kohtuuttoman raskas tai suuri taakka tai kohde on hankalan muotoinen. Muita suuria riskitekijöitä tuovat esimerkiksi etäällä vartalosta tehtävät siirrot tai jos siirtäessä vartaloa joudutaan taivuttamaan tai kiertämään. Myös työympäristö tuottaa haasteita potilassiirroissa. Esimerkiksi jos siirtoihin ei ole tarvittavaa tilaa taikka työympäristön vuoksi taakkaa ei voi käsitellä turvallisella korkeudella tai hyvässä työasennossa. (Euroopan yhteisön direktiivi 90/269/ETY.)

4.2 Apuvälineet kotihoidossa

Apuvälineiden käyttö helpottaa hoitajien työskentelyä ja vähentää selkäsairauksien riskiä, mutta siitä huolimatta hoitajien apuvälineiden käyttö on vähäistä. Apuvälineiden käyttö on vähäistä jos tietoa niiden käytöstä ei ole taikka ne ovat rikki. Myös esimerkiksi säädöt saattavat olla puutteelliset ja osat huonossa kunnossa. (Tamminen-Peter & Wickström 2014.)

Kotihoidossa asiakaskäytössä on monenlaisia apuvälineitä. Asiakkaan toimintakykyä helpottavia apuvälineitä ovat mm. pyörätuoli ja rollaattori. Hoitohenkilökunnan ergonomista työskentelyä helpottavia apuvälineitä on nostovyö jonka avulla asiakkaan siirtyminen vuoteesta pyörätuoliin on helpompaa. Kääntölevyn avulla asiakas saadaan pyöräytettyä ilman askelia. Henkilönnostolaitteilla voidaan nostaa ja siirtää henkilö istuvassa asennossa. Nostolaitteita on saatavilla lattialla liikuteltavina malleina sekä kattoon asennettavina katonostimina. Nostimien käyttöä suositellaan asiakkailta joiden oma aktiivisuus on siinä määrin vähentynyt etteivät he kykene varaamaan omille jaloilleen. Kattonostimien asentamiseen on tiettyjä vaatimuksia katon rakenteille. Suihkutuolit sekä tartuntakahvat helpottavat peseytymistiloissa toimimista. Sähkösäätöiset sängyt helpottavat makuhuoneessa työskentelyä, koska kulmaa voidaan sekä korkeutta voidaan säätää ergonomisesti säästävällä tavalla. Kokoontaitettavat tai poistettavat sängynlaidat estävät putoamista ja tuovat näin ollen turvallisuudentunnetta. (Ikonen 2015.)

4.3 Potilaan avustaminen makuulta istumaan sängyn reunalle

Ohjataan ensin potilaan jalat koukkuun jotta kääntyminen käy helpommin. Tämän jälkeen potilas ottaa ulommalla kädellä kiinni sängyn reunasta ja kääntyy kyljelleen. Kyljin makuulla potilas liu'uttaa jalkansa sängyn reunan yli ja työntää käsin ylävartalon pystyyn. Jos potilas ei kykene itse työntämään itseään istuvaan asentoon, hoitaja ohjaa potilaan jalat vuoteen reunan yli ja auttaa potilasta lantiosta ja hartioiden takaa. (Tamminen-Peter & Wickström 2014.)

4.4 Potilaan avustaminen avustaminen seisomaan ja pyörätuoliin

Ennen ylösnousua tulee tarkistaa potilaan alkuasento. Potilaan tulee istua lähellä vuoteen reunaa ja myös jalkaterät tulee olla lähellä vuoteen reunaa jotta hänen painonsa siirtyy jalkojen päälle kun hän kallistuu eteenpäin. Kotihoidossa voi esimerkiksi tukevaa selkänöjällistä tuolia käyttää tukena kun potilasta avustetaan seisomaan. Hoitaja voi aktivoida seisomaan nousua pienellä painalluksella polven päältä. Jos potilas on heikompi eikä jaksaa näin pienellä avulla nousta ylös niin hoitaja avustaa potilaan sivuilta tarttuen hänen lantiostaan ja lapaluun alta. Kun potilas seisoo hyvässä asennossa, hoitaja vaihtaa otteet toisinpäin eli tulee toiselle sivulle, lapaluun alla ollut käsi siirtyy lantiole ja lantiota lapaluun alle. Näin hoitaja voi ohjata potilaan pyörätuoliin kun potilas kallistaa ylävartalonsa eteenpäin. (Tamminen-Peter & Wickström 2014.)

4.5 Kaatuneen asiakkaan avustaminen

Kaatunutta henkilöä avustaessa täytyy ensin tutkia ettei potilaalle ole tullut mitään vammoja kaatumisesta. Hyväkuntoista Potilasta nostaessa hoitaja ottaa tukevan otteen potilaan käsistä ja pyytää potilasta nostamaan leuan rintaan. Hoitaja auttaa potilaan istuvaan asentoon ja pyytää koukistamaan jalat. Jalkojen alle olisi hyvä saada liukueste jotta jalat eivät luista alta noustessa. Avustaja lähtee kävelemään käsistä kiinni pitäen taaksepäin ja potilas rullaa ylävartalonsa jalkojen päälle. Hyvävoimainen potilas pääsee tästä hoitajan käsien tukemana jo ylös tai sitten hänen viereensä voidaan asettaa tuoli jonka avulla hän pääsee nousemaan. (Tamminen-Peter & Wickström 2014.)

Toinen tapa saada potilas ylös on ohjata potilas selinmakuulta päinmakuulle kyynärnojaa. Potilaan oikea jalka viedään koukkuun ja oikea käsi viedään ristiin vartalon yli jonka jälkeen potilas seuraa katseellaan kättä olkapään yli jolloin vartalo pyörähtää päinmakuulle. Tästä hän voi siirtyä konttausasentoon ja hänelle voidaan tarjota tuoli jonka avulla hän kykenee nousemaan ylös. (Tamminen-Peter & Wickström 2014.)

4.6 Hoitotoimenpiteet

Kotihoidossa työskennellessään hoitohenkilökunta ja etenkin sairaanhoitajat joutuvat tekemään monenlaisia mittauksia ja hoitotoimenpiteitä. (Ikonen 2015.) Hyvä ryhti työskennellessä on tärkeää selälle ja koko kehon toimivuudelle. Huono ryhti ja huonot selän asennot voivat saada aikaan lihasepätasapainoa joka oireilee kipuna ja johtaa liikkeiden rajoittumiseen. (Selkäliitto.)

Työtaso toimii paitsi työkohteiden ja työvälaineiden alustana myös käsien tukena. Tämän vuoksi työtason korkeus on hyvä määrittää tarkasti työntekijän mittojen ja työtilanteen vaatimusten mukaan. Käsien vakaata tukemista vaativassa työssä tulisi työtason korkeuden olla 5-10 cm kyynärkorkeutta ylempänä. Istuessa tehtäessä selän asennon tulisi olla lähes seisomisasentoa vastaavassa asennossa, jolloin selkäranka on luonnollisesti hiukan notkossa. Tässä lannerangan asennossa selkänikamat asettuvat toisiaan vasten niin että paine jakautuu tasaisesti välilevyihin. (Launis & Lehtelä 2009.)

Verinäytettä ottaessa tulisi päästä mahdollisimman lähelle asiakasta. Näytteen ottoon tarvikkeiden tulisi olla lähellä ja helposti saatavilla eikä niitä tarvitse kurotella. Myös jäteastia sekä käytettyjen neulojen säiliö tulee sijoittaa lähelle hyvän ergonomian mahdollistamiseksi. Työtuolin olisi hyvä olla liikkuvaa mallia, mutta tällaisia ei välttämättä kotihoidossa ole saatavilla. (Nevala ym. 2012.)

4.7 Tarvikkeiden kantaminen

Hoitajat kantavat kotihoidossa usein tarvikkeita joko tilavassa reppussa tai sitten laukussa. Kotikäyntilaukku sisältää mm. desinfektoliuosta, kertakäyttöisiä suojakäsineitä, verenpaine- ja verensokerimittarin, verinäytteenottovälineet, haavanhoitotarvikkeet ja injektionanto välineet. (Ikonen 2015.) Laukku sisältää siis paljon erilaisia tarvikkeita ja näin ollen voi olla hyvinkin painava. Reppua tai rinkkaa kantaessa tulee jo

pakkausvaiheessa huomioida, että kannettaessa painopisteen tulee olla lantion yläpuolella lähellä selkärankaa. Painavimmat tavarat on siis sijoitettava lähelle selkää. Repun remmit tulee säätää niin että paino jakautuu tasaisesti hartioiden ja lantion kesken. (Selkäkanava 2018.) Reppu säädetään oikeaoppisesti seuraavasti:

- Säädä tasapainoremmit (lähtevät olkaremmesta rinkan yläosaan) löysälle ja anna lantioiremmiin olla auki.
- Säädä olkaremmat sopivan mittaisiksi. Remmin tulee olla napakka, hartian ja remmin väliin ei saa jäädä ilmaa. Olkaremmien mitta on sopiva silloin kun lantioiremmistä 1/3 on suoliharjanteen yläpuolella.
- Kiristä tasapainoremmit sopivasti, mutta ei liian tiukalle.
- Sulje rintaremmi joka estää olkaremmen hankaamista kainaloita ja valumasta pois hartioilta.
- Sulje lantiovyö ja säädä se sopivan tiukalle. Lantiovyö helpottaa ettei paino ole kokonaan hartioilla. (Selkäkanava 2018.)

Olkalaukkua kannettaessa laukku olisi hyvä kantaa vuoropuolin. Liian kapea hihna voi myös painaa ja hiertää hartioita. (Selkäkanava 2018.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa selkeä opas hyvästä työergonomiasta jota kotihoidossa työskentelevät hoitajat voivat hyödyntää työssään ja näin ollen välttää loukkaantumisia ja pitkiä sairauslomia. Opas sisältää sairaanhoitajan työergonomiassa helpottavia kuvia ja ohjeita.

Oppaan tavoitteena on tuoda esiin ergonomian ongelmakohdat sairaanhoitajan työskennellessä sairaalan ulkopuolella. Oppaassa annetaan käytännön ohjeita ergonomisen työskentelytavan toteuttamiseksi. Sen avulla työskentelyä on mahdollista kehittää turvallisemmaksi, mutta myös tehokkaammaksi.

6 MENETELMÄ JA AINEISTO

Tämä opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisen kentän käytännön toiminnan ohjeistus, opastus, toiminnan järjeistäminen tai toiminnan järjestäminen. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje tai opas kuten esimerkiksi perehdyttämisopas tai turvallisuusohjeistus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee huomioida kohderyhmä ja työ tulee toteuttaa käytännön läheisesti. (Vilkkä & Airaksinen 2003.) Tässä työssä toiminnallisena osuutena luodaan ergonomiaopas hoitajille jotka työskentelevät kotihoidossa.

Toiminnallisena opinnäytetyönä toteutettu opas, teos tai tapahtuma ei yksistään riitä ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi. Toiminnallisen tuotoksen lisäksi opinnäytetyö tarvitsee teoreettisen viitekehysten jonka avulla yhdistetään ammatillinen teoretieto ammatilliseen käytäntöön. (Vilkkä & Airaksinen 2003.) Toiminnallisen osuuden pohjana toimii teoreettinen viitekehys joka toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Toiminnallisen osuuden tarkoituksena on toimia oppaana korjaamassa vääränlaisia työskentelyasentoja kotihoidossa. Käytännönläheiset kuvat helpottavat oppaan tulkintaa.

Opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen käytettyjä tietokantoja olivat mm. PubMed, Terveystietokanta, Medic ja Google Scholar. Tiedonhaussa käytettiin kielinä sekä suomea että englantia. Käytettyjä hakusanoja olivat: ergonomia, ergonomia hoitoalalla, kotihoito, selkäsairaudet, välilevynpullistuma, tuki- ja liikuntaelinvaiat, laukun kantaminen ergonomisesti, vääränlaiset liikemallit, potilassiirrot, ergonomics, ergonomic patient handling. Myös käypähoito -suosituksia hyödynnettiin työssä. Lisäksi työssä on hyödynnetty hoitoalaan ja ergonomiaan erikoistuneita oppikirjoja ja muita alan kirjoja ja oppaita. Teoreettinen viitekehys sekä alan kirjallisuus toimivat pohjana opinnäytetyön tuotokselle eli ergonomiaoppaalle.

Opinnäytetyössä käytettiin mukaanottokriteereinä ajanjaksoa joka alkaa vuodesta 2009 päättyen 2019. Ennen vuotta 2009 tehdyt ergonomiajulkaisut jätettiin pois, elleivät ne koskeneet huonosta ergonomiasta johtuvia loukkaantumisia joita sisällytettiin esimerkinomaisesti teoreettiseen viitekehykseen.

7 TOTEUTUS JA SISÄLTÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla opas tai käytännön toiminnan ohjeistaminen. Työ voi olla suunnattu ammatilliseen käyttöön. Työ tehdään jollekin kohderyhmälle ja siinä yhdistyy käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003.)

Opinnäytetyö toteutettiin kevään 2019 aikana ja se toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisena osuutena luotiin ergonomiaopas kotihoitoon. Opasta tehdessä käytiin läpi paljon kirjallisuutta ergonomiasta sekä tuki- ja liikuntaelinvaivoista. Päädyttiin kirjoittamaan opas kotihoitoon, koska aihealue on laaja sekä mielenkiintoinen ja ergonomiaoppaalle on kysyntää kotihoitoon. Ergonomiaopas sisältää kuvalliset ohjeet joiden rinnalla on selkeästi esitetty sanallisesti kuinka siirrot tapahtuvat. Näin lukijan on helppo ymmärtää miten siirrot toteutetaan oikeaoppisesti. Oppaan toteutukseen valittiin kotihoidossa usein toistuvat siirrot. Valitut siirrot ja avustusmenetelmät toteutetaan oppaassa yhden henkilön tekemänä, koska tällaisia tilanteita tulee kotihoidossa väistämättä eteen. Lisäksi yksin toteutetut siirrot pistävät jokaisen miettimään omaa työskentelytapaansa. Siirtojen lisäksi käsiteltiin myös asento hoitotoimenpiteitä tehtäessä sekä myös laukun kantaminen otetaan huomioon oppaassa, koska tavaroiden kantaminen on kuormittava tekijä selälle. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käydään läpi myös huonosta ergonomiasta johtuvia tuki- ja liikuntaelinvaivoja sekä selkävaivojen vakavuutta työkyvyttömyyden aiheuttajana. Aineistoon on valittu yksinkertaiset auttamismenetelmät jotka ovat selkeästi esitetty ja ne on helppo toteuttaa oppaan avulla.

Oppaan toteutus alkoi teoreettisen viitekehysten toteutuksella joka tehtiin kirjallisuuskatsauksena. Oppaassa hyödynnettiin runsaasti myös hoitoalan kirjallisuutta sekä ergonomiasta kirjoitettuja erilaisia kirjoja ja oppaita. Tutustuin myös aiempiin ergonomiasta tehtyihin opinnäytetöihin. Kotihoitoon ei kuitenkaan ole aiemmin toteutettu ergonomiaopasta.

Oppaasta tehtiin mahdollisimman helppolukuinen jotta asiat saadaan helposti ymmärrettävään muotoon. Myös virheellisiä työskentelyasentoja käytiin läpi jotta lukija voi tarkastella ja mahdollisesti muuttaa omaa työskentelyasentoaan.

Oppaaseen valittu tieto on ajantasaista, koska valitut lähteet ovat 10-vuoden viitekehysten sisältä ja iso osa jopa 5-vuoden. Nettiartikkeleiden valinnassa käytettiin lähdekriittisyyttä ja valitut lähteet ovat tutkittuun tietoon perustuvia.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää opinnäytetyön tekijää noudattamaan työssään tiettyjä tutkimusetiikan näkökulmasta keskeisiä lähtökohtia. Näitä ovat mm. rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Tutkimukseen sovelletaan eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on vastuussa jokainen henkilökohtaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tutkittuun tietoon perustuvat lähteet joiden pohjalta ergonomiaopas on laadittu. Työssä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön edellytyksiä ja lähteiden hankinnassa käytettiin lähdekriittisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Kirjallisuuden ja lähteiden hankinnassa tarvitaan harkintakykyä sekä lähdekriittisyyttä. Opinnäytetyön tekijän on pyrittävä lähdekriittisyyteen sekä lähteitä valittaessa että niitä tulkitessaan. Lähdeviitteiden avulla työn lukija voi tarvittaessa tarkistaa opinnäytetyön lähteiden oikeaoppisuuden ja arvioida niiden käyttöä työssä. Samalla hän voi tarkkailla miten työn tekijä on käyttänyt lähteitä työssään. (Hirsjärvi ym. 2010.)

Opinnäytetyön tuotoksen eettiset ongelmat liittyvät tuotoksen ohjeiden oikeanmukaisuuteen. Teoreettisessa viitekehyksessä käytettiin 10 vuoden aikaväliä eli vanhempia kuin 2009 ei otettu mukaan tähän opinnäytetyöhön. Poikkeuksena edelliseen, työssäni on otettu esille myös huonosta ergonomiasta johtuneita vammoja ja loukkaantumisia ja nämä voivat sijoittua ajankohtiin jolloin ergonomiaan ei ole vielä kiinnitetty niin suurta huomiota. Tuoreet ja ajankohtaiset, hyvällä lähdekriittisyydellä hankitut lähteet lisäävät työn eettisyyttä ja luotettavuutta.

Huolellinen ja kattava teoreettinen viitekehys toimii pohjana varsinaiselle opinnäytetyön tuotokselle eli ergonomiaoppaalle.

9 POHDINTA

Ergonomia on paljon tutkittu aihealue josta löytyy myös hyvin tietoa. Tästä huolimatta hoitoalalla on suuria puutteita työskentelyergonomiasta jonka vuoksi iso joukko hoitajia eläköityy ennenaikaisesti tuki- ja liikuntaelin vaivojen vuoksi. (Suni 2011.)

Ergonomia on aihealueena haasteellinen. Totutut vääränlaiset liikemallit sekä kiire työympäristöissä voivat olla vaikeasti muutettavissa. Kuitenkin hyvin suunnitellulla ja toteutetuilla ergonomiaratkaisuilla saadaan pienellä sijoituksella suuria vaikutuksia ja voidaan ennaltaehkäistä työntekijöiden tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Näin ollen työnantaja säästää rahallisesti ja työntekijän on mielekkäämpi tehdä töitä. Työntekijän terveyden kannalta myös ratkaisut ovat edullisia ja hän voi välttyä suurilta ja elämää muuttavilta tuki- ja liikuntaelinvaivoilta. (Launis & Lehtelä 2009.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli toteuttaa ergonomiaopas kotihoitoon. Tarkoituksena oli parantaa ergonomiaa ja sitä myötä vähentää tuki- ja liikuntaelinvaivoista johtuvia poissaoloja. Opas sisältää kuvia ja selkeitä ohjeita yleisistä kotihoidossa toistuvista potilassiirroista. Opas on yleishyödyllinen, koska siirrot ovat yleisiä myös muuallakin kuin kotihoidossa. Näin opasta voidaan hyödyntää myös muualla hoitoalalla.

Opinnäytetyön kirjoittaminen oli vaikea ja haastava prosessi. Vaikka ergonomiasta löytyy paljon tietoa niin hoitohenkilökunnalle osoitettua kirjallisuutta löytyy varsin niukasti. Kotioloissa haasteita lisää hankalat työtilat joita ei juurikaan ole huomioitu kirjallisuudessa. Nettiartikkeleita löytyy ergonomiasta onneksi paljon ja tieto on ajantasaista. Englanninkielisiä artikkeleiden ymmärtämistä on vaikeuttanut haastava ammattisanasto jonka vuoksi olen työssäni pysytellyt Suomenkielisissä lähteissä joita on löytynyt riittävästi. Kuitenkin kansainvälisiä artikkeleita on etsitty ja niitä on verrattu Suomalaisiin lähteisiin teoreettista viitekehystä kirjoittaessa.

Työssä on hyödynnetty myös ulkopuolista apua, koska tarvitsin malliksi oppaaseen jonkun. Sain apua fysioterapiaopiskelijalta joka antoi myös palautetta valituista toimintamalleista sekä työn sisällöstä.

LÄHTEET

Alaselkäsairaudet. Käypä hoito -suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 22.1.2019 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001>

Ergocarebank. 2015. Tamminen-Peter, L. Fyysisten riskien arviointi, kun avustetaan asiakkaita liikkumaan kotihoidossa ja hoitokodissa. Viitattu 2.2.2019. <http://ergocarebank.com/wp-content/uploads/2015/12/Riskin-arviointi-ja-ymp%C3%A4rist%C3%B6n-vaatimukset.pdf>

Euroopan yhteisön direktiivi 90/269/ETY.

Fagerström, V; Koivikko, A & Rauramo, P. 2016. Sosiaalialan työsuojelu ja hyvinvointi. 1., painos. Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4., painos. Keuruu: Otava Oy.

Jaatinen, T & Raudasoja, J. 2013. Suomalaisten sairaudet. 1., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuntaliitto. 2017. Kotihoito. Viitattu 20.2.2019. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito>

Launis, M & Lehtelä, J. 2011. Ergonomia. 1., painos. Tampere: Tammerprint Oy.

Lindh, P & Karttunen, A. 2017. Sosiaali- ja terveysalan turvallisuusopas. Helsinki: Suomen Painoagentti Oy.

Nevala, N; Pekkarinen, A; Toivonen, R; Rytönen, E; Sillanpää, J & Laaksonen, M. 2012. Ergonominen laboratorio. Helsinki: Printservice oy

Rautava-Nurmi, H; Westergård, A; Henttonen, T; Ojala, M & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saarsalmi, O & Koivula, R. 2017. Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen. 2.versio/2017. Helsinki. Viitattu 27.2.2019 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134849/URN_ISBN_978-952-302-895-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salo. 2019. Sosiaali ja terveystyö. Vanhuspalvelut. Kotihoito. Viitattu 22.1.2019. <http://www.salo.fi/sosiaalijaterveyspalvelut/vanhuspalvelut/kotihoito/>

Selkäkanava. Kantaminen. Viitattu 27.2.2019 <https://selkakanava.fi/kantaminen>

Selkäliitto Ry 2016. Hyvä ryhti ehkäisee selkäkipua. Viitattu 27.2.2019 <http://selkakanava.fi/hyva-ryhti-ehkaisee-selkakupua>.

Sipiläinen, P. 2011. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille. Väitöskirja. Insinööritieteiden korkeakoulu. Helsinki: Aalto yliopisto Viitattu 27.2.2019. <http://lib.tkk.fi/Diss/2011/isbn9789526042268/isbn9789526042268.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 26.1.2019 <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Suni, J. 2011. Naishoitajien selkäkipujen ehkäisy tutkimus. Tutkimus. Pirkanmaa. Viitattu 22.1.2019. http://www.ukkinstituutti.fi/tutkimus/tutkimushakemisto/77/naishoitajien_selkakupujen_ehkaisytutkimus

Tamminen-Peter, L & Wickström, G. 2014. Potilassiirrot. 2., painos. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-J., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtyminen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2007. Viitattu 26.1.2019 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73958/Julk_07_06_ergonomia_web.pdf?sequence=1

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2017. Viitattu 20.2.2019. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-asiakkaat>

Tuki- ja liikuntaelinliitto ry. 2019. Tule-kustannukset. Viitattu 19.2.2019. <https://tulesa.fi/kustannukset/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 2.2.2019. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Työterveyslaitos. Potilassiirrot. Viitattu 2.2.2019. <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/ergonomian-tietopankki/potilaan-hoitaminen/potilassiirrot/>

Työturvallisuuslaki 738/2002. Annettu Helsingissä 01.01.2003. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1993. Annettu Helsingissä 22.12.1993. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19931409>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus.



Ergonomiaopas

Sisällysluettelo

| | |
|---|-----------|
| Alkusanat | 2 |
| Yleistä ergonomiasta | 3 |
| Lattialta ylös nouseminen | 4 |
| Vaiheittainen lattialta ylösnousu | 6 |
| Kääntyminen selinmakuulta kyljelleen | 8 |
| Makuulta istumaannousu | 9 |
| Seisomaannousu | 12 |
| Kankkukävely | 15 |
| Hoitotoimenpiteet | 16 |
| Laukun kantaminen | 17 |
| Lähteet | 18 |

Alkusanat

Tämä opas on toteutettu opinnäytetyönä Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Matti Supperin toteuttamana.

Oppaassa on esitetty yhden hoitajan avustamana tehtäviä siirtoja ja nousuja yleisiin tilanteisiin kotihoidossa. Kotihoidossa tilat eivät yleensä ole siirtojen kannalta optimaalisia ja ohjeita joutuu soveltamaan tilanteen mukaan.

Oppaan tarkoituksena on antaa selkeä kuva hyvästä työergonomiasta ja opastaa työntekijää tarkastelemaan omaa työskentelyään. Tilanteet kotihoidossa ovat vaihtelevia ja jokainen koti on erilainen. Opas ei siis anna suoria ratkaisuja vaikeimpiin tilanteisiin, koska esimerkiksi kaatunut henkilö voi olla kaatunut minne tahansa. Jokaiseen tilanteeseen ei voida tehdä kuvallista ohjetta. Kuitenkin opas antaa käytännön ohjeet tällaisiin tilanteisiin yleisestä näkökulmasta. Jokainen työntekijä voi soveltaa niitä omassa työssään.

Valitut tekniikat ovat yhden hoitajan toteutettavissa ja suurin osa tekniikoista on potilasta aktivoivia tekniikoita jossa hoitajan voimankäyttö minimoidaan.

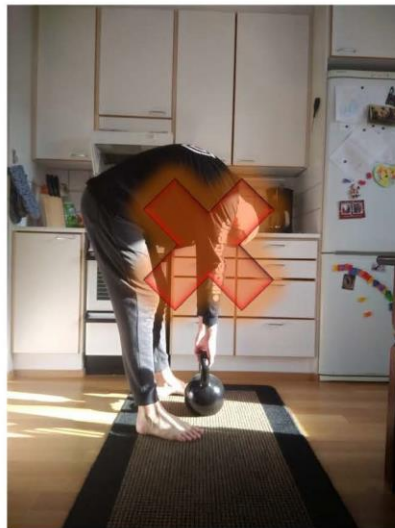
Kotihoitotyössä riskejä aiheuttavat mm. Tilan puute, matalat vuoteet, hygienian hoito wc:ssä, pukeminen, kaatuneen asiakkaan nostaminen, asiakkaan avustaminen makuulta istumaan sängyn reunalle ja asiakkaan avustaminen seisomaan tai asiakkaan avustaminen istumasta sängyn reunalta pyörätuoliin. (Ergocarebank 2015.)

Suomessa asunnot ovat pieniä ja tavallisten asuntojen makuuhuoneissa, käytävillä ja erityisesti wc-tiloissa toimintaa haittaa yleinen ahtaus sekä oviaukkojen kapeus ja kynnysten korkeus. Pienissä asunnoissa ei ole tilaa apuvälineiden liikuttamiseen. Tilat ovat usein niin pieniä etteivät niitä pienienkään toimenpiteiden jälkeen ole aina mahdollista muuttaa niin että tilassa olisi mahdollista käyttää apuvälineitä tai avustaa ergonomisesti. (Sipiläinen 2011.)

Yleistä ergonomiasta

Ergonomian voidaan määritellä olevan ihmisen ja toimintajärjestelmän tutkimusta ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskyvyn parantamiseksi. Ergonomian avulla työympäristö, työvälineet, toimintajärjestelmä sekä työ itsessään sopeutetaan vastaamaan ihmisen ominaisuuksia ja tarpeita. Hyvän ergonomian avulla ihmisen turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia parannetaan sekä varmistetaan järjestelmän häiriötöntä ja tehokasta toimintaa. (Launis & Lehtelä 2009.)

Hoitohenkilökunta siirtyy työkyvyttömyyseläkkeelle keskimäärin 56-vuotiaana. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yleisin syy ennen aikaiseen eläköitymiseen. Erilaiset selkäkiput ovat suurin sairauspoissaolojen syy. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamien haittojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden ennustetaan kasvavan, koska väestö ikääntyy sekä väestön ylipaino, huono fyysinen kunto ja vähäinen liikunta yleistyvät. Hyvä tuki ja liikuntaelin -toimintakyky on erittäin tärkeä perusta hoitohenkilökunnan työkyvylle. Raskas fyysinen rasitus lisää hoitajilla fyysistä ja henkistä rasitusta. Kumarassa asennossa työskentely ja potilaiden nostaminen sekä siirtäminen kuormittavat erityisesti selkää. (Sunni 2011.)



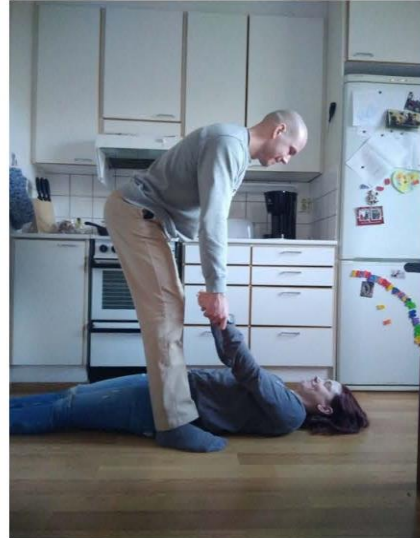
Kuvaesimerkki ergonomisesti nostotyylisiä

Vasemman puoleisessa kuvassa taakka nostetaan selällä, selkä pyöristyy ja nikamille tulee tarpeetonta rasitusta. Oikeaoppisessa nostotekniikassa nostamiseen haetaan voimaa jalka- ja pakaralihaksista. Oikeaoppinen nostotekniikka on kuvattuna oikealla.

Lattialta ylös nouseminen

Kaatumiset ovat vanhustenhoidossa hyvin tavallisia tilanteita joissa usein hätäännyttään. Kiirettä potilaan ylös saamiselle ei kuitenkaan ole vaan ensin tutkitaan ettei vahinkoja ole sattunut. Kaatunut potilas nostetaan ensisijaisesti nostimella. Usein nostinta ei kuitenkaan ole saatavilla joten potilas ohjataan vaiheittain ylös tai käsin vetämällä.

Hoitaja ottaa tukevan otteen potilaan käsistä ja pyytää potilasta nostamaan leuan rintaan

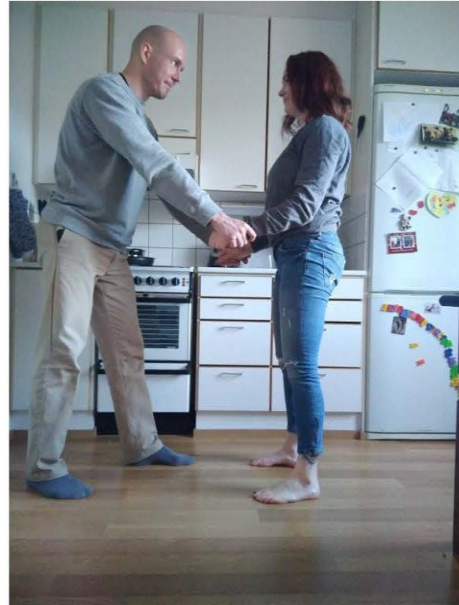


Hoitaja avustaa potilaan istuvaan asentoon ja pyytää laittamaan jalat koukkuun. Tässä voisi käyttää myös liukuestettä jalkojen alla.
Hoitaja kävelee tilanteessa taaksepäin ja potilas siirtää painonsa samanaikaisesti jalkojensa päälle.



Potilas ponnistaa seisomaan tukeutuen hoitajaan tai hänen viereensä on asetettu tuoli johon hän pääsee istumaan.

Huomaa että potilas nousee itse ylös tukeutuen hoitajaan. Älä siis vedä potilasta omin voimin ylös!



Vaiheittainen lattialta ylösnousu

Potilasta ohjataan viemään käsi olkapäähän yli ja seuraamaan kättä katseella jolloin vartalon pyörähtäminen päinmakuulle helpottuu.



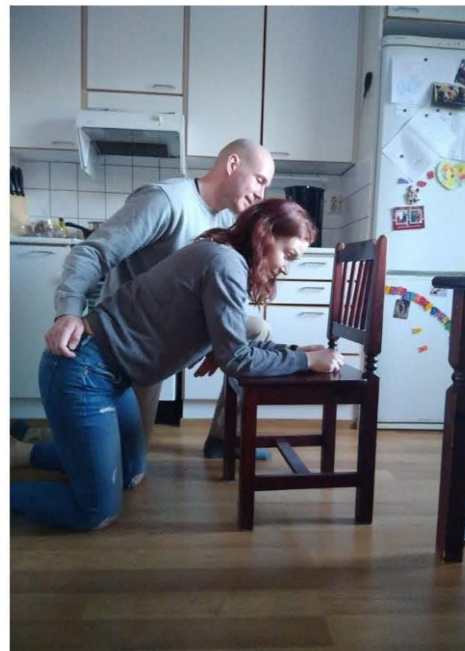
Potilas työntää toisella kädellä ylävartaloaan ylös



Potilas nousee konttausasentoon



Hoitaja tuo potilaalle tuolin
jonka avulla hän nousee ylös.



Kääntyminen selin makuulta kyljelleen

Hoitaja pyytää potilasta koukistamaan vasemman jalan.



Hoitaja ohjaa potilaan ulomman käden vastakkaisen olan yli jolloin potilas voi tarttua vuoteen reunalta.

Hoitaja ohjaa potilasta kääntymään olkapään takaa sekä reidestä. Potilas vetää samalla itsensä kylkiasentoon.

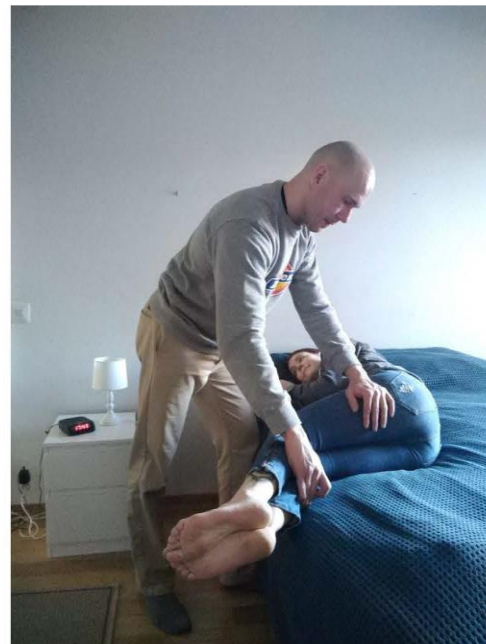


Makuulta istumaan nousu

Kun potilas makaa kyljellään, hoitaja ohjaa potilaan jalat vuoteen reunan yli sekä auttaa ylösnousemista lantiosta ja hartioiden takaa.



Hoitaja avustaa potilaan jalat vuoteen reunan yli.



Hoitaja tukee ylösnousua lantiosta ja hartioiden takaa kun **potilas työntää** itsensä kädellä istumaan.



Älä koskaan reväytä potilasta ylös voimaa käyttäen vaan hyödynnä potilaan omia voimia ja ohjaa mahdollisimman paljon sanallisesti. Tue nousua vain tarvittaessa. Tällä sivulla molemmat kuvat ovat väärin. **Toimi edellisen sivun ohjeistuksen mukaan.**

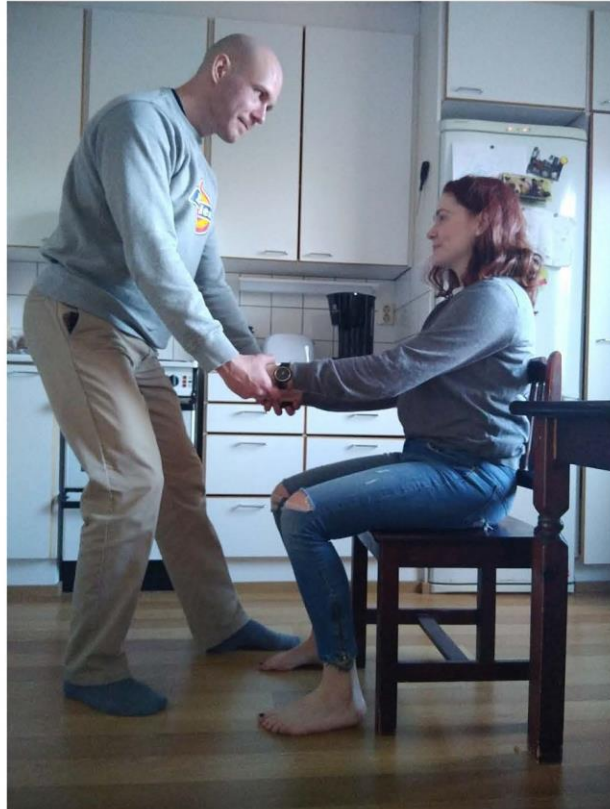


Seisomaan nousu

Potilaat voivat usein pelätä siirtymistä ja voivat olla tarraavia. Mahdollisuuksien mukaan potilaalle täytyy tarjota jotain tukea jonka avulla hän voi nousta ylös. Tukena voi käyttää esimerkiksi tuolin selkänojaa jolloin hoitaja toimii vain ohjaavana ja aktivoivana tekijänä.

Esimerkiksi muistisairaita täytyy joskus "houkutella" seisomaan.

Tällaiset potilaat ovat usein hyviä kävelemään ja heille toimiva ratkaisu on avustaminen edestäpäin ja pienellä vetämisellä houkutellaan potilas liikkeelle.



Potilasta seisomaan avustaessa voi käyttää myös selkänöjallista tuolia tukena.

Hoitaja aktivoi potilasta sivelemällä reiden päältä tai pienellä painalluksella polvesta.



Jos potilas tarvitsee enemmän tukea niin hoitaja avustaa potilaan sivulta tarttuen hänen lantiostaan ja lapaluunsa alta.

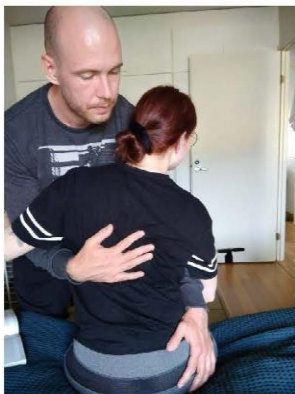
Huomaa hoitajan asento. Hoitaja ei ole ihan vastakkain potilaan kanssa vaan enemmän oikealla sivulla.

Huom. Potilas nousee itse, hoitajan työ on tukea nousua!



Kun potilas on noussut ylös ja seisoo hyvässä asennossa, hoitaja vaihtaa otteet toisinpäin ja ohjaa potilaan istuutumaan pysyen itse taas potilaan sivulla.

Ote lantiolta ja lapaluiden alta



Kankkukävely



Hoitaja ohjaa potilasta siirtymään kankkukävelyllä vuoteen reunalle kunnes jalat koskettavat lattiaa.

Kankkukävelyssä hoitaja ohjaa potilasta kallistumaan sivulle jotta kitka toisen kankun alla vähenee ja sitä siirretään eteenpäin. Samalla voi auttaa potilasta siirtymisessä lantiolta tai polvelta. Tätä vuorotellaan tarvittava matka.



Hoitaja ja potilas nousevat seisomaan edellisen sivun ohjeistuksen mukaisesti.

Huomioi että potilas tekee itse työn nousussa hoitajan tukemana!

Tätä voi soveltaa esimerkiksi wc:ssä jos potilas tarvitsee apua wc-pytyltä siirtymisessä.

Hoitotoimenpiteet

Tässä näytetään esimerkkinä verenpaineen mittaus. Hoitotoimenpiteissä on tärkeä huomioida, että tarvittavat välineet ovat lähellä jotta liialliselta kurottelulta vältetään. Kotihoidossa työskennellessä optimaalisen asennon löytäminen voi olla vaikeaa, mutta esimerkiksi verenpainetta mitattaessa on hyvä huomioida selän asento jotta välttyy kumarassa asennossa työskentelyltä.



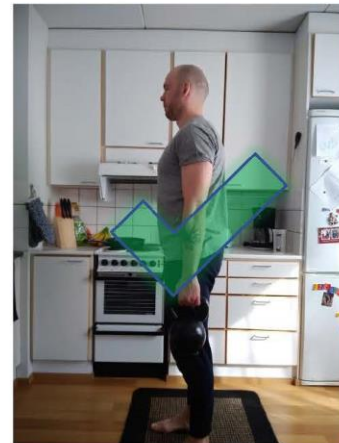
Laukun kantaminen

Hoitajat kantavat kotihoidossa usein tarvikkeita joko tilavassa repussa tai sitten laukussa. Kotikäyntilaukku sisältää mm. desinfektioaiuosta, kertakäyttöisiä suojakäsineitä, verenpaine- ja verensokerimittarin, verinäytteenottovälineet, haavanhoitotarvikkeet ja injektionanto välineet. Kotihoitajan laukku voi siis olla hyvinkin painava. Tässä kuvasarjassa laukun kantamista havainnollistetaan 16kg kahvakuulan avulla.



Kantamisessa tulee noudattaa samoja pääperiaatteita kuin nostamisessakin. Selän tulee pysyä suorana ja se ei saa pyöristyä. Olkapäiden tulisi olla samassa linjassa. Myös vartalon kiertoa tulee välttää, koska se aiheuttaa tarpeetonta kuormitusta nikamille.

Reppua tai rinkkaa kantaessa tulee jo pakkausvaiheessa huomioida, että kannettaessa painopisteen tulee olla lantion yläpuolella lähellä selkärankaa. Painavimmat tavarat on siis sijoitettava lähelle selkää. Repun remmit tulee säätää niin että paino jakautuu tasaisesti hartioiden ja lantion kesken.



Lähteet

- Ergocarebank. 2015. Makuulta istumaan. Viitattu 30.3.2019. <http://ergocarebank.com/makuulta-istumaan/?lang=fi>
- Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4., painos. Keuruu: Otava Oy.
- Launis, M & Lehtelä, J. 2011. Ergonomia. 1., painos. Tampere: Tammerprint Oy.
- Nevala, N; Pekkarinen, A; Toivonen, R; Rytönen, E; Sillanpää, J & Laaksonen, M. 2012. Ergonominen laboratorio. Helsinki: Printservice oy
- Selkakanava. Kantaminen. Viitattu 27.2.2019 <https://selkakanava.fi/kantaminen>
- Selkäliitto Ry 2016. Hyvä ryhti ehkäisee selkäkipua. Viitattu 27.2.2019 <http://selkakanava.fi/hyva-ryhti-ehkaisee-selkakupua>.
- Suni, J. 2011. Naishoitajien selkäkipujen ehkäisy tutkimus. Viitattu 22.1.2019. http://www.ukkinstituutti.fi/tutkimus/tutkimushakemisto/77/naishoitajien_selkakupujen_ehkaisyttutkimus
- Tamminen-Peter, L & Wickström, G. 2014. Potilassiirrot. 2., painos. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.
- Työterveyslaitos. Potilassiirrot. Viitattu 2.4.2019 <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/ergonomian-tietopankki/potilaan-hoitaminen/potilassiirrot/>