

Juho Lehtinen

ERGONOMIAOHJAUSTA OMAISHOITAJILLE

Fysioterapian koulutusohjelma

2011

ERGONOMIAOHJAUSTA OMAISHOITAJILLE

Lehtinen, Juho
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Toukokuu 2011
Ohjaaja: Tuominen, Hanna
Sivumäärä: 40
Liitteitä: 3

Asiasanat: omaishoito, ergonomia, potilassiirrot

Tämä opinnäytetyö on projekti, jonka aiheena oli omaishoitajien työskentelyn ergonominen arviointi ja ohjaus. Työhön valittiin kaksi omaishoitajaparia yhteistyössä Suomen Punaisen Ristin kanssa. Omaishoitajien potilaat ovat pyörätuolin käyttäjiä. Työn tavoitteena oli vähentää omaishoitajien fyysistä kuormittumista työssään ja parantaa heidän jaksamistaan ergonomisten työskentelytapojen keinoin.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa tutustutaan omaishoitoon ja tutkitaan potilassiirroista aiheutuvaa fyysistä kuormittavuutta. Teoriaosuudessa pyritään syventymään pyörätuolipotilaan avustajan ergonomisiin työskentelytapoihin ja erilaisiin potilassiirtotekniikoihin. Opinnäytetyössä käsitellään ergonomian arviointia ja uusien taitojen opettamista ohjattavalle.

Omaishoitajille tehtiin yksi ergonomia-arviokäynti heidän kodeissaan. Arviointien pääpaino oli pyörätuolin käyttäjän siirtymisten avustamisessa. Kotikäynneillä tarkasteltiin myös käytössä olevia apuvälineitä ja asunnon tilaratkaisuja. Ergonomia-arvioinneissa käytettiin apuna haastattelulomaketta ja havainnointilomaketta. Haastattelussa pyrittiin selvittämään minkälaisissa potilassiirroissa omaishoitajat kaipaavat apua ja neuvoja. Haastattelun avulla pyrittiin myös arvioimaan omaishoidon fyysistä kuormittavuutta ja ergonomiaohtausten tarvetta. Haastattelussa esille nousseita potilassiirtoja havainnoitiin. Havainnoinnin apuna käytettiin myös videointia, jotta kyseiset potilassiirrot pystyttiin tutkimaan mahdollisimman tarkkaan.

Ergonomia-arviointien tulosten analysointien jälkeen omaishoitajien koteihin tehtiin ergonomiaohtauskäyntejä. Toisen omaishoitajaparin luona käytiin kerran ja toisen luona kaksi kertaa. Ohjaukset sisälsivät ergonomisten työasentojen ohjaamista, potilaan voimavarojen hyödyntämisen opettamista ja avustajan vartalon ergonomista käyttämistä siirrettäessä pyörätuolipotilasta.

Opinnäytetyön tavoitteet täyttyivät osittain. Omaishoitajille annettiin paljon tietoa ergonomiasta ja heille ohjattiin vaihtoehtoisia potilassiirtotapoja. Uuden taidon oppiminen olisi kuitenkin vaatinut enemmän toistoharjoittelua, joten opettujen tekniikoiden käyttöönotto jää kysymykseksi. Omaishoitajilta saatiin positiivista palautetta ja he olivat tyytyväisiä, että heille ohjattiin potilassiirtojen ergonomiaan liittyviä asioita.

ERGONOMIC DIRECTIONS FOR CAREGIVERS

Lehtinen, Juho

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

May 2011

Supervisor: Tuominen, Hanna

Number of pages: 40

Appendices: 3

Keywords: care giving, ergonomics, patient transfers

This thesis is a project, which purpose was to evaluate and direct ergonomic working methods for caregivers. Two caregiver couples were chosen to participate in project, cooperating with Finnish Red Cross. Caregivers' patients are wheel chair users. Aim of the thesis was to decrease physical stress in caregivers' occupation and help them to manage by the means of ergonomics.

In the theory part caregiving and physical stress of patient transfers are explored. Ergonomic working methods and various patient transfer techniques are discussed in the theory part. In this thesis evaluation of ergonomics and teaching new skills is discussed.

One ergonomic evaluation was done to each caregiver in their homes. Main focus of the evaluations was to evaluate aiding of wheelchair patient transfer. During home visits environmental solutions and instruments were also evaluated. In ergonomic evaluations, interview forms and observation forms were used. Goal of the interview was to find out that in what kind of patient transfers caregivers' need help and advices. Physical stress of care giving and the need for ergonomic directions were also evaluated. Patient transfers indicated by interviews, were more closely observed. Videotaping was used to aid observing, so that patient transfers in guest ion were able to be examined as accurate as possible.

After analyzing the results of ergonomic evaluations, ergonomic directions were given to caregivers. In one caregiver couples home were visited once and in others twice. Visits included directing of ergonomic working positions, teaching how to utilize patients active strengths, and the ergonomic use of assistants body when transferring wheelchair patient.

The goals of the thesis were partially achieved. To caregivers were given a lot of knowledge of ergonomics and they were instructed alternative ways to transfer patient. Learning of new skills would have required more practice, so the implementation of new techniques remains a question. Feedback from caregivers was positive and they were satisfied with instructions of patient transfers and ergonomics.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN PROJEKTISUUNNITELMA.....	7
2.1	Työn tarkoitus ja tavoitteet	7
2.2	Projektin eteneminen ja arviointi	7
3	OMAISHOITO.....	8
3.1	Omaishoito ja omaishoitajan tehtäviä.....	8
3.2	Omaishoidon tuki.....	9
4	ERGONOMIA JA SEN ARVIOIMINEN POTILASSIIRTOJA SISÄLTÄVÄSSÄ TYÖSSÄ	10
4.1	Ergonomia käsitteenä.....	10
4.2	Fyysinen kuormittavuus nostoja ja potilassiirtoja sisältävässä työssä.....	11
4.2.1	Selkäkipu	12
4.2.2	Niska –ja hartiaseudun vaivat	12
4.3	Kuormittavaksi todetut potilassiirtotavat.....	13
4.4	Työn fyysisen kuormittavuuden arviointi.....	13
4.4.1	Havainnointi	14
4.4.2	Haastattelu	14
5	HAVAINNOINNIN KOHTEET SIIRTOTYÖN ERGONOMIAA ARVIOITAESSA.....	15
5.1	Ympäristö.....	15
5.2	Potilaan siirtymisen avustaminen	16
5.3	Apuvälineiden käyttö siirtymisen apuna ja yleisimpiä apuvälineitä	17
6	ERGONOMINEN POTILASSIIRTO JA SEN OPETTAMINEN	19
6.1	Ergonomisen siirtotavan perusteet.....	19
6.1.1	Hyvä työasento	20
6.1.2	Oman kehon hallinta	21
6.1.3	Motorinen taito	21
6.2	Esimerkkejä erilaisista ergonomisista siirtotavoista	22
6.2.1	Siirtyminen vuoteessa istumaan	22
6.2.2	Siirtyminen vuoteesta pyörätuoliin	23
6.2.3	Istuma-asennon korjaamisen avustaminen.....	24
6.3	Uuden taidon oppiminen.....	25
6.4	Potilassiirron opettaminen ja ohjausmenetelmät	26
7	PROJEKTIN TOTEUTUS	27
7.1	Omaishoitajien ergonomia-arvioinneissa käytetyt menetelmät.....	27

7.2 Kohderyhmä ja projektin sisältö	28
7.2.1 Pari 1	28
7.2.2 Pari 2	32
7.3 Ergonomiaohjausten arviointi.....	33
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	34
8.1 Projektin alku ja eteneminen.....	34
8.2 Projektin onnistuminen	35
8.3 Itsearviointi	37
8.4 Projektin tarpeellisuus.....	37
LÄHTEET.....	39
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Omaishoitajien työssä kuormittumista ei ole tutkittu yhtä paljon kuin esimerkiksi sairaanhoitajien kuormittumista omassa työssään. Molemmat työt voivat sisältää erilaisia potilassiirtoja. Hoitotyön on koettu olevan kuormittavimmillaan juuri liikkumisessa autettavien potilaiden kanssa toimittaessa. Hoitoalalla työskentelevien keskuudessa onkin koettu erilaisia tuki- ja liikuntaelinvaivoja juuri työstä johtuen (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2010, 5). Siksi on syytä olettaa, että myös omaishoitajilla ilmenee samanlaisia ongelmia omassa työssään.

Tässä opinnäytetyössä keskitytään omaishoitajien ergonomiaan pyörätuolin käyttäjien potilassiirroissa. Työssä käsitellään ergonomian toteutumisen arviointia, havainnoinnin ja haastattelun keinoin. Yhtenä asiakokonaisuutena on pyrkiä vastaamaan kysymyksiin, että mitä pitää havainnoida avustajan avustaessa pyörätuolipotilasta siirtymisissä ja että mitä fysiologisia asioita pitää tietää fyysistä kuormittumista ajatellen. Aiheeseen liittyen on hankittu tietoa, että miten ergonomisia työtapoja voidaan toteuttaa erilaisin ratkaisuin ja miten omaishoitajan työssä kuormittumista pystytään vähentämään ergonomian keinoin.

Opinnäytetyössä syvennyttään myös siihen, että miten potilassiirtoja työssään tekeväille voidaan opettaa ja ohjata ergonomisia siirtotapoja. Opinnäytetyötä varten on hankittu tietoa ergonomisen potilassiirron perusteista ja motorisen taidon oppimisesta ja opettamisesta. Perimmäinen ajatus on se että pyritään olemaan hyödyksi projektiin osallistuville omaishoitajille ja pyritään ohjaamaan heille työtapoja, mitkä vähentävät heidän työtaakkaansa.

2 OPINNÄYTETYÖN PROJEKTISUUNNITELMA

2.1 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Tämä opinnäytetyö on projekti, jonka tarkoituksena on parantaa omaishoitajien työergonomiaa. Työhön valittavat omaishoitajat ovat mukana Satakunnan piirissä Suomen Punaisen Ristin toimintaan kuuluvassa omaishoitajien tukitoimintahankkeessa (OMAVA). (Sattilainen, R. 2010). Projekti käynnistyi SPR:n kautta tehdystä aloitteesta, jossa toivottiin omaishoitajille ergonomiohjausta. Projektin tarkoituksena on perehtyä pyörätuolin käyttäjien siirtymisiä avustavien henkilöiden työergonomiaan ja löytää keinoja mahdollisten ergonomisten ongelmien ratkaisemiseksi. Projektin tavoitteena on vähentää omaishoitajien fyysistä kuormittumista ja auttaa arjesta selviytymistä käytännön läheisin, hyvää työergonomiaa tukevin ratkaisuin.

2.2 Projektin eteneminen ja arviointi

Satakunnan alueelta etsitään 2 omaishoitajaparia, jotka ovat halukkaita ergonomiohjaukseen. Omaishoitajien potilaiden tulee olla pyörätuolin käyttäjiä. Projektiin osallistuvat omaishoitajaparit valitaan SPR:n kautta tapahtuvan tiedustelun perusteella. Kummankin omaishoitajaparin kotiin tehdään 2-3 kotikäyntiä, riippuen ohjauksen määrästä. Ensimmäisellä kotikäynnillä suoritetaan ergonomia-arviointi. Arvioinnin välineinä käytetään haastattelua ja havainnointia. Ensimmäisen kotikäynnin jälkeen tehdään ergonomia-analyysi, jossa arvioidaan omaishoitajan työergonomiaa ja mietitään parannusehdotuksia kerätyn tiedon perusteella. Kotikäynnin arvioitu kestoaika on 1-2 tuntia.

Seuraavat kotikäynnit suoritetaan noin kuukautta myöhemmin kun ergonomia-arvion tulokset on saatu selville. Näillä kotikäynneillä keskitytään omaishoitajan työergonomian kehittämiseen. Kehityskohteina ovat omaishoitajan työasennot ja siirtymisten avustamisen ohjaaminen. Myös tilaratkaisujen muuttamista ja apuvälinehankintoja voidaan suositella tarpeen mukaan, mutta ohjausten pääpaino on kuitenkin siirtymisten hallitussa avustamisessa. Kotikäynneillä otetaan huomioon ne asiat mit-

kä omaishoitaja on haastattelussa todennut kuormittavimmaksi tai hankalimmaksi ja mihin hän on toivonut apua tai lisätietoa.

Projektin onnistumista voidaan arvioida omaishoitajapareilta saadun suullisen palautteen avulla ja työn lopuksi tehtävässä pohdinnassa ja johtopäätöksissä. SPR:n kanssa sovittiin, että he osallistuvat kotikäynneistä kertyviin matkakustannuksiin. Opinnäytetyön valmistuttua siitä toimitetaan painos SPR:lle, jotta he voivat arvioida työn onnistumista ja omaishoitajien ergonomiohjausten tarpeellisuutta.

3 OMAISHOITO

3.1 Omaishoito ja omaishoitajan tehtäviä

Omaishoitaja on ihminen, jolla on ollut suhde hoidettavaan jo ennen hoidon tarpeen ilmenemistä, eli yleensä omaishoitaja on hoidettavan perheenjäsen tai läheinen henkilö. Toisille omaishoitajuus ilmenee äkillisesti esimerkiksi onnettomuudesta johtuvan vamman seurauksena, kun taas toisilla tilanne etenee pikkuhiljaa, omaisen sairauden edetessä. Läheisen auttamisen taustalla voi olla esimerkiksi rakkaus, velvollisuudentunne, tai vastuun tunne omasta läheisestä. (Halmesmäki ym. 2010, 7-11).

Kaikki omaishoitajat eivät auta hoidettavaansa fyysisesti, vaan hoito voi koostua esimerkiksi taloudellisten asioiden huolehtimisesta, kun hoidettava ei niitä pysty itse hoitamaan. Omaishoito voi olla myös etäältä tapahtuvaa, esimerkiksi kaupassa käyminen tai siivoaminen tarvittaessa. Omaishoito tuo tullessaan uusia tehtäviä, joista hoitajalla ei välttämättä ole aikaisempaa kokemusta, siksi hän yleensä tarvitsee neuvontaa ja tukea. Omaishoitajan tehtävät voivat olla haastavia ja monipuolisia. Tehtävät määräytyvät hoidettavan jäljellä olevasta toimintakyvystä riippuen. Jos potilaan fyysinen toimintakyky on laskenut niin paljon, että hän tarvitsee apua liikkumisessa, on omaishoitajan yhtenä tehtävänä avustaa siirtymisissä. Omaishoitajan tehtäviin kuuluu auttaa potilasta selviytymään kaikista päivittäisistä askareista. Näihin kuuluvat mm. syöminen, lääkkeiden ottaminen, pukeminen, sekä peseytyminen ja wc:ssä

käyminen. Näitä tehtäviä omaishoitajan on opeteltava ja otettava selvää miten niitä hoidetaan, jotta arjesta selvitään. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela. 2009, 13-102).

3.2 Omaishoidon tuki

Omaishoitolain mukaan omaishoitaja on henkilö, joka on tehnyt kunnan kanssa sopimuksen omaishoidon tuesta ja tämän sopimuksen tehneitä on Suomessa noin 30 000. Omaishoitolain tarkoituksena on turvata omaishoitajalle riittävästi palveluita arjesta selviytymiseen. Suomen omaishoidon verkoston mukaan puolestaan omaishoitaja on henkilö, joka huolehtii perheenjäsenestään silloin kun perheenjäsen ei omin voimin selviä arjesta. Tämän määritelmän mukaan on Suomessa tällä hetkellä noin 300 000 omaishoitajaa. On tärkeää, että omaishoitaja tunnistaa oman tilanteensa, jotta hän voi hakea tarvittavaa apua arjessa selviytymiseen. Syitä perheenjäsenen toimintakyvyn laskuun voivat olla esimerkiksi sairaus, vammaisuus tai yleinen lisääntynyt hoidon tarve. Omaishoitajalla on läheinen suhde hoidettavaansa, joten hän usein kokee olevansa vastuussa läheisestään, eikä välttämättä osaa hakea apua tilanteeseensa. Kun omaisen avuntarve ei ole kasvanut liian kuormittavaksi, voi omaishoitaja selviytyä ilman yhteiskunnan tukea. Tällöin suurinta tukea antaa yleensä perhe ja läheiset. (Järnstedt ym. 2009, 7-12).

Kun läheistään hoitava alkaa tunnistamaan tilannettaan omaishoidoksi, voi hän hakea apua yhteiskunnalta. Apua antavat kunnan sosiaalitoimi ja terveystoimi. Omaishoidon tuki on palvelukokonaisuus, jota voidaan hakea kunnan sosiaalitoimelta. Siihen kuuluvat hoitopalkkio, kolme vapaapäivää kuukaudessa ja palveluita hoitajalle ja hoidettavalle. Jotta omaishoito onnistuu, tarvitaan yleensä esimerkiksi asunnon muutostöitä, apuvälineitä, hoitotarvikkeita, palveluita hoidettavalle, taloudellista tukea ja palveluita omaishoitajalle, sekä mahdollisesti henkistä tukea ja vapaa-aikaa omaishoitajalle. Omaishoidon tuen tarve arvioidaan kunnan toimesta tehtävällä kotikäynnillä ja sen pohjalta laaditaan hoito – ja palvelusuunnitelma yhteistyössä asianosaisten kanssa. Yleensä omaishoidon tukeen liittyviä asioita hoitaa kunnan kotipalveluohjaaja tai vanhus –tai vammaistyön sosiaalityöntekijä (Halmesmäki ym. 2010, 26). Hoito – ja palvelusuunnitelma ei vielä takaa sitä että siinä ehdotetut palvelut

myönnetään, vaan palveluista päätetään aina erikseen kunnassa. Jos omaishoidon tuesta annetaan myönteinen päätös, tekee kunta siitä sopimuksen omaishoitajan kanssa ja sopimus on voimassa toistaiseksi. (Järnstedt ym. 2009, 7-12).

4 ERGONOMIA JA SEN ARVIOIMINEN POTILASSIIRTOJA SISÄLTÄVÄSSÄ TYÖSSÄ

4.1 Ergonomia käsitteenä

Ergonomia on tieteenala, joka tutkii ihmisen ja hänen työnsä välisiä vuorovaikutussuhteita ja ammatti, jossa pyritään ratkaisemaan työssä ilmeneviä ongelmia (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen. 2005, 11). Ergonomian avulla pyritään muokkaamaan työoloja vastaamaan ihmisen toimintakykyä ja vähentämään työn kuormittavuutta. Tämä vaikuttaa positiivisesti työn tuottavuuteen ja terveellisuuteen. Ergonomiia voidaan määritellä eri tavoin ja se koostuu eri osa-alueista. Fyysisen ergonomian piiriin kuuluvat esimerkiksi ihmisen anatomia ja fysiologia sekä biomekaaniset ominaisuudet, joita sovelletaan ajatellen työtehtäviä. Kognitiivinen ergonomia tarkoittaa psyykkisten toimintojen tarkastelemista suhteessa työhön ja työtehtäviin. Organisaatioergonomia tutkii sosiaalisia järjestelmiä, rakenteita sekä työtapoja ja yrittää saada ne toimimaan mahdollisimman tuloksellisesti. (Takala & Lehtelä 2009, 41-42).

Ergonomia on kokonaisvaltaista työn ja sen tekijöiden arviointia, ohjausta, suunnittelua ja erilaisten ratkaisumallien kehittämistä, jotta saadaan aikaan mahdollisimman optimaalinen työympäristö. Hyvin toteutetulla ergonomialla mahdollistetaan se, että ihminen pystyy työssä parhaimpaansa ja työ on tuloksellista ja se on terveellistä tekijälleen. Ergonomiassa on tärkeää arvioida kokonaisuutta. Kun otetaan huomioon esimerkiksi tuottavuus ja terveellisyys, voivat ne vaikuttaa toisiinsa negatiivisesti. Siksi pitää ottaa kaikki eri tekijät huomioon ja löytää ratkaisumalleja, jotka ovat hyviä useasta eri näkökulmista katsottuna. Aina ei ole yhtä oikeaa ratkaisua, vaan pitää keksiä ja löytää erilaisia vaihtoehtoja ja valita niistä se mikä parhaiten tukee kaikkia

työhön liittyviä ominaisuuksia. Ergonomiaa toteuttavat työpaikan työtehtävien suunnittelijat, työvälineiden hankkijat, sekä työntekijät itse. Terveystieteiden ammattilaisien, esimerkiksi työfysioterapeuttien, tehtävänä on antaa työntekijöille tietoa ihmisen anatomiasta ja vartalon kuormittumiseen vaikuttavista asioista, sekä ohjata ergonomisia työtapoja ja toimintamalleja. (Takala & Lehtelä 2009, 41-42).

4.2 Fyysinen kuormittavuus nostoja ja potilassiirtoja sisältävässä työssä

Omaishoitajan työ sisältää nostoja ja potilassiirtoja, joiden kuormittavuutta on tutkittu enemmän liittyen hoitoalaan. Siksi tässä luvussa käsitellään hoitotyön fyysistä kuormittavuutta. Hoitotyön kuormittavuus on lisääntynyt viime vuosina. Potilassiirtojen – ja nostojen, sekä kumarassa tehtävien työvaiheiden seurauksena syntyy riskejä saada erilaisia tuki – ja liikuntaelinvaivoja. Työ onkin koettu kuormittavimmaksi juuri liikkumisessa autettavien potilaiden kanssa toimittaessa. Kun tähän lisätään vielä kävely, seisominen ja jatkuva kiire, on selvää, että hoitoalalla koetaan erilaisia tuki – ja liikuntaelinvaivoja. Ongelmat ovat yleisesti ottaen työntekijöiden tiedossa, mutta niiden ratkaisemiseksi ei työntekijöillä ole riittävästi tietoa, eikä uskoa toimenpiteiden tehokkuuteen. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2010, 5).

Tamminen-Peter on tehnyt kyselytutkimuksia 1997 ja 2008 ja niistä saatujen tulosten perusteella hoitajilla on yleisimmin niska – ja hartiaseudun, sekä alaselän vaivoja. Hoitoalalla sairaslomia aiheuttavat eniten juuri tuki – ja liikuntaelinvaivat. Potilassiirrot ja nostot ovat hoitoalan työntekijöille suurin fyysinen riski ja he nostavat usein itselleen liian raskaita potilaita. Hoitajien taito ohjata potilaiden siirtymistä ja liikkumista ei aina vastaa potilaan tarpeita, eivätkä hoitajat aina noudata tutkimusten tukevia siirtotapoja. Heistä noin kolmannes kertoo nostavansa yli 25 kilon taakkoja työssään ja on todettu, että toistuvat yli 15 kilon nostot lisäävät selkäsairauksien esiintyvyyttä. Myös kumarat ja kiertyneet työasennot ovat selkäsairauksien riskitekijöitä ja hoitajilla on todettu tällaisia työasentoja olevan noin neljännes työajasta. Kuormittavuutta ja huonoja asentoja ilmenee useimmiten juuri potilassiirroissa, pesuissa, sekä pukeutumisen avustamisessa. (Tamminen-Peter ym. 2010, 7-12).

4.2.1 Selkäkipu

Selkäkipu on työperäisenä yleisesti seurausta hankalista työasunnoista. Kuormitus kohdistuu lihaksiin, jänteisiin, tukikalvoihin, sekä tukisiteisiin. Kuormitus on hyväksyttävä, jos sitä esiintyy sopivasti. Ylikuormittuminen puolestaan voi aiheuttaa kudoksille tilapäisiä tai pitkäaikaisia vaurioita ja siitä aiheutuu oireita. Riski selkävaivoista kasvaa, jos ihmisen lihasvoimat eivät ole riittävän suuret, vaan hän joutuu ponnistelemaan voimiensa ääri rajoilla. Hoitotyössä joudutaan usein työskentelemään eteenpäin kumartuneena ja tämän seurauksena on jäykkyyden tunne selässä. Nostoissa ja siirroissa puolestaan kuormittumiseen vaikuttavat nostajan koko, nostoasento, taakan paino, nostojen toistuvuus, sekä nostajan nostotekniikka. Lanneranka on hyvin tuettu, jos nikamat ovat suorassa, koska silloin alaselkään kohdistuva paine jakautuu mahdollisimman tasaisesti. Lihakset ja siteet, jotka ovat rangan ympärillä, antavat parhaan mahdollisen tuen selälle silloin, kun ranka on suorassa. Selkäranka rakentuu selkänikamista, jotka ovat luuta ja niiden välissä olevista välilevyistä. Välilevyissä on hyytelömäinen sisällys ja niiden tehtävänä on auttaa selkää kestämään siihen kohdistuvaa kuormitusta. Jos nostettaessa ollaan etukumarassa, ei välilevy ole tasainen vaan kiilamainen ja silloin se ei tasaa painetta niin hyvin kuin suorassa asennossa. Luonnollisesti tämä voi aiheuttaa jatkuessaan erilaisia selkävaivoja. (Tamminen-Peter & Wickström 2002, 11-15).

4.2.2 Niska – ja hartiaseudun vaivat

Niska – ja hartiaseudun vaivojen selittäviä tekijöitä voivat olla pään ja hartioiden huono työasento ja niskan ja hartioiden alueen lihasten kuormittuminen liian raskaan taakan käsittelystä. Niska – ja hartiaseudun vaivoihin voivat vaikuttaa myös psyykkiset tekijät. Hartialihakset joutuvat raskaalle kuormitukselle kun työtä tehdään kädet eteen ojennettuina, sillä se vaatii lihaksilta staattista lihastyötä, kun kädet eivät roiku rentona alaspäin. (Tamminen-Peter & Wickström 2002, 11-12). Niska hartiaseudun vaivoja voivat aiheuttaa myös liian vähäinen palautumisaika raskaasta työvaiheesta, stressi, työn suuri psyykinen kuormitus, huono fyysinen kunto ja tupakointi. Naiset ilmoittavat kokevansa enemmän niska – ja hartiavaivoja kuin miehet. (Kukkonen & Ketola 2002, 276).

4.3 Kuormittavaksi todetut potilassiirtotavat

Koska potilassiirrot on todettu yhdeksi fyysisesti kuormittavimmaksi työvaiheeksi hoitoalalla, on syytä tietää mitkä ovat kyseenalaisia siirtotapoja. Potilaalle epämukavaksi ja hoitajalle raskaaksi on todettu laahaava nosto, eli potilaan nostaminen ottamalla kiinni hänen kainaloidensa alta. Tämä tapa estää potilasta käyttämästä yläraajojen voimiaan apuna siirtymisessä. Tämän siirtotavan on tutkittu olevan niin epämiellyttävä potilaalle, että se saattaa aiheuttaa jopa kostoaikeita potilaassa. Toinen potilassiirtotapa, joka on todettu kuormittavaksi, on se että potilas ottaa käsillään kiinni hoitajan niskasta, lantiosta, tai hartioista, hoitajan tukiessa omilla jaloillaan istuvan potilaan polvia. On selvää että tällä tekniikalla edes täysin terve ihminen ei pystyisi nousemaan seisomaan tai siirtymään vetämättä yläraajoillaan. Kun potilas ikäänkuin roikkuu hoitajan niskassa, on suurempi riski hoitajan niskan vammautumiselle. Näitä vääriä nostotapoja yhdistävät ne seikat, että ne ovat hoitajalle kuormittavia ja potilaalle ne eivät ole kuntouttavia. Tämän takia näistä nostotavoista on pyritävä luopumaan, mutta niitä on silti vielä ollut käytössä ja opetettavina eri laitoksissa vuonna 2007, vaikka ne ovatkin todettu siihen mennessä kyseenalaisiksi. (Tamminen-Peter ym. 2007, 17-18).

4.4 Työn fyysisen kuormittavuuden arviointi

Työssä ilmenevää kuormitusta ja riskejä voidaan yrittää hallita ergonomian avulla. Motiivina voi olla esimerkiksi työntekijän liiallinen kuormittuneisuus tai muut työssä havaitut ongelmat. Jotta työn kuormittavuutta voidaan arvioida, täytyy arvioijan ymmärtää ja tuntea kyseessä oleva työvaihe. (Takala & Lehtelä, 2009, 50). Ergonomian asiantuntija, esimerkiksi työfysioterapeutti, tekee arvion työn kuormittavuudesta. Myös työntekijät saavat olla mukana arvioimassa omaa toimintaansa ja työtänsä, jotta arviointi on mahdollisimman tehokasta. Arviointi tapahtuu havainnoimalla työasentoja ja muita erilaisia työn sisältämiä vaiheita. (Kukkonen 1998, 413). Yleisimpiä tapoja arvioida työn aiheuttamaa fyysistä kuormitusta ovat juuri työvaiheiden havainnointi, työntekijän haastattelu, erilaiset kyselylomakkeet ja myös työpäiväkirjat voivat olla osana arviointia. Havainnoinnin apuvälineenä on hyödyllistä käyttää videointia, jotta eri työvaiheiden arviointiin voidaan pureutua mahdolli-

simman tarkasti. Fyysistä kuormitusta arvioitaessa, tulee kiinnittää huomiota eri asioihin. Niitä ovat esimerkiksi erilaiset työvaiheet, työasennot ja niissä tapahtuvat liikkeet, työn organisointi, millaista lihastyötä työ sisältää (esim. toistoja vai jatkuvaa kuormitusta) ja huomioon on otettava myös työntekijän yksilöllinen toimintakyky ja valmiudet. Arvioinnin apuna voidaan käyttää erilaisia havainnointi ja tarkistuslomakkeita. (Työturvallisuuskeskus 2004, 134-135).

4.4.1 Havainnointi

Havainnoinnin avulla voidaan saada suoraa tietoa tarkkailtavasta toiminnasta. Havainnointi mahdollistaa tiedon keräämisen luonnollisesta ympäristöstä. Tällä tavoin ollaan tekemisissä oikeiden asioiden parissa, eikä esiinny keinotekoisuutta. Havainnointia on kritisoitu sen takia, että havainnoija saattaa vaikuttaa tilanteen kulkuun, eikä näin ollen tilanne ole täysin samanlainen kuin normaalisti. Joissakin tapauksissa havainnoijan voi olla vaikea kirjoittaa ylös kaikkea havaitsemaansa tietoa, jolloin hänen pitää luottaa muistiinsa tai käyttää apuvälineitä (esim. videointi). Havainnoinnin avulla voidaan kerätä tietoa monipuolisesti ja useat eri alojen tutkijat käyttävät havainnointia tutkimusmenetelmänä. Havainnointia voi käyttää monella erilaisella tavalla. Se voi olla täysin luonnolliseen toimintaan sisällytettyä tai se voi olla hyvin tarkasti systematisoitua. Myös havainnoijan rooli tietoa kerättävässä tilanteessa voi vaihdella, esimerkiksi siten että osallistuuko hän havainnoitavaan toimintaan vai ei. Havainnointi on luokiteltu eri lajeihin. Systemaattisessa havainnoinnissa, havainnoija on ulkopuolinen ja tiedon hankinta on tarkasti jäsenneltyä. Osallistuvassa havainnoinnissa havainnoija voi osallistua havainnoitavaan toimintaan ja tilanne on vapaasti muotoutuva. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara, 2007, 207-212).

4.4.2 Haastattelu

Kun haastattelua käytetään havainnoinnin apuna, voidaan rajata havainnoitavia asioita haastateltavan toiveiden mukaan. Esimerkiksi omaishoitaja nähdään tähän työhön liittyen subjektina ja hänelle annetaan mahdollisuus antaa itsestään tietoja vapaamuotoisesti. Juuri tällainen joustavuus nähdäänkin haastattelun etuna. On olemassa erilaisia haastattelutapoja, joita ovat strukturoitu haastattelu, teemahaastattelu ja avoin

haastattelu. Strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu tehdään nimensä mukaan lomaketta apuna käyttäen ja kysymykset ovat ennalta laadittu. Itse haastatteluun ei tarvitse varata liikaa aikaa, sillä se on etukäteen suunniteltu ja valmisteltu. (Hirsjärvi ym. 2007, 199-207). Haastattelua suunniteltaessa tutkijan pitää pohtia minkä haastattelutyylin valitsee ja missä ympäristössä haastattelu toteutetaan. On luontevampaa vastailta kysymyksiin kun ympäristö on tuttu. Ennen varsinaista haastattelua haastattelijan on hyvä keskustella yleisesti ja pohjustaa tulevaa haastattelu tilannetta, jotta ilmapiiri muuttuisi vapautuneemmaksi ja jännitys lieventyisi puolin ja toisin. (Eskola & Vastamäki, 2001, 27-30).

5 HAVAINNOINNIN KOHTEET SIIRTOTYÖN ERGONOMIAA ARVIOITAESSA

5.1 Ympäristö

Työtilan tulee olla riittävän tilava ja esteetön. Tässä työssä esimerkiksi työtila on aina se paikka, jossa omaishoitaja avustaa hoidettavan siirtymistä. Siirtojen avustamiseen ja mahdolliseen apuvälineiden käyttöön pitää varata riittävästi tilaa. Tilan puute on asentokuormitusta lisäävä tekijä ja se vaikeuttaa avustajan liikkeitä, jolloin tapaturmavaara kasvaa (Troup, Lloyd, Tarling & Wright. 1988, 39). Oikeanlaisilla tilaratkaisuilla voidaan helpottaa siirtojen onnistumista. Esimerkiksi wc – ja suihkutiloissa siirto voi onnistua hyvin, jos tilaratkaisut ovat järkeviä. Tilaratkaisuja huomioidessa kannattaa katsoa myös korkeus, jossa siirtymiset tehdään. Siihen voidaan vaikuttaa esimerkiksi säädettävällä sängyllä tai wc: n korotuksilla ym. Lattian pitää olla pitävä, eikä liukas ja lattialla olevia esteitä tai esineitä ei saa olla lähettyvillä, sillä ne voivat vaarantaa tai häiritä siirtotilannetta. Myös avustajan kengät tulee olla pitävät ja tasapainoiset. (Karhula, Rönholm & Sjögren 2007, 14).

Ympäristöön kuuluvat kokonaisuudessaan kaikki apuvälineet, huonekalut, vaatetus ja lattiapinta. Vaatteet eivät saa olla liian kireät, jotta avustajan polvet ja lantio pääsevät liikkumaan esteettömästi. Myös autettavan vaatteet on hyvä ottaa huomioon. Ne ei-

vät saa olla liukasta materiaalia, jotta avustajan ote pysyy hänen hallinnassaan. Kaikkien välineiden, joita siirtotilanteessa on mukana, pitää olla hyvässä kunnossa ja ennen muuta ehjiä. Ympäristö ratkaisuisissa kannattaa käyttää talonpoikaisjärkeä ja tilaratkaisuihin voidaan löytää erilaisia ja helpottavia tapoja. Esimerkiksi pyörätuolin asettaminen oikeaan asentoon siirrettävään kohteeseen nähden helpottaa siirtoa. Myös kaiteet ja käsinojat on hyvä saada pois siirtymisen tieltä. Yhtenä tärkeimmistä seikoista kannattaa aina varmistaa että siirtoalusta on paikallaan eli esimerkiksi pyörätuolissa on jarrut päällä. (Troup ym. 1988, 39-41)

Ympäristön ja tilaratkaisujen yhteydessä on hyvä tarkistaa avustettavan pyörätuolin sopivuus. Siirtymisten näkökulmasta mietittynä liian kapea pyörätuoli hankaloittaa siirtymistä. Istuinosan kaltevuus on oltava oikeassa kulmassa, jotta se ei hankaloita siirtymistä, eli istuinosa ei saa olla liikaa nojallaan taaksepäin. Irrotettavat tai siirrettävät käsitet helpottavat siirron onnistumista ja ovat joissain tapauksissa lähes välttämättömät. Samoin jalkatuet ovat hyvä olla sivuille kääntyvät, sillä ne helpottavat siirtymisen avustamista, koska ne voidaan asetella niin että ne eivät ole esteenä. Tällöin avustettava voi myös käyttää mahdollisia jalkavoimiaan siirtymisessä apuna. Jarrujen kunto on tottakai ehdottoman tärkeää, jotta pyörätuoli pysyy paikallaan siirron aikana. Pyörätuolin taakse voidaan asentaa myös jalkapoljin, joka helpottaa avustajan työtä esimerkiksi kynnysten ylittämisessä. Pyörätuolin hankinta ja korjaustyöt tehdään yleensä pyörätuolinkäyttäjän terveyskeskuksessa. (Kivilahti 2003, 6-27).

5.2 Potilaan siirtymisen avustaminen

Havainnoitavat siirrot määräytyvät sen mukaan, että mitkä siirrot työntekijät kokevat itselleen kuormittavimmaksi. Näitä siirtoja voivat olla esimerkiksi siirtyminen vuoteesta tuoliin, tai siirtyminen tuolista wc-istuimille. Havainnoinnin kohteena ovat työntekijän työasennot siirron eri vaiheissa, siirtoetäisyys ja siirtokorkeus. Työasentoja havainnoidessa täytyy ottaa huomioon vartalon eri osia. Videointi helpottaa tässä vaiheessa, sillä silloin liikkeen voi katsoa moneen eri kertaan ja havainnoida yhtä kehonosaa kerrallaan.

Yläraajojen ja ylävartalon kuormittavuus on sopivissa rajoissa, jos hartiat pysyvät rentona, kyynärpäät ovat lähellä vartaloa ja ranteet pysyvät suorassa, eikä avustajan tarvitse puristaa sormillaan liian kovaa. Alaselän kuormitusta tarkkailtaessa katsotaan, että selkä on pystyasennossa luonnollisesti, tai se ei ole kallistunut eteenpäin enempää kuin 45 astetta. Asteet arvioidaan siten että kuvitellaan suora linja alaraajoista kattoon alaraajojen ollessa suunnilleen suorana. Selkä ei saa kiertyä enempää kuin 15 astetta potilasta siirrettäessä. Selän kierron asteet arvioidaan hartioiden suunnasta polviin ja jalkateriin nähden. Arvioitaessa alaselän kuormitusta huomioidaan myös se, että näyttääkö siirron avustaminen hallitulta koko ajan. Siirto ei saa olla riuhtaiseva ja selkä ei saa olla pyöristyneenä, eikä köyristyneenä mistään kohtaa. Myös alaraajojen kuormitusta arvioidaan. Siirtotilanteessa avustaja ei saa olla kyynyksissä tai polvet vasten alustaa. Siirrettäessä potilasta alaraajojen tulisi olla käyntiasennossa ja polvien ja jalkaterien osoittaa samaan suuntaan. (Karhula ym. 2007, 16-17)

Avustajan siirtotaitoa arvioidessa tulisi kiinnittää huomiota siirron ohjaukseen, potilaan oman aktiivisuuden hyödyntämiseen ja siirto-otteisiin. Siirron ohjaaminen tulisi tapahtua sanallisesti ja kosketuksen avulla. Omaishoitajien työtä arvioitaessa pitää ottaa huomioon se, että omaishoitoparilla voi olla monien vuosien kokemus yhteistyöstä tämän asian tiimoilta, joten sanallinen ohjaus voi olla vähäisempää. Avustusotteiden pitäisi olla sellaisia, että ne eivät haittaa potilaan omia luonnollisia liikkeille, vaan ennemmin tukevat ja kehittävät niitä. Otteet eivät tietenkään saa aiheuttaa potilaalle kipua tai muita ikäviä tuntemuksia. (Karhula ym. 2007, 16-17). Potilaan siirtymisen oikeaoppista avustamista käsitellään vielä tarkemmin tämän työn luvussa 6.

5.3 Apuvälineiden käyttö siirtymisen apuna ja yleisimpiä apuvälineitä

Apuvälineiden käyttö on kunnossa, jos apuvälineitä käytetään oikein ja niiden käyttöön on tarvetta. Jos tarvetta ei ole, niin apuvälineitä ei silloin tarvitse käyttää. Esimerkiksi potilasnosturin käyttö on tarpeellista, jos avustettava ei pysty tukeutumaan alaraajoihinsa ollenkaan. Huomioitaessa muita siirtymisen apuvälineitä tulee ottaa huomioon se, että apuvälineitä ylipäätään on käytettävissä ja että niitä käytetään oi-

keappisesti. (Karhula ym. 2007, 15). Apuvälineiden oikeaoppinen käyttö arvioidaan sillä tavalla, että apuvälineet mahdollistavat avustajan ergonomista työskentelyä ja myös potilaan oman aktiivisuuden hyödyntämistä.

Seuraavaksi tässä kappaleessa esitellään apuvälineitä, joita käytetään avustettaessa potilaan siirtymistä. Vuodetasolla liukumista edistäviä apuvälineitä ovat muun muassa liukulakanat, liukulevyt ja siirto, - sekä kääntölevyt. Niiden toiminnan periaatteena on se, että ne vähentävät potilaan ja vuoteen välistä kitkaa. Vuoteen patja ei saa myöskään olla liian pehmeä, sillä se vaikeuttaa ja raskauttaa potilaan siirtymistä. On helpompi siirtyä ylhäältä alaspäin käytettäessä kitkaa vähentäviä apuvälineitä, sillä silloin hyödynnetään painovoimaa. Tukevaa otetta auttavia apuvälineitä ovat erilaiset kahvalliset nostovyöt ja remmit, joiden avulla avustaja pystyy siirrossa käyttämään paremmin alaraajojen voimiaan, koska ote on pitävä. (Kauppi ym. 2010, 104-105).

Tukitankoja ja tartuntakahvoja on myös olemassa monenlaisia ja niiden ideana on se, että avustettava saa niistä otteen ja pystyy yläraajojen voimaa apuna käyttäen siirtymään tai helpottamaan siirron onnistumista. Tukitangot ja tukikaiteet ovat käteviä esimerkiksi wc – ja suihkutiloissa. Niitä on olemassa erilaisia malleja ja niitä voidaan asentaa eri korkeuksille. Wc:hen voidaan asentaa myös istuinkorotus, joita on markkinoilla myös sähköllä säädettäviä. Eli wc-istuimen korkeutta ja kulmaa voidaan säätää vaivattomasti. Pyörätuolin käyttäjillä on yleensä käytössään myös suihkutuoli, joka voi olla pyörällinen. Vuode on tärkeässä asemassa ajateltaessa hoitajan kuormitusta. Vuoteen tulisi olla sopivalla korkeudella ajatellen siirtymisiä ja esimerkiksi vuoteen sijaamista. Sähköllä säädettävä sänky on paras mahdollinen vaihtoehto, sillä sen voi aina siirtää haluttuun korkeuteen ja asentoon. Sängyn reunassa on hyvä olla nousutuki, joka helpottaa potilaan siirtymistä pyörätuoliin. On olemassa myös tuoleja, jotka ovat sähköllä säädettäviä ja joiden kaiteet ovat siirrettäviä. (Tamminen-Peter & Wickström. 2002, 22-34).

Muita huomioon otettavia apuvälineitä voita voivat olla esimerkiksi pyörälliset nousutelineet, joiden avulla potilasta voidaan siirtää pyörätuolista vaikkapa sänkyyn tai toiseen tuoliin. Sähkökäyttöiset potilaan siirron apuvälineet, kuten esimerkiksi potilasnosturit, vähentävät huomattavasti avustajan kuormitusta, mutta jos potilaalla on riittävästi omaa toimintakykyä, ei niitä tarvita. (Tamminen-Peter & Wickström.

2002, 22-34). Oikeanlainen apuvälineiden käyttö ergonomian kannalta perustuu siihen, että on tietoa oikeista työasunnoista ja työtavoista. Avustajan täytyy luonnollisesti tietää käytettävän apuvälineen toimintaperiaatteet ja käyttötarkoitus. Erilaisten apuvälineiden käytön harjoittelu auttaa oppimaan niiden luontevaa käyttöä. (Kauppi ym. 2010, 104).

6 ERGONOMINEN POTILASSIIIRTO JA SEN OPETTAMINEN

6.1 Ergonomisen siirtotavan perusteet

Jotta ergonomista potilassiirtoa voi ohjata ja opettaa muille, täytyy ymmärtää ergonomisen potilassiirron ja työskentelyn perusteet. Hoito – ja huolenpitotyössä ergonomia merkitsee sitä että hoitaja pystyy toimimaan mahdollisimman vähän omia lihasvoimiaan käyttäen ja hyödyntämään potilaan toimintakykyä. Yhtenä ergonomisen työskentelyn ja potilassiirron perusteena on hyvä työasento ja sen ymmärtäminen. Hyvän asennon on säilyttävä työvaiheiden muuttuessa ja erilaisissa olosuhteissa. Myös oman kehon hallinta on olennaisessa asemassa ergonomisia työtapoja toteutettaessa. Avustajan täytyy ymmärtää millaisia työasentoja tulee välttää ja miten siirtämiseen tarvittavaa voimaa voidaan tuottaa painonsiirtojen ja alaraajojen avulla. (Kauppi ym. 2010, 102-103).

Ergonominen potilassiirto on nimenomaan siirto, ei nosto. Siirrettäessä huomioidaan potilaan luontaisia liikemalleja ja pyritään aktivoimaan potilasta. Potilaan luontaisten liikemallien ymmärtäminen edellyttää tietoutta ihmisen perusliikkumisesta. Ihmisen luuston tulisi kantaa kuorma. Luiden on aina oltava siinä asennossa, että tarvitaan mahdollisimman vähän lihastyötä. Pysty asentoon siirtyessä huomioidaan, että pään paino on hartioiden päällä, ylävartalo lantion päällä ja koko kehon paino alaraajojen päällä. Avustaminen tapahtuu siitä kehon osasta, mistä liikettä ei tule riittävästi. Avustusote on ennemminkin ohjaava kuin voimakas. Avustusta annetaan vain sen verran kuin potilas tarvitsee, ei enempää. Täten tuetaan potilaan omaa liikkumista ja säästetään omia voimavaroja. Kosketuksen on oltava ohjaava ja liikettä tukeva. Ei

saa repiä, eikä ottaa kiinni epämiellyttävän tuntuisesti. Painovoimaa kannattaa hyödyntää, eli siirtämään ja ohjaamaan ylhäältä alaspäin, koska se on luonnollisempaa avustajalle ja potilaalle. Potilaan tunteminen on avainasemassa ja tietämys hänen toimintakyvystään ja voimavaroistaan. Potilasta voidaan pyytää näyttämään, miten hän siirtyisi vuoteesta istumaan, tai tuolista seisomaan. Täten havainnoidaan potilaan perusliikkumista. Potilasta ohjataan myös puhumalla. Ohjeiden on oltava selkeitä ja rauhallisia. Puhe ja kosketus ja liike yhdistetään, jolloin avustamisesta tulee kokonaisvaltainen paketti, jota voidaan kutsua kuntouttavaksi avustamiseksi. (Tamminen-Peter & Wickström. 2002, 40-44, 49).

6.1.1 Hyvä työasento

Hyvää työasentoa kuvailtaessa otetaan huomioon eri kehonosia. Hoitajan alaraajojen tulisi olla käyntiasennossa, jolloin hoitajan tasapaino on tukeva ja liikkuminen vaivatonta. Oikea työkorkeus saavutetaan polvia joustamalla ja tarvittava voima haetaan reisilihaksista. Avustettaessa avustajan asento muuttuu potilaan liikkeen mukana painonsiirtojen avulla. Tällöin kuormitus kohdistuu jalkojen lihaksille. Käsillä kurkoteltaessa ja turhia kumarruksia ja selän kiertoliikkeitä tulee välttää. Vartalon painon tulisi pysyä siirron kaikissa vaiheissa hoitajan jalkojen päällä ja selän pitää pysyä mahdollisimman suorana. (Tamminen-Peter ym. 2010, 23-24). Käyntiasennossa avustettaessa polvien ja lonkkien tulee olla koukussa, jotta voimaa voidaan säädellä tehokkaammin. Kun jalat ponnistavat voimaa lattiasta, voima siirtyy vartaloon ja käsiin liikkeen avulla ja kohdistuu potilaan liikkeen avustamiseen. Tällaisella painonsiirto-tekniikalla säästetään hartioiden ja käsien kuormitusta. Hartiat pitäisi aina avustettaessa yrittää pitää rentoina. Kannattaa kiinnittää huomiota myös siihen, että avustettavan ja avustajan painopisteet ovat lähellä toisiaan. Tällä tavalla avustajan kuormittuminen on vähäisempää ja avustettavan siirtyminen on turvallisempaa, sillä avustaja on sijoittunut siten että avustettava ei pääse kaatumaan. Hoitaja voi ottaa tukea seinästä tai sängyn reunasta vartalolleen tai käsillään, jotta siirto on mahdollisimman tukeva. (Tamminen-Peter & Wickström. 2002, 48).

6.1.2 Oman kehon hallinta

Taitavan avustajan pitää pystyä hallitsemaan omaa kehoaan ja tunnistamaan erilaisia liikkeitä omasta kehostaan. Kun hän hallitsee oman kehonsa ja tietää kehonsa liikkeet, on hänen helpompi myös havainnoida ja tunnistaa avustettavan liikkeitä. Avustajan pitää hallita ja tunnistaa tasapainoinen asento. Tämä vaatii sitä, että ihminen tunnistaa oman kehonsa keskilinjan ja hallitsee sen siten, että hänen painonsa jakautuu tasaisesti keskilinjan molemmille puolille. Tällöin hänen asentoaan tukevien lihasten kuormittuminen on tasaista joka kehon osassa. Kun ihminen tiedostaa ja hallitsee kehonsa keskilinjan on hänen asentonsa tasapainoinen ja mahdollisimman vähän kuormittava. Silloin energiaa voidaan kohdistaa enemmän esimerkiksi yläraajojen toimintaan. Kun ihminen hallitsee kehonsa tasapainon, on hänen helpompi ylläpitää se liikkeen yhteydessä. Liikkeen on oltava tasainen ja hallittu ja ihminen tuntee painovoiman vaikutuksen ja painopisteen siirtymisen omassa kehossaan. Kun avustaja hallitsee kehonsa hyvin hän tunnistaa kehonosiensa erilaiset asennot ja niiden suhteet toisiinsa ja alustaan. Tämä mahdollistaa sen että avustaja pystyy liikkeen aikana säilyttämään oman tasapainonsa ja hallitsemaan kehoaan siten, että potilaan avustaminen tapahtuu vartalon voimia ja painovoimaa apuna käyttäen. (Tamminen-Peter ym. 2007, 28-32).

6.1.3 Motorinen taito

Oman kehon ja sen liikkeiden hallintaa fyysisissä tehtävissä, kutsutaan motoriseksi taidoksi. Jotta motorinen taito on hyvällä tasolla, pitää ihmisen hermoston, aistien ja lihaksiston toimia hyvin yhdessä. Jos motorinen taito on hyvällä tasolla, pystyy työntekijä tekemään tehtävänsä käyttäen vähemmän energiaa. Tehtävän tekeminen onnistuu myös paremmin muuttuvissa olosuhteissa ja yllättävissäkin tilanteissa. Taitoa vaativassa suorituksessa yhdistyvät motoriset toiminnot ja havainnot keskushermostotasolla. (Rantsi 2005, 19). Taitavuus näkyy silloin kun vaadittu liike pystytään suorittamaan yhtä hallitusti, vaikka tilanteessa tai olosuhteissa tapahtuisikin joku yllättävä muutos. Oppimisen ja harjaantumisen kautta ihminen oppii käyttämään kehoaan taloudellisesti työn vaatimissa tehtävissä. Motoriseen taitoon kuuluu siis liikkeenhallintakyvyt ja niihin kuuluvat tasapaino, reaktiokyky, liikenopeus ja koordinaatioky-

ky. Nämä taidot määräytyvät perimän ja ympäristön, sekä liikuntatottumusten perusteella. Taitavaan liikesuoritukseen tarvitaan myös lihasvoimaa –ja kestävyyttä, sekä riittävää nivelten liikkuvuutta ja lihasten notkeutta. Myös suoritusmotivaatio on tärkeä osa suoritusta, sillä ilman sitä motorisia taitoja ei pystytä ottamaan käyttöön suorituksessa. Motoriset taidot, kuten myös esimerkiksi lihaskunto, alkavat heiketä ihmisen ikääntyessä. Liikunnalla ja harjoittelulla voidaan hidastaa motoristen taitojen heikkenemistä. Tärkeimpiä harjoitteita ovat tasapainoharjoitteet, sillä tasapainon heikkeneminen iän mukana on todettu useissa tutkimuksissa. (Punakallio 2001, 96-99)

6.2 Esimerkkejä erilaisista ergonomisista siirtotavoista

Ennen varsinaista siirtoa avustajan pitää suunnitella mitä hän tekee ja tarvittaessa järjestää työtilat turvalliseksi. Avustajan pitää sijoittaa tarvittavat apuvälineet paikoilleen ja tarkistaa, että hänellä itsellään ja potilaalla on oikeanlaiset varusteet, esimerkiksi tukevat kengät. (Kauppi ym. 2010, 103,105). Siirron suunnitteluun kuuluu potilaan voimavarojen huomioiminen. Esimerkiksi potilas siirtyy pyörätuoliin seisomiasennon kautta, jos hän kykenee varaamaan alaraajoihinsa. Potilaan toimintakyky määrittelee millainen avustustapa valitaan ja kuinka paljon avustusta hän tarvitsee. Käsituki, mihin potilas voi tarttua, auttaa häntä käyttämään yläraajojensa voimia ja antaa hänelle turvallisuuden tunnetta. Muidenkin siirtymisessä käytettävien apuvälineiden käyttö täytyy tietysti miettiä ennen siirtoa. Potilaalle täytyy ennen siirtoa antaa tarkat ohjeet, jotta hän tietää mitä tulee tapahtumaan ja miten hänen pitää toimia. (Tamminen-Peter ym. 2010, 17-19, 22). Kaikkia erilaisia siirtotekniikoita suoritettaessa, täytyy hoitajan koko ajan muistaa säilyttää ergonominen työasento.

6.2.1 Siirtyminen vuoteesta istumaan

Yksi tapa siirtyä vuoteesta selinmakuulta istumaan on seuraava. Potilas tarttuu hoitajan ojennettuun käteen ja samanaikaisesti hoitaja auttaa toisella kädellään potilaan jalat vuoteen reunan yli. Hoitaja avustaa kädestä vetämällä sen verran mitä potilas tarvitsee noustakseen istumaan. Potilaan istuessa varmistetaan, että hän pysyy tasapainossa ja katsotaan että hänen jalkansa ovat tukevasti lattiaa vasten. Potilasta voi-

daan ohjata ottamaan jostain kiinni, jotta hän tuntee olonsa tukevaksi. (Tamminen-Peter & Wickström 2002, 63).

Toinen tapa siirtää potilas makuulta istumaan on kylkimakuun kautta. Hoitaja avustaa potilaan jalat vuoteen reunan yli ja auttaa potilasta nousemaan istumaan työntämällä häntä vuoteen puoleisen olkapään ja hartian kohdalla. Hoitajan ote on laaja ja hänen yläraajansa ja potilaan hartian seudun väliin voi asettaa tyynyn, mukavuuden lisäämiseksi. Potilas voi itse työntää käsillään vuoteen reunasta noustessaan istumaan. (Tamminen-Peter & Wickström 2002, 64).

6.2.2 Siirtyminen vuoteesta pyörätuoliin

Jos potilaalla on riittävästi voimia alaraajoissa, voidaan hänet ohjata siirtymään seisoma-asennon kautta. Potilas istuu vuoteen reunalla ja hänen polvensa ovat sopivassa kulmassa jalkateriin nähden (noin 95 astetta) ja hänen jalkansa ovat tukevasti vasten lattiaa. Potilalle on hyvä järjestää tuki, josta hän voi ottaa kiinni, esimerkiksi kaide, kahva, tai vaikka tukeva tuoli. Pyörätuoli on sijoitettu potilaan sivulle aivan vuoteeseen kiinni ja mahdollisimman lähelle potilasta. Potilasta ohjataan kallistamaan ylävartaloaan eteenpäin ja ponnistamaan jaloillaan itsensä seisomaan. Hän voi vetää käsillään edellä mainitusta tuesta. Seisomaan nousu vaiheessa hoitaja voi avustaa otteella potilaan lantiosta toisella kädellään. Toisella kädellä hän voi tukea potilaan jalkaa lattiaa vasten, otteella polven yläpuolelta. Hoitaja on sijoittunut potilaan toiselle sivulle. Kun potilas pääsee seisomaan, hän kääntyy pienin askelin siten, että hänen takapuolensa on kohti pyörätuolia. Lopuksi hän istuu. Hoitaja pysyttelee koko ajan lähellä potilasta ja voi pitää kevyttä otetta potilaan lantion seutuvilla ja auttaa häntä kääntymään ja istuutumaan hallitusti. (Tamminen-Peter ym. 2010, 20-21).

Toinen tapa on matalampi siirto, jolloin lähtöasento on sama kuin edellä ja potilalle on järjestetty myös tuki kuten edellä. Potilasta ohjataan ottamaan kiinni pyörätuolin kauimmaisesta käsinojasta tai pyörätuolin istumatyynystä, kun hän vielä istuu vuoteen reunalla. Vuodetta lähempi pyörätuolin käsinoja on voitu nostaa ylös ja jalkalaudat on voitu siirtää sivuun, jotta mitään ei ole siirtymisen tiellä. Hoitaja on sijoittunut potilaan sivulle tai etuviistoon ja hän tukee potilaan lantiosta toisella kädellään

ja toisella kädellä hän voi tukea potilaan polvesta hänen jalkaansa vasten lattiaa. Potilas ponnistaa sen verran että hänen takapuolensa nousee vuoteesta ja hän kääntää sen pyörätuoliin. Hoitaja voi auttaa vartalon kiertoa lantiosta tai kyljestä, liikettä avustamalla. Hoitajan ote voi olla myös sellainen, että hän ottaa kiinni potilaan lantion molemmin puolin, molemmin käsin. (Tamminen-Peter & Wickström 2002, 65).

Kolmas tapa on samanlainen matala siirto, mutta hoitaja antaa enemmän apua asetumalla istuvan potilaan eteen ja ottamalla kiinni potilaan lapaluiden alta, sijoittamalla kätensä potilaan käsien ja kylkien välistä. Potilas voi ottaa omilla käsillään tukea hoitajan lantion ja kylkien seudulta. Hoitaja koukistaa hieman polviaan ja sitten hoitaja ja potilas ponnistavat yhtä aikaa ja hoitaja kääntää samanaikaisesti potilaan vieressä olevaan tuoliin. (Tamminen-Peter & Wickström 2002, 66). Näitä edellä mainittuja siirtotapoja voidaan käyttää siirryttäessä tuolista toiseen tuoliin tai siirryttäessä wc:hen, periaatteet ovat samat. Näitä tapoja käytettäessä hoitajan on tietysti kiinnitettävä huomiotaan oikeisiin työasentoihin ja tapoihin, joita on edellä käsitelty.

6.2.3 Istuma-asennon korjaamisen avustaminen

Istuma-asentoa potilas voi korjata niin sanotun pakarakävelyn avulla. Tarkoituksena on se, että potilas pääsee istumaan tuolin perälle asti, ryhdikkääseen istuma-asentoon. Hoitaja on sijoittunut potilaan etuviistoon potilaan ollessa jo istumassa. Hoitaja asettaa kätensä potilaan niskan takaa hänen olkapäälleen. Hoitaja kallistaa potilaan ylävartalon painon hänen toisen pakaransa päälle vetämällä kädellään itseensä päin. Toista jalkaa, jonka päällä potilaan paino ei ole, hän työntää toisella kädellään taaksepäin. Sama ote toistetaan toiselta puolelta. Näin potilas saadaan siirtymään tuolissa parempaan istuma-asentoon taaksepäin, käyttäen apuna painon siirtoja. Potilas voi itse korjata asentoaan samalla periaatteella, jos hän siihen pystyy. Samalla tavalla potilasta voidaan siirtää myös eteenpäin tuolissa, mutta vetämällä hänen toista jalkaansa eteenpäin polven takaa, painonsiirron aikana. (Tamminen-Peter & Wickström 2002, 72).

6.3 Uuden taidon oppiminen

Kuten edellä on todettu, ovat potilaan ergonomiseen siirtämiseen tarvittavat taidot motorisia taitoja. Niiden oppimista kutsutaan motoriseksi oppimiseksi. Se tarkoittaa uusien taitojen oppimista ja omaksumista harjoittelun kautta. Oppiminen tapahtuu usean toiston seurauksena ja samojen liikkeiden toistamisella muuttuvissa olosuhteissa. Uuden taidon oppiminen tarkoittaa siis sitä että tekniikka on opittu pysyvästi. Tähän tavoitteeseen päästään vain jatkuvalla harjoittelulla. Suoritusta toistettaessa useita kertoja opitaan liikkeen kaavat ja liikkeestä tulee hallittu. (Rantsi. 2005, 19). Motoriseen oppimiseen vaikuttavat kognitiiviset toiminnot, liiketoiminnot ja havainnot. Harjoittelusta liikkeestä syntyy aivoihin muistijälki, jolloin liike automatisoituu ja sen tekeminen on helpompaa. Keskushermosto ohjaa ihmisen toimintoja ja harjoittelemalla liikettä keskushermoston eri osien yhteistoiminta paranee, jolloin hermoimpulssin johtuminen tulee nopeammaksi. Myös lihakset alkavat toimia paremmin yhteen harjoittelun myötä ja silloin liikkeen suorittaminen ei vaadi niin suurta ponnistelua. (Tamminen-Peter ym. 2007, 37).

Oppija oppii kokemuksen kautta, eli tekemällä ja harjoittelemalla kyseistä tehtävää. Oppiminen voidaan jakaa eri vaiheisiin. Kognitiivisessa vaiheessa analysoidaan sanallisesti taidon tai työn periaatteita oppijan ja opettajan välillä. Seuraava vaihe on kiinnittämisvaihe, jolloin analysoituja periaatteita harjoitellaan käytännössä. Oikeat liikemallit omaksutaan jatkuvalla harjoituksella ja virheasennot karsitaan pois. Tämä vaihe saattaa kestää useita viikkoja tai kuukausia, riippuen suorituksen vaikeustasosta. Sitten seuraa automaatiovaihe jolloin oppija voi lisätä suoritusnopeutta ja tehtävä pystytään suorittamaan vähemmällä keskittymisellä, suorituksen laatua heikentämättä. (Salakari 2007, 15, 25-26). Motoriseen oppimiseen liittyy myös transfer eli siirtovaikutus. Tämä tarkoittaa sitä että opittua taitoa pystytään hyödyntämään muuttuvissa olosuhteissa ja eri tilanteissa, missä se on opittu. Opittujen työtapojen ja muistiin jääneiden toimintamallien avulla opittua taitoa kyetään soveltamaan uudenlaisissa olosuhteissa. Näiden mallien käyttöä ja soveltamista pidetään tärkeimpänä asiana puhuttaessa transferista motorisen oppimisen yhteydessä. (Salakari 2007, 72-73).

6.4 Potilassiirron opettaminen ja ohjausmenetelmät

Kun opetetaan ergonomista potilassiirtoa, täytyy opetettavalle ensin kertoa hieman taustaa ja teoriatietoja, jotta hän ymmärtää miksi asiat tehdään opetettavalla tavalla. Eli oppijan pitää ymmärtää mihin pyritään ja miksi. Keskustellaan mitkä asiat ovat tärkeimpiä huomioida harjoiteltavassa suorituksessa. Seuraavaksi voidaan näyttää esimerkkisuoritus, joka potilassiirtoja harjoiteltaessa voi olla koko siirto. Samalla voidaan tähdentää asioita johon siirron aikana tulee keskittyä. Ohjaaja näyttää virheettömän suorituksen, jota oppija havainnoi. Näin oppijan mieleen syntyy malli, mihin hänen pitää pyrkiä kun hän harjoittelee siirtoa. Sitten hän alkaa harjoittelemaan siirtoa, opettajan valvoessa suoritusta. Jos oppijan siirtoharjoittelu näyttää siltä että joku siirron osa tuottaa oppijalle erityisiä vaikeuksia, voidaan harjoittelu jakaa osasuorituksiin. Tällöin oppija voi harjoitella pelkästään yhtä siirron vaihetta kerrallaan. Uutta taitoa harjoiteltaessa ohjaaja antaa sanallista palautetta oppijan suorituksesta. Tehokkainta on antaa palaute suorituksen jälkeen. Suorituksen aikana annettu palaute saattaa parantaa suoritusta hetkellisesti, mutta ei edistä oppimista harjoituksen jälkeen. Ohjausta ja palautetta vähennetään sitä mukaan kun oppijan taidot kehittyvät. Tämän vaiheen jälkeen järjestetään niin että oppijalla on mahdollisuus jatkaa harjoittelua opetellun mallin mukaan. Oppija itsearvioi omia suorituksiaan ja ennen kaikkea tekee työtä opetellun mallin mukaan. Tämä tarkoittaa juuri sitä että tekemällä opitaan. Motorisia taitoja opetellessa vain riittävä harjoittelun määrä ja toistot takaavat halutun lopputuloksen. (Salakari 2007, 91-94, 114-115).

Tiivistetysti sanottuna opettaminen koostuu visuaalisesta ohjaamisesta, eli esimerkin näyttämisestä ja sanallisesta ohjaamisesta, eli alustuksen ja palautteen antamisesta. Oppijan harjoitellessa siirtotekniikkaa, voidaan antaa myös manuaalista ohjausta. Tämä tarkoittaa sitä että ohjataan käsin oppijaa suorittamaan liike halutulla tavalla. Tarkoituksena on poistaa virheet ja saada tekniikka kohdalleen. Manuaalista ohjausta ei saa antaa liikaa, ettei ohjattava tule riippuvaiseksi ohjaajan avusta. Tarkoituksena on havainnollistaa ja saada ohjattava tuntemaan oikea liikemalli. (Tamminen-Peter ym. 2007, 38-39).

7 PROJEKTIN TOTEUTUS

7.1 Omaishoitajien ergonomia-arvioinneissa käytetyt menetelmät

Omaishoitajan työergonomiaa arvioidaan haastattelun ja havainnoinnin avulla. Tässä työssä haastattelukysymysten tarkoituksena on saada omaishoitaja kertomaan työstään ja siitä, minkä hän kokee fyysisesti kuormittavimmaksi omaishoidossa. Myös mahdolliset tuki – ja liikuntaelinvaivat, joita hänellä saattaa esiintyä on otettava huomioon ergonomiakartoituksessa ja ergonomian ohjauksessa. Haastattelu on tässä työssä havainnoinnin tukena ja sen avulla voidaan keskittyä niihin asioihin, mihin omaishoitaja kaipaa tukea ja ohjausta. Haastattelu suoritetaan omaishoitajaparin kotona ja tällaisessa haastateltaville tutussa ympäristössä haastattelulla on hyvät mahdollisuudet onnistua. Haastattelutyö pyritään pitämään mahdollisimman luonnollisena ja kohteliaana. (Eskola & Vastamäki, 2001, 27-30). Haastattelu toteutetaan parihaastatteluna, jossa haastateltavina ovat omaishoitaja ja hänen hoidettavansa. Tällöin heillä molemmilla on mahdollisuus vaikuttaa tilanteeseen ja tuoda esiin tärkeitä asioita. (Hirsjärvi ym. 2007, 199-207). Haastattelutyölinä käytetään strukturoitua haastattelua. Haastattelulomake (LIITE 1) laaditaan käyttäen pohjana kuormittuminen ja työtyytyväisyyskyselylomaketta (Tamminen-Peter ym. 2010, 69-70), jota muokataan työn tarkoitukseen paremmin sopivaksi.

Havainnoinnin apuna käytetään sovelletusti ”Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmää” (Karhula ym. 2007, 26, 28) (LIITE 2). Jotta ergonomiaa voidaan parantaa, täytyy ensin selvittää, millä osa-alueilla parannusta tarvitaan. Arviointimenetelmä on käytössä omaishoitajan luokse tehtävällä ergonomian arviointi kotikäynnillä. Käytettävässä lomakkeessa on yhdeksän kohtaa, jotka täytetään omaishoitajan työn havainnoinnin perusteella. Havainnoitava tekee työnsä aivan samalla tavalla kuin on tottunut tekemään ja havainnoija tarkkailee ja merkitsee muistiin mitä havainnoi. Havainnoinnin apuna käytetään videointia ja valokuvia, jotta jokainen arviointiva kohta voidaan katsoa huolellisesti läpi myöhemmin. Myös työympäristöä ja tilaratkaisuja havainnoidaan kotikäynnillä ja tiloista otetaan myös valokuvia. (Karhula ym. 2007, 11-12). Tässä työssä tehtävä havainnointi on osallistuvaa havainnointia, sillä havainnoija tekee tutkittavalle selväksi, että on paikalla havainnoimassa. Ha-

vainnoinnin aikana voidaan tutkittaville esittää täydentäviä kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 207-212).

7.2 Kohderyhmä ja projektin sisältö

Suomen Punaisen Ristin kautta tapahtuneen kyselyn ja tiedustelun avulla löytyi kaksi omaishoitajaparia, jotka olivat halukkaita ergonomiakoulutukseen. Molemmat omaishoitajat ovat miehiä. Tässä työssä heistä puhuttaessa käytetään nimitystä pari 1 ja pari 2, koska heidän kanssaan sovittiin että he esiintyvät nimettöminä. Parilla 1 on myös kotiapulainen auttamassa päivittäisissä askareissa. Parin 1 omaishoitaja on eläkkeellä ja parin 2 omaishoitaja on työtä tekevä. Molemmat parit asuvat omakotitalossa. Projektin eteneminen ja tarkoitus selvitettiin omaishoitajapareille puhelimitse, sovittaessa ensimmäisestä kotikäynnistä. Samalla mietittiin yhteisiä tavoitteita ja molemmat parit olivat sitä mieltä, että aina on hyvä, jos löytyy uusia keinoja tai helpompia tapoja avustaa siirtymisissä. Seuraavissa omaishoitajapareja käsittelevissä luvuissa kerrotaan arviointikäynneistä ja niiden tuloksista, eli käydään läpi haastattelusta ja havainnoinnista saatua informaatiota, sekä kerrotaan ohjauksen käynneistä ja niiden sisällöstä.

7.2.1 Pari 1

Omaishoitaja on yli 80-vuotias mies, joka on toiminut omaishoitajana noin 9 vuotta. Parin omakotitaloon on tehty useita muutostöitä. Kynnykset on poistettu ja ulko-oven edessä on leveä luiska. Heillä on muutettu huonejärjestyksiä ja keittiössä on laskettu työtasoja, sekä yläkertaan kulkemiseksi on hankittu tuolihissi. Heillä on myös erilaisia apuvälineitä, joita ovat mm. sähköllä säädettävät wc:n istuin ja sänky, suihkutuoli ja sähköllä säädettävä nojatuoli. Heillä on myös pyörällinen nousuteline, johon kuuluu kääntölevy. Talon seiniin on kiinnitetty tukikahvoja useisiin eri paikkoihin ja wc:ssä on käännettävät tukikaiteet ja sängyssä on nousutuki.

Omaishoitaja kokee omaishoidon fyysisesti raskaaksi (arvio 8, asteikolla 0-10, kun 10 on erittäin raskasta), mutta hän kokee että hänen työkykynsä on edelleen kunnossa (arvio 6, asteikolla 1-10, kun 10 on työkyky parhaimmillaan). Hänellä on ollut vaivo-

ja selän alaosassa ja hän kokee, että vaivat haittaavat työskentelyä silloin kun niitä esiintyy. Omaishoitaja ei ole saanut potilassiirtojen ergonomiaan liittyvää koulutusta. Siirrot joihin omaishoitajapari toivoi ohjausta, olivat siirtyminen pyörätuolista wc:hen, siirtyminen pyörätuolista sänkyyn ja siirtyminen pyörätuolista lepotuoliin.

Potilassiirtoja havainnoitaessa käytettiin videointia apuna, jotta suoritusta voidaan arvioida moneen kertaan eri näkökohdista. Siirtymiset pyörätuolista sänkyyn ja wc:hen sujuivat samalla periaatteella. Omaishoitaja avusti potilasta seisten pyörätuolin takana, samalla kun potilas veti käsillään edessä olevasta tukikahvasta. Omaishoitajan ote oli potilaan takapuolen alta ja kun potilas nousi tuolista, omaishoitaja käänsi potilaan istumaan sänkyyn/wc-istuimelle, kurkottamalla käsillään, seisten edelleen pyörätuolin takana. Nostovaiheessa omaishoitajan selkä oli lähes 90 asteen kulmassa jalkoihin nähden ja hän ei koukistanut polviaan, tai käyttänyt painonsiirtoa apuna. Siirtäessä omaishoitajan jalat olivat vierekkäin, noin hartioiden levyisessä haara-asennossa. Siirtymisessä sängystä kylkimakuulta istumaan sängynreunalle, avustaja koukisti ylävartaloaan eteenpäin ja otti kiinni potilaan sängynpuoleisen hartian alta ja nosti hänet istumaan suoristamalla selkensä. Samalla potilas veti käsillään avustajan niskan takaa. Siirtyessä takaisin sängystä pyörätuoliin avustaja nosti sängyn pyörätuolia ylemmäs ja siirsi potilaan edestäpäin ottaen kiinni potilaan lapaluiden kohdalta, omat käsivarret potilaan käsien ja kylkien välistä sijoittaen. Eli avustaja käänsi potilaan istumaan tuoliin painovoimaa apuna käyttäen. Tällöin avustaja pysyi pystyasennossa koko siirron ajan.

Siirtymiseen pyörätuolista lepotuoliin he käyttivät apuna nousutelinettä. Tässä siirrossa avustaja seiso i potilaan edessä ja potilas veti itsensä seisovaan asentoon, avustajan avustaessa otteella lapaluun kohdalta. Potilaan päästyä seisomaan kääntölevyn päälle avustaja käänsi hänet kohti lepotuolia ja sitten potilas laskeutui istumaan. Avustajan selkä oli jälleen noin 90 asteen kulmassa hänen irroittaessaan pyörätuolin jalkatukia siirtoon valmistauduttaessa. Muuten tämän siirron aikana avustaja pysyi pystyasennossa ja siirto näytti sujuvan hyvin. Kun avustaja korjasi potilaan istuma-asentoa pyörätuolissa, hän tarttui potilasta vyötärön kohdalta, seisten pyörätuoli takana ja nosti potilaan parempaan asentoon.

Arvioidessa omaishoitajan ergonomiaa tultiin siihen tulokseen, että pääongelmana on alaselän kuormitus. Omaishoitajan selkä oli useissa kohdissa kallistunut eteenpäin enemmän kuin 45 astetta, mikä ei ole suositeltavaa (Karhula ym. 2007, 16-17). Hänen selkänsä näytti myös hieman köyristyvän siirron aikana. Siirtämisen takaapäin nostamalla havaittiin olevan riskialttiimpaa kuin edestä, sillä takaapäin siirrettäessä edessä ei ole mitään turvaa, jos potilaan ote tukikahvasta irtoaa. Myös potilasta vuoteesta istumaan siirrettäessä, potilaan ote hoitajan niskan takaa on todettu riskialttiiksi (Tamminen-Peter ym. 2007, 17-18).

Omaishoitajaparin kanssa sovittiin, että ergonomian ohjauskäyntejä tehdään kaksi. Päätaavoitteeksi asetettiin omaishoitajan alaselkään kohdistuvan kuormituksen vähentäminen. Tavoitteena oli myös siirtoturvallisuuden varmistaminen ja siirron sujuvuuden parantaminen. Keinoja näiden tavoitteiden saavuttamiseksi olivat siirtäjän siirtoasennon (ohjataan käyntiasennossa työskenteleminen) ja vartalon painonsiirtojen hyödyntämisen ohjaaminen ja edestä tapahtuvan siirtotekniikan opettaminen. Myös potilaan omien voimavarojen hyödyntäminen oli asia, joka päätettiin ottaa esille ohjausten aikana. Ohjausmenetelminä käytettiin esimerkin näyttämistä, sanallista ohjaamista ja palautteen antamista omaishoitajan siirtosuorituksen jälkeen.

Ensimmäisellä ergonomiaohjauskäynnillä olivat mukana omaishoitajapari ja heidän kotiapulaisensa. Käyntiasento ohjattiin esimerkkiä näyttämällä. Esimerkkisuorituksen lisäksi kerrottiin kuinka nostoon ja siirtoon saa voimaa jaloista, polvia koukistamalla ja ojentamalla. Omaishoitajalle ohjattiin myös kuinka siirtämällä ylävartalon painoa jalalta toiselle, voi saada voimaa siirtämiseen. Harjoituksessa keskityttiin myös havainnollistamaan kuinka alaselkä pysyy suorana työskennellessä. Omaishoitaja ja kotiapulainen harjoittelivat polvien koukistamista käyntiasennossa, pitäen koko ajan selän suorana. Heille näytettiin kuinka potilasta siirretään edestäpäin ja asia perusteltiin siirtoturvallisuuden lisäämisellä. Eli avustaja on koko ajan lähellä potilasta ja sijoittuu aina siten että pystyy tukemaan potilasta, jos potilas lähtee kaatumaan. Omaishoitaja harjoitteli siirtämistä pyörätuolista sänkyyn ja takaisin, siirtämistä pyörätuolista wc:hen ja takaisin, sekä siirtämistä pyörätuolista lepotuoliin. Ohjauskäynnillä tultiin siihen tulokseen, että pyörällistä ja kääntölevyistä seisomatelinettä kannattaa käyttää apuna jokaisessa siirrossa.

Siirrettäessä seisomatelineen avulla potilas pystyi lähes omin voimin nousemaan pystyasentoon, vetämällä käsillä telineestä ja jaloilla ponnistaen. Tällöin omaishoitajan kuormitus näytti vähenevän huomattavasti ja hän pysyi koko siirron ajan hyvässä asennossa. Näin potilassiirto oli turvallisempi (omaishoitaja sijoittui potilaan eteen) ja potilaan omat voimavarat saatiin paremmin hyödynnettyä siirtymisen apuna. Omaishoitajan ote oli oikealla kädellä potilaan hartian takaa ja sen verran vetoapua, että potilas pystyi nousemaan pystyasentoon. Avustajille ohjattiin myös potilaan istuma-asennon korjaamisen pakarakävelyn avulla, hyödyntämällä painonsiirtoja. Ensimmäinen ohjauskäynti sisälsi paljon sanallista ohjausta siirtoturvallisuudesta, omaishoitajan siirtoasennosta ja avustusotteista. Avustusotteista kerrottiin, että otteet tapahtuvat sieltä mistä potilaalla ei tule liikettä riittävästi ja otteiden voimakkuus on vain sen verran mitä potilas tarvitsee. Esimerkiksi edestäpäin siirrettäessä ote on joko potilaan lantion tai lapaluiden kohdalta. Neuvottiin myös pitämään kyynärpäät lähellä vartaloa ja välttämään kurkottelua ja hartioiden jännittämistä siirrettäessä.

Toisella ergonomia ohjauskäynnillä olivat mukana jälleen omaishoitajapari ja kotiapulainen. Tämä käynti oli noin viikon kuluttua ensimmäisestä käynnistä. Aluksi keskusteltiin viime kerran jälkeisestä ajasta ja että miten uudet tekniikat on otettu käyttöön. Kävi ilmi, että he siirtyivät edelleen samalla tavalla kuin ennenkin, eivätkä käyttäneet seisomatelinettä apuna kaikissa siirroissa. Potilaan istuma-asennon korjaamiseksi ohjattua tekniikkaa he olivat käyttäneet.

Ensimmäiseksi käytiin läpi siirtyminen pyörätuolista sänkyyn ja jälleen painotettiin edestäpäin siirtämistä. Sitten ohjattiin esimerkkiä näyttämällä siirtämisen kylkimaakulta istumaan vuoteen reunalle. Potilaalta kysyttiin miten hän itse siirtyisi ja sitten avustettiin häntä, tukemalla hänen omia liikemallejaan ja antamalla avustusta vain sen verran kuin hän tarvitsee. Esimerkkisuorituksessa avustaja käytti oman vartalonsa painonsiirtoa jalalta toiselle, jotta liike sujui mahdollisimman vähin ponnisteluin. Avustusotteet olivat toisella kädellä potilaan vasemman hartian takaa lapaluun kohdalta ja toisella kädellä potilaan oikeasta kädestä. Tämän jälkeen ohjattiin sanallisesti näitä asioista ja sitten omaishoitaja harjoitteli kyseistä suoritusta potilaan kanssa. Palautetta annettiin suorituksen jälkeen. Sanallisella ohjauksella painotettiin potilaan omien voimavarojen ja luonnollisten liikemallien hyödyntämistä ja avustajan vartalon painonsiirron käyttämistä apuna. Viimeisenä siirtona harjoiteltiin siirtymistä pyö-

rätuolista lepotuoliin seisomatinettä apuna käyttäen. Jälleen tämä siirto sujui hyvin ja edelleen kerrottiin, että seisomatinettä kannattaa käyttää apuna muissakin siirroissa. Jälleen kotikäynnillä annettiin paljon sanallista ohjausta avustajan painonsiirtojen käytöstä ja potilaan voimavarojen ja luontaisten liikemallien hyödyntämisestä avustettaessa. Eli neuvottiin että avustusotteiden voimakkuus on vain sen verran mitä potilas tarvitsee onnistuakseen, ei enempää. Toisella kotikäynnillä oli myös paljon ensimmäisellä käynnillä ohjattujen asioiden sanallista kertausta.

7.2.2 Pari 2

Omaishoitaja on alle 60-vuotias mies ja hän on edelleen työssä käyvä. Hän on toiminut omaishoitajana noin 7 vuotta. Omaishoitajaparin omakotitaloon on tehty muutostöinä kynnyksen poisto, keittiön ovet on laajennettu ja kaikki kaapistot on muutettu vetolaatikoiksi keittiössä. Apuvälineinä heillä on mm. tukikahvoja seinissä eri puolilla taloa, sängyssä nousutuki ja wc:ssä käännettävä tukikaide ja suihkutuoli. Talon ulko-oven edessä on pitkä luiska.

Haastattelusta saatiin seuraavia tuloksia. Omaishoitaja kokee omaishoidon jossain määrin raskaaksi (arvio 6, asteikolla 0-10, kun 10 on erittäin raskasta). Työkykynsä hän kokee olevan parhaimmillaan. Niska – ja hartiasseudun vaivoja hänellä on ollut vähän ja selän alaosan vaivoja kohtalaisesti. Näiden vaivojen hän ei koe haittaavan omaishoitoa. Omaishoitajalla on ollut alaraajaan säteileviä selkävaivoja viimeisen vuoden aikana, sillä hänellä on ollut vanhoja issias vaivoja silloin tällöin. Hän on saanut potilassiirtojen ergonomiaan liittyvää koulutusta 2-3 kertaa, aiheina olivat apuvälineet ja siirrot. Koulutuksesta on aikaa noin 7 vuotta. Mies on saanut myös ammattiinsa liittyvää ergonomiakoulutusta. Potilassiirrot joihin omaishoitopari toivoi ohjausta, olivat siirtyminen suihkutuolista wc-istuimelle ja siirtyminen sängystä pyörätuoliin.

Potilassiirrot videoitiin, jotta niitä voi tarkastella moneen kertaan. Molemmat havainnoitavat potilassiirrot sujuivat samalla periaatteella. Potilas pystyi ponnistamaan itsensä seisomaan pyörätuolista, vetämällä samanaikaisesti tukikahvasta tai nousutuesta. Omaishoitaja oli siirroissa mukana siirtämällä pyörätuolia pois tieltä tarpeen

vaatiessa. Hän seiso i pyörätuolin takana siirron aikana. Siirryttäessä pyörätuolista sänkyyn omaishoitaja nosti potilaan jalat vuoteen reunalta vuoteelle. Tällöin omaishoitajan jalat olivat käyntiasennossa ja hän koukisti polviaan kumartuessaan. Siirryttäessä sängystä selinmakuulta istumaan vuoteen reunalle, omaishoitaja nosti potilaan jalat vuoteen reunan yli. Tällöin hän oli käyntiasennossa ja koukisti polviaan laskiesaan potilaan jalat vuoteen reunan yli. Sitten omaishoitaja otti potilaan ristikkäisestä kädestä kiinni ja veti potilaan istumaan. Tällöin hän siirsi vartalonsa painoa jalalta toiselle.

Omaishoitajaparin kanssa sovittiin, että heidän luonaan suoritetaan yksi ohjau skäynti. Tavoitteeksi asetettiin ohjata omaishoitajalle alaselän kuormitusta säästäviä työasentoja. Päätettiin myös keskustella avustajan sijoittumisesta siirron aikana ja ohjata heille matalasiirtotekniikkaa muuttuvan tilanteen varalta. Ergonomiaohjau skäynti sisälsi paljon sanallista ohjausta ja keskustelua. Alaselkään vaikuttavista kuormitustekijöistä ja siirto-otteista annettiin sanallista ohjausta. Käyntiasentoa ja painonsiirtoa ohjattiin esimerkkiä näyttämällä. Keskusteltiin myös avustajan sijoittumisesta siirron aikana, jotta siirto on mahdollisimman turvallinen. Neuvottiin myös matalaa siirtotekniikkaa ja se olikin omaishoitoparille tuttua jo entuudestaan. Omaishoitaja oli saanut ergonomiakoulutusta ammattiinsa liittyen ja selkävaivoja läpi käyneenä hän oli omaksunut ergonomisen työskentelytavan myös omaishoitoon liittyen. Ergonomian ohjau skäynti oli omaishoitajalle lähinnä tuttujen asioiden kertaamista.

7.3 Ergonomiaohjausten arviointi

Jokainen projektissa suoritettu ergonomiao hjaus kesti noin tunnin. Ergonomiaarvioiden jälkeen asetetut tavoitteet pyrittiin toteuttamaan näillä ohjau skäynneillä. Molemmille omaishoitajille kerrottiin mitkä nämä tavoitteet ovat ja miten niihin pyritään. Parille 1 annetussa ohjauksessa painotettiin muutamaa eri pääkohtaa, jotka on edellä mainittu. Sanallista ja ohjausta oli paljon ja samoja asioita toistettiin usein. Erilaisten harjoitusten ohjaaminen jäi kuitenkin suunniteltua vähäisemmäksi. Tavoitteista saavutettiin siirtosujuvuuden parantaminen, sillä seisomatelinettä käyttäen parannus oli näkyvä jokaisessa siirrossa. Kuitenkaan ei ole varmaa, että käytetäänkö sitä tekniikkaa jatkossa neuvotulla tavalla. Muiden tavoitteiden toteutuminen jää vä-

hintäänkin yhtä arvoitukseksi. Alaselän ergonomiaan vaikuttavista tekijöistä annettiin paljon tietoa ja ohjausta sekä esimerkin että harjoitteiden avulla, mutta edelleen ei ole varmaa tietoa, että käyttäkö omaishoitajapari mieluummin tekniikkaa johon he ovat tottuneet. Siirtoturvallisuutta eli edestäpäin siirtämistä ajatellen pätevät samat asiat. Voi olla että totutut työtavat syrjäyttävät uudet tekniikat.

Parin 2 kohdalla tavoitteet toteutuivat. Heillä ergonomia-asiat olivat jo entuudestaan hyvin tiedossa. Parille 2 ohjattiin suunnitellut asiat ja annettiin paljon sanallista ohjausta. Keskustellessa kävi ilmi, että nämä asiat ovat heille tuttuja ja myös aikaisemmin on toimittu niitä käyttäen. He jatkavat samalla tavalla kuin ennenkin, sillä mitään ei ollut syytä muuttaa.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Projektin alku ja eteneminen

Lähtökohtana projektille oli oma mielenkiintoni potilassiirtojen ergonomiaa kohtaan. Fysioterapiaopintojeni aikana olen työskennellyt pyörätuolin käyttäjien kanssa, joten opinnäytetyön kohderyhmän valinta oli siksi helppoa. Omaishoitajien kanssa en ole työskennellyt aikaisemmin, eikä omaishoito ollut minulle muutenkaan tuttu aihe. Työhön liittyvää teoretietoa oli helposti saatavilla, mutta aiheen rajaus ja omien resurssieni tiedostaminen oli aluksi hankalaa. Opinnäytetyön sisällysluettelo on muuttunut moneen kertaan projektin edetessä, mutta asiasisältö on pysynyt suunnilleen sellaisena kuin oli suunniteltu. Suurin osa opinnäytetyöstä on ollut kirjoittamista ja teoretiedon analysoimista. Ergonomiasta ja potilassiirroista minulla oli työharjoitelluista hankkimaani kokemusta, mutta kirjoitustyö on tuonut minulle paljon uutta tietoa ja auttanut minua jäsentelemään jo entuudestaan oppimiani asioita. Yksi tavoitteistani oli hankkia työhön riittävästi teoretietoa, jotta kotikäynnit sujuvat loogisesti ja onnistuneesti. Opinnäytetyössä pyrin käsittelemään kaikki välineet ja asiat mitä käytettiin ja otettiin huomioon kotikäynneillä. Ajattelin että tämä työ voisi mahdollisesti toimia ohjeena ihmisille, jotka suunnittelevat ergonomia-arvioinnin tekemistä ja

ergonomiaohjausta. Kirjoitustyössä olen mielestäni onnistunut kohtalaisesti, tosin välillä tiedon rajaaminen on ollut vähintäänkin haasteellista. Opinnäytetyön tavoitteet olivat alusta saakka melko pelkistetyt ja ne eivät suuremmin muuttuneet missään vaiheessa projektia.

Tutustuminen omaishoittoon ja omaishoitajiin projektin aikana, on ollut erittäin mielenkiintoista ja palkitsevaa. Heidän periksi antamaton asenteensa ja kekseliäisyytensä on auttanut heitä selviytymään muuttuvista arjen tilanteista. Molemmat omaishoitajat, joita tapasin, ovat toimineet omaishoitajina jo useita vuosia, joten he ovat tottuneet omaishoidon tuomiin tehtäviin ja vastuuseen. Kummatkin omaishoitajaparit osallistuivat innokkaasti projektiin. Opin heiltä paljon uusia asioita liittyen arjesta selviytymiseen ja päivittäisten haasteiden voittamiseen, sekä suhtautumisesta elämään.

8.2 Projektin onnistuminen

Mielestäni ergonomia-arvioinnit onnistuivat hyvin, sillä käyttämäni haastattelu – ja havainnointilomakkeet olivat selkeitä. Videointi oli todella suuri apu, sillä siten pystyin arvioimaan potilassiirtojen eri vaiheita moneen kertaan. Ne potilassiirrot joita havainnoin, olivat omaishoitajaparien valitsemia. Haastattelulomake, jota käytin oli mielestäni toimiva ja sen avulla saadut tiedot auttoivat minua jäsentelemään aihetta. Jokaisesta ergonomia-arviosta minun piti poimia muutama pääkohta, johon keskittyä ergonomian ohjauskäynneillä, sillä aika on rajallista. Myös havainnointilomake oli toimiva. Käytin havainnointilomaketta havainnoinnin kohteiden ja ergonomisten ongelmien löytämisen apuna. Ensimmäisellä kerralla kun katsoin potilassiirron, en välttämättä huomannut moniakaan tärkeitä asioita. Kuitenkin kun videolta katsoin suorituksia moneen kertaan, niin aloin huomata tärkeitä asioita ja pystyin myös arvioimaan potilassiirtoa kokonaisuutena paremmin. Havainnoinnin ja haastattelun pohjalta hankitun tiedon analysointi oli mielestäni kohtuullisen helppoa. Opinnäytetyöhöni tehty teoriaosuus auttoi minua hahmottamaan, että mihin asioihin minun tulee kiinnittää huomiota.

Ergonomiaohjaukset olivat haastavia. Tulin siihen tulokseen, että pyrin havainnollistamaan asioita omalla esimerkkisuorituksellani ja käytin myös paljon sanallista ohjausta. Parin 1 kanssa oli paljon asioita, joita kävimme läpi. Pyrin opettamaan edestäpäin siirtämistä esimerkin avulla. Omaishoitaja kokeili kaikkia siirtotapoja, joita ohjasin, mutta en tiedä tuleeko omaishoitajapari käyttämään niitä jatkossa. Sanallisella ohjauksella pyrin kertomaan, että mihin asioihin tulee kiinnittää huomiota ergonomisessa työskentelyssä. Puhuin paljon avustettavan voimavarojen hyödyntämisestä, sillä tässä tapauksessa se oli mielestäni avainasemassa. Myös omaishoitajan vartalon käyttöä yritin ohjata esimerkiksi näyttämällä ja painonsiirtoja havainnollistamalla. Jos asioita on tehty samalla tavalla vuosia, niin uusia tapoja voi kuitenkin olla vaikea omaksua. Siksi yritin perustella ohjaamiani asioita sanallisesti mahdollisimman hyvin. Myös sanallinen ohjaukseni pohjautui opinnäytetyötä tehdessäni hankkimaani teorian tietoon. Minusta tuntuu, että ohjaukseni Parille 1 oli enemmänkin vaihtoehtoisten työtapojen esittelyä, kuin konkreettista harjoittelua. Uuden taidon oppiminen olisi vaatinut enemmän toistoharjoittelua ja uusien työtapojen omaksumista arjen käytännöksi. Mielestäni ohjauksiin valitut siirtotekniikat olivat oikeanlaisia, sillä ne on perusteltu alaan liittyvässä kirjallisuudessa. Näitä tekniikoita käytetään myös yleisesti sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Siirtotekniikat perustuvat avustajan ja avustettavan luonnollisten liikemallien hyödyntämiseen. Tekniikoita olisi kuitenkin pitänyt harjoitella enemmän, sillä vain siten ne voivat muuttua toimiviksi. Aluksi mikä tahansa uusi liikemalli voi tuntua hankalalta, mutta harjoittellessa enemmän saattaa alkaa ymmärtämään uuden tekniikan edut. Pari 1 antoi minulle hyvää palautetta ja he sanoivat kokeneensa ergonomiaohjaukset hyödyllisiksi. He sanoivat, että tietämys erilaisista työtavoista on hyväksi ja aina on hienoa saada erilaisia näkökulmia potilassiirtoihin. Itse arvioisin, että sanallinen ohjaus onnistui hyvin, mutta fyysistä harjoittelua ja toistoja olisi pitänyt olla enemmän.

Parin 2 kohdalla ainoa ohjauksikäynti oli paljolti sanallista ohjausta. Autettava oli niin omatoiminen potilassiirroissa, että omaishoitajan kuormitus siltä osin oli aika vähäinen. Omaishoitaja oli saanut ergonomiaohjausta ja fyysistä työtä tehneenä hän oli omaksunut jo valmiiksi ergonomiset työskentelytavat. Myös alaselkävaivat, joita hänellä oli aikaisemmin esiintynyt työhönsä liittyen, olivat syynä siihen että hän kiinnitti huomiota ergonomiaan. Hän käytti siirtymistä avustaessaan jalkojensa voimia ja vartalonsa painonsiirtoja apuna ja keskustellessa hänen kanssaan huomasin, että hä-

nellä on tietämystä ergonomiasta. Joten Parille 2 minulla ei ollut oikeastaan mitään ohjattavaa. Päätin havainnollistaa matalan potilassiirron, mutta sitäkin he olivat kokeilleet jo aikaisemmin. Keskustelimme siirtoturvallisuudesta ja selkään vaikuttavista kuormitustekijöistä ja ergonomisista työasunnoista. Pari 2 oli tyytyväinen että heillä ergonomiaan liittyvät asiat ovat kunnossa.

Kokonaisuudessaan projektin onnistuminen jäi kysymykseksi. Parille 1 ohjasin vaihtoehtoisia potilassiirtotapoja, mutta en tiedä ottavatko he ne käyttöön arkielämässä. Parilla 2 ergonomiset työtavat olivat kunnossa. Sain kuitenkin hyvää palautetta, joten ainakin siltä osin voin pitää projektia onnistuneena.

8.3 Itsearviointi

Arvioidessani omaa toimintaani, sanoisin että ohjaustaidoissa tarvitsisin lisää taitoa ja kokemusta. Ergonomian arviointi onnistui mielestäni hyvin, sillä minulla oli riittävästi aikaa keskittyä siihen ja hyvät lähteet. Ergonomiaohjaukset puolestaan saattavat sisältää muuttuvia ja joskus yllättäviäkin tilanteita, joten kokemus ja itsevarmuus olivat hyödyllisiä. Mielestäni työn teoriaosuus on riittävä ja se antoi minulle hyvän pohjan käytäntöä ajatellen. Jos saisin tehdä jotain toisin, järjestäisin lisää ergonomiohjauskertoja ja ohjaisin enemmän toistoharjoittelua. Motorinen oppiminen tapahtuu useiden toistojen tuloksena ja vain siten voi omaksua uuden taidon. Nyt taidon oppiminen riippuu paljon omaishoitajaparista itsestään, sillä mielestäni ohjauskertoja ei ollut riittävästi. Projektiin olisi voinut esimerkiksi valita vain yhden omaishoitajaparin ja tehdä heille viisi ergonomian ohjauskäyntiä. Tehdessäni tätä opinnäytetyötä olen oppinut paljon asioita. Olen oppinut omaishoitajuudesta, ergonomiasta ja sen toteuttamistavoista. Oppimistuloksiini olen tyytyväinen.

8.4 Projektin tarpeellisuus

Mielestäni projekti oli tarpeellinen ja tällaiselle työlle olisi kysyntää myös jatkossa. Omaishoitajille pitäisi ohjata potilassiirtojen ergonomiata heti omaishoidon alussa. Täten voitaisiin tehokkaasti ehkäistä kuormittavia työtapoja, eikä pääsisi kehittymään kyseenalaisia liikemalleja. Ergonomisten potilassiirtojen opettelu ja apuvälineiden

käytön ohjaus omaishoidon alkutaipaleella, voisi auttaa omaishoitajan jaksamista huomattavasti tulevaisuudessa. Myöhemmässä vaiheessa korkea ikä ja mahdollisesti heikentynyt fyysinen kunto saattavat haitata uuden taidon oppimista.

Ergonomisten siirtotapojen päivittämistä ja kertaamista pitäisi mielestäni järjestää tasaisin väliajoin, jotta omaishoitajien taidot kehittyvät ja pysyvät yllä koko ajan. Raskaat ja hankalat potilassiirrot vaikeuttavat sairaanhoitajienkin jaksamista, joten sama pätee varmasti myös omaishoitajiin. Siksi olisi ensiarvoisen tärkeää, että myös omaishoitajien ergonomiakoulutukseen keskityttäisiin. Oikeanlainen potilassiirtotekniikka olisi varmasti helpompi oppia heti alussa, kuin vuosien omatoimisuuden jälkeen. Terveystieteiden ammattilaisten pitäisi ehkä ottaa vielä enemmän vastuuta omaishoitajista ja keskittyä enemmän myös heidän jaksamiseensa. Olisin itsekin halukas tekemään tällaista työtä jatkossa. Omaishoitajille järjestetään tukitoimintaa ja erilaisia kursseja. Potilassiirtojen ergonomia voitaisiin ottaa selkeäksi ja järjestetyksi osaksi näitä kursseja.

LÄHTEET

- Eskola, J., Vastamäki, J. 2001. *Teemahaastattelu: opit ja opetukset*. Teoksessa Aaltonen, J., Aarnos, E., Grönfors, M., Eskola, J., Hakala, J., Heikkinen, H., Niikko, A., Ropo, E., Saarela-Kinnunen, M., Siekkinen, K., Syrjälä, L., Valli, R., Vastamäki, J. & Åhlberg, M. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy, 27-30
- Halmesmäki, A-M., Herranen, L., Järnstedt, P., Kauppi, P., Lamminen, M., Malmi, M., Pitkänen, A-M. & Väisänen, M. 2010. *Minäkö omaishoitaja?* Pori. Kirjapaino: Kehitys Oy, 7-11, 26
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. uud. p. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy, 199-207, 207- 212
- Hänninen, O., Koskelo, R., Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. *Ergonomia terveydenhuollossa*. Klaukkala. Recallmed, 11
- Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso T. & Salanko-Vuorela M. 2009. *Omainen hoitajana*. Helsinki. Kirjapaja, 7-12
- Karhula, K., Rönholm, T. & Sjögren, T. 2007. *Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä*. Tampere. Työsuojeluhallinto, 11-12, 14, 26, 28
- Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. 2010. *Hoittoa ja huolenpitoa ammattitaidolla*. Helsinki. Edita Prima, 102-103, 104-105
- Kivilahti, J. 2003. *Sopiva pyörätuoli*. Suomen MS-liiton julkaisusarja nro 24. Loimaan kirjapaino Oy, 6-27
- Kukkonen, R. 1998. *Ergonomia*. Teoksessa Koistinen, J., Airaksinen, O., Grönblad, J., Kangas, J., Kouri, J-P., Kukkonen, R., Leminen, P., Lingren, K-A., Mänttari, T., Paatelma, M., Pohjolainen, T., Siitonen, T., Tapanainen, M., van Wijmen, P. & Vanharanta, H. *Selän rakenne toiminta ja kuntoutus*. Jyväskylä. VK-kustannus Oy, 413
- Kukkonen, R., Ketola, R. 2002. *Ergonomian merkitys niska –ja yläraajavaivoissa*. Teoksessa Taimela, S., Airaksinen, O., Asklöf, T., Heinonen, T., Kauppi, M., Ketola, R., Kouri, J-P., Kukkonen, R., Lehtinen, J., Lingren K-A., Orava, S. & Virtapohja, H. *Niska –ja yläraajavaivojen ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus*. Jyväskylä. VK-kustannus Oy, 276
- Punakallio, A. 2001. *Motorinen taito työssä ja sen arviointi*. Teoksessa Kukkonen, R., Hanhinen, H., Ketola, R., Luopajarvi, T., Noronen, L., Helminen, P. *Työfysioterapia*. Helsinki. Työterveyslaitos, 96-99
- Rantsi, H. 2005. *Potilaan liikkumisen avustus –ja siirtomenetelmien opetus sosiaali – ja terveysalan oppilaitoksissa*. Helsinki. Sosiaali –ja terveysministeriö, 19
- Salakari, H. 2007. *Taitojen opetus*. Saarijärvi. Eduskills consulting, 25-26, 72-73, 91-94, 114-115

Sattilainen, R. 2010. Suomen Punainen Risti. Pori. *Henkilökohtainen tiedonanto 5.11.2010*

Takala, E-P., Lehtelä, J. 2009. *Ergonomia*. Teoksessa Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E (toim.) *Fysiatría*. Helsinki. Duodecim, 41-53

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. *Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen*. Helsinki. Sosiaali –ja terveysministeriö, 17-18, 28-32, 37-39

Tamminen-Peter, L., Moilanen, A. & Fagerström, V. 2010. *Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla*. Tampere. Tammerprint Oy, 5, 7-12, 17-19, 20-21, 23-24, 69-70

Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2002. *Potilassiirrot –taitava avustaja aktivoi ja auttaa*. Helsinki. Työterveyslaitos, 11-15, 22-34, 40-44, 48, 49, 63-66, 72

Troup, D., Lloyd, P., Tarling, C. & Wriht, B. 1988. *Potilaan siirron opas*. Helsinki. Työterveyslaitos, 38-39

Työturvallisuuskeskus. 2004. *Työsuojelulla hyvinvointia ja tulosta*. Edita Prima Oy, 134-135

TYÖN KUORMITUS- ja TYYTYVÄISYYSKYSELY OMAISHOITAJALLE

TAUSTATIEDOT

Nimi

Ikä

Ammatti

Vuodet omaishoitajana

OMAISHOITO

Kuinka kuormittavaa omaishoito on fyysisesti?

0

1 Erittäin kevyttä

2

3 Melko kevyttä

4

5

6 Jossain määrin raskasta

7

8 Raskasta

9

10 Erittäin raskasta

TERVEYS JA TYÖKYKY

Jos työkykysi (omaishoito) on parhaimmillaan saanut 10 pistettä, niin minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Työkyky huono Työkyky parhaimmillaan

Onko sinulla ollut viimeisen vuoden aikana seuraavissa kehonosissa vaivoja?

(Kipuja, särkyjä, tai epämiellyttäviä tuntemuksia.)

Haittaako vaiva työskentelyä?

ei lainkaan vähän kohtalaisesti melko paljon paljon kyllä ei

Niska, hartiat

Olkapäät

Kyynärpäät

Ranteet, kädet

Selän yläosa

Selän alaosa

Lonkat

Polvet

Nilkat, jalkaterät

Onko tiedossa mistä nämä vaivat johtuvat ja minkä vuoksi ne ovat syntyneet? (lääkäri,-fysioterapialausunnot?)

Onko sinulla ollut selästä alaraajaan säteileviä vaivoja viimeisen vuoden aikana?

Oletko saanut omaishoidon ergonomiaan liittyvää koulutusta? (siirtymisten avustaminen, apuvälineiden käyttö ym.)

Minkälaisiin tilanteisiin toivoisit saavasi lisää ohjausta? (liittyen työn fyysiseen kuormitukseen, siirtotilanteet, apuvälineiden käyttö ym.)

POTILASSIIRTOJEN KUORMITTAVUUDEN ARVIOINTILOMAKE		Osittain kunnossa 2/3 tai 1/3 kriteeriä	Muistiinpanoja
Havainnottava siirto: _____ Työpaikka ja työpiste: _____ Työntekijän ammatti: _____ Työntekijän sukupuoli: N M Työntekijän ikä: _____ Arvioitsija: _____ Pvm ____/____/____			
ARVIOINTIOHJE			
<ul style="list-style-type: none"> Havainnoi työntekijän tekemää tyypillistä potilassiirtoa, jossa potilas tarvitsee avustamista. Merkitse kunkin havainnointikohdan alakriteerien jälkeen, onko kyseessä oleva alakriteeri kunnossa (rasti) tai ei kunnossa (viiva). Merkitse rastilla lomakkeen pystysarakkeisiin alakriteerien summan perusteella, onko asia kunnossa (3/3), osittain kunnossa (2/3 tai 1/3) tai ei kunnossa (0/3). 			
HAVAINNOINNIN KOHDE			
1. TYÖTILAN YMPÄRISTÖOLOJEN Lämpötila _____, veto _____, valaistus _____			
2. TYÖTILAN JA TYÖKONKIDEN OMINAISUUDET Riittävästi tilaa _____, säädettävyys _____, lattian ja työkonkien sopivuus _____			
3. POTILASNOSTURIN TARVE JA KÄYTTÖ Nosturi on _____, käytetään/ei tarpeen käyttää _____, käytetään oikein _____			
4. EI-MEKAANISTEN APUVÄLINEIDEN TARVE JA KÄYTTÖ Välineitä on _____, tarkoituksenmukaisia _____, käytetään oikein/ei tarvetta _____			
5. SIIRTOETÄISYYKS JA SIIRTOKORKEUS Ei askelia _____, polvi-kyynärpäätaso _____, ei kurkkotulua _____			
6. YLÄRAAJOJEN JA YLÄVARTALON KUORMITUS Kannattelu _____, kyynärpäät ja hartiat _____, ranteet ja sormet _____			
7. ALASELÄN KUORMITUS Etentaivutus _____, kiertäminen _____, vartalonhallinta _____			
8. ALARAJOJEN KUORMITUS Painonsiirto ja lihasvoima _____ polvi-jalkaterälinjaus _____, ei kyykyssä/polvillaan _____			
9. SIIRTOTAITO JA SIIRRON SUJUVUUS Ohjaus/aktivointi _____, avustusotteet _____, siirtotaito _____			



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
Tiedepuisto 3
28600 PORI

OP07
SOPIMUS
OPINNÄYTETYÖN
TEKEMISESTÄ

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Juho Lehtinen	Opiskelijanumero: 0701034	Aloituserhmä: FY07P
Koulutusohjelma: Fysioterapian ko.		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Hanna Tuominen (hanna.tuominen@samk.fi, puh. nro. 040 5821491)		
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Riitta Sattilainen (Riitta.Sattilainen@redcross.fi, puh.nro. 0408610748)		
Opinnäytetyön nimi: Ergonomiaohjausta omaishoitajille		
Työn etenemisaikataulu: toukokuu 2010 - toukokuu 2011 Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.		
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuhteeseen. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laatuasteesta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyneisyydestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Porin käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyistä mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävistä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>		
Päiväys: 8.11.2010		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys: <i>Riitta Sattilainen</i> Opinnäytetyön tekijä, Riitta Sattilainen SPR Satakunnanpiiri	Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys: <i>Juho Lehtinen</i>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <i>Juho Lehtinen</i>		Juho Lehtinen

Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 26.11.2009