



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Riitta Alanko ja Katja Ketola

IKINÄ-MALLIN IMPLEMENTOINTI JA SEURANTA

Kaatumisten ehkäisymalli Vaasan kaupunginsairaalan osastolla 9

Ylempi AMK-tutkinto
Sosiaali- ja terveysala
2016

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Riitta Alanko ja Katja Ketola
Opinnäytetyön nimi	IKINÄ-mallin implementointi ja seuranta. Kaatumisten ehkäisymalli Vaasan kaupunginsairaalan osastolla 9.
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	135 + 7 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Kehittämistyön aihe muodostui tarpeesta kehittää potilasturvallisuutta Vaasan kaupunginsairaalan osastolla 9, jossa potilaiden kaatumisten määrä on noussut viime vuosina. Tavoitteena oli luoda yhtenäinen toimintamalli kaatumisten ehkäisyyn.

Kehittämistyö toteutettiin hyödyntäen IKINÄ-mallia, joka on Satu Pajalan (2012) iäkkäiden kaatumisten ehkäisymalli, joka pohjautuu tutkittuun tietoon ja hyviin saatuihin tuloksiin. IKINÄ-malli on käytössä muun muassa Lahden SOTE-alueella sekä osassa Helsingin, Turun ja Tampereen ikääntyvien palveluita. Ikääntyvien osuus väestöstä on jatkuvassa kasvussa, laitoshoidon puretaan ja siirrytään kotihoitoon. Tästä syystä tarvitaan uusia näyttöön perustuvia toimintamalleja, joiden avulla toimintakyky voidaan ylläpitää ja vähentää muun muassa kaatumisia ja kaatumisten seurauksia ennalta ehkäisevästi.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen mukaisesti sisältäen valmiin mallin, sen koulutuksen, seurannan ja arvioinnin. Tarkoituksena oli implementoida IKINÄ-malli osaksi toimintaa. Koulutus pohjautui Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen IKINÄ-koulutusohjelmalle. Kahdeksan vapaaehtoista avainhenkilöä toteutti työsääntö IKINÄ-mallia toimintamallina. Mallin kirjaamista varten potilasohjelma Pegasokseen suunniteltiin uusi kirjaamiskohta.

Arviointia varten suunniteltiin kyselylomake, joka sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi seitsemän vapaaehtoista IKINÄ-avainhenkilöä. Tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja sisällön analyysiä hyödyntämällä. Tulosten perusteella malli koettiin tarpeelliseksi ja selkeäksi ja siitä oli saatavissa tietoa. Mallin käytön myötä ennalta ehkäisevän työn osuus lisääntyi jatkotoimenpiteiden suunnittelulla ja potilaan monipuolisemmalla ohjauksella. Vastaajat olisivat toivoneet enemmän aikaa mallin toteutukseen.

Avainsanat	toimintatutkimus, implementointi, kaatumisten ehkäisy, IKINÄ-malli, näyttöön perustuva toiminta
------------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

ABSTRACT

Author	Riitta Alanko and Katja Ketola
Title	Implementing and Monitoring the IKINÄ Indicator. Fall Prevention Model in Unit 9 in Vaasa City Hospital
Year	2016
Language	Finnish
Pages	135 + 7 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The topic of the development task originated from the need to improve patient safety in Unit 9 in Vaasa City Hospital, where the number of falls has risen over the last few years. The target was to create a uniform practice for fall prevention.

The development task was implemented using the IKINÄ indicator, a fall prevention model for the elderly developed by Satu Pajala (2012) and founded on research data and the good results achieved from it. The IKINÄ indicator is used, for example, in the area of health and social services in Lahti and in some services aimed at the elderly in Helsinki, Turku and Tampere. The proportion of ageing members in communities is growing continuously, while residential care is being decreased in favour of home care. This is why it is necessary to employ new evidence-based practices which support the maintenance of elderly people's ability to function and also the preventative reduction of falls and other accidents and their consequences.

This development task was performed as action research and it included a finished indicator model, training for its use, monitoring and assessment. The target was to apply the IKINÄ indicator so that it would become a part of the activities in the hospital unit. The training was based on the IKINÄ training plan of the National Institute for Health and Welfare. Eight voluntary key persons implemented the IKINÄ indicator in their work. In order to keep a record of the indicator, a new entry was designed for the Pegasos patient software programme.

A questionnaire including both structured and open-ended questions was designed for assessment purposes, and seven voluntary IKINÄ key persons responded to it. The results were analysed using the SPSS software and by utilising content analysis. Based on the results, the indicator was considered necessary and clear and the respondents found that there was sufficient information available about it. With the use of the indicator, the proportion of preventative work increased in the form of planning further action and providing more diverse guidance for the patients. The respondents would have wished for more time to implement the indicator.

Keywords	Action research, implementation, fall prevention, IKINÄ indicator, Evidence-based practice
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	9
2	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	11
	2.1 Toimintatutkimus.....	13
	2.2 Implementointi.....	19
3	KAATUMISTEN EHKÄISY.....	23
	3.1 Kuntouttava työote.....	35
	3.2 Toimintakyvyn ylläpitäminen.....	39
	3.3 KAAOS-klinikat.....	42
4	IKINÄ-MALLI.....	45
	4.1 Arvioinnit ja mittarit.....	47
	4.1.1 Audit-C.....	48
	4.1.2 MMSE.....	48
	4.1.3 GDS-15.....	49
	4.1.4 SPPB.....	49
	4.1.5 TUG.....	50
	4.1.6 ABC-asteikko.....	50
	4.1.7 MNA.....	51
	4.1.8 NRS.....	52
	4.2 IKINÄ-mallin käyttö Suomessa.....	52
5	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA.....	56
6	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	61
	6.1 Kehittämistyön kohderyhmä.....	61
	6.2 Kehittämistyön vaiheet.....	63
	6.2.1 Henkilöstön perehdyttäminen malliin.....	63
	6.2.2 IKINÄ-mallin kirjaaminen potilasohjelmaan.....	64
	6.2.3 Henkilöstön koulutus.....	65
	6.2.4 Lähtökartoitus osastolla 9.....	68
	6.2.5 Seuranta osastolla 9.....	70

6.2.6	Vaara- ja haattatapahtumien -seuranta.....	73
6.2.7	Henkilöstön kysely.....	74
6.3	Tutkimusaineiston analysointi.....	77
6.3.1	Tutkimusaineiston määrällinen analysointi.....	79
6.3.2	Tutkimusaineiston laadullinen analysointi.....	80
7	TULOKSET.....	82
7.1	Lähtökartoituksen arviointi.....	82
7.2	Vahinko- ja haattatapaussilmoitukset.....	84
7.3	Kyselyn tulokset.....	85
7.3.1	Kokemukset, hyödyt ja muutos.....	85
7.3.2	Avoimien kysymysten tulokset.....	91
8	POHDINTA.....	94
8.1	Kehittämistyön tulosten ja toteuttamisen analysointi.....	94
8.2	Eettisyys.....	109
8.3	Luotettavuus.....	111
8.4	Kehittämistyön hyödyt.....	115
8.5	Jatkotutkimusaiheet.....	118
	LÄHTEET.....	121
	LIITTEET	

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1.	Toimintatutkimuksen vaiheet kaupungin sairaalan osastolla 9	s.17
Kuvio 2.	Työntekijän rooli kehittämistyössä	s.18
Kuvio 3.	Kaatumisten pelko	s.27
Kuvio 4.	Kaatumisten riskitekijät	s.30
Kuvio 5.	IKINÄ-toimintamalli kaaviona	s.46
Kuvio 6.	IKINÄ -toimintamallin vaiheet	s.61
Kuvio 7.	Kehittämistyön toteutuksen kulku osastolla 9	s.63
Kuvio 8.	Uuden toimintamallin tarve	s.87
Kuvio 9.	Vaikuttaminen IKINÄ-mallin käyttöön	s.88

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1.	Kehittämistyön eri vaiheet	s.13
Taulukko 2.	HaiPro-ilmoitukset osastolla 9	s.84
Taulukko 3.	IKINÄ-malli hoitotyössäni	s.85
Taulukko 4.	IKINÄ-mallin toteuttaminen hoitotyössä	s.86
Taulukko 5.	Tieto IKINÄ-mallista ja mittarit	s.86
Taulukko 6.	Toimintamallin tuomat hyödyt	s.87
Taulukko 7.	Toimintamuutos	s.89
Taulukko 8.	Jatkotoimenpiteet	s.89
Taulukko 9.	Mallin kiinnostus ja vastaanotto	s.90
Taulukko 10.	Muutosvastarinta	s.90

LIITELUETTELO

LIITE 1. Lyhyt kaatumisvaaran arviointi

LIITE 2. Kaatumisvaaran arviointi

LIITE 3. Tiedote Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yksiköille

LIITE 4. Saatekirje

LIITE 5. Kyselylomake

LIITE 6. Kehittämistyön aikataulu

LIITE 7. Sisällön analyysi

1 JOHDANTO

Kehittämistyön tarkoituksena oli ensisijaisesti vähentää kaatumisia, lisätä henkilökunnan tietoa kaatumisista ja lisätä ehkäisevää hoitotyötä. Kaatumiset ovat ikääntyneiden suurin syy sairaalahoitoon ja taloudellisesti kuormittavaa. Vuosittain tapahtuu noin 7500 lonkkamurtumatapausta yli 65-vuotiailla. Yksi lonkkamurtumanhoito maksaa noin 19 000 euroa vuoden ajalta ilman komplikaatioita. Moniammatillisen ehkäisytyön toteuttaminen vaatii hyvää suunnittelua ja sitoutumista ehkäisytyön tekemiseen. Kehittämistyön tavoitteena oli lisätä henkilökunnan tietoa ja kiinnostusta ehkäisevää työtä kohtaan. Näin ollen henkilökunta pystyisi suunnittelemaan omaa toimintamalliaan ja kehittämään sitä osaston tarpeiden myötä. (THL 2015; L 980/2012; Pajala 2012.)

Kehittämistyön tavoitteena oli ”*luoda uusia tai entistä parempia palveluita, tuotantovälineitä tai –menetelmiä*” yhdistämällä tutkimus ja kehittäminen (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008). Uusia toimintamalleja tarvitaan laitoshoidon vähentyessä ja koti- ja palveluasumisen lisääntyessä. Ikääntyneen väestön osuus kasvaa ja taloudelliset resurssit vähenevät. Tarvitaan uusia tapoja ja malleja tehdä laadukasta ja yksilöllisiin tarpeisiin vastaavaa hoitotyötä. Ennalta ehkäisevän ja kuntouttavan työtoiminnan painoarvo lisääntyy. Kehittämistyön aihe oli ajankohtainen tiedeelliseltä, käytännölliseltä ja yhteiskunnalliselta kannalta. (L 980/2012; THL 2015; Pajala 2012, 2015.)

Kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen syntyi Näyttöön perustuvan työn -kurssilla, joka kuuluu ylemmän ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaan. Siinä tehtävänä oli tehdä implementointimalli. Vaasan kaupunginsairaalan osasto 9 oli tilannut Ikääntyneiden kaatumisten ehkäisy -mallin implementoinnin osastolle. Osasto halusi yhtenäisen toimintamallin sekä vähentää potilaiden kaatumisia. Osastolla oli raportoitu paljon vaara- ja haittatapahtumailmoituksia koskien kaatumisia ja tähän haluttiin muutosta.

Aluksi osastolle tehtiin implementointimalli kaatumisten ehkäisytyön helpottamiseksi. Tarkoituksena oli kaatumisten väheneminen osastolla sekä jatkohoitopai-

koissa. Tämä tarkoittaa myös, että vaara- ja hättätapahtumailmoituksia olisi jatkossa vähemmän kaatumisten vähentyessä.

Implementointimalli rakentui Satu Pajalan 2012 tekemään IKINÄ-malliin ja sen pohjalta tehtiin lyhyen ja laajaan kaatumisen arviointimalliin. Implementointimallia tehtiin yhdessä osastonhoitajan kanssa. Osaston henkilökunnan koulutus perustui THL:n kaatumisten ehkäisy -koulutukseen, mikä on löydettävissä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen internet-sivuilta. Mallin käyttöönoton myötä osastolle tulisi yhtenäinen toimintamalli, jota voi muokata jatkuvasti tarkoituksenmukaisemmaksi. Mallia ja sen kirjaamista varten suunniteltiin uusi kirjaamismalli. Kirjaamismalli suunniteltiin yhdessä Pegasos-käyttäjärjestelmän suunnittelijan kanssa potilaskäyttäjärjestelmään ja se on avoin kaikille käyttäjille.

Tässä kehittämistyössä seurattiin osasto 9 vaara- ja hättätapahtumailmoituksia; ovatko ne vähentyneet implementointimallin käyttöönoton jälkeen. Samalla tehtiin avainhenkilöille kysely kuuden kuukauden kuluttua mallin käyttöönotosta ajatuksena, että ovatko avainhenkilöt sisäistäneet implementointimallin osaksi omaa työtään. Toimintatutkimuksen tapaan tämä kehittämistyö sisälsi implementointimallin ja sen koulutuksen sekä seurannan kuuden kuukauden kuluttua mallin käyttöönotosta.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoituksena oli vähentää iäkkäiden kaatumisia osastolla ja jatkoitopaikassa. Aluksi henkilökuntaa koulutettiin ymmärtämään, mikä IKINÄ-malli on, mikä sen tarkoitus on ja kuinka se toimii käytännössä. Koulutuksella lisätään henkilökunnan tietoa kaatumisista, niihin liittyvistä taustatekijöistä sekä ehkäisytaavoista. Tavoitteena oli saada osasto 9:lle toimiva ja yhtenäinen toimintamalli kaatumisten ehkäisemiseksi sekä arvioinnin kirjaamiseksi. Osastoa koulutettiin ehkäisymallista ja tämän tiedon pohjalta he pystyivät muokkaamaan mallia oman osaston tarpeiden mukaiseksi. IKINÄ-malli oli tarkoitus implementoida osaksi osaston toimintaa. Vapaaehtoiset avainhenkilöt toteuttivat mallia ja myöhemmin kouluttavat mallin toteuttamista muulle henkilökunnalle. (Liite 1, 2)

Tavoitteena oli vähentää kaatumisista tehtävien ilmoitusten määrää pitkällä aikavälillä. HAITTA- ja vaaratapahtumailmoituksia verrattiin ennen IKINÄ-mallin käyttöönottoa ja kuusi kuukautta käyttöönoton jälkeen. Kehittämistyössä kohteena olivat avainhenkilöt. Tavoitteena oli, että avainhenkilöt sisäistäisivät mallin ja osaisivat toimia sen mukaisesti. Kehittämistyössä tutkittiin heidän kokemuksiaan ja tietojään mallista ja sen käytöstä. (THL 2015; Pajala 2012, 2015; L 980/2012; L 785/1992.)

Kaatumisten ehkäisytyö sisällytetään arkipäivän perushoitoon. Ehkäisytyöhön ei ole varattu erillisiä resursseja. Tavoitteena oli saada kaatumisten arviointi osaksi päivittäistä toimintaa (arviointilomakkeet ovat liitteissä 1-2 ja muu ohjeistus löytyy www.thl.fi) ja siitä saadut tulokset ja tehtävät toimenpiteet kuten apuvälineiden hankinta olivat tarkoitettu helpottamaan ja auttamaan henkilökuntaa työssään. Kaatumisten ehkäisyn toimintasuunnitelma löytyy terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilta. (THL 2015; Pajala 2015.)

Tässä kehittämistyössä oli tarkoitus toimia toimintatutkimuksen periaatteita noudattaen eli antaa henkilökunnalle tutkittu ja hyviä tuloksia tuottanut toimintamalli käyttöön, kouluttaa henkilökuntaa ymmärtämään malli ja sen tarkoitus sekä tutkia mallin käyttöönottoa. Kehittämistyön tutkintaote oli toimintatutkimuksellinen. (Engeström 1995; Pajala 2012; L 980/2012.)

Mallin käyttöönottoa seurattiin osastotunnilla, jossa henkilökunta teki suunnitellut mallin käyttöönotosta. Seuranta sisälsi lähtökartoituksen, missä selvitettiin osaston fyysisiä käyttövalmiuksia kaatumisten ehkäisyydelle. Lähtökartoitus tehtiin ennen mallin käyttöönottoa syksyllä 2015. IKINÄ-mallista tiedotettiin Vaasan sosiaali- ja terveystieteiden osaston kautta kaikkia terveydenhuollon yksiköitä (Liite 3). Tutkimuslupa haettiin koti- ja laitoshoidon johtajalta. Työ- ja toimintatutkimukselle ominainen henkilöstökysely avainhenkilöille tehtiin 6 kuukautta mallin käyttöönoton jälkeen. (Pajala 2015; Liite 4, 5.)

Tässä kehittämistyössä kyselyn otanta oli tarkoituksenmukainen eli valikoiva otos. Tämä tarkoittaa, että niin sanotuiksi tiedonantajiksi valitaan sellaiset, jotka tietävät asiasta paljon tai heillä on siitä kokemusta. Tässä tutkimuksessa kysely tehtiin avainhenkilöille, joilla oli tietoa ja kokemusta käytettävästä toimintamallista. Tutkimusaineisto voidaan jakaa primaari- tai sekundaariaineistoksi. Tämän kehittämistyön aineisto oli primaariaineistoksi luettavissa, koska tulokset hyödyntävät tämän tutkimuksen kohdetta eikä aineistoja voida sekundaariaineistojen tapaan sellaisinaan käyttää muissa tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85-93.)

Tässä kehittämistyönä mittausväline oli kysely. Kyselylomake on yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Kyselyssä aihealueina olivat: IKINÄ-mallista saadut kokemukset, sen hyödyt ja IKINÄ-mallin tuomat muutokset (Pajala 2015). Kysely tehtiin toukokuussa 2016. Kehittämistyön aikataulu löytyy liitteestä 6. Kehittämistyön eri vaiheet näkyvät taulukossa 1.

Taulukko 1. Kehittämistyön eri vaiheet.

Teoriaan perehtyminen
IKINÄ-mallin perehdytys henkilökunnalle
Osallistuminen IKINÄ-avainhenkilöiden koulutukseen
IKINÄ-mallin koulutus x3
Fyysisten tilojen lähtöseuranta
Pegasos-kirjaamisen suunnittelu
Avainhenkilöiden nimeäminen
Tiedoksianto IKINÄ-mallista
IKINÄ-mallin käyttöönotto osastolla 9
2 x suunnittelupalaveria osastolla 9
Osallistuminen valtakunnalliseen IKINÄ-päivään
Kysely IKINÄ-mallin avainhenkilöille
Kehittämistyön toteutuksen ja tulosten analysointivaihe

2.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimuksen historia alkoi 1930- ja 1940-luvuilla. Keskeisimpänä suuntauksen alulle saattajana pidetään Kurt Lewiniä (1890–1947), joka on nostettu Sigmund Freudin rinnalle toiseksi historialliseksi psykologian merkkihahmoksi. Lewin otti käyttöön käsitteen action research. Kuitenkin varhaisia esimerkkejä toimintatutkimuksesta löytyy jo 1800-luvulta, kun Talbot Marion tutki mahdollisuuksia kehittää ja hyödyntää naisten matemaattisia kykyjä. Toimintatutkimuksella on monia eri oppisuuntia. Näitä ovat kriittinen toimintatutkimus, toiminnan tiede, osallistava toimintatutkimus, sosiaalis-ekologinen toimintatutkimus ja kommunikatiivinen toimintatutkimus. Kaikkia oppisuuntia yhdistää käytäntöön suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistaminen tutkimusprojektiin. Oppisuunnat eroavat soveltavilta teorioilta, tutkimuksen kohteilta ja kysymysten asettelulta. (Kuula 1999, 26–32.) Lewinin ajatteluna oli: ” *tutkimus, joka ei tuota kuin kirjoja, ei riitä*” (Lewin 1946, 34). Toimintatutkimusta pidetään käytännönläheisenä ja tutkimuksena, joka tavoittaa tavallisia ihmisiä ja heidän arkeaan, mutta ei ole arkista toimintaa vaan siihen uutta mallia tarjoavaa. (Kuula 1999, 26–32.) Tässä kehittämissä näkyi tämä ajattelutapa eli arkista toimintaa kehitettiin tuomalla IKINÄ-mallia uutena toimintamallina ja tapana ajatella (Pajala 2015).

Kehittävä työntutkimus ja toimintatutkimus sisältävät tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen. Niiden tarkoitus ei ole antaa valmiita ohjeita tai ratkaisuja vaan välineitä ja uusia malleja. Näitä työyhteisön tarkoitus on muokata osaksi omaa toimintaa ja helpottaa näin omaa työtään. (Engeström 1995, 12.) Osasto 9 henkilökunta muokkasi IKINÄ-mallia heidän omiin käyttötarkoituksiinsa ja tapoihinsa sopiviksi eli malli ei sinällään tarjoa valmista tapaa toimia vaan valmiita kehyksiä toimintaan (Pajala 2012). Tässä kehittämistyössä käytettiin termiä toimintatutkimus.

Toimintatutkimus on syntynyt pitkälti tarpeesta asettaa toimiva ja ajatteleva työntekijä kehittämisen keskipisteeksi. Tämä tarkoittaa, että suorituksen/työtehtävän taustalla on korkealaatuinen ja hyviä tuloksia tutkitusti saanut malli, jonka työntekijä sisäistää ja sen avulla helpottaa omaa toimintaa työssä. Mallin tiedostamisen ja käyttämisen tarkoituksena on kohottaa työsuorituksen laatua, vähentää virheitä ja lieventää suorituksen kuormittavuutta. (Engeström 1995, 36.) Osasto 9:llä hoitajat olivat kehittämistyön keskipisteenä muokaten omaa toimintaa ja toimintamallia valmista ja hyviä tuloksia tuottavaa IKINÄ-mallia hyödyntäen. IKINÄ-malli on tutkittu ja pilotoitu Suomessa ja sen käytöstä on saatu hyviä tuloksia. (Pajala 2015.)

Toimintatutkimus ei ole tarkkaan määritelty tutkimusmenetelmä, vaan sitä pidetään enemmänkin tutkimusstrategiana tai lähestymistapana (Kuusela 2005,16). Asikaisen mukaan tällä tarkoitetaan sitä, että toimintatutkimusta voidaan tehdä kvalitatiivisista, kvantitatiivisista tai molemmista lähtökohdista käsin ja aineiston analysointimenetelmät ovat erilaisia sen mukaan, mikä on tutkimuksen tarkoitus, mitkä ovat tutkintakysymykset ja millainen on aineiston laatu (Asikainen 1999, 45). Tässä kehittämistyössä toimintatutkimus on lähestymistapana ja tutkintatapana IKINÄ-mallin implementoinnissa ja seurannassa. Tutkimusta tehtiin sekä kvantitatiivisistä, että kvalitatiivisistä lähtökohdista.

Stringerin (1996, 15) mukaan *"toimintatutkimus on lähestymistapa, joka perustuu ihmisten yhteistoimintaan ongelmien ratkaisemisessa. Se tarjoaa mukana olijoille välineitä ratkaista toiminnassa ilmenneitä ongelmia systemaattisesti. Se suosii*

osallistavia menettelytapoja, jotka antavat osallistujille mahdollisuuden tutkia järjestelmällisesti ongelmia ja tutkimusaiheita, jotka ovat osallistujien itsensä kannalta merkittäviä ja kehittää suunnitelmia käsillä olevien ongelmien käsittelemiseksi". IKINÄ-mallin muokkaaminen ja kehittäminen vastaamaan osasto 9:n omia tarpeita oli yhteistoimintaa, joka osallisti koko henkilökuntaa yhdessä muokkaamaan ja kehittämään omaa toimintaa ja näin poistamaan, käsittelemään ja vähentämään ongelmia (Stringer 1996; Pajala 2012, 2015).

Toimintatutkimus on käsite, joka kuvaa kokonaista kirjoa eri toimintatapoja, joiden avulla tutkitaan, suunnitellaan ja kehitetään toimintaa, opitaan siitä ja muodostetaan siitä teorioita. Se on jatkuva ja keskeytymätön oppimisen ja tutkimisen prosessi, jossa tutkija tekee pitkään työtä saman ongelma-alueen ja toimintatilan kanssa. (Cunningham 1993, 4.) Kaatumisten ehkäisy ja sen eteen tehtävä työ on jatkuvaa ja muokkaantuu uudelleen tässä tapauksessa osaston tarpeiden mukaan. Hoitoala tarvitsee toimintamalleja, mitä voidaan kehittää jatkuvasti ja mitkä joustavat tarpeiden mukaan. (Pajala 2015).

Metsämuurosen (2001) mukaan toimintatutkimuksella tarkoitetaan reaali maailmassa tehtävää pienimuotoista interventiota ja sen vaikutusten lähempää tutkimista. Se on tilanteeseen sidottua, yhteistyötä vaativaa, osallistavaa ja itseään tarkkailevaa. Siihen osallistuu yleensä koko työyhteisö ja sen tavoitteena on muutosprosessin aikaansaaminen. (Metsämuuronen 2001, 29–30.) Osastolla tehtävä toimintamallin muokkaaminen oli koko työyhteisön yhteinen tehtävä, mikä tarvitsi jokaisen työjäsenen panoksen (Pajala 2012).

Heikkisen, Rovion ja Syrjälän (2007) mukaan toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Siinä tutkitaan ihmisen toimintaa, ei esimerkiksi hengityskoneen toimintaa. Järkiperäisyyttä ja tavoitteellisuutta pidetään ihmisen lajityypillisinä piirteinä. Toimintatutkimuksessa kehitetään käytäntöjä entistä paremmaksi järkeä käyttämällä. Toimintatutkimus kohdistuu sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toi-

mintatapoja. Pienimuotoisimmillaan voidaan sanoa, että toimintatutkimus on oman työn kehittämistä. (Heikkinen ym. 2007, 16–18).

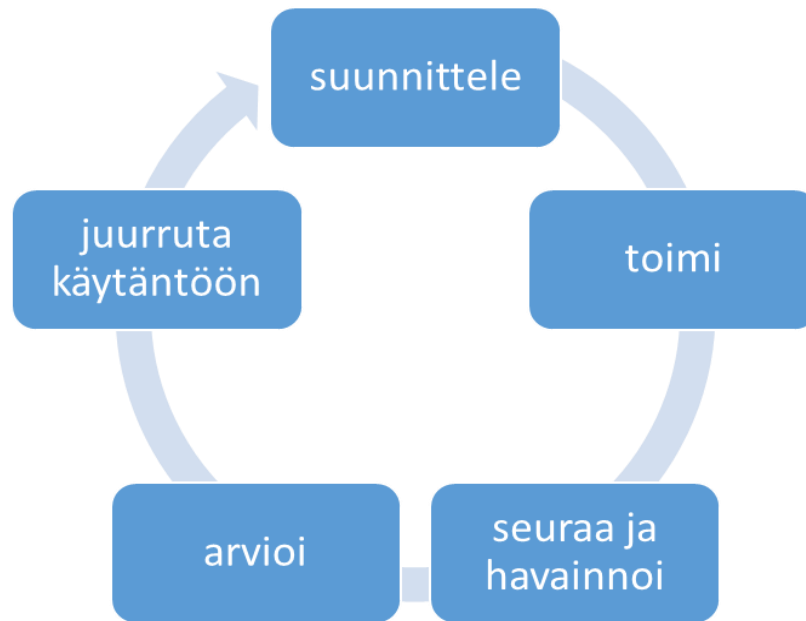
Toimintatutkimuksellisuus näkyi tämän kehittämistyön tiimoilta toiminnan muuttamisessa, toiminnan kehittämisessä ja erilaisten toimintatapojen kokeilussa. Hoitoalalle valmiin ja suunnitellun työtavan sisäistäminen ei onnistu, koska työ on käytännönläheistä ja sosiaalista kanssakäymistä. Työympäristössä toimivat luonteeltaan, arvoiltaan ja elämäkokemuksiltaan erilaiset yksilöt hoitohenkilökunnassa, potilaina ja omaisina. Tarvitaan yksilöllistä tutkimustapaa, mikä tutkii ja kehittää toimintaa. (Pajala 2015.)

Kemmis ja Wilkinson (1998) kuvaavat toimintatutkimusta lausumalla: ” *todellisuutta muutetaan, jotta sitä voitaisiin tutkia ja todellisuutta tutkitaan, jotta sitä voitaisiin muuttaa*”. Toimintatutkimus pyrkii kehittämään kohteena olevaa organisaatiota, yksikköä tai osastoa vaikuttamalla sen toimintatapoihin. (Kemmis & Wilkinson 1998).

Toimintatutkimuksessa pyritään toiminnan kehittämiseen reflektiivisen ajattelun avulla. Reflektointi on totuttujen toiminta- ja ajattelutapojen perusteiden pohdintaa. Kun esimerkiksi osaston kaatumiseen johtavia syitä tarkastellaan uudessa valossa, voidaan omaksua tuore tapa ajatella, keskustella ja kehittää toimintaa. Toimintatutkimus mielletään itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Tämä ajatus on peräisin Kurt Lewinilta, jota monet tutkijat ovat kehittäneet. Toimintatutkimuksen sykli alkaa, kun tutkija suunnittelee ja toteuttaa uuden toimintatavan. Toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön aikana ja sen päätyttyä, ja kokemusten pohjalta suunnitellaan entistä parempi uusi toimintatapa. Toimintatutkimus on prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen. (Heikkinen ym. 2007.)

Ensimmäiseksi luodaan toimintamalli ja tämä malli tässä kehittämistyössä oli Satu Pajalan IKINÄ-malli. Seuraavana vaiheena suoritetaan toimenpiteitä eli muodostetaan uusia toimintatapoja. Otetaan käyttöön IKINÄ-mallin arviointimenetelmät ja jatkotoimenpideohjeet. Kolmantena vaiheena pidetään uusien toimintatapojen seuraamista ja havainnointia. Kehittämistyö ja seuranta tapahtuvat pitkälti kentäl-

lä. Neljäntenä vaiheena arvioidaan mallia ja toimintatapoja. Viidentenä vaiheena on saada kehittynyt toimintamalli juurtumaan osaksi arkipäivää. Muutoksen tehtävä on siis saada uusia näkökulmia ja ajattelutapoja ja näiden kautta uusia toimintamalleja. Muutoksen tehtävä on ”vanhojen” tapojen arviointi ja kehittäminen. (Heikkinen ym. 2007; Pajala 2012, 2015.) Kuviossa 1 on toimintatutkimuksen vaiheet.



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen vaiheet kaupungin sairaalan osastolla 9. (kuvio on piirretty vaiheiden mukaisesti)

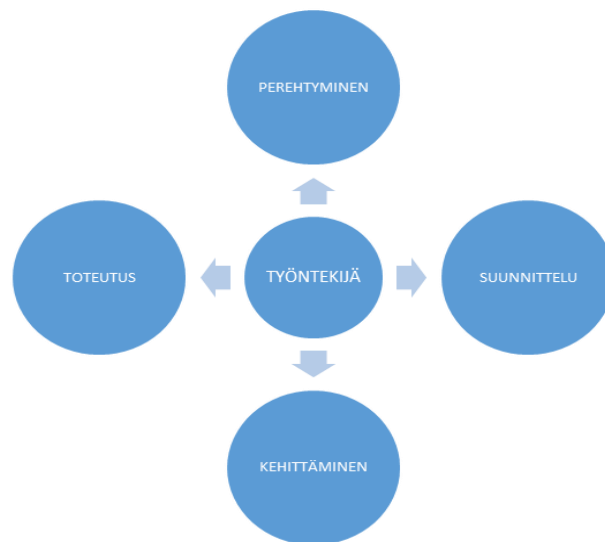
Muutokselle määritellään toimintatutkimuksen tavoin arviointikriteerit, mittausmenetelmät ja palautteen saamismuodot. Aikataulu seurannalle määritellään ja seuranta tehtäessä muutosta kehitetään jatkuvasti kentällä kohti parempia tuloksia ja uudenlaista toimintatapaa. Muutosta tutkitaan ja toteutetaan rinnakkain. (Anttila 2006, 45.)

Toimintatutkimukselle tunnusomaiset perusvaiheet ovat ongelmien diagnosointi, tavoitteiden asettaminen kehittämistoiminnalle, toimintasuunnitelman tekeminen, toteuttaminen ja toiminnan arvioiminen. Tässä kehittämistyössä oli tullut esiin samanlaiset perusvaiheet. Ongelma oli tiedossa ja se oli suuri kaatumisten määrä. Tavoite asetettiin: kaatumisten väheneminen ja yhtenäisen toimintamallin muo-

dostaminen tätä edesauttamaan. Toimintasuunnitelmana oli IKINÄ-malli. IKINÄ-mallin teko sinänsä sisälsi arviointia, kuinka kaatumisia vähennetään. Kehittämistyö arvioi IKINÄ-mallin avulla tapahtuvia tuloksia. (Sagor 2000, 73–77; Pajala 2012, 2015.)

Työpaikalla on monia eri taustoja, intressejä ja näkökulmia edustavia työntekijöitä. Toimintatutkimuksessa tätä nimitetään moniäänisyydeksi. Moniäänisyys ei rajoitu ajatteluun. Se näkyy työsuorituksissa eli tavoissa tehdä työtä. Moniäänisyyttä tutkitaan kyselyillä ja haastatteluilla. (Engeström 1995, 69–72.) Tässä kehittämistehtävässä tätä tutkittiin kokemuksi arvioimalla.

Työntekijä oli tässä tutkimuksessa keskipisteessä kuten yleensä toimintatutkimuksessa (kuvio 2). Tutkimuksessa työntekijät/henkilökunta tutustui ja perehtyi ensin valmiiseen malliin ja alkoi sisäistämään tätä osaksi omaa toimintaa parhaalla mahdollisella tavalla. Toimintaa kehitettiin teorian pohjalta osastolle sopivaksi. Toiminnan kehittäminen ja muokkaaminen ovat jatkuvia. (Metsämuuronen 2001; Heikkinen ym. 2007; Pajala 2015.)



Kuvio 2. Työntekijän rooli kehittämistehtävässä.

Tämä tutkimus oli otteeltaan sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009) mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää myös kvalitatiivisia lähestymistapoja. Ajatuksena on, että molemmat täy-

dentävät toisiaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään havainnollistamaan asioita tilastojen avulla. (Hirsjärvi ym. 2009, 132–133.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli sekä kartoittaa, että kuvailla tutkittavaa ryhmää. Kyselyn avulla saatiin tietoa siitä, miten avainhenkilöt ovat kokeneet IKINÄ-mallin käyttöönoton. (Hirsjärvi ym. 2009, 134–135.) Tutkimuksen tieteenfilosofisena lähestymistapa on fenomenologinen. Siinä johtoajatuksena on kuvata tutkittavien kokemuksia. Kokemus-tieto on tärkeää, koska sen kautta voidaan selvittää, mikä potilashoidossa on onnistunut ja mikä epäonnistunut. Kokemus-tiedon avulla mallin käyttöä voidaan muokata tarvittavilla tavoilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 16; Pajala 2015.)

2.2 Implementointi

Implementoinnilla on monia määritelmiä ja usein se suomentuu käyttöönotoksi tai juurruttamiseksi. Implementointi on kuitenkin moniosaista sisältäen suunnittelun, käyttöönoton ja seurannan. Juurruttaminen painottuu avainhenkilöiden väliseksi prosessiksi, jossa kehitettävän kohteen tai mallin kehittämiseen vaikuttavan avainhenkilöt ja heidän keskeinen vuorovaikutus. Toimintamallin saamista osaksi päivittäistä arkea voidaan kuvata termillä juurruttaminen. (Kaila & Kuukasjärvi 2005, 10–11.)

Implementoinnilla tarkoitetaan valmiin tutkittuun tietoon perustuvan mallin tai menetelmän muokkaamista niin, että se sopii käyttöönotettavaksi. Implementointi sisältää kolme vaihetta: suunnittelu, käyttöönotto ja seuranta. On myös tapauksia, joissa implementointi tarkoittaa pelkästään käyttöönottoa. Bourne, Mills, Wilcox, Neely ja Patts (2000) ovat määritelleet implementoinnin sisältävän: kehitys-, toteutus-, käyttö- ja päivitysvaiheet. Heidän mukaansa käyttöönotto on asioiden hallintaa, aikatauluttamista ja johtamista. He painottavat aikataulujen ja tavoitteiden tärkeyttä implementoinnissa. Tavoitteita voidaan muuttaa tarvittaessa ja välitavoitteita asettaa. (Bourne et al 2000, 754–771.) Vuonna 2013 tullessa vanhuspalvelulaissa (L 980/2012) esitetään, että valmiiden ja tutkittuun tietoon perustuvien mallien käyttöä tulisi lisätä ja tukea sosiaali- ja terveysalalla.

Strategian implementointi eli jalkautus tai maastoutus on yksi implementoinnin haasteista. Haasteet on hyvä tiedostaa jo alkuvaiheessa. Tärkeitä seikkoja implementoinnin jalkautuksessa on se, kuinka malli tai strategia tuodaan esille, henkilökunnan motivoiminen, toiminnan suunnittelu ja muutoshalukkuuden lisääminen. (Salminen 2008, 17–60; Pajala 2015.) On tärkeää, että työyhteisö ymmärtää, miksi malli on tärkeä ja mitä hyötyä siitä on. Mallin käytölle on oltavat ymmärrettävät perustelut. Tämä vähentää muutosvastarintaa ja nopeuttaa mallin muokkaamista sopivaksi. (Pajala 2015.)

Salmisen (2008) mukaan implementoinnin toteutuminen vaatii koko henkilökunnan ja johdon sitoutumista malliin ja sen vaatimiin toimenpiteisiin. Henkilökunnan mukaan ottaminen implementoinnin suunnitteluun auttaa strategisten linjauksien löytymistä. Implementoinnissa tärkeitä osa-alueita ovat henkilöstön osaaminen ja ammattitaito. Jos näissä todetaan puutteita, ei mallin implementointi voi toteutua. Henkilökunta sitoutuu paremmin uusiin toimintamalleihin ja tämä lisää implementoinnin onnistumista, mikäli henkilökunta osallistetaan suunnitteluun ja toteutukseen. (Mattila, Rekola & Sarajärvi 2011; Pajala 2015.)

Salmisen (2008, 62) mukaan implementointiin kuuluvan henkilöstön määrä olisi hyvä pitää suppeana. Tässä kehittämistyössä koulutetaan koko henkilökunta osastolta, mutta mallia toteutti aluksi kahdeksan vapaaehtoista avainhenkilöä. Durlak ja Dupren (2008, 334) mukaan hoitotulokset ovat parantuneet, mikäli uuden toimintamallin implementoinnissa on onnistuttu.

Implementoinnilla on omat haasteensa ja näistä yksi suuri on esimiesten ja johdon puuttuva tuki. Suurena haasteena on myös saada ympäröivät organisaatiot ja verkostot mukaan ymmärtämään malli ja sen tuomat hyödyt ja jopa toimimaan sen mukaan. (Salminen 2008, 19.) Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystalouden esimiehille ja yksiköihin lähetettiin tiedoksianto mallin implementoinnista osastolla 9 (Liite 3). Terveystalouden lain (L 1326/2010) mukaan esimiehet ja johto ovat velvoitettuja kehittämään ja johtamaan näyttöön perustuvaa toimintaa. Lähiesimiehet ovat korostetussa asemassa, kun puhutaan näyttöön perustuvien toimintamallien implementoinnista, koska he vastaavat työyksiköissään juuri tästä

osa-alueesta. Lähiesimiesten oma toiminta on avainasemassa implementoinnin onnistumisessa tai sen estämisessä. Lähiesimiehet tarvitset myös omalta osaltaan johdon tuen. (Aarons, Ehrhart & Farahnak 2014, 1–2; Mattila 2011, 95–96; Callegher-Ford 2014, 73; Beck & Staffileno 2012, 352; Pajala 2015; L 1326/2010.) Osasto 9:ltä osastonhoitaja on toiminut yhdyshenkilönä tutkijoiden ja osaston henkilökunnan välillä.

Implementoinnin haasteena on pyrkimys muuttaa henkilöstön toimintaa ja ajattelua. Usein näissä tapauksissa ihminen ottaa käyttöön puolustusmekanismit, joiden avulla haluaa suojella omia ajatuksiaan ja mielipiteitään. Tämä voi tuoda esiin passiivista tai aktiivista muutosvastarintaa. Passiivinen vastarinta tarkoittaa, että ei haluta sitoutua muutokseen ja sen tavoitteisiin. Aktiivinen vastarinta sisältää suullista ja tekoina näkyvää vastustamista. Usein vastarinnan takana ovat pelko muutoksen tuomasta työstä tai hyödystä, oman aseman muutos tai organisaatiossa tapahtuva henkilöstömuutos. Tietämättömyys on yksi suurimmista vastarinnan aiheuttajista. Informaation kulku, tiedottaminen, perehdyttäminen ja kouluttaminen nousevat tärkeiksi implementoinnin onnistumisen takaajiksi. Muutosvastarintaan vaikuttavat yksilöiden omat elämäntilanteet ja henkilökohtaiset asiat. Lähiesimiehiltä vaaditaan työyksiköstä riippuen erilaisia valmiuksia näyttöön perustuvien toimintamallin implementointiin, mutta suurimpana vaatimuksena on muutosjohtajuuden hallitseminen. (Salminen 2008, 197–199; Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 78).

Tässä toimintatutkimuksessa kaatumisten ehkäisyn implementoinnilla tarkoitettiin suunnitelmallista ja järjestelmällistä kaatumisten ehkäisyn näyttöön perustuvan tiedon ja menetelmien käyttöönottoa ja vakiinnuttamista osaksi osasto 9 toimintakäytäntöjä. Käyttöönotolla tässä toimintatutkimuksessa tarkoitettiin prosessia, jossa näyttöön perustuvat kaatumisten ehkäisytoimet valittiin huolellisesti osasto 9 tarpeiden mukaan ja kehitettiin toimintakäytännön niiden toteuttamiseksi. Implementointiin kuuluu ajatus, että kaatumisten ehkäisyn toteuttamistapa voi vaihdella toimintaympäristön mukaan, kunhan huolehditaan siitä, että toiminta on näytön mukaista. (Pajala 2015, 5–6.)

Implementointiin kuuluu jatkuvan kehittämisen ajatus. Jatkuvaa kehittämistä tarvitaan varmistamaan, että toiminta säilyy ajantasaiseen näyttöön perustuvana, tehokkaana ja tuloksellisena. Uutta tutkimusta tehdään koko ajan, ja uusi näyttö pitää implementoida käytännön toimiksi. Ehkäisytoimia ja niiden toteuttamista on arvioitava säännöllisesti ja tehtävä tarvittavat muutokset hyvissä ajoin. Jatkuva kehittäminen säästää kustannuksia. Työn tehokkuus säilyy, kun puutteet, virheet ja tehoton toiminta korjataan ennen kun ne haittaavat toimintaa. (Pajala 2015, 5–6; L 1326/2010; L 980/2012.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tapahtunut viime vuosina paljon muutoksia ja niitä on odotettavissa myös jatkossa. Muutokset esimerkiksi henkilöstö- ja asiakasrakenteessa, resursseissa tai toimitiloissa vaikuttavat myös kaatumisten ehkäisyn toteutukseen ja tuloksellisuuteen. Aiemmin implementoidut kaatumisten ehkäisyn toimet ja kehitetyt käytännöt eivät välttämättä ole enää toimivia tai tehokkaita. Jatkuvalle kehittämiselle turvataan, että kaatumisten ehkäisy päivitetään muuttuneeseen tilanteeseen sopivaksi ja varmistetaan ehkäisytöiden jatkuminen tehokkaana. (Pajala 2015, 6.)

3 KAATUMISTEN EHKÄISY

Kaatuminen on tapahtuma, jossa henkilö joko tarkoituksellisesti tai tahattomasti kaatuu maahan tai lattialle. Kaatumisesta seuraa muun muassa fyysisiä vammoja, liikuntakyvyttömyyttä, traumoja ja/tai uuden kaatumisen pelkoa. Myös omaiset voivat kokea pelkoa tai syyllisyyttä ikääntyneen kaatumisesta. Tästä voi aiheutua syytelyä omaisten ja hoitohenkilökunnan välille. (Tideiksaar 2010, 18–26.)

Kaatumisten pelko on yleistä. Moni kerran kaatunut pelkää uutta kaatumista. Tutkimusten mukaan naiset pelkäävät kaatumista enemmän kuin miehet. Kaatumisen pelko rajoittaa aktiivisuutta, joka vähentää sosiaalisia kontakteja ja liikkumista. Tämä taas edesauttaa fyysisen ja henkisen toimintakyvyn alentumista ja heikentää elämänlaatua. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2006, 10; Ikäinstituutti 2015.)

Ensimmäinen ikääntyvien laitoshoidon aikana tapahtuvia kaatumisia selvittänyt väitöskirja tehtiin 2000 vuonna Suomessa. Nurmen (2000) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin yli 60-vuotiaiden laitoshoidossa olevien kaatumisiin yhteydessä olevia tekijöitä, selviytymistä ja paranemista sekä taloudellisia kustannuksia. Tutkimus tehtiin neljässä hoitolaitoksessa, joissa oli yhteensä 412 potilaspaikkaa. Tutkimusvuosi sisälsi 544 kaatumista. Väitöskirjassa ilmeni, että yleisimpiä kaatumiselle altistavia vaaratekijöitä olivat: huimaus, kyky liikkua itsenäisesti, hypotonia, alentunut kuulo sekä unilääkkeen käyttö. Kustannuksista suurin erä muodostui lonkkamurtuman hoidoista. Lonkkasuojaimien käytön tärkeys ja D-vitamiinin ja kalsium saannin turvaaminen korostuivat. Kirjaamisen tärkeys korostui, jotta ehkäisytoimia voitaisiin kohdentaa oikein. Lisäämällä tietoa kaatumisista kehitetään ehkäisytyötä. (Nurmi 2000, 35–54.)

Tinetin ja Kumarin (2010) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan 33 eri tutkimuksen tuloksia koskien kaatumisia. Näissä tutkimuksissa yleisimmiksi kaatumiseen johtaviksi syiksi nimetään: aikaisemmat kaatumiset, lääkitys sekä toimintakyvyn heikkeneminen. (Tinetti & Kumar 2010.) Myös Dendrea, Lucen-teforte, Bravi, Foschi, La Vecchia ja Negrigi (2010) ovat koonneet yhteen 74 tut-

kimusta vuosilta 1988–2009 koskien iäkkäiden kaatumisiin johtavia riskitekijöitä. Tässäkin meta-analyysissä riskitekijöiksi nousevat aikaisemmat kaatumiset, kaatumisten pelko, huimaus, toimintakyvyn lasku ja epilepsialääkkeiden käyttö. Tässä kirjallisuuskatsauksessa painotetaan näiden riskitekijöiden tunnistamisen tärkeyttä ja näiden pohjalta tehtyä ennalta ehkäisevää hoitotoimintaa. Lihasheikkous ja tasapainovaikeudet nelinkertaistavat iäkkäiden kaatumisriskiä. Vaikeudet toimia arkiaskareissa kaksinkertaistavat riskin kaatua. Arkitoimintoihin eli ADL-toimintoihin kuuluvat pukeutuminen, peseytyminen ja syöminen. Tapaturmaisesti kaatuneen iäkkään riski joutua laitoshoitoon kymmenkertaistuu. (Tinetti et al 2010; Dendrea et al 2010.)

Tutkimusten mukaan noin puolet iäkkäiden kaatumisista johtaa pehmytkudosvammoihin, murtumiin ja muihin vakaviin vammoihin kuten päänvammoihin ja nyrjähdysiin (Mänty ym. 2006, 7). Yli 64-vuotiaiden kaatumisvammakustannukset nousivat vuonna 2000 Suomessa noin 39 miljoonaan euroon ja tämän summan on arvioitu nousevan 72 miljoonaan euroon vuoteen 2030 mennessä (Pajala 2012). Ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 80-vuotiaiden suhteellinen osuus väestöstä kaksinkertaistuu ja yli 85-vuotiaiden määrä kolminkertaistuu ja yli 65-vuotiaiden määrä koko Suomen väestöstä olisi tällöin yli 26 % (THL 2015).

Iäkkäiden kaatumisesta aiheutuneet terveyden- ja sairaanhoidon kustannukset ovat suuria ja kasvavat koko ajan väestön eläessä pidempään. Aikaisempi kaatuminen on riski uudelleen kaatumiseen. Suurin syy tapaturmisiin kuolemiin yli 65-vuotiailla on joko kaatuminen tai putoaminen. Lonkkamurtuma on yleisin seuraus kaatumisesta yli 65-vuotiailla. Lonkkamurtuma aloittaa usein heikkenemisen kierteen. Lonkkamurtumapotilaan kustannukset ensimmäisen vuoden aikana ovat yli 19 000€ (sisältäen kaikki hoidot, kuntoutuksen ja lääkkeet). Kaatumista tapahtuu sekä kotona että laitos- ja palveluasumisessa asuville. (Pajala 2012, 7–14; Ikäinsti-
tuutti 2015.)

Lonkkamurtumat ovat nelinkertaistuneet Suomessa 1970-luvulta 1990-luvun loppuun mennessä. Noin 30 % lonkkamurtumapotilaista kuolee ensimmäisen vuoden aikana murtuman tulosta ja jopa kolmasosa joutuu laitoshoitoon. Voimantuottote-

holla ja lihasten voimistavalla liikkumisella on todettu olevan suuri vaikutus toipumiseen. (Mård & Vaha 2007.)

Nevalaisen, Hiltusen & Jalovaaran (2004) tutkimuksen mukaan 81 % lonkkamurtumapotilaista pystyi liikkumaan yksin tai avustajan kanssa ulkona ennen murtumaa, mutta murtuman jälkeen tähän pystyi enää alle puolet potilaista. Apuvälineiden tarve lisääntyi murtumien jälkeen. Liikkumiskyvyn ongelmat ovat suoraan yhteydessä yksinkertaisten arkiaskareiden tekoon kuten pukeutumiseen ja peseytymiseen. Esimerkiksi kaksi vuotta lonkkamurtuman jälkeen jopa 20 % potilaista tarvitsee apua pukeutumisessa. (Nevalainen ym. 2004; Mård ym. 2007; Lönroos, Kautiainen, Karppi, Huusko, Hartikainen, Kiviranta & Sulkava 2006.)

Antikaisen (2013) mukaan lonkkamurtumasta toipuminen on huomattavasti vaikeampaa monilääkityillä ja säännöllisesti kipulääkkeitä käyttävillä. Tutkimusten tulosten perusteella monilääkityillä on suuri riski kaatua lonkkamurtuman jälkeen uudelleen. Usein lonkkamurtumapotilailla on ollut käytössään kaatumisriskiä lisääviä lääkkeitä. (Antikainen 2013; Pajala 2012.)

Kehittämispäällikkö Antti Mäntylä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimeasta arvioi, että Suomessa on noin 100 000 iäkstä, jopa 200 000 potilasta, joiden lääkehoito ei ole kunnossa. Lääkehoitoa tehdään eri ammattiryhmissä ja lääkelistoja muokataan ja muutetaan. Lääkehoitoa täytyisi saada osaksi moniammatillista yhteistyötä. Iäkkäiden Lääkehoidon Moniammatillinen Arviointi eli ILMA-hanke on käynnissä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen Fimean koordinoimana ja yhteistyötä tehdään muun muassa Helsingin yliopistojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kanssa. Hankkeen yhtenä osana selvitetään moniammatillisen toimintamallin hyötyjä lääkehoidon kannalta. Hankkeen tavoitteena on lisätä moniammatillisuutta iäkkäiden lääkehoidossa vähentäen päivystyskäyntejä, laitoshoidojaksoja ja kaatumisia sekä helpottaa iäkkäiden kotona selviytymistä. (Heiskanen-Haarala 2016.)

Lääkehoitosuunnitelman päivittäminen on tärkeää potilaan voinnin joka osan alueen kannalta. Lääkehoitosuunnitelma on oltava kaikissa yksiköissä ja kaikilla osastoilla. Lääkehoidon päivitys ja tarkastaminen tulee kirjata tehdyksi. IKINÄ-

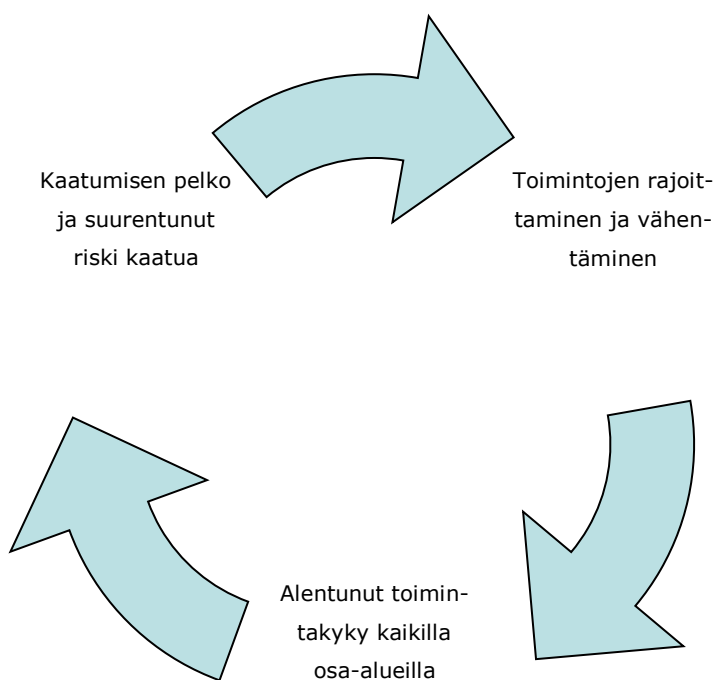
arviointiin ja kaatumisten ehkäisytyöhön lääkehoidon tarkistaminen ja päivittäminen kuuluvat. IKINÄ-arvioinnissa lääkityksen tarkistaminen kirjataan tehdyksi. (Matikainen 2016; Pajala 2015.)

Potilaiden kaatumiset sairaalahoidon aikana ovat varsin yleisiä ja tutkimusten mukaan tuhatta hoitopäivää kohden tapahtuu 2,3–7 kaatumista (Healey 2007, 54). Panulan (2010, 65) mukaan jopa kolmannes lonkkamurtumista tapahtuu sairaaloissa ja suurin osa lyhytaikaisessa hoidossa jopa noin 79 % .

Iäkkäiden kaatumisista ja kaatumisten ehkäisystä on tehty useampia aikaisempia tutkimuksia. Vanhatalo (2011, 43) on tutkinut Pro gradu -tutkimuksessaan kaatumisiin ja niiden ehkäisyyn liittyvien suositusten käyttöönottoa Kuopion yliopistolisessä sairaalassa (KYS) syöpätautien, vanhuspsykiatrian ja sisätautien osastoilla. Tutkimus toteutettiin haastattelututkimuksena ja tutkimuksessa todettiin ehkäisymalli toimintaa selkiyttäväksi. Tutkimuksessa käytettiin IKINÄ-kaatumisten ehkäisymallia. Tämä opinnäytetyö pohjautuu samaan toimintamalliin ja toteutetaan osittain kyselyllä. (Vanhatalo 2011.) IKINÄ-mallin käyttöönotosta on tehty useita opinnäytetöitä, muun muassa: Savonia-ammattikorkeakoulussa on tehty IKINÄ-mallin toteutumisesta Iisalmen terveystieteiden keskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3 opinnäytetyö 2014. Tämä työ tehtiin tarkoituksena selvittää IKINÄ-mittarin käyttöönottoa sekä hoitajien käyttökokemuksia. (Lappalainen & Mönkkänen 2014.)

NPSA eli kansallinen turvallisuusvirasto Englannissa julkaisi 2006 vuonna raportin sairaaloissa tapahtuvista kaatumisista (Slips, trips and falls in hospital, NSPA 2007). Tarkoituksena oli, että henkilökunta oppisi tapahtuneista kaatumisista ja kehittäisi näin potilasturvallisuutta. Raporttiin on yhdistetty suosituimmat tutkimukset kaatumisten ehkäisystä sairaaloissa ja näihin opas: The ”How to” Guide for Reducing harm from falls (2009) perustuu. Opas on kaksiosainen. Ensimmäinen osio on suunnattu johdolle ja se käsittelee ylemmän tason suorittavia toimenpiteitä. Toinen osio on potilastyössä oleville suunnattu. Opas korostaa tiimityötä eri ammattiryhmien välillä. Potilastyössä korostuu: kysyminen kaatumisista, lääkityksen tarkistamisen tärkeys, kunnolliset kengät ja soitto/apukellon saatavuus sairaalassa. (NPSA 2009, 59.)

Aikaisempi kaatuminen lisää kaatumisen pelkoa. Kaatumisen pelko voi johtaa liikkumisen ja aktiivisen toiminnan rajoittumiseen vaikuttaen fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Lonkkamurtumasta toipuminen hidastuu, jos ikääntynyt pelkää jatkuvasti uusia kaatumisia. Kaatumisten pelko muodostui käsitteeksi vasta 1980-luvulla. Se määriteltiin itseluottamuksen puutteeksi selviytyä jokapäiväisistä tehtävistä ja jatkuvaksi huoleksi kaatumisesta, mikä johtaa usein noidankehään ja näin ollen lisää kaatumisen riskiä lisää. Pelko vähentää liikkumista ja näin ollen toimintakyky laskee joka osa-alueella. Kaatumisen pelko itsessään lisää riskiä kaatumisiin. (Farin 2013.) Kuviossa kolme on havainnollistettu kaatumisen pelon, toimintojen rajoittamisen ja alentuneen toimintakyvyn vaikutusta toisiinsa.



Kuvio 3. Kaatumisen pelko. (Kuvio tehty tekstin perusteella selkiyttämään kaatumisten pelon, toimintojen vähentymisen ja alentuneet toimintakyvyn vaikutteita toisiinsa.)

Farin (2013) on tutkinut tehostetun ja yksilöllisen avokuntoutusohjelman vaikutusta lonkkamurtumasta toipuvien iäkkäiden kaatumisen pelkoon pro gradu-

tutkimuksessaan, joka on ollut osa Suomen gerontologian tutkimuskeskuksen Promoting mobility after hip fracture (ProMo) –projektia. Tutkimuksessa selvitettiin vapaaehtoisten osallistujien avulla kaatumisen pelon vaikutusta kuntoukseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä vapaaehtoisille osallistujille vuoden kestävä yksilöllinen kotikuntoutusohjelma, jonka suorittamisessa toimivat apuna terveydenhuollon ammattilaiset. Liikuntaohjaus sujui erinomaisesti ja liikuntakyky parani ja kotona pärjääminen vahvistui suurella osaa osallistujista. Kaikki osallistujat olivat kotona asuvia tai palveluasumisessa asuvia, jotka eivät tarvitseet yövalvontaa. Tutkimukseen osallistui 136, joista yhdeksän joutui lopettamaan kuntoutusohjelman lääkärin määräyksestä. Kaatumisten pelko väheni vain vähän, mutta fyysinen kunto lisääntyi ja toimintakyky parantui osallistujilla huomattavasti. Kaatumisten pelkoa ei voida vähentää yksinään fyysisellä harjoittelulla vaan se vaatii aktiivisuudenkin lisääntymistä. (Farin 2013.)

Raittilan (2016) tekemässä pro gradu -tutkimuksessa tutkittiin liikuntakyvyn ja aktiivisuuden vaikutusta kaatumisen pelkoa selittävänä tekijänä. Tutkimuksessa todettiin, että liikkumiskyvyn heikkeneminen lisää kaatumisalttiutta ja että kaatumiset johtavat usein toimintakyvyn heikkenemisen kierteseen, johon kuuluvat kaatumispelko ja sen lisääntyminen ja aktiivisen liikkumisen vähentyminen. Tutkimus tehtiin kaatumisseula-hankkeen yhteydessä Seinäjoella. Tutkimusmenetelmänä oli väestötutkimuskysely ja vastaajia oli 762. Kysely tehtiin 65–100-vuotiaille. Tutkimustuloksissa tuli ilmi, että vähäinen liikunta on yli nelinkertainen riski merkittävään kaatumisen pelon lisääntymiseen ja että paljon liikkuvilla ja kävelevillä kaatumisenpelkoa oli huomattavasti vähemmän kuin vain vähän tai ei juuri ollenkaan omatoimista liikuntaa harrastavilla. Tutkimuksen mukaan käveleminen ja aktiivinen liikunta voivat vähentää kaatumisen pelkoa. (Raittila 2016.)

Kaatumisten ehkäisemiseksi on tehty monenlaisia ohjeita. Kansanterveyslaitos on julkaisut Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat -oppaan, joka sisältää tietoa kaatumisten ja murtumien ehkäisystä. (Mänty ym. 2006, 4–14.) Viime vuosien aikana kaatumista ennalta ehkäisevä työ on ollut enemmän esillä ja vuosina 2001 ja 2008 Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut laatusuosituksen koskien ikäihmisten palveluiden kehittämistä. Laatusuositus uudistui vuonna 2013 vanhuspal-

velulain voimaan astuessa. Vanhuspalvelulain (L 980/2012) tarkoitus on edistää ikääntyneen väestön hyvinvointia, sosiaali- ja terveyspalveluiden saantia, tukea ikääntyneen voimavaroja ja itsenäisistä toimintakykyä puuttumalla varhaisessa vaiheessa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen aiheuttamiin riskitekijöihin. (L 980/2012; Ikäinstituutti 2015.)

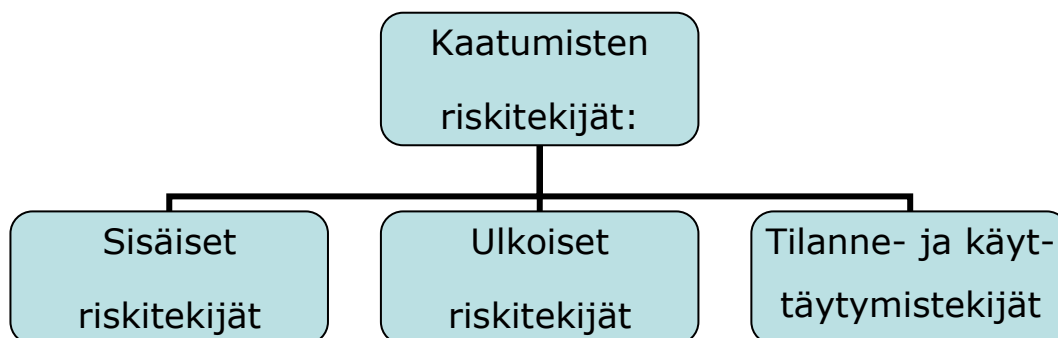
Kaatumisten ehkäisytyötä edistetään erilaisten ehkäisyhankkeiden ja ohjelmien avulla: Valtakunnallinen voimaa vanhuuteen- iäkkäiden terveystoimintaohjelma vuosina 2005–2014, Kunnossa kaiken ikää- toimintaohjelma, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Pysy pystyssä -kampanja sekä Ehkäise tapaturmat - hanke vuosina 2009–2015 (Ikäinstituutti 2015; KKI).

Kaatumisten ehkäisytyötä tukee Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihanke ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten kotihoitoa” (STM 2016a). Hankkeen tarkoituksena on kehittää ikäihmisten, omaishoitajien ja hoitohenkilökunnan toimintamalleja, tukea ikääntyneen väestön toimintakykyä ja hillitä kustannuksia uusien toimintamallien ja ennalta ehkäisyn avulla. Hanke on saanut 30 miljoonan rahoituksen vuosille 2016–2018 ja hankkeen on tarkoitus toimia vanhuspalvelulain (L 980/2012) mukaisesti. (STM 2016a.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ”Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta” -hanke painottaa näyttöön perustuvan hyväksi havaittujen ja uusien toimintamallien käyttöä tavoitteena terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Hankkeen avulla pyritään vaikuttamaan ihmisten omaan osallistumiseen, mielenterveystaitoihin, liikunta- ja ravitsemustottumuksiin, alkoholin käyttöön ja tupakointiin. Hankkeeseen on varattu kahdeksan miljoonaa euroa vuosille 2016–2019. Hanke pohjautuu elintapaohjaukseen ja siihen painottamiseen ja erityisesti ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden edistämiseen. (STM 2016b.)

Kaatumisen ehkäisy on yksi hoidon kulmakivistä. Ensiksi on tärkeää selvittää syyt eli vaaratekijät, mitkä aiheuttavat ja lisäävät kaatumista. Kaatumisen vaaratekijät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: sisäisiin (esimerkiksi ikä, sukupuoli, aikaisemmat kaatumiset ja sairaudet jne.), ulkoisiin (esimerkiksi lääkitys ja jalkineet jne.) ja tilanne- ja käyttäytymistekijöihin (esimerkiksi kiire, levottomuus tai nestehuk-

ka). (Pajala 2012, 15–18 .) Jokin sisäinen tekijä voi olla syy toistuviin kaatumisiin, joten syyt on aina selvitettävä, jotta ennalta ehkäisyä voidaan tehdä (Kivelä 2012, 91–92). Kaatumisten riskitekijät jaoteltuna kolmeen osioon ovat kuviossa neljä.



Kuvio 4. Kaatumisen riskitekijät.

Kaatumisen ehkäisyssä tärkeää on huolehtia kokonaisvaltaisesta hyvästä olost. On tärkeää huolehtia iäkkään monipuolisesta liikuntaharjoittelusta, joka sisältää sekä lihas- että kestävyys- ja tasapainoharjoittelua ja tasapainoharjoittelua. Tämä onkin yleisin kaatumisia ehkäisevä toimenpide. Lihasvoima ja lihasten ja hermoston yhteistyö ovat suurimmat edellytykset tasapainolle ja sen kehittämiseksi. Tästä syystä iäkkään tulisi harjoittaa varsinkin alaraajoja ja selkä- ja vatsalihaksia. Nämä samat harjoitukset tukevat myös seisoma- ja istuma-asentoa ylläpitäviä lihaksia. (Kivelä 2012, 85; Salminen 2009.)

Olisi tärkeää, että iäkkäälle suunniteltaisiin juuri hänen tarpeitaan vastaava jumpa/liikuntaohjelma ja että hän saisi ohjausta sen suorittamiseen. Harjoittelun säännöllisyyden ja jatkuvuuden tulisi kiinnittää huomiota. Lyhytkin vuodelepo heikentää lihaskuntoa ja toimintakykyä iäkkäällä. (Pajala 2012, 19–21.)

Vuonna 2016 ikääntyneet ovat huomattavasti terveempiä kuin kymmenen vuotta sitten. Asiantuntijat ovat ihmeissään myönteisen kehityksen jatkumisesta ja noususta. Yksi syy myönteiseen kehitykseen on tapaturmien vähentyminen ennalta ehkäisevällä työotteella. Kuitenkin ikääntyneen väestön osuus kasvaa jatkuvasti ja

tarvitaan ennalta ehkäiseviä työtapoja ja hoitomalleja kompensoimaan palveluiden tarpeen kasvua. Eläkeikäisen väestön terveystietoisuus ja terveys eli EVTK-tutkimusta on tehty jo 1990-luvun alusta asti. Joka toinen vuosi tehtävän tutkimuksen tulokset ovat parantuneet jatkuvasti ja kehitys on ollut myönteistä. Tällaisen kehityksen jatkumiseksi on erityisen tärkeää vahvistaa ja tukea ikääntyneiden toimintakykyä ja aktivoita heitä. Tiedottaminen muun muassa kaatumisen ehkäisytoimintavoista edesauttaa. Sekä THL:n kehittämispäällikkö Päivi Sainio että THL:n tutkimusprofessori Seppo Koskinen pitävät erityisen tärkeinä toimintakyvyn tukemista ja ylläpitoa yhtenäisiä toimintamalleja käyttämällä. (Ekholm 2016.)

Kaatumisten estämiseksi käytetään jonkin verran muun muassa liikkumisvapautta rajoittavia menetelmiä, jotka terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen näkökannan mukaan ovat sallittuja siinä määrin, mikä on välttämätöntä. Vapauden rajoittaminen on sallittua muiden menetelmien jäädessä riittämättömäksi. Päätöksen tekee ja siitä vastaa viime kädessä osaston lääkäri, joka hoidosta vastaa. (Eskola, Jyrkämä, Mäki-Petäjä-Leinonen, Niinistö, Pahlman, Pihlainen, Raivio, Sulkava & Halila 2008, 16.)

Kaatumisten ehkäisytyötä tuetaan myös asumisympäristöön tehdyillä muutoksilla. Hoidon painottuessa laitoshoidosta kokoajan enemmän kotihoitoon on tärkeää kiinnittää huomiota ympäristön turvallisuuteen. Mahdollisimman pitkään kotona asuminen on ollut sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena jo vuosina 2004–2007. Kotioloja parannetaan muun muassa oikeanlaisilla apuvälineillä ja kaatumista lisäävien rakenteiden poistamisella kuten korkeat kynnykset tai tarpeettomat ovet. (Neittaanmäki 2007; Jyrkämä 2003).

IKINÄ-mallin lähtöseuranta-lomake keskittyy turvallisen ympäristön edellyttämiin osioihin kuten valaistus, apuvälineet ja liikkumisen mahdollisuus. IKINÄ-mallin toteuttamiseksi ympäristön huomioiminen on yksi kulmakivistä. Turvallisessa ympäristössä liikkuminen on riskittömämpää ja näin ennalta ehkäistään kaatumisia. (Pajala 2012).

Kaatumisten kirjaaminen voi unohtua kaiken muun kiireen keskellä. Siitä täytyy muistuttaa säännöllisin väliajoin ja ”pitää asiaa yllä” kaiken aikaa esimerkiksi käymällä kuukausittain HaiPro -ilmoitukset eli vahinko- ja tapaturmailmoitukset läpi osastotunneilla. IKINÄ-arvioinnin myötä tehtyjen toimintojen seuraaminen ja käsitteleminen esimerkiksi päivittäisillä raporttituokioilla on erittäin tärkeää samasta syystä, ettei tärkeä ehkäisytyö ja sen eteen tehtävät toimenpiteet ja muutokset koettaisi ”turhaksi työksi” tai työksi, jolla ei ole merkitystä tai vaikutusta. (Nykänen ym. 2012; Pajala 2012, 2015; Vaasan kaupunki 2015.)

Henkilökunnan keskinäiset ristiriidat voivat vaikuttaa itse kirjaamiseen, että myös kaatumisten ehkäisytoimien moniammatilliseen toteuttamiseen tai toimintakäytäntöihin sitoutumiseen. Osa iäkkäistä potilaista voi myös itse vaikuttaa liikkumattomuuteen, mikäli he ovat tietoisia kaatumisten ehkäisytoiminnasta ja välttävät tietoisesti liikkumista. Motivointi on siis joka kohdassa erittäin tärkeää ja se, että ymmärretään, miksi kaatumisten ehkäisytyötä tehdään ja mitä sen tekemisellä hyödytään. Henkilökunnan toimiminen ”yhteen hiileen puhaltaen” on tärkeää, jotta toimintamallista saadaan mahdollisimman hyvä ja suuri hyöty irti ja että mallia voidaan muokata koko ajan juuri sitä käyttävän osaston ja yksikön tarpeiden mukaiseksi. Tässä korostuu tietoisuus kaatumisista ja ehkäisytyöstä ja ymmärrys, miksi mitään tehdään. Työllä pitää olla tarkoitus ja se pitää ymmärtää. Esimiehen tuki ja motivointi on erityisen tärkeää, jotta henkilökunta saa mallin toimimaan arkityössä ja että yhteistyö henkilökunnan välillä toimisi. Myös osaston esimies tarvitsee tukea mallin toteuttamiseen ja henkilökunnan ohjaukseen ja motiivointiin omilta esimiehiltä. Kaikkien tulee olla tietoisia, että yhtenäisen toimintamallin toteutuminen ja sen avulla tuloksien saaminen ei tapahdu hetkessä vaan pitkän ajan kuluessa. Motivointi ja mallin tärkeys ja hyöty täytyy saada myös potilaille ja heidän omaisilleen selvitettyä. (Engeström 1995; STM 2012; Pajala 2012, 2015.)

Yhteistyö omaisten kanssa on usein tärkeää potilasta motivoitessa toimimaan kaatumisia ehkäisevällä tavalla. Kuntouttavan työotteen eli potilaan motiivoinnin ja itse tekemisen kannustaminen ja ohjaaminen vaativat joskus varsin paljon henkilökunnalta, mutta myös omaisilta. Kuntouttavan työotteen lisääminen on kuitenkin askel parempaan fyysiseen ja psyykkiseen vointiin sekä työtapaa vähentää

kaatumisia. Raportoinnin, avoimuuden ja tiedottamisen tärkeys henkilökunnan kesken ja henkilökunnan ja esimiesten välillä on tärkeää, mutta täytyy huomioida ja muistaa myös tiedottamisen ja avoimuuden tärkeys omaisten ja potilaiden kanssa. Esimerkiksi kaatumista vähentävät toimenpiteet kuten uusien jalkineiden ja apuvälineiden hankinta, kannattaa ja tulee perustella hyvin. Potilaan tulee tietää, miksi hänelle hankitaan tietynlaisia apuvälineitä ja miten niitä käytetään ja hyödynnetään juuri oikealla tavalla, jotta niistä saadaan mahdollisimman suuri hyöty, tuki ja apu. (Arolaakso ym. 2007; Kettunen ym. 2009; Pajala 2015; Vaasan kaupunki 2015.)

Vaasan kaupungin ikääntymispoliittisen ohjelman yhtenä strategiana on, että ikääntyneiden ja toimintarajoitteisten vaasalaisten kotona selviytymistä tuetaan. Ensisijaisena tavoitteena on toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen sekä kuntoutus. Näillä voidaan turvata vanhusten mahdollisuus itsenäiseen ja ihmisarvoiseen elämään. Ikääntyneiden osalta tärkeää on edistää aktiivista ikäihmisten elämää. Riskitekijöinä voidaan todeta muun muassa yksinäisyys, leskeksi jääminen ja ystävien poismeno sekä turvattomuus. Toimintakyvyn vaikeudet lisääntyvät usein vasta 80 ikävuoden jälkeen, jolloin tarve raskaampaan hoitoon lisääntyy. (STM 2009a, 2016a, 2016b; Vaasan kaupunki 2015.)

Vaasan kaupungissa ympärivuorokautiseen hoiva-asumiseen jonottaa paljon huonokuntoisia vanhuksia. Vaasan kaupunki on asettanut tavoitteen vuodelle 2017, että 75 vuotta täyttäneistä vaasalaisista 91–92 % asuu normaalikodissa. (Vaasan kaupunki 2015.)

Uuden vanhuspalvelulain (L 980/2012) painotuksen mukaan ikääntyneillä tulee olla mahdollisuus asua omassa kodissa kunnan tarjoamien palveluiden turvin. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistetussa kansallisessa kehittämissuunnitelmassa KASTEESSA 2011–2015 (STM 2012) painotetaan ikäihmisten palveluiden rakennetta ja siinä pyritään uudistamaan palveluiden sisältöä. Sen avulla pyritään saamaan mm. palveluketjut yhtenäisemmäksi ja eri ammattiryhmien välinen kommunikaatio paremmaksi. Ikääntyneiden yksinäisyys, ravitsemusongelmat, lääkityksen tarkastaminen säännöllisesti sekä mielenterveys- ja päihdeongelmat

ovat pääkohtia, joihin tulee varata resursseja. Myös osaamista ikääntyneiden hoidossa tulee lisätä. Tarkoituksena on myös käynnistää kansallinen muistiohjelma, tehostaa hammashoitopalveluita sekä ravitsemus- ja liikuntasuositusten käyttöä. (L 980/2012; STM 2012.)

Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon strategian (2015) painopistealueina ovat muuan muassa ennalta ehkäisevän työn tehostaminen, toimintakykyä ylläpitävän työotteen osaaminen, kotona asumisen tukeminen ja yhteistoiminnan kehittäminen. Nämä ovat linjassa valtakunnallisten strategioiden kanssa. Koti- ja laitoshoidon laatutavoitteita taas ovat: 1) ikääntyvien toimintakyvyn turvaaminen, 2) asiakastyytyväisyyden takaaminen, 3) henkilöstön riittävydestä, ammattitaidosta ja tyytyväisyydestä huolehtiminen sekä 4) toiminnan tuloksellisuus ja jatkuva kehittäminen. (Vaasan kaupunki 2015.)

Ikääntyneiden määrä kasvaa Vaasan kaupungissa tulevaisuudessa. Vuoteen 2025 mennessä Vaasan eläkeikäinen väestö lisääntyy 50 % ja 85 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu tilastokeskuksen mukaan (Vaasan kaupunki 2015.)

Toimintaympäristö sosiaali- ja terveydenhuollossa muuttuu nopeasti ja ikääntyvien määrän lisääntyminen tuo valtavia haasteita palveluiden kehittämiseksi. Ikääntyvät ovat nykyään hyvin valveutuneita ja heillä on suuret odotukset palveluista. Uusien teknologioiden hyödyntäminen on tarpeen, jotta haasteisiin voidaan vastata. (Aalto & Marjakangas 2008,16).

Haasteita on tiedossa, jotta tavoitteisiin olisi mahdollista päästä. On löydettävä erilaisia toimintatapoja ja -malleja, joiden avulla voidaan vahvistaa ikääntyneiden sosiaalista ja fyysistä toimintakykyä, jotta ikääntyneet pystyvät asumaan kotona mahdollisimman pitkään. IKINÄ-mallin käyttöönotto koko koti- ja laitoshoidon alueella olisi yksi toimintamalli, jota kannattaisi hyödyntää. (L 980/2012; Pajala 2012, 2015.)

IKINÄ-malli on kehitetty ikäihmisiä varten. Mallin tarkoituksena on löytää ne keinot, joilla voidaan ennalta ehkäistä kaatumisia ja muita tapaturmia. Ennalta ehkäisy ja kuntouttava työote ovat IKINÄ-mallin lähtökohtia. Mallin avulla löyde-

tään oikeat apuvälineet, kiinnitetään huomioita tarpeen ja tarkoituksen mukaiseen ajan tasalla olevaan lääkitykseen, tilojen toimivuuteen ja määritetään hoidontarve. Vaasan kaupungin ikääntymispoliittisessa ohjelmassa painotetaan toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämistä sekä kuntoutusta. IKINÄ-malli painottaa mallin käytämisellä samoja asioita. Mallin käyttöönotto lisää toimintakykyä ja tukee sitä kaikilla osa-alueilla ja keskittyy kuntoutusta tukeviin ohjeistuksiin. Mallin tavoitteena on saada osastoilla, palveluasumisen yksiköissä ja myös kotona tilat, sisustus ja valaistus toimiviksi ja näin turvata muun muassa mahdollisimman turvallinen ja omatoimisuuteen tukeva asuminen. KASTE 2011–2015 painotti palveluketjujen toiminnan yhtenäisyyttä ja ammattiryhmien välistä kommunikaation tärkeyttä. Yhtenäinen toimintamalli yhtenäistäisi eri yksiköiden välistä yhteistyötä ja ennalta ehkäisevä -työ jatkuisi ja siihen kiinnitettäisiin jatkuvasti huomiota. Tämä lisäisi eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, koska perustoimintamalli olisi sama ja ohjaisi työtä. (STM 2012; Pajala 2015.)

3.1 Kuntouttava työote

Kuntouttava työote on kuntoutusta edistävää ja asiakkaan tai potilaan omaa toimintakykyä tukevaa toimintaa. Kuntouttava työote tarkoittaa puhekielesä/arkikielessä ohjattua ja avustavaa toimintaa ja sitä, ettei tehdä puolesta asioita. (Arolaakso-Ahola & Rutanen 2007.)

Kuntouttavan työotteen tarkoitus on tukea itsenäistä selviytymistä fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla osa-alueilla. Se on ohjausta, tukemista ja motivointia. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 310–312.) Kuntouttavassa työtoiminnassa on tärkeää monipuolinen voimavarojen hyödyntäminen. Omatoimisuuden tukemisella tuetaan myös itsemääräämisoikeutta. Asiakas tai potilas voi valita itse haluamansa vaatteet, ajan milloin peseytyä tai syödä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 58–63.)

Alkujaan kuntoutus on nähty vain fyysisinä toimenpiteinä. Sen taustalla on ollut muun muassa sodan jälkeinen aika, kun haavoittuneet ja vammautuneet on haluttu takaisin työelämään. Tällöin kuntoutus on nähty vain jälkihoidollisena hoitomuotona ja korjaavana työtapana. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 51–62.)

Waden (2006) mukaan ihmistä ei tule tarkastella erikseen fyysisten, psyykkisten tai sosiaalisten tarpeiden mukaan enää nykyaikana. Ihmisen hoitoa ei voida myöskään jakaa fyysisiin ja ei-fyysisiin toimintoihin. Kuntoutus on kokonaisvaltaista ja kuntoutujan omista tarpeista lähtevää. (Wade 2006.)

Vuonna 1969 maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organisation) määritteli kuntoutuksen koordinoituksi hoitokokonaisuudeksi, jonka tarkoituksena on kohentaa yksilön toimintakyky parhaalle mahdolliselle tasolle. Tällöin käsite kuntoutus laajeni eikä enää puhuttu korjaavasta hoidosta tai jälkihoidosta. (Järvikoski 2008, 51–62.)

Kuntoutus -käsite huomioitiin Yhdistyneiden kansakuntien (YK) yleiskokouksen päätöskirjassa 1993 ja se määriteltiin prosessiksi, jossa tavoitteena on erilaisin kuntoutusmenetelmin ja toimenpitein saavuttaa ja ylläpitää fyysistä, aistimuksellista, älyllistä, psyykkistä ja sosiaalista toiminnantasoja mahdollisimman pitkään (Järvikoski 2008, 60–62).

Vähäkangas (2010) on tutkinut väitöskirjassaan kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa ja hänen mukaansa kuntouttava työote on yhteydessä hoidon laatuun muun muassa vähentämällä vuodepotilaita ja auttamalla heitä sosiaalisissa tilanteissa parantaen mielialaa. Asiakkaiden ja potilaiden sosiaalinen kanssakäyminen ja osallistuminen lisääntyivät kuntouttavan työtoiminnan myötä. (Vähäkangas 2010.)

Stanmoren, Ormrodin ja Watermanin (2006) mukaan kuntouttava työote on eräänlainen haaste, joka hoitoalalla ikääntyvien parissa työskentelevillä on korostumassa kokoajan. Kuntouttavan työotteen perinteet ja historia ei ole pitkä. Kuntoutus on koettu kuuluvan fysioterapeuttien työnkuvaan kuuluvaksi, mutta tänä päivänä sen kuuluisi kuulua kaikille hoitoalalla oleville. Kuntoutus täytyy olla osa hoitotyötä, ei erillinen hoitomuoto. Konkreettisesti tämä tarkoittaa, että asiakas toimii itse ja hoitohenkilökunta toimii motivoivan ohjaajan roolissa. Kuntoutus kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusohjelmiin. (Stanmore et al 2006, 656–664; Long, Kneafsey, Ryan & Berry 2002, 70–78.)

Turjan, Routasalon ja Arren (2006) mukaan hoitajilla on taipumus toimia rutiininomaisesti, jos kuntoutumista edistävä toimintamalli puuttuu. Tarvitaan malli, jonka avulla kuntoutusta pystytään tukemaan toimimalla tietynlaisen kaavan tai mallin mukaan. (Turja ym. 2006.) Routasalon, Wagnerin ja Virtasen (2004) tutkimuksessa korostettiin tavoitteiden asettamista ja niiden päivittämisen merkitystä kuntouttavan työotteen onnistumisessa. Tuloksena tutkimuksessa oli, että hoitajien asenne kuntoutusta kohtaan on positiivinen, mutta toimintamallia tarvitaan. Tutkimuksessa käsiteltiin kuntouttavan työotteen onnistumista hoitajien näkökulmasta. (Routasalo ym. 2004.)

Hokkasen, Häggman-Laitilan ja Eriksonin (2006) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan voimavarojen tukemisesta on vain vähän tutkittua tietoa ja tästä täytyisi saada uudenlainen näkökulma hoitoon. Kuntouttava työote vaatii uusien menetelmien oppimista, tehokasta ja toimivaa tiimityötä ja hoitoalan eri verkostojen hyödyntämistä. (Hokkanen ym. 2006.)

Kettusen (2010) pro gradu-tutkimuksessa painotetaan, että toimintakyvyn ylläpitämiseksi on löydettävä uusia toimintamalleja. Näitä tarvitaan siitäkkin syystä, että ikääntynyt väestö kasvaa, laitoshoidoa puretaan ja painoarvo siirtyy yhä enemmän kotihoidolle. IKINÄ-malli on toimintaa ylläpitävä malli ja suunniteltu juuri ikääntyneiden hoitoon. Liikkumisen ongelmat ovat suuri syy kotipalvelun tarpeeseen. Vähäinenkin aktiivisuustason nostaminen parantaa toimintakykyä ja lihasvoimaa ja näin myös ennalta ehkäisee tapaturmia kuten kaatumisia. (Kettunen 2010, 4–18; Rydqvist, Frändin & Akner 2004; Pajala 2015, 2012.)

Karvisen (2000) tutkimuksessa aktiivisuustason nostamiseen voitiin vaikuttaa työajan muuttamisella, fyysistä aktiivisuutta tukemalla ja lisäämällä ja kriittisellä hoitokäytäntöjen arvioimisella ja muokkaamisella. Karvinen painottaa henkilökunnan koulutuksen, esimiesten tuen ja fyysisten aktivoivien toimintojen kokeilua. Karvisen tutkimuksen mukaan yhtenäinen toimintamalli on yksi aktiivisuutta lisäävä tekijä. Kaatumisia ehkäistiin hyvällä fyysisten aktiivisten toimintojen tukemisella. (Karvinen 2000.)

Kuntouttava työote sisältää asiakkaan toimintakyvyn edistämisen, tukemisen ja yksilöllisten voimavarojen huomioimisen. Kuntouttava työote on asiakaslähtöistä. Siinä etsitään toimintatavat toimintaympäristön mahdollistamalla tavalla kuten IKINÄ-mallissa ja sen toteuttamisessakin. Kuntouttava työote tukee asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyden kunnioittamista. Asiakas saa tehdä itse asioita omalla tavallaan ja oman aikansa mukaisesti. (Mäkinen 2015, 1–9; L 980/2012; Pajala 2012.)

Mäkisen (2015) tutkimuksessa hoitajat näkivät kuntouttavan työotteen omatoimisuuden tukemisena, ohjaamisena ja yksilöllisten kykyjen ja voimavarojen arvioimisena. He näkivät ajoittain pakottamisen olevan kuntouttavaa työtettä ja ajoittain asiakkaan hillitsemisen. Hoitajat kokivat kuntouttavan työotteen olevan asiakkaan edunmukaista ja mielihyvää tuottava tapa työskennellä. Esteinä kuntouttavan työotteen toimimiselle koettiin työntekijöiden omat asenteet ja motivaatio ajoittain. Hoitajat kokivat, että toiminta täytyy olla tavoitteellista ja suunnitelmallista, että kuntouttava työote toteutuu. Tutkimuksen mukaan kuntouttava työote edellyttää asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan kuulemistä, herkkyyttä tunnistaa ja kyseenalaistaa asiakkaan todellinen toimintakyky, aikaa, asiakkaan tuntemista, motivaatiota, asennetta ja hoitoketjun yhteistyötä niin, että kuntoutus on jatkuvaa. (Mäkinen 2015, 43–66.)

Holmin (2012) mukaan kuntouttavan ja ehkäisevän työotteen tulisi olla periaatteena kaikessa ikääntyneen hoidossa, koska kuntouttavalla työotteella, liikunnalla ja ennalta ehkäisyllä voidaan parantaa ikääntyneiden toimintakykyä huomattavasti. Holmin tutkimuksessa painotetaan pyrkimystä kuntoutumista tukeviin palveluihin kaikissa ikäihmisten palveluissa. (Holmi 2012.)

Usein erityispalvelut nähdään erityisosajien tehtävinä. Fysioterapeuttien tekemä työ on aikaisemmin painottunut ohjaukseen ja potilaan rooli on ollut usein passiivinen. Kuntouttava työote tarkoittaa potilaan tai asiakkaan aktiivista osallistumista ja mukana oloa. Kuntouttavan työotteen toimivuuden ehtoina ovat tavoitteiden asettaminen ja työmallin mukaan toimiminen. (Järvikoski & Häkäpää 2008; Holmi 2012, 9–12; Pajala 2012.) IKINÄ-mallin toteutumisessa on tärkeää asettaa ta-

voitteet ja toimia niiden mukaisesti asiakkaan ehdoilla ja asiakkaan ollessa aktiivinen (Pajala 2015).

IKINÄ-toimintamalli on ennalta ehkäisevää ja kuntoutusta tukevaa toimintaa, jonka avulla selvitetään ne asiat ja toimenpiteet, joiden tekeminen helpottaa ja auttaa arkielämässä selviytymistä. Kuntouttavan työotteen toimintatarkoitus ja toimintatapa on yhtä lailla ennalta ehkäisyssä, tavoitteellisuudessa, kuntoutuksessa, asiakkaan osallistamisessa ja aktivoinnissa. Sekä IKINÄ-malli että kuntouttava työote tarvitsevat moniammatillista yhteistyötä onnistuakseen. Molempiin vaikuttavat henkilökunnan asenteet ja motivaatio sekä johdon tuki. Kuntouttava työote vaatii toimintamallin toimiakseen ja onnistuakseen ja IKINÄ-malli on kuntouttavaa toimintaa. IKINÄ-mallin toteutuminen vaatii aktiivista yhteistyötä kaikilta hoitoon osallistuvilta. Omaisten aktiivisuus on tärkeää. Kaikkien osapuolien: potilaan/asiakkaan/ikäntyneen, hoitohenkilökunnan ja omaisten tulee ymmärtää kuntouttavan työotteen merkitys ja tarkoitus ja oman roolin tärkeys. (Pajala 2015; Holmi 2012; Järvikoski & Häkäpää 2008.)

3.2 Toimintakyvyn ylläpitäminen

Vanhusten toimintakyvyn heikkeneminen johtaa kaatumisiin. Usein toimintakyvyn heikkenemisen taustalla on yksi tai useampi pitkäaikaissairaus, mutta syynä voi olla liikunnan ja harjoittelun puute. Akuutti sairaus saattaa tietysti romauttaa toimintakyvyn nopeasti, mutta yleensä toimintakyky heikkenee asteittain. (Strandberg & Tilvis 2003, 336.) Toimintakykyä tuetaan aina asiakkaan ja potilaan yksilöllisten tarpeiden pohjalta. Toimintakykyä ylläpidetään ja edistetään ennalta ehkäisevällä työllä kuten jumppa- ja liikuntaliikkeillä ja niiden oikeanlaisella ohjauksella. (Nummijoki 2009, 94.)

Toimintakyvyn ylläpitämistä sosiaalisen ja kognitiivisen aktiivisuuden säilyttämisellä ja lisäämisellä tarvitaan ja tällä tavoin ehkäistään kaatumisia. Toimintakyvyn ylläpitämisessä ovat tärkeässä osassa laatustandardit ja ammatilliset toimintaohjeet. Näiden tarkoituksena on varmistaa, että tarjottavat palvelut perustuvat parhaaseen mahdolliseen tutkittavaan tietoon. Pohjoismainen Hyvinvointikeskus (Norden-Nordens Välfärdscenter/Nordic Welfare 2013) kehottaa huomioimaan

toimintakyvyn ylläpitämistä kuntouttavalla työotteella, uusien tutkittujen ja tuloksia tuottavien mallien käyttöönotolla ja mittarien hyödyntämisellä. (Pohjoismainen Hyvinvointikeskus 2013; Piirtola, Isoaho & Kivelä 2003.)

Kuntoutusosastoilla, kuten Vaasan kaupungin sairaalan osastolla 9:n, on asiakkaiden ja potilaiden hoitosuunnitelmien yksi päätavoitteista toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä omatoimisuuden tukeminen. Näiden tavoitteiden ylläpitämiseksi on tärkeää, että kuntouttava ja ennalta ehkäisevä työ jatkuu osastohoidon jälkeen kotiutuspaikassa. Tiivis ja kokonaisvaltainen kuntouttava ja ennaltaehkäisevä työote vaatii koko henkilökunnalta yhteistä sitoutumista ja paneutumista. (Helin 2008, 432; L 980/2012; Pajala 2012.)

Liikunta on yksi tärkeimmistä toimintakyvyn ylläpitäjistä ja yleisen hyvinvoinnin edesauttajista. Liikunta parantaa tasapainoa, kohentaa mielialaa, ehkäise masennusta, parantaa lihasvoimaa ja sydän- ja verenkiertojärjestelmän suorituskykyä ja näin ollen vähentää kaatumisia ja näiden aiheuttamia murtumia. (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2008, 458; Piirtola ym. 2003.) IKINÄ-mallissa jokaiselle ikääntyvälle on tarkoituksena suunnitella yksilölliset liikuntaohjeet toimintakyvyn ylläpitämiseksi (Pajala 2012).

Paranevaa toimintakykyä edesauttaa fyysisen ja sosiaalisen aktiivisuuden lisääminen ja tukeminen. Muistisairaiden kävelytaito voi esimerkiksi kadota kokonaan, jos sitä ei ylläpidetä ja harjoiteta. Sairaudet lisäävät liikkeiden jäykkyyttä, lihasten heikentymistä ja vapinaa. Itseluottamuksen lisääminen lisää liikunnan tekemisen iloa. Ympäristöllä on suuri vaikutus toimintakykyyn. Oikeanlaiset apuvälineet ja niiden ohjattu käyttö edistävät toimintakyvyn ylläpitoa. Myös ympäristön esteettömyys vaikuttaa toimintakyvyn ylläpitoon. (Folder 2014; Pajala 2012; Piirtola ym. 2003; Siipola 2001.)

On myös keskityttävä lääkehoidon haittojen minimointiin selvittämällä lääkkeiden tarpeellisuus, lääkkeiden päällekkäisyys ja oikeanlainen käyttö. Suomessa kotona asuvilla iäkkäillä on käytössään keskimäärin 4–5 reseptilääkettä tai käsikauppalääkettä ja muualla kuin kotona asuvilla on keskimäärin 5–10 eri lääkettä. Tästä syystä lääkkeiden yhteisvaikutuksia tulee tarkastella aina uusia lääkkeitä määrät-

täessä. Tutkitusti jo kolmen lääkkeen yhtäaikainen käyttö lisää kaatumisriskiä ja 10 tai useamman lääkkeen yhteiskäyttö lisää lonkkamurtumariskiä kahdeksan kertaiseksi. Lääkkeiden vaikutus voimistuu iäkkäässä elimistössä nesteiden ja rasvakudoksen määrän vähentyessä. Usein muistisairaudet johtavat myös vääränlaiseen lääkkeiden käyttöön. (Pajala 2012, 35; Siipola 2001.) Pajalan 2012 julkaistusta ikääntyneiden kaatumisten ehkäisy-oppaasta ja THL:n internet-sivuilta löytyy lista kaatumisvaaraa lisäävistä lääkkeistä, sekä niiden vaikuttavista aineista ja mekaniismeista, jolla lääkeryhmän valmisteet lisäävät kaatumisalttiutta. IKINÄ-mallia tehdessä lääkelista tarkistetaan ja päivitetään ajan tasalle. (Pajala 2012; THL 2015).

On huolehdittava, että iäkkään ravinto on monipuolista ja riittävää. Iäkkään nesteytyksestä huolehtiminen on tärkeää samoin kuin D-vitamiinin saannista huolehtiminen. Iäkkään elimistössä on huomattavasti vähemmän nesteitä, joten kuivumistilat näkyvät paremmin ja imeytyminen ravintoaineiden suhteen on heikompaa, joten ravintotottumuksia ja nestemääriä on hyvä tarkkailla. (Kivelä 2012; Pajala 2012; Ravitsemushoito 2010.) IKINÄ-arviointi sisältää osion ravitsemuksen seuraamisesta (Pajala 2012).

Aliravitsemus aiheuttaa sekavuutta ja väsymystä ja nämä lisäävät kaatumisriskejä. D-vitamiinin puutos aiheuttaa tuki- ja liikuntaelimistön heikkenemistä kalsiumin imeytymisen heikkenemisen vuoksi. Hermosolujen kehitys vähenee D-vitamiinin puutoksessa. Alkoholien käytössä on huolehdittava, sekä sen kohtuukäytöstä ja sopivuudesta lääkkeiden kanssa. (Pajala 2012.) Iäkkäiden alkoholien käyttö on yleistynyt, eikä hoitohenkilökunta voi olettaa, ettei iäkäs käytä alkoholia (Kivelä 2012). Alkoholien käytön vähentäminen tai lopettaminen vähentää huomattavasti kaatumisriskiä. Lääkkeiden ja alkoholien yhteisvaikutukset kuten verenpainelääkkeiden tehon lisääntymisestä aiheutuva huimaus tai mielialalääkkeiden ja alkoholien käytöstä johtuva sekavuus, lisäävät kaatumisriskiä. Tätä arvioidaan AUDIT-C -testilomakkeella IKINÄ-arvioinnin yhteydessä. (Pajala 2012; STM 2006.)

Ulkoisia vaaratekijöitä ei voida poistaa tai kaikissa tapauksissa esimerkiksi ilmajen suhteen edes ennakoita. Kuitenkin ympäristö voidaan muuttaa turvallisem-

maksi apuvälineiden avulla kuten esimerkiksi korotetuilla istuimilla, sängyn oikealla korkeudella, poistamalla kaatumista edesauttavia huonekaluja ja sisustuselementtejä kuten mattoja. Oikeanlaisten liikkumista helpottavien asusteiden käyttö kuten jarrusukat ja tukevat jalkineet on tärkeää huomioida. Myös muiden kuten liikkumista edesauttavien apuvälineiden (kävelykepit, rollaattorit, pyörätuolit, siirtymälaudat, g-tuolit) käyttö ja niiden käytön ohjaus on tärkeää. Oman voinnin ja voimavarojen ymmärtäminen on ensisijaisessa asemassa kaatumisen ehkäisyssä. (Pajala 2012.)

On hyvä tehdä lista tarvittavista apuvälineistä ja turvallisuutta auttavista toimenpiteistä. On hyvä ennakoida tulevaa miettimällä aikaisempia tapaturmia ja kaatumisia ja miten niitä olisi voitu välttää. Esimerkiksi lonkkahousujen käyttö suojaaa lonkkia aikaisemmin kaatuneella tai osteoporoosista kärsivällä tai henkilöillä jolla on suuri riski kaatua. Turvateknologialla luodaan turvallisuuden tunnetta ja se itsessään on usein hyvä tapaturmien ehkäisyväline. Turvateknologiasta tunnetuimmat apuvälineet ovat varmasti turvarannekkeet ja turvapuhelimet. IKINÄ-arviointi sisältää osion: jatkotoimenpiteet. Tässä on tarkoitus tehdä muutoksia hoitoon, apuvälineisiin ja ympäristöön. (Pajala 2012.)

3.3 KAAOS-Klinikat

Tampereella sijaitseva 1980-luvulla perustettu terveydenhuollon tutkimus ja asiointikeskus UKK-instituutti on kehittänyt valtakunnallisen KAAOS-klinikan. Sen päätavoitteena on kaatumisten, luukadon ja niistä aiheutuvien murtumien ja muiden vammojen ehkäisy iäkkään hoidossa. (KAAOS Kaatumis- ja osteoporoosiklinikka 2013.)

KAAOS-klinikoita on muuallakin Suomessa kuten Lahdessa, Kouvolassa, Kuopiossa, Helsingissä, Espoossa, Turussa ja Seinäjoella. Klinikoilla toimii fysioterapeutti, sairaanhoitaja ja lääkäri. Klinikoiden vastaanottokriteereitä ovat: yli 70-vuoden ikä, matala painoindeksi (alle 19), tuore tai aiempi osteoporoosin aiheuttama murtuma, heikentynyt tasapainon hallinta ja liikuntakyky sekä kaatuilutai-pumus. Asiakkaalle tehdään klinikoilla tilannekartoitus, joka sisältää teemahaastattelun, lääkärintarkistuksen, laboratoriokokeita, liikunta- ja toimintakyvyn tes-

tauksen, osteoporoosin riskiarvioinnin, apuvälinearvioinnin ja kotikäynnin kaatumisten ehkäisyn kartoittamiseksi. Henkilökunta suunnittelee yhdessä asiakkaan kanssa kaatumisia ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä ja ohjaa näiden toteuttamisessa. (KAAOS 2013; Pajala 2012.)

KAAOS-klinikoiden vaikuttavuutta tutkittiin vuosina 2005–2010 hyvin tuloksin. Tulosten mukaan tämän tyyppiset ennalta ehkäiseviä menetelmiä tarjoavat klinikat voivat vähentää kaatumisia ja niiden aiheuttamia vammoja jopa 30%:lla. UKK-instituutti ja sen Tapaturma- ja osteoporoosiyksikkö vastaa klinikoiden raportoinneista. Tulosraportit julkaistaan lääketieteen johtavissa julkaisuissa. Kaatumisia ennalta ehkäisevistä toimenpiteistä voima- ja tasapainoharjoittelun on osoitettu olevan paras ehkäisevä ja kustannusvaikuttava toimenpide. Tästä syystä kaikki klinikan asiakkaat saavat niin sanotun liikkumisreseptin, joka sisältää yksilöllisen liikuntareseptin. Minimissään Kaaos-klinikan vuosimenot ovat noin 100 000€. Toimintaa rahoittavat kotimaiset säätiöt ja rahastot, kunnat, RAY eli raha- ja automaattiyhdistys ja STM eli sosiaali- ja terveysministeriö. (Innokylä 2012; Palvanen, Kannus, Piirtola, Niemi, Parkkari & Järvinen 2014.)

KAAOS-klinikoiden tapaisia hankkeita on perustettu ympäri Suomea. Yksi näistä on vuonna 2014 perustettu KAATUMATTA PARAS ryhmäkuntoutus – vapaaehtoinen tukija vierellä kulkien-hanke. Hanke on perustettu Hämeenlinnassa ja sen on kehittänyt ja suunnitellut sotainvalidien palveluneuvoja Ulla Kannisto Kanta-Hämeen sairaskotisäätiöstä. Hankkeen tarkoituksena on ennalta ehkäistä kaatumisia ja luukatoa moniammatillisesti. Hankkeessa isossa roolissa toimii vertaisryhmän tuoma psykososiaalinen vertaistuki. Hankkeen ryhmään valitaan ikääntyneitä riskitekijäkartoituksella eli mukaan valitaan ikääntyneitä, jotka asuvat kotona ja joilla on suuri riski kaatua tai saada murtumia. Henkilöstö on moniammatillista: kuntohoitaja, fysioterapeutti, terveydenhoitaja, toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti ja lääkäri. Hanke toteutetaan ”kurssina”. Kurssi sisältää luentoja ja erilaisia toimintaharjoituksia. Kurssilla on eri teemoja kuten toimintaterapeutin ”koti turvalliseksi”-teema ja lääkärin ”pysy pystyssä”-teema. Ryhmän jäsenille etsitään vapaaehtoisia tukihenkilöitä, jotka auttavat ohjeiden läpikäymisessä ja toteutuk-

nessa. Hanke on saanut innostuksensa KAAOS-klinikoiden toiminnoista ja käytössä ovat samat arvioinnit ja mittarit. (Innokylä 2014a.)

KAAOS-klinikan tapainen hanke on myös KaatumisSeula kaatumisvammojen vähentäminen iäkkäiden arjessa – hanke. Hanke toteutetaan 31.1.2014–30.12.2016 välisenä aikana. Toteutuksen rahoittaa RAY eli raha-automaattiyhdistys. Hankkeen tuottaa UKK-yhdistys (terveysliikunnan tutkimus- ja asiantuntijakeskus). Hankkeen tarkoituksena on lisätä ikääntyneiden ja heidän omaistensa tietoisuutta kaatumisista ja kaatumiseen johtavista vaaratekijöistä sekä puuttua vaaratekijöihin tarkoituksen mukaisin keinoin. Tavoitteisiin pyritään pääsemään kehittämällä kolmannen ja julkisen sektorin yhteistyöhön perustuvia malleja kuntatasolla. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa ja osaamista kaatumisten ehkäisytyöhön, tuottaa helppokäyttöisiä arviointi- ja toimintakykymittareita, tuottaa tarvittavan materiaalipankin ja kiinteämpää yhteistyötä järjestöjen ja kuntien välille. (Innokylä 2014b.)

4 IKINÄ-MALLI

IKINÄ-mittari on Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen käyttämä mittari, joka pohjautuu FRAT -screening component -mittariin. FRAT on lyhenne sanoista Falls Risk Assessment Tool ja sen on kehittänyt australialainen Peninsula Health Falls Prevention Service. IKINÄ-mittari on julkaistu 2011 Suomessa ja se on esitelty Pajalan IKINÄ -oppaassa. (Pajala 2012,17.)

Turun yliopistossa toteutettiin 2000-luvun alkupuolella 12 kuukauden mittainen kaatumisten ehkäisyohjelma. Siinä arvioitiin kaatumisten vaaratekijöitä seitsemällä eri osa-alueella. Ohjelma koettiin tarpeelliseksi ja tästä syystä mittaria alettiin kehitellä. (Vaapio 2009, 35–39.) Suomen hallituksen potilasturvastategiaan 2009–2013 nimettiin tavoitteeksi muun muassa potilasturvallisuuden parantaminen ja yhdeksi keskeiseksi sisällöksi kirjattiin tutkimukseen ja kokemukseen perustuvat käytännöt ja tällainen IKINÄ-mittari on (STM 2009).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut JBI:n eli Australialaisen voittoa tavoittelemattoman tutkimus- ja kehittämisorganisaatio Joanna Briggs Institute (jatkossa JBI) suosituksiin perustuvan IKINÄ-oppaan iäkkäiden kaatumisten ehkäisemiseksi. Opas sisältää toimintamallin, joka soveltuu myös sairaalaympäristöön. IKINÄ-malli on pilotoitu erinomaisin tuloksin Kuopion yliopistollisessa sairaalassa sisätautien vuodeosastolla 2011. (Pajala 2012.)

IKINÄ-toimintamalli toimii viitekehystenä kaatumisvaaran arvioinnissa ja toimenpiteiden suunnittelussa kaikille iäkkäiden kanssa toimiville ammattiryhmille. Kaatumissyiden kartoittaminen on perustana kaatumisen ehkäisyyölle. Selvittämällä, mitkä ovat ne tekijät, mitkä lisäävät kaatumista ja kaatumisvaaraa, voidaan niitä poistaa tai vähentää. (Pajala 2012, 15.) Viitekehystä kuvataan kuviossa viisi.

Kaatumisen ja kaatumistapaturmien ehkäisytyö on parhaimmillaan monialaista yhteistoimintaa, johon osallistuvat iäkkäiden asioista päättävät, palveluntarjoajat, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö sekä iäkäs itse ja hänen läheistensä (KAAOS 2013; Pajala 2015.)

Iäkkäiden kaatumisten ehkäisytyön perustana on tietous kaatumisista ilmiönä, niiden määrästä ja seurauksista. Kaatumisten yleisyydestä ja keinoista ehkäistä kaatumisia on olemassa runsaasti tutkimustietoa. Tutkimustiedon hyödyntäminen ja tehokkaiden ehkäisytöimien juurruttaminen pysyviksi käytännöiksi antaa mahdollisuuden vähentää iäkkäiden kaatumisia ja niiden seurauksia. (Pajala 2015.)



Kuvio 5. IKINÄ-toimintamalli kaaviona (kaavio on Pajalan 2012 ilmestyneestä IKINÄ -kaatumisten ehkäisy – oppaasta ja löytyy myös www.thl.fi-internetsivuilta sekä Innokylän-internetsivuilta.)

Kokonaisvaltainen ”laaja kaatumisvaaran arviointi” tehdään aina viivyttelämättä henkilölle, joka

- kertoo useista kaatumisista viimeisen vuoden aikana
- tulee kaatumisen vuoksi lääkärin vastaanotolle
- kaatuu hoivakodissa tai sairaalassa

Kaatumisille altistavia tekijöitä on paljon ja moniammatillinen arviointi takaa luotettavan ja kattavan arvion. Usealle ammattiryhmälle jakautuva vastuu on myös resurssien kannalta järkevää. Arvioinnin tekeminen ei muodostu kenellekään liian työlääksi tai aikaa vaativaksi. Moniammatillisesta ryhmästä saa myös tukea omalle työlleen, itse ei tarvitse osata kaikkea ja tietää, keneltä saa apua sitä tarvitessaan. Arvioinnin tulosten perusteella moniammatillinen ryhmä tekee iäkkäälle suunnitelman toimenpiteistä, joilla pyritään vähentämään ja ehkäisemään kaatumisia. Kaatumisten ehkäisyn toimintasuunnitelmaan kirjataan myös se, miten ehkäisyn toteutumista ja tuloksellisuutta arvioidaan ja seurataan. Kaatumisten määrä ei välttämättä vähene nopeasti, vaikka ehkäisy olisikin hyvin toteutettu. Siksi on tärkeää arvioida, kuinka hyvin kaatumisten vaaratekijöiden vähentäminen tai poistaminen on onnistunut, esimerkiksi onko liikuntaharjoittelu parantanut iäkkään tasapainoa ja liikkumista. Arviointi motivoi jatkamaan toimenpiteitä ja mahdollistaa suunnitelman muuttamisen, ellei toivottuja tuloksia ole saavutettu. (Pajala 2012, 2015.)

Yhtenäiset käytännöt ovat tehokkaan kaatumisten ehkäisyn jatkuvuuden kannalta oleellisia. Iäkkään hoitoketjussa pystytään vertaamaan tehtyjä arvioita ja yhtenäistämään toimintakäytäntöjä, kun mahdollisimman moni iäkkäiden palveluita tuottava taho ottaa käyttöön IKINÄ-mallin ja tähän oppaaseen valitut, luotettavat ja helposti toteutettavat arviointimenetelmät ja mittarit. Nämä löytyvät www.oppiportti.fi -sivuilta. Tällöin iäkkään siirtyessä palvelusta toiseen voidaan hyödyntää aiemmasta paikasta tulleita tietoja ja jatkaa kaatumisten ehkäisyä. Kuviossa 5 on esitelty IKINÄ-mallin tekeminen osa-alueittain. (Oppiportti 2016; Pajala 2012, 2015.)

4.1 IKINÄ-mallin arvioinnit ja mittarit

Hoitaja arvioi, mitkä osiot/arvioinnit hyödyttävät ja ovat tarpeet asiakkaalle/potilaalle/ikäntyvälle IKINÄ-arvioinnista. Esimerkiksi alkoholin käyttöön liittyvää AUDIT-C kyselyä ei tarvitse tehdä, jos tähän ei koeta olevan tarvetta. Kuitenkin alkoholin käytöstä tulee kysyä, jotta voidaan selvittää tuleeko kysely tehdä. Samoin toimitaan muun muassa vajaanaravitsemusta seurattaessa, jos painossa ei ole

tapahtunut muutoksia pitkällä aika välillä, ei tätä tarvitse ottaa mukaan IKINÄ-arviointiin. IKINÄ-arvioinnin tekemisessä hoitajan ja hoitohenkilökunnan suunnittelu ja tarpeen arviointi on tärkeässä roolissa. Arvioinnit tehdään osastolla sovittuina aikaväleinä ja niiden mukaan suunnitellaan jatkotoimenpiteet. Kaikki arvioinnit kirjataan sovittuun paikkaan. (Pajala 2012, 2015.)

4.1.1 AUDIT-C6

Alkoholin käyttö kaikissa ikäryhmissä on lisääntynyt. Monet iäkkäät ovat lisänneet alkoholin kulutustaan ja syitä tähän on useita, mutta usein takana on esimerkiksi sairauksien oireiden ja kipujen lievittäminen ja yksinäisyys. Monissa tutkimuksissa on todettu pienen alkoholimäärän olevan terveydelle hyväksi, mutta kaikki eivät pysy kohtuudessa ja alkoholinkäyttö riistäytyy käsistä. Hoitohenkilökunnan on aina syytä olla tarkkana, kun puhutaan alkoholista lääkkeenä. (Ahström & Mäkelä 2009, 674–678.)

Alkoholi lisää kaatumis- ja tapaturmavaaraa kaikilla ja etenkin iäkkäillä jo pienikin määrä vaikuttaa keskushermoston toimintaan ja sitä kautta tasapainoon. Alkoholilla on lääkkeiden kanssa paljon haitallisia yhteisvaikutuksia. Iäkkäillä on usein monia lääkkeitä, jolloin pienikin määrä alkoholia on haitaksi. Usein ajatellaan, että vanhukset eivät käytä alkoholia ja sitä ei edes tulla kysyneeksi, kun kaatumisia selvitetään. (Alanko & Haarni 2007.)

Kun kaatumisia arvioidaan, tulee aina arvioida myös alkoholin käyttöä vaikka ei kysymyksessä olisikaan liikakäyttö. AUDIT-C6 on tähän helppo ja nopea työväline. Kun testi tehdään kaikille, ei tällöin leimata ketään. Testaustilanteessa on helppo ottaa vanhuksen kanssa alkoholiasiat puheeksi. Kaatumisten yhteydessä tulee aina kysyä alkoholin käytöstä, mutta syyllistämättä, sillä vanhukset helposti jättävät kertomatta alkoholista. (Kaukonen 2006, 345–348; STM 2009.)

4.1.2 MMSE

Mini-Mental State Examination (MMSE) -testi arvioi muistia ja tiedonkäsittelyä. Testiä käytetään yleisesti muistisairauden seulontaan ja seurantaan. Testi ei ole riittävän herkkä tunnistamaan varhaista tai lievää muistisairautta. Maksimipisteet

testistä on 30, joka kuvaa sitä, etteivät muistitoiminnot ole heikentyneet. Toisinaan henkilöt, jotka ovat tottuneet käyttämään älyllisiä kykyjään voivat saada testistä 25–30, vaikka heillä olisikin selvästi havaittava muistioire. Korkea koulutus ja sosiaalinen asema voivat myös vaikuttaa testitulokseen. Mitä pienempi piste-määrä, sitä vaikeampi muistisairaus testattavalla on. (Käypä hoito 2010.)

4.1.3 GDS-15

Mielialan aleneminen tai masennus lisäävät iäkkäiden kaatumisia. Varmaa syytä tälle ei tiedetä. Usein mieliala- ja masennuslääkitykset lisäävät itsessään kaatumisen vaaraa. Kun arvioidaan iäkkäiden kaatumisia, tulee aina myös arvioida iäkkäiden mielialaa ja tunnistaa mahdollinen masennus. Mielialan arvioinnin käytetään iäkkäillä myöhäisiän masennusseulaa eli GDS-testiä (Geriatric Depression Scale). (Salminen 2009.)

Iäkkäiden masennusoireisiin tulee suhtautua vakavasti ja niiden hoitamisessa tulisi lääkehoidon sijaan käyttää mieluummin muita hoitomenetelmiä, koska mieliala- ja psyykenlääkkeet lisäävät voimakkaasti kaatumisvaaraa. (Salminen 2009; Pajala 2012.)

4.1.4 SPPB

Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (Short Physical Performance Battery, SPPB) on sekä kliinisessä työssä että tutkimuskäytössä laajalti käytetty testistö, joka mittaa luotettavasti iäkkäiden alaraajojen toimintaa ja liikkumiskykyä. SPPB-testi on nopea ja helppo suorittaa kotona tai terveydenhuollossa. Kaatumisvaaran arvioinnin lisäksi SPPB-testitulosta voidaan hyödyntää myös potilaan hoidon suunnittelussa. Jos henkilö saa testitulokseksi 10 pistettä tai vähemmän, hänellä on lisääntynyt alttius liikkumiskyvyn heikkenemiselle, ja henkilöillä, joilla testitulos on 7 pistettä tai vähemmän alttius on erityisen suuri. Testille ei toistaiseksi ole määritetty kaatumisvaaran lisääntymistä osoittavaa testipistemäärän raja-arvoa. (Guralnik 2000, 221–231.)

Testiin kuuluu tasapainon hallinta kolmessa seisoma-asennossa: jalat rinnakkain, puolitandem- ja tandem-seisonta, omavauhtinen kävelynopeus 4 metrin matkalta ja viiden kerran tuolista ylösnousu -testi.

Testituloksella voidaan ennustaa tulevaisuuden toimintakykyä, koska hyvä alaraajojen suorituskyky on olennaista, jotta päivittäisistä toimista selviytyy. Testin avulla tunnistetaan ne henkilöt, joiden toimintakyky on vaarassa heikentyä. Testillä saadaan esiin esimerkiksi lihasvoiman puutteet tai tasapainon heikkous, joita ei vielä huomata esimerkiksi lääkärissä. Varhainen havaitseminen on toiminnanvajausten ja kaatumisten ennaltaehkäisyyn kulmakiviä. Liikkumiskyvyn heikkene- mistä ennustaa alle 10 pisteen testitulos. Jos testitulos on 7 pistettä tai vähemmän, iäkkäällä on erittäin suuri vaara liikkumiskyvyn heikkenemiselle lähitulevaisuu- dessa. (Guralnik 2000.)

4.1.5 TUG

Timed Up-and-Go (TUG)-testi mittaa toiminnallista tasapainoa ja liikkumiskykyä. Testissä on noustava tuolista seisomaan, käveltävä suoraan eteenpäin 3 metrin päähän tuolista, tehtävä 180 asteen käänös ja käveltävä takaisin tuolille ja istut- tava. Ennen testiä tulee varmistaa siitä, että henkilöllä on tukevat luistamattomat kengät. Apuvälinettä saa käyttää, mutta muutoin ei testissä saa henkilöä avustaa. Testiä voidaan tehdä missä ympäristössä tahansa; niin kotona kuin laitoksessakin. Kotona itsenäisesti asuvilla vanhuksilla, joilla testisuoritukseen kuluu enemmän kuin 13 sekuntia, on suurentunut kaatumisalttius. (Kristensen 2007, 24–30; Pajala 2012.)

4.1.6 ABC-asteikko

ABC (Activity-specific Balance Confidence) -asteikossa on 16 kysymystä, joiden avulla selvitetään testattavan tuntemusta siitä, mitä hän uskoo pysyvänsä pystyssä suorittaessaan erilaisia askareita kotona, kodin lähiympäristössä ja muualla ulko- na. Henkilö voi tehdä testin itse tai se voidaan tehdä haastattelemalla. Testattavaa henkilöä pyydetään määrittämään asteikolla 0–100 %, uskoko hän pysyvänsä pystyssä tehdessään kysymyksessä kuvattua toimintaa. ABC-asteikko soveltuu

sekä kotona asuvien iäkkäiden, hoivapalveluissa asuvien ja lievistä muistisairauksista kärsivien iäkkäiden arviointiin. Testi on todettu luotettavaksi myös MS-tautia sairastavilla ja iäkkäillä AVH-potilailla. (Powell & Myers 1995, 28–34; Pajala 2012.)

Jos kotona asuvalla testattavalla tulos jää alle 50 %, voidaan todeta, että hän ei luota juurikaan siihen, että pysyy pystyssä arjen toimissa ja liikkeessaan, mikä puolestaan voi lisätä henkilön alttiutta kaatumiselle. Iäkkäät, joilla on useita kaatumisvaaraa lisääviä tekijöitä ja jotka eivät luota omiin kykyihinsä pystyssä pysymiseksi (ABC tulos alle 67/100 prosenttia), ovat erityisen suuressa kaatumisvaarassa. Iäkkäillä AVH-potilailla, joilla on ollut sairaus vähintään vuoden, ja jotka saavat ABC-testistä vähemmän kuin 80/100 prosenttia, on huomattavasti lisääntynyt alttius kaatumisille. (Powell & Myers 1995.)

4.1.7 MNA

Ravitsemustilan arviointi Mini Nutritional Assessment (MNA®) -testi on luotettava, nopea ja yksinkertainen tapa arvioida iäkkäiden henkilöiden ravitsemustilaa. Testin avulla löydetään iäkkäiden henkilöiden ali- tai virheravitsemus tai on joutumassa näihin tiloihin. MNA-testi koostuu kahdesta osasta. Seulonta-osiossa on kuusi kysymystä ja sen avulla tunnistetaan henkilöt, joilla on virheravitsemuksen vaara. Jos seulonta-osion tulos osoittaa, että henkilö on ali- tai virheravitsemusvaarassa, hänelle tehdään testistön 12 lisäkysymystä. Testi suositellaan tehtäväksi kolmen kuukauden välein, siitäkin huolimatta, että iäkkään ravitsemustilassa ei olisi ilmeistä ongelmaa. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010; Pajala 2012.)

MNA-testin maksimipistemäärä on 30 pistettä. Jos tutkittava saa yli 23,5 pistettä, voidaan puhua normaalista ravitsemustilasta, mutta kun pisteet ovat 17–23,5, on tutkittavalla riski virheravitsemuksella kasvanut ja jos jäädyään alle 17 pistettä, on tutkittavalla aliravitsemus. Iäkkäillä, joiden virheravitsemuksen vaara on kasvanut tai joilla on selvä aliravitsemus, aloitetaan välittömät toimet ravitsemustilan parantamiseksi. Tarvittaessa konsultoidaan ravitsemusterapeutteja. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010; Pajala 2012.)

4.1.8 NRS

Nutritional Risk Screening, NRS-2002. Tätä menetelmää käytetään arvioidessa sairaalapotilaiden vajaaravitsemusriskiä. Sitä voidaan käyttää myös iäkkäillä potilailla. NRS-2002-menetelmällä vajaaravitsemuksen riskin arviointi vie aikaa 3–10 minuuttia. Menetelmässä arvioidaan potilaan laihtumista vertaamalla 3 tai 6 kuukauden takaista painoa nykypainoon. Menetelmässä käytetään myös arviota potilaan syömästä ruokamäärästä. (Ravitsemushoito 2010; Pajala 2012.)

4.2 IKINÄ-mallin käyttö Suomessa

IKINÄ-malli on käytössä Kouvolan koti- ja laitoshoidossa, kotihoidossa ja kuntoutuksessa. IKINÄ-mallin ohjausryhmä kokoontui elokuussa 2015 ja teki suunnitelman, jonka mukaan malli pilotoitiin aluksi valituille osastoille ja näiltä osastoilta ja näistä yksiköistä koottiin ohjausryhmän avainhenkilöt. Pilotoinnin aika oli 1.1–30.6.2016. Tänä aikana henkilökunta koulutettiin ja suunniteltiin IKINÄ-lehti käytössä olevaan Effica-ohjelmaan. Syksyllä 2016 pilotointi arvioidaan ja raportoidaan. Näiden pohjalta malli jalkautetaan koko organisaatioon. Kouvola on nimennyt mallin käytön tavoitteeksi kaatumisille altistavien tekijöiden vähentämisen ja poistamisen, kaatumisten määrän vähenemisen, kaatumisriskissä olevien varhaisen tunnistamisen, omaisten ja asiakkaiden osallistamisen, moniammatillisen yhteistyön tekemisen ja IKINÄ-arvioinnin tekemisen. Kouvolan tavoite on saada yhtenäinen toimintamalli koko organisaatioon. Tarkoituksena on arvioida henkilöstön osaamista ja koulutustarpeita kyselyllä. Henkilökuntaa koulutetaan jatkuvasti kaatumisten ehkäisytyötä varten. (Innokylä 2015a.)

IKINÄ-toimintamallia toteutetaan myös Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymässä. Toimintamalli on otettu siellä käyttöön terveystieteiden vastaanotoilla, fysioterapiassa, kotisairaanhoidossa ja potilasosastoilla. Kotisairaanhoidon aloitti mallin käytön vuoden 2012 lopussa kehitys- ja suunnittelutyöllä, jota varten nimettiin työryhmä. Malli otettiin huhtikuussa 2013 käyttöön. Henkilökunnalle tehdään kyselyitä koskien mallin käyttöä. Kaatumisten määrää seurataan Hai-Proista eli vaara- ja haittatapahtumien ilmoituksista. Riihimäen kuntayhtymän tavoitteena on saada yhtenäinen toimintamalli, löytää kaatumisriskissä olevat poti-

laat ja asiakkaat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ehkäistä kaatumisia moniammatillisesti. (Innokylä 2014c.)

Lahden SOTE-alueella on IKINÄ-toimintamalli käytössä yhtenäisenä toimintamallina. Lahden IKINÄ-hanke on saanut valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan tunnustuspalkinnon. Palkinnon myönsivät sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Kuntaliitto, pelastusviranomaiset, Suomen Palopäällösten liitto, Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö ja palveluntuottajien edustajat. Palkinto myönnettiin vanhuspalveluiden ja kuntoutuksen vastuualueiden systemaattisen toimintamallin luomisesta ja kaatumisten ehkäisytyöstä. Lahti koetaan edelläkävijänä IKINÄ-mallin käytössä. Toimintatapa on tarkoitus laajentaa alueelliseksi ja jopa valtakunnalliseksi. Lahden SOTE on muokannut mallin paikalliseksi toimintatavaksi. Lahden IKINÄ-mallin tavoitteena on, että henkilökunta osaa tunnistaa kaatumisriskissä olevat, osaa ennalta ehkäistä kaatumisia erilaisissa toimintaympäristöissä, hyödyntää tietoa hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmien teossa, jakaa tietoa ja osallistaa asiakkaita ja omaisia huomioimaan kaatumisriskiin vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on yhdistää ja yhtenäistää ehkäisytyön käytänteitä, kirjaamista, toimintatapoja ja arviointeja. IKINÄ-malli on käytössä kotihoidossa, palveluasumisessa, akuutti- ja pitkäaikaisvuodeosastoilla. Työntekijöitä näissä toiminnoissa on noin 900 ja IKINÄ-malli on käytössä 43 kaupungin yksikössä tai organisaatiossa sekä kolmessa yksityisessä organisaatiossa. Näitä ovat palveluntuottajat Attendo, Mainiovire ja Dila, jotka tarjoavat ikääntyneille asu- ja palveluun liittyviä palveluita omissa yksiköissään. (Miettinen 2015.)

IKINÄ-mallin käyttöä varten on suunniteltu internetiin Innokylän -sivuille oma asiantuntijaverkosto. Verkoston tarkoituksena on juurruttaa kaatumisten ehkäisytyötä osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöjä ja toimintaa. Verkoston käyttö on maksutonta. (Innokylä 2015b.)

IKINÄ-mallin tiimoilta järjestetään valtakunnallisia koulutuspäiviä ja luentopäiviä ympäri Suomea. Tavoitteena on lisätä tietoutta kaatumisten ehkäisystä ja mallin käytöstä ja käytön tuomista tuloksista. Verkostoon kuuluu tällä hetkellä noin 230 terveydenhuollon ammattilaista, asiantuntijaa ja opettajaa Verkostoon kuuluville

järjestetään joka vuosi IKINÄ-koulutusta joko peruskoulutuksena tai implementikoulutuksena. Verkostopäivillä esitellään uusia hankkeita ja toimintaa, käydään läpi hankkeista saatuja tuloksia ja jaetaan käyttökokemuksia. Neljä kertaa vuodessa verkostoon kuuluvat saavat tiedotteen ajankohtaisista asioista kaatumiin liittyen. (THL 2016a.) Seinäjoella järjestettiin 18–19.5.2016 Sosiaali- ja terveysalan turvallisuusfoorumi koskien ajankohtaisia asioita kaatumisten ehkäisystä ja potilasturvallisuudesta (THL 2016b).

IKINÄ-mallin pohjalta Lahdessa aloitettiin ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma, joka toteutetaan vuosina 2013–2017. Lahden kaupunki toteuttaa hankkeen yhteistyössä Kiinteistöliitto ry:n, Invalidiliiton Esteettömyyskeskus ESKE:n, Suomen kuntaliiton, Vanhustyön keskusliitto ry:n, Lahden ammattikorkeakoulun ja Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen kanssa. Hankkeen nimeksi muodostui ”Omassa kodissa”. Hanke kuuluu Elderathome -hankkeeseen, jonka tarkoituksena on parantaa ikäihmisten kotona asumisen edellytyksiä Suomessa, Alankomaissa, Espanjassa ja Tanskassa. hanke on osana ympäristöministeriön ohjelmaa. (Hakala & Id-Korhonen 2016; L 379/2011.)

Eloisa ikä -ohjelma aloitti etsivä vanhustyö -hankkeessa tämän hankkeen esitteiden jakamisen. ”Omassa kodissa”- hanke käynnistyi toukokuussa 2015 ympäristöministeriön toimesta. Ympäristöministeriö nimitti hankkeelle projektiryhmän. Ikääntyneiden kotona käymiset aloitettiin elokuussa 2015. Hanketta esiteltiin IKINÄ-hankkeen seminaareissa ja Vanhusneuvoston kokouksessa. Hankkeeseen osallistui myös valtakunnallisen ARA:n eli asumisen rahoittamis- ja kehityskeskusten hanke ”Hissi – Esteetön Suomi 2017”. Lahti on edelläkävijä hankkeiden yhdistämisessä. (Hakala & Id-Korhonen 2016; L 379/2011.)

”Omassa kodissa”-hankkeen tarkoituksena on arvioida ikääntyneiden asumisoloja arviointilomakkeen pohjalta. Arvioinnissa otetaan huomioon IKINÄ-mallissakin tärkeitä turvallisuusasioita kuten valaistus, helppo ja turvallinen liikkuminen asunnossa, apuvälineiden käyttö ja kotipalvelun käyttömahdollisuus. (Hakala ym. 2016.) Arvioinnissa kiinnitetään huomiota turvallisuuteen monelta kantilta kuten pelastuslain toteutumisen kannalta (L 379/2011). Hankkeen avulla asuntoja korja-

taan, muokataan ja sisustetaan turvallisiksi. Asumisolojen parantuminen kaikilla osa-alueilla on tärkeää. Tämä vähentää riskiä kaatumisiin ja ennalta ehkäisee kaatumisia. (Hakala & Id-Korhonen 2016.)

5 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA

Näyttöön perustuvaa toimintaa edellytetään lainsäädännössä ja organisaatioiden strategioissa, mutta terminä se helposti koetaan juhlavana, eikä sitä käyttävä ammattilainen välttämättä osaa yhdistää sitä omaan työhönsä (STM 2009). Näytöllä tarkoitetaan parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa, jota käytetään potilaan hoidon ja palvelujen järjestämiseen. Näyttö voi olla tutkimuksista koottua tutkimusnäyttöä (vahvinta näyttöä edustavat järjestelmälliset katsaukset, satunnaistetut tai laajat kokeelliset tutkimukset, joiden tulokset ovat yhdenmukaiset), asiantuntijanäyttöä (ei ole yksittäisen asiantuntijan mielipide vaan alan tunnustettujen asiantuntijoiden konsensus kyseisestä asiasta) tai seurantatietoa organisaation toiminnasta. Järjestelmällisiin katsauksiin koottu ja luotettavaksi arvioitu tutkimustieto edustaa parasta mahdollista näyttöä. (Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen & Perälä 2010; STM 2009, 53–54.)

Näytön lisäksi tarvitaan olosuhteisiin liittyvää tietoa, jolla tarkoitetaan esimerkiksi toimintaympäristöä (esim. potilaan hoitopaikka) tai käytettävissä olevia voimavaroja (esim. työntekijän osaaminen). Kliinisessä päätöksenteossa potilaan omat odotukset ja toiveet sekä hänen elämäntilanteensa muodostavat keskeisen tietolähteen. Voidakseen tehdä hoitoaan koskevan tietoisin päätöksen, potilas tarvitsee tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden taustalla olevasta näytöstä. Työntekijän kokemustieto näkyy kriittisessä päätöksenteossa, kun hän edellä mainittuja tietolähteitä hyödyntäen toimivaltansa puitteissa räätälöi potilaan ja muiden hoitoon osallistuvien niin ammattilaisten kuin mahdollisesti potilaan omaisten kanssa potilaalle sopivimman vaihtoehdon. (Holopainen ym. 2010, 16; Korhonen, Korhonen & Holopainen 2010.)

Tässä kehittämistyössä lähtöseurannan avulla tarkistetaan toimintaympäristön sopivuutta IKINÄ-mallin toteuttamiselle. Lähtöseuranta on osa IKINÄ-mallin arviointilomakkeita ja löytyy Pajalan IKINÄ-mallin implementoinnin oppaasta, joka on ilmestynyt 2015. Työntekijän osaamista lisätään kouluttamalla IKINÄ-mallin käyttöä. (Pajala 2015.)

Näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harjittua käyttöä terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan hoidossa ja terveyden edistämisessä sekä hänen läheistensä huomioimisessa (STM 2009a, 2009b). Näyttöön perustuvan toiminnan avulla pyritään kehittämään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä väestön terveyden edistämisessä ja potilaiden hoidossa käytettäviä menetelmiä niin, että ne ovat mahdollisimman vaikuttavia, potilaan näkökulmasta merkityksellisiä, käyttökelpoisia ja tarkoituksenmukaisia (Holopainen ym. 2010, 138; Laufer & Cleary-Holdforth 2009; Munroe, Dyffy & Ficher 2008; Polit & Beck 2008; STM 2009). IKINÄ-malli on suunniteltu ikääntyneiden hoitoon ja osasto 9:n potilaista suurin osa on iäkkäitä tai vaarassa kaatua (Pajala 2012; Kainulainen 2015).

Puhuttaessa näytön käyttöönotosta ei voida ohittaa brittiläistä epidemiologi Archie Cochranea, joka 1972 julkaisi kirjan *Effectiveness and Efficiency* (vaikuttavuus ja tehokkuus). Hän ehdotti myös, että näyttöä voitaisiin etsiä tutkimuskoosteista (systemaattisista katsauksista). Hän piti tärkeänä omassa työssään, että potilaiden saama hoito perustuu metodeihin, joilla tiedetään olevan vaikutusta. Cochrane Collaboration perustettiin 90-luvun alkupuolella, johon kerätään systemaattisia kirjallisuuskatsauksia kaikkien saataville. (Cochrane 2015.)

Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä potilaan osallistumisen näennäinen salliminen on ongelmallista monesta syystä. Potilaan mielipiteiden ja toiveiden kuuleminen on paitsi lainmukaista ja eettisesti oikein, se on myös hoidon parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi välttämätöntä. Potilaan hoitoon sitoutuminen voi riippua siitä, miten tärkeänä hän näkee hoitoaan koskevat ratkaisut ja luottaako hän ammattilaiseen. Vaikka jokin hoitomenetelmä olisi tutkimusnäytön perusteella vaikuttava, mutta potilas ei näe sen merkitystä, voi hoidon lopputulos olla toivottua huonompi. (Holopainen ym. 2010; Pajala 2012.)

Potilaan näkökulman huomioimiseksi ammattilaisen tulee kyetä perustelemaan hoidon eri vaihtoehtoja ja rohkaista potilasta tuomaan esiin omat toiveensa ja odotuksensa. Tärkeää on, että potilaalla on riittävästi tietoa eri vaihtoehtojen eduista ja mahdollisista haitoista. Tämän tiedon perusteella potilas voi tehdä omaan elä-

mäntilanteeseen ja arvoihin sopivan päätöksen yhdessä ammattilaisen kanssa. (Holopainen ym. 2010, 29; Pajala 2012.)

Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on edistää toiminnan ja palveluiden tehokkuutta, taloudellisuutta ja laatua. Sen tehtävänä on tukea asiakaskeksyyden toteutumista, eettisten näkökohtien huomioimista hoitotyössä ja potilaan oikeutta parhaaseen ajan tasalla olevaan hoitoon. Koulutus on perinteinen kehittämistapa. Koulutusta pidetään myös keskeisenä menetelmänä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä. Koulutusohjelmiin tulee sisällyttää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. (Melender & Häggman-Laitila 2010, 37; STM 2009).

Esimiesten ja johtajien rooli on tärkeä myös tiedonjakajina; hoitosuosituksen, toimintamallien ja erilaisten kirjallisuuskatsauksien jakamisessa (Gifford, Davies, Edwarda, Griffin & Lybanon 2007). Esimiehillä tulisi olla niin sanottu tiedonjakajan rooli aina päällä. Heidän tulisi luoda toimintakulttuuri työyhteisön, joka aktiivisesti osaisi hyödyntää hoitotyön suosituksia systemaattisia kirjallisuuskatsauksia hoitotyön päätöksenteossa. (Gifford et al 2007; DiCenco, Guyatt & Ciliska 2005.) Monien johtamien mielestä näyttöön perustuva toiminta on hyvä asia, mutta heiltä puuttuvat keinot/tiedot miten he sitä toteuttaisivat (Sedrl 2008).

JBİ on erikoistunut näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen ja siinä tarvittavien resurssien tuottamiseen kuten järjestelmällisiin katsauksiin ja näyttöön perustuviin hoitotyönsuosituksiin. JBİ:llä on yli 50 yhteistyökeskusta ympäri maailmaa ja Suomessa sen isäntäorganisaationa toimii Hoitotyön tutkimussäätiö, jonka kanssa Terveiden ja hyvinvoinninlaitos toimii yhteistyössä. JBİ on tehnyt suositukset muun muassa kaatumisten ehkäisemiseksi: Interventiot iäkkäiden aikuispotilaiden kaatumisten vähentämiseksi. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2010.)

Terveidenhuollon yhdeksi isoksi kehittämiskohteeksi on otettu näyttöön perustuva toiminta sekä erilaisten hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman 2004–2007 tavoitteiksi asetettiin muun muassa hoitotyön osaamisen hyödyntäminen nykytilannetta paremmin ja myös hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen. Näyttöön perustuva toiminta koostuu monista osa-alueista, joiden kehittäminen ja yhteen saattaminen saavat

aikaan näyttöön perustuvan toiminnan. Hoitotyön yhtenäistämisen tarkoituksena on, että potilas saa parasta mahdollista näyttöön perustuvaa hoitoa hoitopaikasta ja paikkakunnasta riippumatta. (STM 2003.)

Toiminnan arvioinnin vaiheet ja mitattavuus liittyvät käyttöönottoon, jota kutsutaan myös implementoinniksi. Implementointi sisältää toiminnan ja mallin kehitys-, toteutus-, käyttö- ja päivitysvaiheet. Menetelmän kehittäminen ja mittaaminen voidaan jaotella kahteen vaiheeseen, joita ovat toiminnan arvioinnin suunnittelu ja tutkimustulosten implementointi tutkimustulosten perusteella. (Bourne et al 2000, 757; Sillanpää 2014, 10.)

Onnistuneessa ja tuloksia tuottavassa implementoinnissa yhdistyvät kyky ja taito saada yhdistettyä oman organisaation visio ja strategiat ja uuden mallin kautta kehittää näitä. Implementoinnissa painottuu viestintä, tulkinta, omaksuminen ja toiminta. (Aaltonen & Ikävalko 2002, 416.) Koko prosessi lähtee työilmapiirin muokkaamisesta, jossa esimiehen tehtävä on luoda positiivinen ilmapiiri, joka auttaa uuden toimintamallin implementoinnissa (Aarons et al 2014, 2). Sandströmin, Borglinin, Nilssonin & Willmanin (2011) mukaan lähiesimiehen oma toiminta on esimerkkinä muille työntekijöille ja hänen tulee olla positiivinen, innostunut ja avoin uuteen käytäntöön.

Toimintakulttuurin tulee muuttua, johtamisen osaamista eri tasoilla tulee kehittää, jotta voidaan siirtyä näyttöön perustuvaan toimintaan ja vahvistamaan sitä. Hoitotyön esimiehillä ja johtajilla on merkittävä rooli, jotta tässä onnistutaan. Heillä on vastuu näyttöön perustuvan toiminnan kulttuurin luomisessa ja ylläpitämisessä työyhteisöissä. (Sarajärvi 2009; Tomey 2009; Holopainen ym 2010; Krainovich-Miller, Haber, Yost & Kaplan Jacops 2009; Casterlé, Willemse, Verschueren & Milisen 2008; Ross & Crumpler 2007.)

Sarajärven (2009) mukaan "Näyttöön perustuva johtaminen on tiedolla johtamista, missä hoitotyön johtajan osaaminen, päätöksenteko ja toiminta perustuvat tutkituun tietoon". Johtajan ja esimiehen on itse oltava roolimallina ja osattava soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa työssään. (Sarajärvi 2009; Gifford et al 2007). Näyttöön perustuvaa toimintaa pidetään tärkeänä tutkimusten mukaan, mutta tieto

näyttöön perustuvasta toiminnasta on heikkoa (Mattila, Koivisto & Häggman-Laitila 2004; Melnyk, Fineout-Overholt, Feinstein, Li, Wilcox & Kraus 2004).

Sedrlinin (2008) tutkimuksessa tuli esille, että itse näyttöön perustuva toiminta ei ole vaikeaa, mutta työyhteisöjen kulttuurin ja prosessien muuttaminen on. Hoitotyönjohtajien merkitys korostuu, kun näyttöön perustuvaan toimintaan siirrytään, koska se kysyy resursseja, joista taas hoitotyön johtajat päättävät. Hoitotyön johtajilla tulee olla aktiivinen ote kehittämiseen ja strategioiden käyttämiseen. (Henderson, Winch, Holzhauser & de Vries 2006; Munroe et al 2006; Pepler, Edgar, Frisch, Rennick, Swidzinski, White, Brown & Gross 2006.) Näyttöön perustuva toiminta tarvitsee esimiesten ja johtajiston jatkuvan tuen ja motivoinnin onnistumiseen (Pajala 2015).

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Kaatumisvaaran arviointi jaetaan neljään vaiheeseen. Näitä ovat: kohderyhmä ja sen löytäminen, lomakkeen täyttö, joka sisältää arviointimittareiden tekemisen, hoidon kokonaisvaltaisen ja tarpeen arvioinnin ja arvioinnista saatujen tuloksien mukaiset jatkotoimet. Arviointi pohjautuu Satu Pajalan IKINÄ-malliin, jonka toteutusvaiheet on eritelty kuviossa neljä. Osastolla 9 henkilökunta suunnitteli osastolle toimintatapoja toteuttaa arviointia ja tulosten pohjalta jatkotoimenpiteitä joko yhteistyössä kotihoidon/ jatkohoitopaikan henkilökunnan kanssa tai omaisten kanssa. Osa käytettävistä arvioinnin mittareista oli ennestään osastolla 9 käytössä ja helpotti näin ollen arvioinnin tekemistä ja sisäistämistä osaston toimintaan. (Pajala 2012, 2015.)



Kuvio 6. IKINÄ -toimintamallin toteutuksen vaiheet osastolla 9.

6.1 Kehittämistyön kohderyhmä

Vaasan kaupunginsairaalassa on kaksi kuntoutusosastoa. Osasto 9 on toinen kuntoutusosastoista. Osastolla on 22 lyhytaikaispaikkaa. Potilaita tulee kuntoutukseen erityisesti ortopedisten leikkausten jälkeen Vaasan keskussairaalan ortopedi-

an ja traumatologian T2-osastolta. Potilaita tulee myös muualta keskussairaalaista kuten esimerkiksi päivystyspoliklinikalta tulehdusten, muistiongelmien, kotona pärjäämättömyyden ja kaatumisen vuoksi. Potilaiden keskimääräinen hoitajakso on 17,3 vuorokautta. Potilaat kotiutuvat omaan kotiinsa, palveluasumiseen tai siirtyvät pitkäaikaisosastolle esimerkiksi odottamaan paikkaa dementiayksiköstä. (Kainulainen 2015.)

Samat potilaat tulevat usein uudelleen. He ovat niin sanotusti sairaalakierteessä. He ovat usein monisairaita. Yleisiä sairauksia heillä on muun muassa sydämen vajaatoiminta, verenpainetauti, diabetes ja Parkinsonin tauti. (Kainulainen 2015.)

Osastolla on 23 hoitajaa sekä osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Osastolla työskentelee osastonlääkäri sekä kaupungin sairaalan fysioterapeutit sovittuina ajankohtina. Osasto 9 jakautuu kahteen moduuliin. Aamu- ja iltavuorossa molemmissa moduuleissa on omat hoitajat, jotka jakavat työnsä huoneittain. Aamuvuorossa hoitajalla on 3–4 potilasta hoidettavanaan. Iltavuorossa molemmissa moduuleissa on oma sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Öisin osastolla on kaksi hoitajaa ja he hoitavat yhdessä molemmat moduulit. Toinen heistä on sairaanhoitaja ja toinen lähihoitaja. (Kainulainen 2015.)

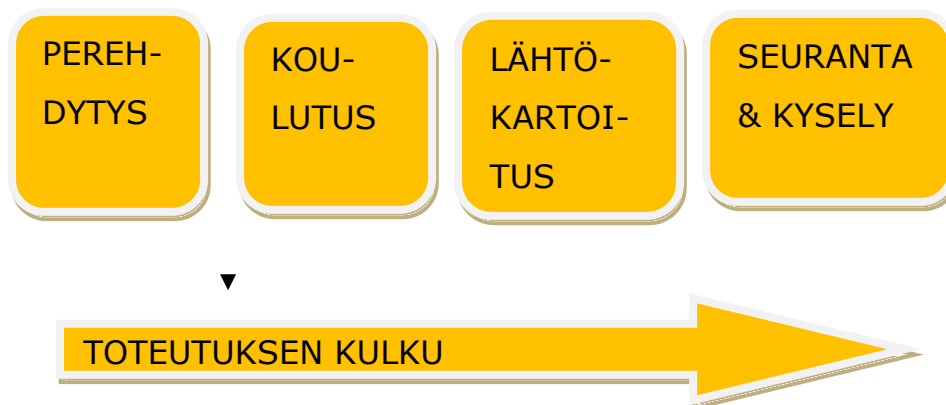
Osasto 9:n henkilökunta on kiinnostunut ikääntyneiden kaatumisen ehkäisyydestä, koska osastolla hoidetaan paljon kaatuneita, potilaita joilla on vamma tai sairaus seurauksena kaatumisesta ja potilaita joilla on sairaus, joka kasvattaa riskiä kaatumiseen. Osastolla tehdään myös paljon vaara- ja haittatapahtumia kaatumisesta johtuen. Näitä tehdään osasto 9:llä enemmän kuin muilla kaupunginsairaalan osastoilla. Tähän haluttiin puuttua ja muuttaa tätä parempaan suuntaan ehkäisemällä kaatumisia. (Kainulainen 2015.)

Kyselyn kohderyhmänä olivat osasto 9:n avainhenkilöt. Osaston päätöksen mukaisesti ensivaiheessa avainhenkilöt tekivät IKINÄ-arvioinnit ja siksi kyselyyn vastasivat vain avainhenkilöt. Avainhenkilöt kutsuttiin koolle yhteiseen tilaisuuteen, jossa avainhenkilöt saivat täyttää kyselyn ja palauttaa sen heti tutkijoille. Tilaisuus järjestettiin työajalla.

6.2 Kehittämistyön vaiheet

Tarkoituksena oli kouluttaa henkilökuntaa ymmärtämään, mikä IKINÄ-malli on, mikä sen tarkoitus on ja kuinka sitä käytetään (Pajala 2015). Henkilökunnalle implementointi-malli esiteltiin keväällä 2015 osaston virkistyspäivänä ja osastolle annettiin materiaalia, joka käsitteli aihetta. Tähän henkilökunta oli perehtynyt ke-
sän ja syksyn 2015 aikana. Materiaali löytyy myös THL:n (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen) internet -sivuilta. Osastolta löytyy Pajalan Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy -opas sekä implementointisuunnitelma.

Syksyn 2015 aikana osaston avainhenkilöt ottivat mallin käyttöön ja muokkasivat sitä osaksi omaa työtään ja aloittivat kirjaamisen arvioinnille tarkoitettuun kohtaan Pegasokseen. Syksyn aikana on seurattu, havainnoitu ja arvioitu mallin sopeuttamista ja sisäistämistä osallistumalla osaston viikkokokoukseen sekä raportointitilanteeseen. Samalla on tehty lähtötilannekartoitus. Lähtökartoituksessa käytettiin ympäristön tarkoituslistaa, joka löytyy www.oppiportti.fi -sivuilta. Implementoinnin ja tutkimuksen toteutuksen kulku on kuvattuna kuviossa 7. (Oppiportti 2016; Pajala 2015.)



Kuvio 7. Kehittämistyön toteutuksen kulku osastolla 9.

6.2.1 Henkilöstön perehdyttäminen malliin

Osasto 9 piti toukokuussa 2015 TYKY -päivän. Siellä esiteltiin IKINÄ-mallin implementointia ja samalla kerrottiin, mitä malli sisältää, sen historiaa ja tarkoi-

tusta. Osastolle annettiin Pajalan kirjoittama Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy -opas. Osastonhenkilökunnalla oli mahdollisuus perehtyä tähän omatoimisesti neljän kuukauden aikana.

Kaatumisten ehkäisy -mallista tehtiin implementointisuunnitelma ylemmän ammattikorkeakoulun kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelmassa Näyttöön perustuvan työn -opintojaksolla ja tämä malli annettiin osaston omaan käyttöön toukokuussa 2015. Mallin suunnittelussa oli mukana osastonhoitaja sekä tämän opin näytetyön tekijät.

6.2.2 IKINÄ-mallin kirjaaminen potilasohjelamaan

Kirjaamista varten on suunniteltu Pegasokseen kirjaamismalli IKINÄ-arvioinnille. Malli on suunniteltu yhdessä Pegasos-käyttöjärjestelmän Vaasan kaupungin suunnittelijoiden kanssa. Kirjaamismalli pohjautuu laajaan IKINÄ-arviointiin ja sisältää samat pääkohdat. Kirjaamismallissa on otsikoidut alueet, joiden alle merkitään pisteet ja kommenttikenttiin tekstiä. Kirjaamismalli näkyy kaikilla Pegasos-käyttäjillä eli hoitotyöntekijöillä ja se on helppo tulostaa esimerkiksi potilaan kotiutuksessa mukaan. Tämä edesauttaa kaatumisten ehkäisyä myös kotiutuspaikassa, koska tällöin osataan puuttua tärkeisiin osa-alueisiin kuten esimerkiksi oikeanlaisen jalkineiden hankintaan tai kiinnittää huomiota apuvälineiden oikeanlaiseen käyttöön. (Pajala 2015.)

Kaatumisten kirjaaminen on otettava esiin tarpeeksi usein, jotta siihen voidaan aina puuttua paremmin. Kirjaaminen on tärkeää työtä ja sen tärkeys täytyy tuoda esiin usein, jotta asioita voidaan muuttaa. Kirjaaminen on yksi tiedottamisen väline, jota tulee hyödyntää. Kirjaaminen kaatumisten osalta, mutta myös muiden haitta- ja vahinkotapahtumien osalta, täytyy olla jatkuvasti puheenaiheena ja seurannassa. Ilman kirjaamista, ei voida seurata kaatumisten määrää ja ilman kaatumisten määrän pitkäaikaista seuranta ei voida nähdä tai verrata tuloksia IKINÄ-mallin käyttönoton hyödyntä. (Pajala 2012; Vaasan kaupunki 2015; STM 2012.)

Hoitotyön kirjaamista koskien on tehty kirjaamissuosituksia Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen toimesta. Näissä suosituksissa painotetaan yhtenäisen ja selkeän

kirjaamisen tapaa ja kirjaamisen tapahtumista potilastieto-ohjelmaan. Terveystieteiden tutkimuksessa uusien toimintamallien käyttöönotto tarvitsee oman tiedossa olevan kirjaamiskohdan, jotta saadaan tietoa hyödynnettyä mahdollisimman monissa hoitoalan toimipaikoissa ja yksiköissä sekä voidaan turvata moniammatillisen hoitotyön jatkuvuus. Kirjaamisen tarkoituksena on edesauttaa IKINÄ-mallin jatkotoimenpiteiden toteuttamista jatkohoitoyksiköissä. (Nykänen & Junttila 2012.) Tässä kehittämistyössä toteutettiin suosituksia ja ohjeistuksia.

6.2.3 Henkilöstön koulutus

Uuden menetelmän käyttöönotto edellyttää aina, että vanhoista ajattelutavoista luovutaan ja niitä muutetaan uudellaisiksi. Nämä muutokset voivat usein aiheuttaa vastustusta ja pelkoa. Nevalaisen ja Harran (2007) tutkimuksen mukaan vanhaan tapaan on helppo palata, ellei uuden asian oppimiseen paneuduta heti kunnolla, eikä siihen ole nimetty ketään vastuuhenkilöä.

Näyttöön perustuvien käytäntöjen vakiinnuttaminen hoitohenkilöstön käyttöön konkreettisiksi työkaluiksi on ehdottoman välttämätöntä, koska siten varmistetaan käytäntöjen yhtenäistyminen. Samalla mahdollistetaan suositusten mukaisten menetelmien vaikuttavuuden arviointi. Menetelmiä voidaan arvioida järjestelmällisemmin luotettavien asioiden kirjaamisen yleistyttyä koko maassa. Hoitotyössä olevat henkilöt tarvitsevat myös ohjeistusta ammatillisesti korkeatasoisen arvioinnin tekemiseen omasta toiminnastaan ja sen käytännön arviointiin. (Miettinen 2007, 3.)

Hoitotyöntekijän on nähtävä tutkimuksen arvo käytännön työssä, voidakseen kokea hyötyvänsä siitä. Tutkimustiedon käyttöön saaminen on siis tutkimuksen ja käytännön hoitotyön kohtaamisen välillä ensiarvoinen asia. Tutkimustulosten vaikutusten hyödyntäminen käytännössä edellyttää selviä tuloksia ja tieto on oltava helposti saatavilla sekä nopeasti perehdyttävissä. Hoitotyöntekijä tarvitsee taitoja ja resursseja voidakseen arvioida, yhdistää ja levittää parasta näyttöä käytäntöön. Hoitohenkilökunnalla ei ole aina edes tietoa kulloinkin meneillään olevista tutkimuksista ja nimenomaan sairaanhoitajien oman arvioinnin mukaan he kokevat olevansa kykenemättömiä tutkimusten laadun arvioinnissa. Tutkimustuloksien

arviointiin ei ole riittävästi valmiuksia ja tilastollisten analyysien ymmärtämisessä on vaikeutta, jolloin tutkimustiedon hyödyntäminen estyy. (Oranta, Routasalo & Hupli 2002.)

Toimintatutkimukselle tyypilliseen tapaan tämänkin koulutuksen oli tarkoitus antaa pohjaa mallin käytäntöihin ja antaa henkilökunnalle ”vapaat kädet” muokata mallia ja saatua tietoa osastolle sopivaksi. Toimintatutkimuksen idean sanotaan olevan siinä, miten tutkimus johtaa käytäntöjen paranemiseen tutkimukseen osallistuneiden ihmisten toiminnassa. IKINÄ-mallin juurruttaminen osaksi osaston toimintaa tuo uusia mahdollisuuksia esimerkiksi suunnittelun ja toteutuksen helpottamiseen omassa työssään. (Corey 1953; Pajala 2012, Pajala 2015.)

Koulutusta IKINÄ-mallista järjestettiin kolmena sovittuna iltapäivänä osasto 9:n omissa tiloissa. Jokaisen koulutukseen osallistui osaston omaa henkilökuntaa, fyysioterapeutit ja varahenkilöstön jäsenet, jotka olivat tällöin osastolla vuoroissa. Jokainen koulutus kesti noin 1,5 tuntia. Koulutus järjestettiin henkilökunnan työajalla. Koulutuksen pohjana käytettiin THL:n kaikille käyttöön suunniteltua koulutusrunkoa, joka löytyi thl.fi -internetsivuilta vuoden 2015 loppuun asti. Koulutusdiat ovat uudelleen muokattu ja löytyvät uutena versiona oppiportti.fi -internetsivuilta, jotka ovat Duodecimin omat sivut ja linkki koulutusdioihin löytyy THL:n sekä Duodecimin internet-sivuilta. Koulutusrunko on kaikille avoin ja maksuton. Sen läpikäyminen ja sen pohjalta opettaminen on arvioitu kestävän 50 minuuttia. Koulutusrunгон sisältö ja rakenne ovat ennallaan, mutta ulkoasu ja selattavuus on tehty helpommiksi käyttää. Sivuilta löytyy muun muassa suorat linkit erilaisiin lakipykäliin, toimintaohjeisiin ja sanojen määritelmiin. (Oppiportti 2016; Pajala 2015.)

Kaikkina kolmena koulutuskertana käytiin aluksi läpi IKINÄ-oppaaseen perustuva koulutus pohja. Ensin selvitettiin, miksi kaatumisen ehkäisy on tärkeää, mistä kaatuminen johtuu ja miten kaatuminen määritellään. Koulutuksessa jaotellaan kaatumiseen johtavia tekijöitä kolmeen osa-alueeseen: sisäisiin, ulkoisiin ja käytäytymiseen perustuviin vaaratekijöihin. Näistä pääkohdat käytiin läpi ja keinoja niiden kautta kaatumisten ehkäisyyn. Esimerkiksi sisäisiin vaaratekijöihin kuulu-

via sairauksia ei käyty yksitellen läpi vaan listamaisesti, koska sairauksista tietäminen ja niiden hoito kuuluu henkilökunnan jokapäiväiseen työhön. (Pajala 2012, 2015.)

Koulutuksissa käytiin läpi IKINÄ-mallin arviointilomake ja sen sisältämät mittarit. Aikaisemmin implementointisuunnitelmaa tehdessä tuli esiin, että kaikki mallin sisältämät mittarit ovat entuudestaan osaston henkilökunnalle tuttuja ja osastolla aikaisemmin käytössä olleita. Tästä syystä mittareita ei käyty tarkemmin läpi. Koulutuksissa käytiin läpi arviointilomakkeen täyttämistä ja kirjaamista Pegasokseen. (Pajala 2012.)

Koulutuksissa esiteltiin IKINÄ-mallin käyttöönoton sisältämä toimeenpanoprosessi. Ensin luotiin pohjaa ja perustaa koulutuksella koko prosessille. Koulutuksen tärkeyttä ja tarkoitusta perusteltiin sillä, että näin jokainen tulisi tietoiseksi, mistä prosessissa on kyse ja mitä toimenpiteitä se vaatii henkilökunnalta. Henkilökunnan aktiivisuutta ja panostusta korostettiin useaan kertaan. Seuraavasta vaiheesta eli testauksesta ja suunnittelusta keskusteltiin yhteisesti. Henkilökunta sai työryhmänä miettiä, miten mallia aletaan toteuttamaan osastolla ja ketkä nimetään vastuu- eli avainhenkilöiksi. Koulutuksissa painotettiin myös moniammatillisuutta ja sen tärkeyttä. Osaston fysioterapeutit osallistuivat myös koulutukseen. Osaston lääkäri oli mukana keväällä 2015 infotilaisuudessa. (Pajala 2012, 2015.)

Ensimmäisessä koulutuksessa oli mukana mallia käyttänyt ja mallista kehittämistehtävän tehnyt osastonhoitaja Kirsi Wiik, joka kertoi omista kokemuksistaan ja mallin käytöstä. Koulutustilanne oli keskustelumainen ja osastonhenkilökunta esitti omia kysymyksiä ja ajatuksiaan läpi koulutuksen. Kokemuspohjainen tieto auttaa mallin sisäistämisessä (Pajala 2015).

Kaikkina kolmena koulutuskertana henkilökunnalle jaettiin kiertäväksi arviointilomakkeet ja ”Kehitä ja johda kaatumisten ehkäisytyötä” -kirja. Näihin oli mahdollisuus tutustua koulutuksen aikana. Lisäksi osastonhenkilökunnan kanssa käytiin läpi kirjaamissivu Pegasoksesta ja reitti mistä se löytyy. Henkilökunnan kanssa käytiin läpi, mistä kaatumisten ehkäisy-työstä löytyy tietoa: internet-sivut, materiaalin paikka osastolla ja kirjallisuutta, jota voi ostaa kirjakaupasta tai lainata

kirjastosta tai ladata pdf-tiedostoina internetistä. Osastolle on aikaisemmin annettu Pajalan vuonna 2012 julkaistu iäkkäiden kaatumisten ehkäisy-opas.

Koulutuskertoina tuotiin esille avainhenkilöiden tärkeyttä ja johdon osallistumisen tärkeyttä. Avainhenkilöt muodostavat ryhmän, joka aloittaa IKINÄ-mallin käyttöönoton osastolla. Ryhmä suunnittelee kaatumisen ehkäisytoimenpiteitä, käytännön menettelytapoja ja ajankäyttöä. Ehkäisytyö jaetaan ryhmäläisten kesken ja sen tulisi olla joustavaa. Ryhmään täytyisi kuulua joku esimies tai johdon jäsen. Osastolla ryhmään osallistui osastonhoitaja. Työntekijät ryhmässä osaavat myös määrittää työtehtäviä, joita ei tarvitse muuttaa, koska ne toimivat sinällään kaatumisten ehkäisemiseksi. Kaikki osallistuminen kerrottiin olevan vapaaehtoista eikä kehtään nimetty tai määrätty avainhenkilöksi. Kaikki osallistuneet olivat vapaaehtoisia ja ilmoittautuivat itse. Vapaaehtoisuuden tulisi lisätä kiinnostusta ja motivaatiota toimia parhaalla mahdollisella tavalla mallin käyttöönoton onnistumiseksi. Avainhenkilöiden määrä muodostui vapaaehtoisten mukaan. Määrää ei ollut määriteltä valmiiksi. (Pajala 2015.)

6.2.4 Lähtökartoitus osastolla 9

Lähtötilanne on tärkeää kartoittaa, että toiminnan suunnittelu, tavoitteiden määrittely ja arvioinnin tekeminen helpottuu. Lähtötilanneessa kartoitettiin fyysiset tilat. Kartoituksessa on syytä ottaa huomioon henkilökunnan määrä ja kuinka implementointi sopeutetaan osaksi osaston toimintaa. On tärkeää, että tiedetään implementoinnin sisältämä työ, syyt ja tarkoitus kehittämistyölle ja se, mitä mallin sisäistämistä odotetaan. Sitoutuminen kaatumisten ehkäisyn kehittämistyöhön on tärkeää, että uudelta työstä tulee pysyvää ja se muokkautuu osaksi osaston toimintaa. (Pajala 2015, 10.)

Aluksi selvitettiin kaatumisten määrä ja arvioitiin kirjaamiskäytäntöjä ja niiden luotettavuutta, kaatumisten määriä lähtötilanne hetkellä ja implementointimallin käyttöönoton jälkeen. Yleisimmät seuranta-ajat ovat kuusi kuukautta ja vuosi mallin käyttöönoton jälkeen. Usein kaatumisten määrä lisääntyy ensimmäisen vuoden aikana, koska siihen kiinnitetään entistä enemmän huomiota. Kaatumisten määrä vähenee yleensä pitkällä aika välillä. (Pajala 2015.)

Usein kirjaamiskäytännöt ovat ensin kehitettävä vastaamaan tarpeita. Kirjaamiskäytäntöjen opettelu ja vakiintuminen osaksi toimintaa vie aikaa. Kirjaamisista sekä kaatumisten osalta että kaatumisen ehkäisymallin eli IKINÄ-mallin osalta ohjeet tulee olla selkeitä ja toimintatavan yhtenäinen. (Pajala 2015, 10–11.)

Vaara- ja haattatapahtumailmoitusten eli kaatumisten kirjaaminen on osana päivittäistä työtä ja tämä on tuttu osaston henkilökunnalle, koska toiminto on ollut käytössä pitkään ja on yksi kaupunginsairaalan hoidon seurantamuodoista. IKINÄ-mallin kirjaamista ei ole ollut Pegasoksessa valmiina, vaan kaikki potilaille tehtävät testit ja arvioinnit on kirjattu niille määritettyihin erillisiin kohtiin Pegasoskäyttöjärjestelmässä. Vaasan kaupungin Pegasoskäyttäjä Petra Laaksoharjun kanssa on kehitetty IKINÄ-mallia varten oma kirjaamiskohta. Kirjaamiskohta suunniteltiin kaatumisvaaran arvioinnin mukaisesti. (Pajala 2012; Kainulainen 2015.)

Kaatumisten ehkäisyn osaamisen kartoitus on tärkeää selvittää. Perustiedot kaatumisista ja kaatumisten ehkäisystä jokainen hoitoalalla työskentelevä tietää koulutuksen kautta. Tämä kuuluu osaksi ammattimaista osaamista. Kaatumisten ehkäisyn kehittämisen osalta myös johdon ja esimiesten on tärkeää ymmärtää, mistä tässä on kyse ja saada koulutusta toiminnasta. Johdon ja esimiesten tieto kaatumisista, niiden kustannuksista ja ehkäisytoiminnasta edesauttaa osaston kehittämistyötä ja työnsuunnittelua. (Pajala 2015.)

Kaatumisten ehkäisyn ja sen implementoinnilla on sama päätavoite: kaatumisten ja kaatumisvammojen väheneminen. Päätavoitteena on kuitenkin myös ehkäisytoimien käyttöönotto ja niiden sopeuttaminen osaksi osaston toimintaa. Tarkoitus on toimintaa kehittämällä saada kaatumiset vähenemään. (Pajala 2015, 15.)

Lähtötilanteessa asetetaan aina aikataulu, että voidaan seurata tuloksia ja implementointimallin soveltamista työhön. Kuitenkin esimerkiksi kaatumisten määrä tyypillisesti lisääntyy implementoinnin alkuvaiheessa, koska kaatumisiin ja niiden kirjaamisiin kiinnitetään entistä enemmän huomiota. Jos kaatumisten ennalta ehkäisytyö on uutta, se vie oman aikansa ennen kuin toimet ovat tehokkaimmillaan. Kaatumisten määrä voi olla mallin käyttöönoton jälkeen suurempi, joten mallin

sisäistäminen on tärkeä tutkimuskohde. Pitkäjänteinen työ tuottaa tuloksia. (Pajala 2015.)

Lähtökartoituksessa osaston fyysiset tilat täytyy käydä läpi. Tarkistetaan, että tiloissa on tarvittavat liikkumista edesauttavat apu- ja tukivälineet ja että tilat soveltuvat ikääntyneille ja heidän hoitoaan vaativiin toimenpiteisiin. Tarkistuksessa käydään läpi kaatumisia ennalta ehkäisevät asiat kuten, onko kaatumisten lisääviä tekijöitä kuten mattoja tai kynnyksiä. Fyysisten tilojen kartoitukseen kuuluu kuvälilien toimivuus, valaistus ja lattiapintojen materiaali. Fyysiset tilat kartoitetaan kartoituslomakkeen pohjalta. Lomake löytyy Pajalan 2015 julkaistusta Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisy -oppaasta ja Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivuilta kohdasta arvioinnit, seurannat ja lomakkeet (www.thl.fi). (Pajala 2015.)

6.2.5 Seuranta osastolla 9

Osastolla järjestettiin 29.10.2015 IKINÄ-mallin suunnittelupalaveri, johon osallistui osaston henkilökuntaa sekä sinä päivänä osastolla työskenteleviä varahenkilöitä. Tätä ennen osastonhenkilökunta oli keskustellut ja suunnitellut mallin käyttöönottoa päiväraporteilla. Osaston henkilökunta nimesi vastuuhenkilöt, joita tulee olemaan osastonhoitaja, viisi osaston sairaanhoitajaa ja kaksi osaston fysioterapeuttia. Koulutuksissa tuotiin esille avainhenkilöiden nimeämisen tärkeyttä ja IKINÄ-mallin tekoryhmän muodostamista. Osastolle nimettiin siis kahdeksan vastuu- eli avainhenkilöä mallia toteuttamaan. Henkilökunta päätti, että he pyrkivät tekemään IKINÄ-arvioinnin 2–7 päivän kuluessa siitä, kun potilas tulee osastolle. Henkilökunta päätti, että kirjaaminen tehdään sekä Hoitotyö-lehdelle, että IKINÄ-kohtaan Pegasokseen. Paperiversiot tullaan säilyttämään ainakin toistaiseksi potilaspapereissa. Henkilökunta suunnitteli, että he aloittavat mallin tekemisen aluksi niille, jotka ovat kotona kaatuneet ja ovat sen vuoksi tulleet osastolle hoidettavaksi. IKINÄ-arviointiin päätettiin varata aikaa n.1–2 tuntia. Potilaan lähtiessä kotiin, annetaan mukaan jatkotoimenpiteet -lomake, mihin kirjataan: miten kaatumista voidaan ennalta ehkäistä. Uusi tapaaminen ja mallin käytön suunnittelupalaveri pidettiin tammikuussa.

Välipalaverissa tammikuussa 2016 tuli ilmi, että IKINÄ-arviointeja oli tehty vain vähän, koska kotona kaatuneita ja tästä syystä osastolle tulleita ei ollut tullut osastohoitoon kovinkaan monta. Avainhenkilöt päättivät, että jatkossa IKINÄ-arviointi tehdään kaikille, joiden koetaan siitä hyötyvän. Tähän ei siis vaikuta enää asuuko kotona vai palveluasumisessa tai onko tullut kaatumisen takia osastohoitoon. Välipalaveriin osallistui 5 avainhenkilöä, jotka tiedottavat sovituista asioista osaston muulle henkilökunnalle. Tavoitteeksi asetettiin, että IKINÄ-arviointia tehdään joka viikko. Välipalaverissa kerrattiin mallin teoriaa ja jokainen sai toimintatutkimukselle tyypilliseen tapaan arvioida mallia, kertoa omia ajatuksiaan ja ideoitaan ja tutkijoiden rooli oli kuunnella ja kannustaa. Tutkijat kyselivät kuulumisia ja miten mallin sisäistäminen on sujunut.

Näyttöön perustuvan työn toiminnassa on tärkeää, ettei muutoksia tehdä kerralla liikaa ja näin ollen vaaranneta kaatumisten ehkäisyn kehittämisen onnistumista. Kuitenkaan ”liian helpolla” tavalla ei suoriuduta tuottamaan tuloksia, kuten vaihtamalla jalkineita turvallisemmiksi vaan muitakin toimia täytyy tehdä. (Pajala 2015.) Osastolla pidetyt keskustelut ja näiden seuranta keskittyi paljolti siihen, että suunniteltiin IKINÄ-mallin toimintatapoja sopiviksi ja mahdollisiksi tehdä. Jatkotoimenpiteiden kirjaamista suunniteltiin ja pohdittiin, kuinka ne tulisi mahdollisimman hyvin toteutumaan jatkohoitopaikassa. (Pajala 2015.)

Monille henkilökunnan jäsenille voi olla vaikeaa aloittaa keskustelu ja toiminnan suunnittelu organisaatiossa, jossa toimintaa on ohjattu aina ylhäältä alaspäin. Toimintatutkimuksen tapaan tutkijat voivat edesauttaa henkilökuntaa tuomaan ideoitaan ja ajatuksiaan kaikkien kuultaviksi esimerkiksi osallistumalla palaveriin ja suunnitteluistuntoihin kertomalla mallista ja tavasta toteuttaa sitä ja esittämällä kysymyksiä, kuten miten tekisit, miten toimisit, mikä on muutettavissa tai missä on muutettavaa. Palaveri olisi saatava muodostettua rennoksi esimerkiksi kahvittelemaiseksi hetkeksi ja tutkijan olisi hyvä pitää kannustava ja motivoiva alkupuheenvuoro ja olla innoissaan mallista. Tutkijan on hyvä huolehtia, että jokainen osallistuva tulee kuulluksi ja saa kertoa ajatuksiaan. Kaikkia ideoita ja ajatuksia tulee pohtia tasapuolisesti ja avoimesti, mitään ajatusta ei saa lytätä tai ihmetellä, miksi niin ajatellaan. Keskustelun mallia voidaan pitää innovatiivisena.

Tutkija tarjoaa menetelmiä, teorian tietoa ja kuuntelee osallistuvia. Tutkijan on hyvä kertoa, miksi mallia tarvitaan tai mitä sen käytöstä voidaan hyötyä. (Engeström 1995; Kuula 1999; Pajala 2012.)

Pelkällä prosessien kuvaamisella ei saada haluttuja tuloksia aikaiseksi. Vasta toiminnan seuraaminen ja asetettujen tavoitteiden mittaaminen vievät asioita oikeasti eteenpäin. Prosessin eli uuden toimintamallin systemaattinen seuranta suunniteluin väliajoin ja kehittämistarpeiden tunnistaminen saavat haluttuja tuloksia aikaiseksi. Prosessissa havaittujen puutteiden korjaaminen sekä mahdollisten muutosten toteuttaminen tehdään välittömästi, kun ne huomataan. (Holopainen ym. 2010; Pajala 2015.)

Uuden toimintatavan täsmällisyyden arviointi on edellytys sille, että sen tuloksia voidaan tarkastella luotettavasti. Näyttöön perustuvassa toiminnassa keskeistä on, miten uusi toimintamalli vaikuttaa potilaan terveyteen ja hyvinvointiin. Näyttöön perustuvan toiminnan johtamisessa tavoitteen määrittely on keskeistä. Kun hoidolle on asetettu tavoitteet ja hoito on suunniteltu niiden pohjalta, on tarpeen arvioida saavutettuja tuloksia. Yksi tapa on tarkastella vaara- ja haittatapahtumia kaatumisista. Alun alkaen kiinnostus uuden toimintamallin käyttöönotolle tuli nimenomaan johdon huolesta osaston korkeista vaara- ja haittatapahtumista. (Engeström 1995; Holopainen ym. 2010; Pajala 2012, 2015.)

Minkä tahansa toiminnan kehittämisessä ei riitä, että uusi toimintamalli, hoitokäytäntö tai -väline otetaan käyttöön, vaan sen vakiintumista tulee jatkuvasti seurata. Organisaatiossa voidaan suunnitella erityinen auditointiprosessi, jossa jonkin toiminnan toteutumista ja täsmällisyyttä arvioidaan. Auditointi perustuu ennalta määriteltyihin kriteereihin. Ne taas pohjautuvat olemassa olevaan ohjeistukseen tai hoitosuositukseseen, jota käytetään työyksikössä. Auditointiprosessi käynnistyy senhetkisen tilanteen kuvauksella, jonka tulosten perusteella määritellään keskeiset kehittämiskohteet. Ne valitaan tavoiteltujen lopputulosten mukaan, jolloin kehittämistyö kohdistuu kaikkein tärkeimpiin seikkoihin. Mahdolliset esteet, keinot niiden ylittämiseen ja tarvittavat resurssit ennakoidaan. Toiminnan uudelleen arviointi antaa lopulliset tulokset. (Holopainen ym. 2010; Pajala 2015.)

Uusilla toimintatavoilla on taipumus hiipua paitsi ajan myötä, myös organisaation tuen puuttuessa sekä johtajien ja henkilöstön vaihtuessa. On arvioitu, että etenkin ihmisten toimintaan kohdistuvat muutokset epäonnistuvat jopa 80-90 prosenttisesti. Uudet toimintatavat usein lakkaavat levitessään toinen toistaan erilaisempiin yksiköihin. Niiden soveltaminen työyksikköön sopivaksi lisää niiden hyväksymistä ja siten vakiintumista. Toisaalta tällä saatetaan menettää jotain tärkeää, jolloin ei välttämättä saavutetakaan alkuperäisiä tavoiteltuja tuloksia, vaan hukataan uuden toimintamallin suomat mahdollisuudet parantaa tuloksia. Näyttöön perustuvan toimintamallin kehittäjien tulisi kyetä nimeämään ne sisällöt, joita voidaan ja joita ei voida paikallisesti muuttaa. (Holopainen ym. 2010, 124; Pajala 2015.)

Mallin käyttöönoton ja jatkotoimenpiteiden tekemisen ja seurannan vuoksi IKINÄ-mallin käyttöönotosta tiedotettiin kaikille Vaasan sosiaali- ja terveystieteiden yksiköille tiedotteella, joka lähetettiin sähköisesti Vaasan kaupungin tiedotusvastavastaavan kautta. Näin kaatumisen ennaltaehkäisevän työn odotetaan ja toivotaan jatkuvan jatkohoitopaikoissa ja mallin herättävän mielenkiintoa muissa yksiköissä (Pajala 2015). Tiedote on liitteessä 3. Tiedote lähetettiin tammikuussa 2016.

6.2.6 Vaara- ja haittatapahtumailmoitusten seuranta

HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointitapa ja työkalu. HaiPro -työkalu on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä Suomessa. Käyttäjäyksiköiden koko vaihtelee terveyskeskuksista sairaanhoitopiireihin. HaiPro -raportointijärjestelmä on suunniteltu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. (HaiPro 2013.)

Vaara- ja haittatapahtumista Kaatuminen -osiota seurataan ennen ja jälkeen mallin käyttöönoton kehittämistyössä. Kaatumisten ehkäisyä ja sen tuloksia tulee seurata Pajalan (2012) mukaan kuuden kuukauden jälkeen mallin käyttöönotosta. HaiPro-seuranta ja sairaalan osastojen välinen HaiPro-vertailu kuuluu kaupungin sairaalan johdon tehtäviin. (Pajala 2012.)

6.2.7 Henkilöstön kysely

Avainhenkilöille tehtiin kysely keväällä 2016, kun malli oli ollut käytössä noin kuusi kuukautta. Kyselylomake muodostui teorian tiedon pohjalta sekä niin, että se vastasi seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

Tavoitteet tässä kyselyssä olivat:

- 1. AVAIN-henkilöiden kokemukset IKINÄ-mittarista**
- 2. Ennaltaehkäisevän työn lisääntyminen IKINÄ-mallin käytön jälkeen**
- 3. IKINÄ -mittarin käytön vaikutukset kaatumisten määrään?**

Toimintatutkimukselle on tyypillistä arvioida mallin käytöllä saatuja tuloksia tutkimuksen tavoitteisiin. Tavanomaisin tavoite toimintatutkimuksessa on tiedossa olevan ongelman vähentäminen tai poistaminen. Tässä kehittämistyössä ongelmaksi oli nimitetty kaatumisten suuri määrä. Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu, että osallistuvat jäsenet arvioivat työn/mallin tuloksellisuuden: onko hankkeesta saatu riittävästi hyötyä. Arvion pysyvyyttä voidaan testata hankkimalla siihen osallistuneilta myöhemmin uudet arviot. Tämä on myös suositeltavaa. Toimintatutkimuksessa yleensä arvioidaan osallistuvien yksilöllisten tietojen, asenteiden ja yhteistyötaidon kehittymistä mallin käyttöönoton aikana. Näihin asioihin kehittämistyön kyselyssä keskitytään ja nämä osiot tulevat esiin myös kehittämistyön tutkimuskysymyksissä. (Kuula 1999.)

Kyselylomake oli näin ollen jaettu kolmeen osa-alueeseen tutkimuskysymysten mukaan: kokemukset, hyödyt ja muutokset. Kysely tehtiin IKINÄ-mallia tekemään nimetyille avainhenkilöille. Kysely tehtiin sovittuna ajankohtana osastolla paperiversiota täyttäen. Opinnäytetyössä kohderyhmänä kyselyä tehdessä käytettiin osastolla nimettyjä vastuu- eli avainhenkilöitä, jotka olivat kaikki perehtyneet malliin ja tehneet IKINÄ-arvioiteja. (Pajala 2015.)

Kyselylomakkeessa käytettiin väittämäkysymyksiä, jotka arvioitiin neliportaisella Likertin asteikolla. Likertin asteikko on järjestysasteikko, joka on erittäin käytetty mielipideväittämissä. Asteikon perusidea on, että asteikon keskikohdasta lähtien

toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen samanmielisyys vähenee. Vastausvaihtoehtoa ”en osaa sanoa” ei käytetty ollenkaan, koska kaikilla avainhenkilöillä oli kokemusta ja tietoa IKINÄ-mallista. Asteikolle valittiin seuraavat arvot: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. (Hirsijärvi ym. 2009, 201.)

Laadukkaan ja luotettavan tutkimuksen perusta on onnistunut kyselylomake. Lomake tulee suunnitella hyvin, kysymykset tulee muotoilla selvästi ja lomake tulee esitellä ennen aineiston keräämistä, jotta vältetään virheitä. Lomakkeen esittäminen on keskeistä esimerkiksi EU-tilastojen kehittämisessä. (Ahola 2006.) Lomakkeen testaaminen tarkoittaa, että tehdään koekysely. Testaajina voivat olla asiantuntijat (kollegat, ohjaajat), perusjoukkoon kuuluvat tai vastaavat henkilöt. (Vilka 2009, 78).

Kyselylomake (Liite 5) esiteltiin kahdella sairaanhoitajalla ja yhdellä fysioterapeutilla, joilla ei ollut aikaisempaa tietoa IKINÄ-mallista. Testaajat kokivat, että kysymykset olivat selkeitä ja että kyselylomake oli selkeä, ymmärrettävä ja helposti luettavissa. He myös kokivat, että kysymysten otsikointi helpotti hahmottamista. (Hyvinvointikatsaus 2006.)

Kyselomakkeessa oli mukana saatekirje (Liite 4). Saatekirjeen informointitarkkuus määritellään aina tapauskohtaisesti. Tämän kehittämistyön kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin kehittämistyöstä, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta vastausten suhteen. Tutkijat olivat läsnä kyselyn ajan.

Kokemukset IKINÄ-mallista

Kokemus tarkoittaa tietoa ja taitoa selviytyä ympäristössä. Kokemus tulkitaan kasvavana osaamisena ja syntyy yksilöllisestä tulkinnasta. Kokemus käsitetään elämyksenä, perehtyneisyytenä tai tietona jostakin. (Suomisanakirja 2015.) Toimintatutkimuksessa kokemus tiedon avulla pystytään muokkaamaan toimintaa haluttuun suuntaan.

Kokemiseen pohjautuva tutkimus on luonteeltaan empiiristä eli tavoitteena voi olla selvittää ihmisten kokemuseräistä tietoa tutkittavasta asiasta. Kokemuksia

voidaan tutkia haastatteluilla, kyselyillä tai kertomuksilla (Jyväskylän yliopiston koppa 2009). Kehittämistyössä tutkitaan, minkälaisia kokemuksia AVAIN-henkilöillä oli IKINÄ-mallin käytöstä (Pajala 2015).

IKINÄ-mallin hyödyt

Muutos ja sen tuoma hyöty on aina osattava perustella ja selittää. Muutosta ei tapahdu eikä henkilökunta sitoudu muutoksen tekoon, jos ei ymmärretä muutoksen seurauksia ja hyötyjä. Kehittämistyössä painotettiin useita kertoja yhteisen toimintamallin tarpeellisuutta ja kaatumisten ehkäisytyön tärkeyttä ja hyötyjä. Muutoksen tavoitteet ovat tässä kehittämissä laadullisia eli henkilöstön osaamisen ja tiedon hyödyntäminen ja lisääminen. Kehittämissä voidaan saavuttaa myös määrällisiä tavoitteita: kun kaatumisia saadaan vähennettyä, sairaala- ja hoitokustannukset pienenevät. (Ilmarinen 2015; Pajala 2015.)

Asiakasnäkökulmasta muutosten tuoma hyöty on hoidon muuttaminen kaatumisia vähentäväksi ja potilaan/asiakkaan ympäristön, apuvälineiden, lääkityksen ja toimintatapojen muuttaminen paremmaksi ja turvallisuutta lisääväksi. Muutoksessa on siis kyse tavoitteista: mitä muutoksella saavutetaan, hyödyllisyydestä: mitä muutos edistää ja muutoksen sisällöstä: mikä muuttuu. Käytännön työssä muutos vaikuttaa töiden sisältöön ja organisaatioon. On hyvä tutkia, mitkä ovat muutoksen seuraukset: tuoko muutos lisää osaamista ja hyödyntääkö muutos henkilökunnan osaamista. (Ilmarinen 2015; Pajala 2012, 2015.)

IKINÄ-mallin tuomat muutokset

Toimintatutkimus lähtee työelämän arjen, työtilanteiden, ihmisen toiminnan selvittämisestä ja kartoittamisesta. Ensiksi määritellään ongelma tai asiat, joihin uudella mallilla pyritään. Tavoitteiden asettaminen on tärkeää ja tähän pyritään muutoksella. Tavoitteena on siis muutosten toteutuminen. Muutosprosessissa vuorottelevat suunnittelu, toteutus ja toteutuksen arviointi. Muutoksen toivotaan tuovan ongelmanratkaisua ja kehittävän toimintaa. Tässä kehittämissä muutoksella tavoitellaan uusien toimintamallien muokkautumista osastolle ja näiden avulla kaatumisten vähenemistä. Toimintatutkimukselle tyypillisesti tässä kehittämis-

työssä yritetään saada aikaan muutoksia tutkittuja toimintamalleja hyödyntämällä. (Heikkinen 2001; Engeström 1995; Pajala 2015.)

On ymmärrettävä, että muutos koskettaa useita ryhmiä ympärillään. Tässä kehittämistyössä näitä ovat: henkilökunta, sairaalan johto ja esimiehet, potilaat, omaiset ja jatkohoitopaikan henkilökunta. Tutkittaessa muutoksia eri ryhmät tulee jollakin tapaa huomioida. Muutokseen sitoutumista edistää riittävä ja tarpeellinen tieto muutoksesta sekä mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa sen toteuttamiseen. Kehittämistyössä koko osasto oli koulutettu ja avainryhmään osallistuvat olivat vapaaehtoisia ja saivat muokata muutoksen tekemistä omaan työhönsä sopiviksi. Muutoksen edistymistä suositellaan seurattavan säännöllisesti. Tieto muutoksesta ja sen onnistumisesta ja epäonnistumisesta on tärkeää, jotta muutosta voidaan muuttaa erilaiseksi ja reagoida tarvittaviin osa-alueisiin ja haasteisiin. Sekä myönteinen että kielteinen palaute on arvokasta tietoa muutoksen kokemisesta. Muutosta tutkittaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, miten muutos on edennyt ja miten muutos vaikuttaa työhön. (Ilmarinen 2015; Pajala 2015.)

Muutoksia tutkittaessa on tärkeää ymmärtää, ettei haluttuja tavoitteita välttämättä saavutettu kokonaan. Tämä ei tarkoita, että kehittämistyö ja muutos olisivat epäonnistuneita vaan sitä, että kehittämistyötä ja muutosta tulee muuttaa vielä enemmän tarpeita vastaavaksi. Muutoksen sisäistäminen on aikaa vievä prosessi. (Ilmarinen 2015; Engeström 1995; Pajala 2015.)

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimukseen osallistui 7 vastaajaa. Kysely muodostui suljetuista ja avoimista kysymyksistä.

Analyysi tarkoittaa terminä aineiston lukemista huolellisesti, tekstin ja materiaalin järjestelyä, sisällön erittelyä, jäsentämistä ja pohtimista. Analyysi tarkoittaa pohtimista, mitä aineisto sisältää, mitä aineistossa kerrotaan, millä tavoin kerrotaan ja missä määrin kerrotaan. Analysointi on sitä, että yritetään tuottaa jotakin enemmän kuin mitä teoria antaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2015.)

Laadullinen ja määrällinen tutkimus eivät siis sulje toisiaan pois. Aineisto ei koskaan anna ratkaisuja tai vastauksia sellaisenaan tutkimuskysymyksiin. Tutkimusongelmiin etsitään erilaisia näkökulmia aineiston avulla. Se, mikä on tutkimuksen tarkoitus, määrittää sitä, mitä halutaan tutkia ja mistä halutaan saada tietoa aineiston avulla. (Saaranen-Kauppinen ym. 2015; Holopainen & Pulkkinen 2002.)

Kehittämistyön tutkimusmenetelmänä on toimintatutkimus. Se on niin sanottu lähestymistapa, jonka avulla tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi ja ratkaisuun ongelma omassa toimintaympäristössään. (Metsämuuronen 2008, 29.)

Kehittämistyön tavoitteena oli ottaa käyttöön yhtenäinen näyttöön perustuva toimintamalli kaatumisten ehkäisyyn ja osaston henkilökunta on tällöin aktiivisessa roolissa ja toimintatutkimuksen ideana on muun muassa henkilökunnan aktiivisuus ja osallisuus kehittämistyössä. Uuden toimintamallin noudattamisen tavoitteena on saada hoitotyössä aikaan muutos ja yhteiset toimintatavat. Toimintatutkimus mahdollistaa sekä määrällisen, että laadullisen aineiston. Tutkimuksessa aineistot määräytyvät sen mukaan, miten niiden avulla kyetään vastaamaan asetettuihin tavoitteisiin. Aineiston keruu ja sen analysoiminen voivat tapahtua samaan aikaan ja tutkimustehtävät tai tavoitteet voivat tarkentua aineiston analysoinnin aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66, 85.)

Likertin asteikko on tyypiltään järjestysasteikko eli ordinaaliasteikko. Tämä asteikko sopii sanalliseen mittaamiseen. Usein nämä ovat vastaajan kokemukseen perustuvia asioita ja siten laadullisia ominaisuuksia. (Vilkkä 2009, 48, 119; Holopainen & Pulkkinen 2002). Tutkimus toteutettiin poikittaistutkimuksena, jolloin aineisto kerättiin kertaluonteisesti (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 56).

Aineiston analysoinnissa menetelmä on joko määrällinen tai laadullinen tai molemmat. Määrällisen analyysin avulla pyritään selvittämään esimerkiksi ilmiöiden välisiä yhteyksiä, asioiden tai ilmiöiden esiintymistä numeroiden ja tilastojen avulla tai vaikka syy- ja seuraussuhteita. Määrällisen analyysin eli kvantitatiivisen tutkimuksen parina pidetään laadullista analyysiä eli kvalitatiivista tutkimusta. Tämä on analyysi, minkä avulla pyritään ymmärtämään tutkittavan kohteen laa-

tua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Molemmilla analyyseillä voidaan selittää ja tutkia samoja asioita ja samoja tutkimuskohteita tosin eri tavoin. Osa analyysimenetelmistä perustuu vahvasti toiseen analyysitapaan, mutta niitä voidaan käyttää rinnakkain ja yhdistää, jos se sopii tutkimukseen. (Koppa 2014.)

6.3.1 Tutkimusaineiston määrällinen analyysi

Kvantitatiivisen aineiston analyysin avulla pyritään löytämään kehitysehdotuksia tulosten perusteella tilastollisten menetelmien hyödyntämisen ja mittaamisen lisäksi. Kvantitatiivinen aineisto laitetaan tulosten osalta taulukkomuotoiseksi. Määrällisen analyysin tulosten keruumenetelmän toistettavuuden mahdollistaa se, että sama kysely voidaan tehdä myös uudelle tutkimusjoukolle samoja mittareita käyttäen. (Eskola & Suoranta 2014; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015.)

Kyselytutkimuksen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla (Statistical Package for the Social Sciences, version 23). Kyselylomakkeet numeroitiin juoksevilla numeroinnilla ennen SPSS-ohjelmaan syöttämistä, jotta jälkikäteen voidaan tarkistaa syöttövaiheen oikeellisuus. SPSS-ohjelma on yleisesti käytetty analysoitaessa esimerkiksi hoitotieteellistä aineistoa (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 128). SPSS on tilastolliseen tutkimukseen suunniteltu ohjelmisto, mikä on jo ollut käytössä yli 40 vuotta ja jota on kehitelty koko ajan paremmaksi (SPSS 2016). Syöttövaiheen jälkeen syötetyt arvot tarkistettiin kahteen kertaan, jotta virheitä ei päässyt syntymään (Hirsjärvi ym. 2015).

Vilkan (2009, 114) mukaan " *Virheet tietojen tallentamisessa aiheuttavat mittausvirheitä, jotka vuorostaan vaikuttavat tutkimustulosten luotettavuuteen. Jokaisesta havaintoyksiköstä syötetyt tiedot on aina tarkistettava. Tallennusvirheitä voi estää syöttämällä ja tallentamalla tiedot kahdesti. Jälkimmäisellä tallennuskerralla käytetty tallennusohjelma SPSS ilmoittaa, jos tutkija tallentaa ensimmäisestä tallennuksesta poikkeavan tiedon.* " (Vilka 2009.)

Kaikki vastaukset siirrettiin Excel-tilukkaan ja tuloksista laadittiin erilaisia kuvioita ja taulukoita. Kuvioita käytettäessä saadaan tutkittava asia tiivistettyä pie-

nempään tilaan. Kuvioilla on tarkoitus myös elävöittää ja vertailla tutkittua asiaa. Päätelmien tekeminen tilastollisten analyysien perusteella ja saatujen tulosten kuvailu esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla on kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen piirre. (Hirsjärvi ym. 2009, 140; Holopainen & Pulkkinen 2002, 46.)

6.3.2 Tutkimusaineiston laadullinen analyysi

Laadullisissa tutkimuksissa yritetään edetä niin, että ennako-odotuksia ja ennako-oletuksia on mahdollisimman vähän. Niistä ei kuitenkaan koskaan päästä kokonaan ja tästä syystä ne tulisi tiedostaa ja tuoda esille esioletuksina. Laadullisessa analyysissä teorian avulla pyritään saamaan esiin asioita aineistosta, mitkä auttavat kehittämään teoriaa edelleen. Teoria voi olla laadullisen tutkimuksen päämääräkin silloin, kun tehdään yksittäisistä havainnoista yleistyksiä ja pyritään luomaan uutta teoreettista tietoa. Kvalitatiiviselle analyysille tehtävään tutkimukseen ei valita suurta tutkimusjoukkoa, koska painopiste on aineiston laadussa. Aineisto valitaan tarkoituksen mukaisesti ja perustellusti. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on yleistyksiä ja päätelmiä tekemään pyrkivä induktiivinen päättely. Laadullisella analyysillä ei pyritä tilastolliseen yleistämiseen. (Eskola & Suoranta 2014; Hirsjärvi ym. 2015.)

Suppeamman aineiston analysoinnissa sitaatteja voidaan tuoda esille, jotta aineiston ymmärrettävyys paranee ja sillä tavoin aineistosta saadaan parempi käsitys. Sisällönanalyysi pyrkii tuottamaan päätelmiä ja pyrkii analysoimaan tekstejä systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysissä saadusta aineistosta pyritään muodostamaan erilaisia luokituksia ja kategorioita. (Hiltunen 2015.)

Sisällönanalyysissä on erotettava erilaisuudet ja samanlaisuudet, tarkasteltava asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Tässä tutkimuksessa tehtiin sisällönanalyysia tutkittaessa kyselyn tuloksia. Apuna käytettiin kategorioiden luomista eli tehtiin ylä- ja alakategorioita. Huomioon otettiin kysymysten kannalta oleelliset asiat ja huomioitiin teoreettinen viitekehys. Tuloksissa käytetään suoria lainauksia eli sitaatteja laadullisesta aineistosta tuomaan lisää luotettavuutta raportointiin. Kvalitatiivisen aineiston analyysissä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tätä käytetään, koska IKINÄ-mallin kokemustiedoista ja käyttötie-

doista on niukasti tietoa ja näin voidaan tuoda esiin uusia näkökulmia jo ennestään tuttuun aiheeseen. Tämä edellyttää tutkijoilta systemaattista paneutumista aineistoon ja huolellista sisällönanalysointia. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Koski 2013, 37; Alasuutari 2011.)

Kyselylomakkeen lopussa kysymykset 30–33 olivat niin sanottuja avoimia kysymyksiä. Niiden avulla tuotettiin laadullista aineistoa. Avoimiin kysymyksiin on sisällytetty kaikki kolme osaa: kokemus, muutos ja hyöty. Näiden avulla haluttiin saada vastaajien omakohtaisia käsityksiä ja ajatuksia. Laadullisessa tutkimuksessa avoimien kysymysten avulla voidaan esimerkiksi keskittyä selvittämään sitä, millä tavoin mallin kanssa toimivien ihmisten käsitykset roolistaan mallin toteuttamisessa poikkeavat valmiista mallista. (Eriksson ym.2013.)

Tässä kehittämistyössä haluttiin tutkia kyselyllä, kuinka mallin toteutus oli onnistunut ja miten avainhenkilöt olivat sen kokeneet. Tämän osion vastaukset käsiteltiin kvalitatiivisesti, käyttämällä induktiivista sisällön analyysi - menetelmää. Induktiivisessa sisällön analyysissä luokitellaan sanoja huomioiden niiden teoreettinen merkitys. Analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; (Alasuutari 2011.)

7 TULOKSET

Kehittämistyötä tutkittiin lähtökartoituksella, vertailemalla haitta- ja vahinkoilmoitusten eli HaiProjen määrää kaatumisten kohdalta ja avainhenkilöille suunnatulla kyselyllä. HaiProjen määrät saatiin osastolta haitta- ja vahinkoilmoitusten rekisteristä.

Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista ja se oli suunnattu kahdeksalle osaston henkilökunnan itsensä nimeämälle avainhenkilölle. Avainhenkilöt olivat itse suostuneet toimimaan avainhenkilöinä. Kyselyyn sai vastata työajalla ja työpaikalla. Kyselyyn oli varattu joustava aika. Kyselyyn osallistui seitsemän avainhenkilöä. Yksi avainhenkilö ei halunnut osallistua, koska hän ei ollut tehnyt IKINÄ-arviointia eikä kokenut pystyvänsä vastaamaan kysymyksiin tästä syystä.

Kaikkiin suljettuihin kysymyksiin vastattiin.

7.1 Lähtökartoituksen arviointi

Osasto 9 kirjaamiskäytännöt kartoitettiin. Valmista pohjaa IKINÄ-mallin kirjaamiseen ei ollut. Tätä varten suunniteltiin oma kirjaamiskohta potilasohjelma Pegasokseen.

Lähtökartoitus-seuranta tehtiin Pajalan 2015 julkaistussa implementointi-oppaassa olevan lähtökartoituksen mukaan ja siihen vastasi osastonhoitaja ja henkilökunta osastolla.

Osasto 9 lähtötilanne kartoitettiin fyysisten tilojen toimivuuden kannalta. Osaston tilat ovat remontoitu vuonna 2014 ja vastaavat Aluehallintoviraston eli AVI:n ja Valviran määräyksiä huonekokojen, käytössä olevien neliöiden määrän, pesutilojen käytännöllisyyden ja määrän, valaistusvaatimusten, turvallisuusvaatimusten ja hygieniavaatimusten osalta. Osaston koko tiloiltaan ja henkilökunnan mitoituksen osalta vastaa lainsäädännön vaatimuksia. Osastolla on 22 potilaspaiikkaa, jotka ovat joko yhden tai kahden hengen huoneita. Jokaisessa potilashuoneessa on wc-tila, josta löytyy tukikaiteet ja alaslaskettavat tukikaiteet. Jokainen wc-tila on

suunniteltu pyörätuolin ja g-tuolin käyttöä ajatellen. Yhteisiä tiloja osastolla ovat päiväsalin, fysioterapiahuone (kuntosali) ja potilaille ja vierailijoille oma wc.

Lähtöseurannassa käytettävä ympäristön tarkastuslista täytettiin yhdessä osastonhoitajan kanssa 18.9.2015. Lista jakautuu kahdeksaan osa-alueeseen: wc/suihku/kylpytilat, kalusteet ja tavarat, lattiapinnat ja matot, valaistus, kulkuväylät/portaikot, hissi, ulkotilat ja yleinen turvallisuus. Jokaisen kohdan alla on kohtia, joiden perään merkitään joko kyllä tai ei-kohtiin rasti.

Saniteettitilojen kohdalla toteutui kahdeksan vaadittavaa kohtaa, mutta neljä kohtaa eivät toteutuneet. Märkätiloista löytyi oikein sijoitettuja tukitankoja/kahvoja/kaiteita, lattiapinnat ovat liukumattomia ja ne kuivataan aina käytön jälkeen, wc-istuimien ympärillä on tukitankoja/kaiteita ja tilaa avustajalle, suihkutuoleissa on käsinojat ja ne ovat liukumattomia, hoitajakutsupainike löytyy istuttaessa wc-istuimella tai suihkutuolilla ja saniteettitilojen ovet avautuvat helposti ja niissä on kaide, joka helpottaa avaamista ja sulkemista. Kuitenkaan saniteettitiloja ei ole merkitty kontrastivärein tai wc-istuimissa ei ole korkeutta säädettävissä. Lattioilta puuttui liukuestematot, mutta lattiamateriaali on liukumaton. Pesuaineita ja pesuvälineitä otettaessa pitää joko kurkotella tai kumarrella. Kuitenkin wc: korottajia on mahdollisuus saada apuvälinelainaamosta ja niitä on osastolla käytössä.

Kalusteet ja tavarat -kohdassa kolme kohtaa toteutui, mutta kaksi ei. Sänkyjen korkeus on säädettävissä, yöpöydät ovat sijoitettu oikein palvelemaan tarkoitusta ja vähentämään sängystä tippumisen riskiä ja jalkatuet ovat kohdillaan. Kalusteissa ei ole ulkonevia osia. Joten asia oli kunnossa ja tämä kohta täyttää vaatimukset. Kalusteissa ei saa olla ulkonevia osia, koska ne lisäävät kaatumisen riskiä. Samoin kohta, jossa kysytään pääseekö kalusteet liikkumaan niihin nojattaessa ja tähän on vastattu, että ei, joten kaikki on kunnossa tässäkin kohdassa. Kalusteiden liikkuvuus lisää kaatumisen riskiä. Koko kohta kalusteet ja tavarat on siis kunnossa. Lattiapinnat ja matot -kohdassa kaikki kohdat olivat kunnossa. Lattiapinnat siivotaan oikeilla aineilla, niiden väritys on oikeanlainen, askelmat erottuvat toisistaan ja samoin tasot eikä lattiapinta häikäise tai heijasta valoa.

Valaistuskohdassa kaikki seitsemän kysyttyä kohtaa olivat kunnossa. Valaistus oli asianmukainen ja tarpeita vastaava. Kulkuväylät ja portaikot -kohdassa oli yksi huomioitava asia. Kulkuväylillä ei ole tarpeeksi tukikaiteita asennettuna. Kolme tarkastuslistan kohtaa toteutuivat. Osastolla on mahdollisuus hissien käyttöön, apuvälineille on tilaa hississä ja kulkuväylillä pystyy ohittamaan toisen liikkuesssa.

Hissi -kohta on kunnossa. Hississä on itsestään hitaasti aukeavat ja sulkeutuvat ovet ja painikkeet erottuvat hyvin ja hissistä löytyvät tukikaiteet. Ulkotila -kohdassa kaikki on kunnossa. Piha-aluetta hoidetaan hyvin ja ulkoa löytyy levähdyspaikkoja/penkkejä ja valaistusta. Ulkoportaissa on kaiteet ja portaat ja askelmat erottuvat.

Yleinen turvallisuus -kohta on kunnossa: turvajärjestelmä, jonka avulla asiattomien sisäänpääsy ja esimerkiksi muistisairaana lähteminen/jääminen ulos estetään ja käytössä on turvallisuutta lisäävää teknologiaa. Pihasta ei löydy muistisairaille omaa vapaata ulkoilutilaa. Huonejärjestys tai yleisten tilojenjärjestys ei ole sellainen, että henkilöstö voisi vaivattomasti ylläpitää yleistä turvallisuutta. Osasto ei kuitenkaan ole pitkäaikaispotilaille, joten muistisairaille ei ole suunniteltu ulkoilualueita, joita muun muassa tehostetuista palveluasumisen yksiköistä löytyy.

7.2 Vahinko- ja häiriöilmoitukset

Oheisesta taulukosta voidaan nähdä HaiPro-ilmoitusten määrä osasto 9:llä maaliskuusta 2015 toukokuuhun 2016.

Taulukko 2. HaiPro-ilmoitukset osastolla 9

Aika	Ilmoitukset (kpl)
3/15-5/15	12
6/15-7/15	7
8/15-10/15	15
11/15-2/16	22
3/16-5/16	16

Puolen vuoden aikana ennen mallin käyttöönottoa vahinko ja haittailmoituksia kaatumisten osalta oli yhteensä 34 tapausta. Käyttöönoton aikana ensimmäisen puolen vuoden aikana kaatumisia oli 38 tapausta. HaiProjen eli vahinko- ja haittailmoitusten kaatumisten määrätiedot saatiin osastolta (taulukko 2).

7.3 Avainhenkilöille tehdyn kyselyn tulokset

Kyselylomake koostui 33 eri kohdasta. Näistä 29 kohtaa oli suljettuja kysymyksiä, joihin oli neljä vastausvaihtoehtoa: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Suljetut kysymykset löytyivät kolmen eri otsikon alta: kysymykset 1–10 löytyivät Kokemukset-otsikon alta, kysymykset 11–16 löytyivät Hyödyt-otsikon alta ja kysymykset 17–29 löytyivät Muutokset-otsikon alta. Neljä viimeistä kysymystä (kysymykset 30–33) olivat avoimia kysymyksiä, joihin vastattiin omin sanoin.

7.3.1 Kokemukset, hyödyt ja muutos

IKINÄ-mallin tavoitteena on selkiyttää työnkuvaa ja saada yhtenäinen toimintamalli.

Taulukko 3. IKINÄ-mallin käyttö hoitotyössä (n=7).

Väittäjä	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
IKINÄ-malli selkiytti työtäni	0	3	4	0
Työyhteisön toimintamalli yhdenmukaistui mallin myötä	0	2	5	0
IKINÄ-mallista oli apua työssäni	0	2	3	2

Vastanneista 57,1 % eli n. puolet koki, että uusi toimintamalli selkiytti heidän työtään. Valtaosan mielestä uusi toimintamalli yhdenmukaisti työtapaa osittain. Enemmistö oli joko osittain tai täysin samaa mieltä, että uudesta toimintamallista on apua työssä. (taulukko 3).

Taulukko 4: IKINÄ-mallin toteuttaminen hoitotyössä.

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Osasin tehdä IKINÄ-arvion	5	2	0	0
IKINÄ-mallin tekeminen oli helppo ottaa osaksi omaa työtäni	1	5	0	1
IKINÄ-mallista ja sen tekotavasta keskusteltiin avoimesti osastolla	4	2	1	0
Kaatumisten ehkäisytyöhön varattiin riittävästi aikaa	0	2	4	1
Kaatumisten ehkäisytyö tehtiin moniammatillisesti	3	3	1	0

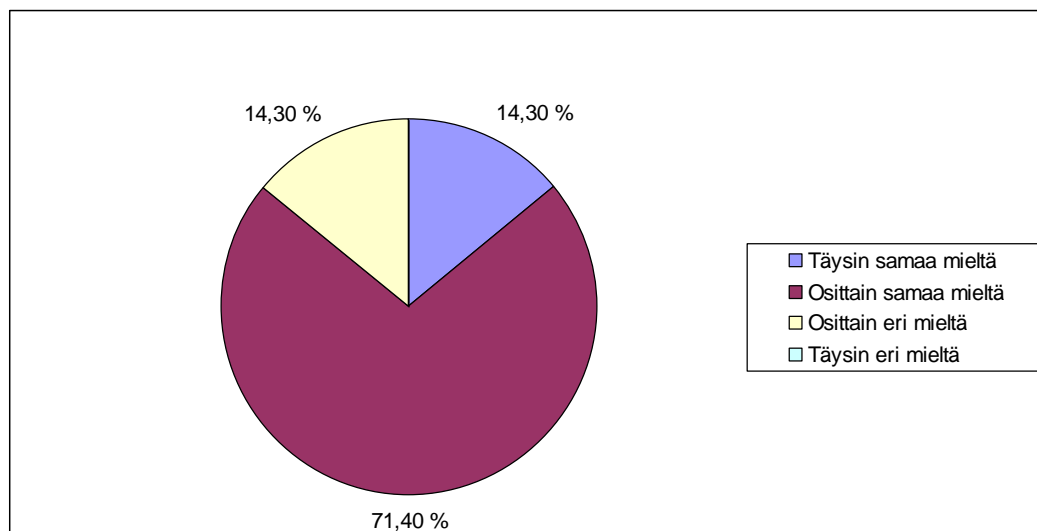
Valtaosa vastaajista (71,4 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että he osaavat tehdä IKINÄ-arvioinnin. Kaikki vastaajat osasivat tehdä IKINÄ-arvioinnin. Suurin osa vastaajista (85,7 %) oli joko täysin tai osittain samaa mieltä, että IKINÄ-mallista ja sen tekotavasta keskusteltiin avoimesti osastolla. Lähes kaikki oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että kaatumisten ehkäisytyöhön varattiin riittävästi aikaa. Kaksi vastaajista (28,6 %) oli osittain samaa mieltä. Lähes kaikki vastaajat kokivat, että kaatumisten ehkäisytyö tehtiin moniammatillisesti (taulukko 4).

Taulukko 5: Tieto IKINÄ-mallista ja mittarit.

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kaatumisten ehkäisytyöstä oli riittävästi tietoa	2	4	1	0
Kaatumisten ehkäisytyön mittarit ja arvioinnit olivat selkeitä	2	3	2	0

Enemmistö oli osittain tai täysin samaa mieltä, että kaatumisten ehkäisytyöstä oli riittävästi tietoa. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että kaatumisten ehkäisytyön mittarit ja arvioinnit olivat selkeitä (taulukko 5).

Kysymyksessä 11 kysyttiin vastaajilta, että onko uudelle toimintamallille ollut tarvetta. Yksi vastaajista (14,3 %) oli täysin samaa mieltä ja 5 vastaajista (71,4 %) oli osittain samaa mieltä, että uudelle toimintamallille oli tarvetta. Yksi vastaajista (14,3 %) oli osittain eri mieltä (kuvio 8).



Kuvio 8: Uuden toimintamalli tarve.

Taulukko 6: Toimintamallin tuomat hyödyt.

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
IKINÄ-mallin käyttöönoton myötä potilaan tarpeet oli huomioitu paremmin	1	3	3	0
Potilas hyötyi IKINÄ-arvioinnista	3	2	2	0
Kaatumisten ehkäisytyö tuki omaa työtä	4	1	2	0
Kaatumisten ehkäisytyö oli tarpeellista	6	1	0	0
Kaatumisten ehkäisytyö helpotui IKINÄ-mallin käyttöönoton myötä	0	3	4	0

Neljä vastaajista (57,2 %) oli täysin tai osittain samaa mieltä, että IKINÄ-mallin käyttöönoton myötä potilaan tarpeet huomioitiin paremmin. Kolme vastaajista (42,9 %) oli osittain eri mieltä. Kaksi vastaajista (28,6 %) oli osittain eri mieltä

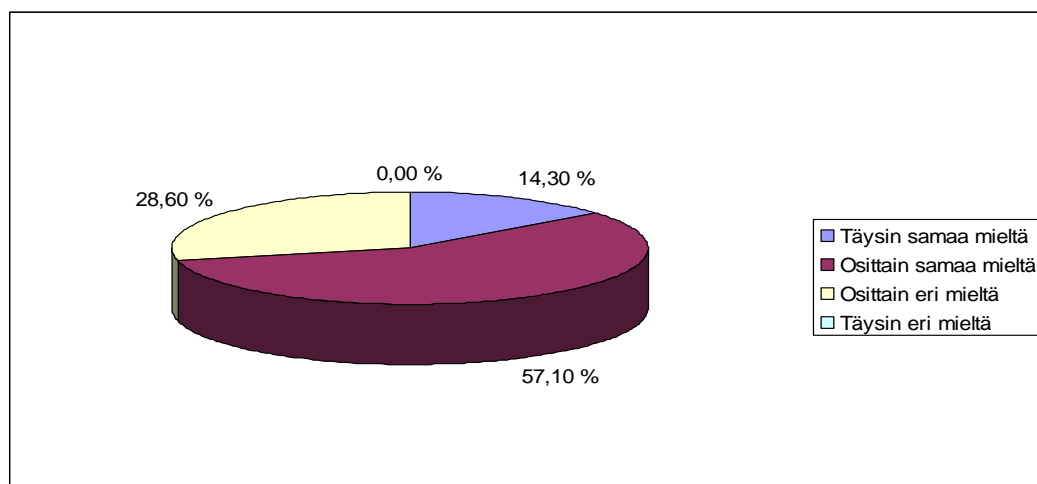
siitä, että potilas hyötyi IKINÄ-arvioinnista ja viisi vastaajista (71,5 %) oli osittain tai täysin samaa mieltä. Kaikki vastaajat kokivat, että kaatumisten ehkäisytyö oli tarpeellista. Neljä vastaajaa (57,2 %) oli osittain eri mieltä siitä, että kaatumisten ehkäisytyö helpottui IKINÄ-mallin käyttöönoton myötä ja kolme vastaajaa (42,9 %) oli osittain samaa mieltä (taulukko 6).

Taulukko 7: Toimintamuutos.

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Mallin käyttöönoton jälkeen työtapani muuttui	0	4	3	0
Mallin käyttöönoton jälkeen kirjaamismenetelmäni muuttuivat	0	3	4	0

Neljä vastaajista (57,1 %) oli osittain samaa mieltä, että IKINÄ-mallin käyttöönoton jälkeen työtavat/toiminta muuttui. Neljä vastaajaa (57,1 %) oli osittain eri mieltä siitä, että mallin käyttöönoton jälkeen kirjaamismenetelmät muuttuivat (taulukko 7).

Kysymyksellä 19 kysyttiin vastaajilta, että ovatko he voineet vaikuttaa mallin käyttöön ja sen tekemiseen.



Kuvio 9: Vaikuttaminen mallin käyttöön.

Viisi vastaajaa (57,1 %) kokivat, että he saivat vaikuttaa mallin käyttöön ja sen tekemiseen (kuvio 9).

Taulukko 8: Jatkotoimenpiteet.

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Arviointitieto siirtyy potilaan mukana jatkohoitoon	3	2	2	0
IKINÄ-arviointi johtaa suunnitelmallisiin jatkohoitotoimenpiteisiin	1	3	2	1
Jatkohoitotoimenpiteistä keskustellaan potilaan kanssa	1	4	2	0
Jatkohoitotoimenpiteistä keskustellaan omaisten kanssa	1	4	1	1
Jatkohoitotoimenpiteistä keskustellaan jatkohoitopaikan henkilöstön kanssa	0	3	3	1

Valtaosa vastaajista (71,5 %) koki, että arviointitieto siirtyy potilaan mukana jatkohoitoyksikköön. Yksi vastaajista (14,3 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että IKINÄ-arviointi johti suunnitelmallisiin jatkotoimenpiteisiin ja kolme vastaajista (42,9 %) oli osittain samaa mieltä. Enemmistö vastaajista (71,5 %) oli täysin ja osittain samaa mieltä siitä, että jatkotoimenpiteistä keskusteltiin potilaan kanssa. Viisi vastaajista (71,5 %) koki, että jatkotoimenpiteistä keskusteltiin omaisten kanssa (taulukko 8.)

Taulukko 9: Mallin kiinnostus ja vastaanotto.

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Potilaat olivat kiinnostuneita jatkohoitotoimenpide-ehdotuksista	0	3	3	1
Omaiset olivat kiinnostuneita jatkohoitotoimenpide-ehdotuksista	1	4	2	0
Jatkohoitotoimenpide-ehdotukset otettiin hyvin vastaan jatkohoitopaikassa	1	4	2	0

Neljä vastaajista (57,1 %) oli eri mieltä siitä, että potilaat olivat kiinnostuneita jatkohoitotoimenpide-ehdotuksista. Enemmistö vastaajista (71,5 %) oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että omaiset olivat kiinnostuneita jatkohoitotoimenpide-ehdotuksista. Valtaosa vastaajista (71,5 %) oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että jatkohoitotoimenpide-ehdotukset otettiin hyvin vastaan jatkohoitopaikassa (taulukko 9).

Taulukko 10: Muutosvastarinta.

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Vastustin IKINÄ-mallia aluksi	1	1	3	2
Osastolla oli muutosvastarintaa mallin käyttöönottoon liittyen	1	1	2	3

Enemmistö vastaajista (71,5 %) oli sitä mieltä, että he eivät vastustaneet IKINÄ-mallia aluksi. Kaksi vastaajista (28,6 %) oli samaa mieltä siitä, että osastolla oli muutosvastarintaa mallin käyttöönottoon liittyen (taulukko 10).

Yhteenvetoa tuloksista

Kolmasosa vastaajista sai apua IKINÄ-mallista ja IKINÄ-malli selkiytti työtä. Kaikki vastaajat kertoivat osaavansa tehdä IKINÄ-arvion ja sen tekeminen oli helppo ottaa osaksi omaa työtä. Mallista löytyi tarpeeksi tietoa ja mittarit/arvioinnit olivat vastaajien mielestä selkeitä ja tarpeellisia. Uudelle toimintamallille oli selkeästi tarvetta. Vastaajien mielestä potilaat hyötyivät mallin käytöstä. Mallin tekemiseen tarvittiin enemmän aikaa. Kirjaamisen menetelmän muuttuminen tuntui vastaajista ristiriitaiselta.

Jatkotoimenpiteistä keskusteltiin enemmistön mukaan potilaiden ja omaisten kanssa. Kuitenkin vain puolet vastaajista keskusteli jatkotoimenpiteistä jatkohoitopaikan kanssa. IKINÄ-mallia vastusti aluksi kolmasosa vastaajista. Osastolla oli muutosvastarintaa mallia kohtaan.

7.3.2 Avoimien kysymysten tulokset

Avoimia kysymyksiä oli neljä, johon vastaajat vastasivat vaihdellen. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä muodostaen ala- ja pääkategoriat ja yhdistävät kategoriat.

Yhtenäinen toimintatapa miellettiin olevan seurausta IKINÄ-mallin käytöstä. Mallin käytön kerrottiin lisäävän kaatumisvaaran huomioimista ja potilaiden voinnin kokonaisvaltaista kartoittamista. Hoitajat pohtivat enemmän, kuka hyötyisi IKINÄ-mallista ja sen arvioinneista. Yhteinen kirjaaminen luettiin osaksi yhtenäistä toimintatapaa.

IKINÄ-malli toi työhön kaatumisten ehkäisyn monipuolista arviointia potilaan etuja huomioiden. Vastaajat kertoivat mallin käytön myötä käyneen syvällisiä keskusteluita potilaiden kanssa koskien kaatumisia ja hoidon suunnittelua. Vastaajat kertoivat IKINÄ-mallin tuovan potilaiden etua ja käsitystä omasta työstä paremmin esiin.

IKINÄ-mallin tekeminen oli lisännyt tarkempaa ja yhtenäisempää kirjaamista. Mallin toteuttaminen oli lisännyt pohdintaa koskien kaatumisriskiä sekä turvallisuusasioita ja johtanut potilaan monipuolisempaan ohjaukseen.

Mallin tekemiseen toivottiin jatkuvaa seurantaa. Toteutuksen seurantaa toivottiin olevan ja ehkäisytyön toivottiin jatkuvan. IKINÄ-mallin käyttöönottoon ja käyttämiseen toivottiin enemmän aikaa muun muassa sisäistää malli, aika perehtyä malliin ja käytännönohjausta mallin toteuttamisesta.

Ensimmäinen kysymys koski IKINÄ-mallin käyttöä työssä, johon vastaajat toteivat mm.

" Olemme aina kiinnittäneet huomiota kyseisiin asioihin, nyt ne vain on kirjattuna yhteen kohtaan".

" Teemme arvioita potilaille, joiden koemme hyötyvän niistä".

" Helppo käyttää, huomaa paremmin ketkä potilaan hyötyy".

" Tulee kiinnitettyä paljon enemmän huomiota kaatumisvaaroihin ja turvallisuuteen yleensä."

Toinen kysymys koski mitä IKINÄ-malli on tuonut työhön. Vastauksia:

" Enemmän ajattelemisen aihetta ja huomion kiinnittämistä kaatumisen vaaroihin. Aika syvällisiäkin keskusteluita potilaiden kanssa kaatumisiin liittyen".

" Monipuolisuutta, testit potilaille laajempia ja he hyötyvät niistä".

" Tehdään enemmän SPPB testejä kuin aikaisemmin".

" Kokonaisvaltaisempi käsitys potilaan tilasta".

Kolmas kysymys kosketti omaan toimintaa ja miten IKINÄ-malli on sitä muuttanut. Vastauksia:

"Tarkempaa kirjausta ja potilaan havainnointia".

" Ei ole muuttanut mitään".

" Ohjeistaa potilaita enemmän liittyen kaatumisriskiin".

" Pohdin enemmän kaatumisriskejä".

" Tarkemmaksi turvallisuusasioissa".

Neljäs kysymys koski tarvetta neuvoille, ohjeille ja tuelle IKINÄ-mallin käyttöönotossa ja käyttämisessä. Vastauksia:

" Mitä enemmän täyttää kaavaketta, sitä luontevammaksi se tulee".

" Alussa olisi ollut hyvä nähdä, miten testi tehdään".

" Mikä on testistä saatu hyöty? Miten sovitut asiat saadaan siirrettyä kotiin"

" Annetaan hoitajalle aikaa tehdä testit."

" Olisi kiva tietää miten aloittamamme kaatumisten ehkäisy ja kuntoutus jatkuu kotona tai muussa asumisyksikössä".

8 POHDINTA

Seuraavassa tarkastellaan kehittämistyön toteutusta ja tuloksia. Niitä pohditaan, mietitään kehittämistyön hyötyjä ja lopuksi esitetään ehdotuksia jatkotutkimusaiheille.

8.1 Kehittämistyön toteutuksen ja tulosten analysointi

IKINÄ-mallin kirjaamista varten suunniteltiin Pegasos-potilasohjelmaan oma kohta IKINÄ-arvioinnin kirjaamista varten, mikä sisältää kaiken tuloksista, arvioinneista ja jatkotoimenpiteistä. Tarkoituksena oli, että kaikki kirjataan samaan paikkaan. Kirjaaminen on erityisen tärkeää, jotta kaatumisten ehkäisytyö on jatkuvaa ja moniammatillista. Se, että noin puolet vastaajista kokee, etteivät kirjaamistavat ole muuttuneet, täytyy ottaa osastolla puheeksi ja selvittää, onko kaikki IKINÄ-arvioinnit kirjattu ylös ja jos ei, miksi näin on. Pegasos-potilasjärjestelmä on osastolla ollut pitkään käytössä ja siihen tehdään jatkuvia muutoksia. Voiko olla, ettei kirjaamisen koeta muuttuvan, koska kirjaamispaikka on samanlainen ja myös pegasoksessa kuten ennen IKINÄ-malliakin.

Usein muutosta ei koeta tapahtuvan, jos se ei muutu radikaalisti tai huomattavasti omasta entisestä toiminnasta. Muutos voi olla myös tullut osaksi toimintaa niin hyvin, ettei koeta sen olevan enää uutta toimintaa. (Pajala 2012, 2015; Hyyppä ym. 2015.)

Koulusta järjestettiin kolmena kertana, jotta mahdollisimman moni voisi osallistua. Osallistua sai vaikka joka koulutuskertaan. Koulutuksissa kerrottiin, mistä tietoa löytyy ja kuinka, sitä etsitään. Osastonhenkilökunnalle annettiin Pajalan 2012 julkaistu IKINÄ-mallin opas ja kerrottiin internet-sivujen osoitteet, mistä tietoa saa lisää. Koulutuksien aikana materiaaliin pystyi tutustumaan, koska opaat kiersivät henkilökunnan keskuudessa. Kaatumisten ehkäisytyö on ollut osana jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen koulutusohjelmaa, joten uusi asia tämä ei ollut. Tietoa annettiin siis paperiversioina, internet-osoitteina ja suullisesti koulutuksen muodossa. Koulutuksessa hyödynnettiin kokempohjaista tietoa.

Toimintatutkimuksen tapaan mallia koulutettiin henkilöstölle. Henkilöstön tarkoituksena oli muokata tätä kautta malli osaksi omaa toimintaa. (Engeström 1995; Pajala 2012, 2015.)

Koulutusta järjestettiin kaikkina kolmena kertana osasto 9:n päiväsalissa. Koulutukseen keskittymiseen ja asioiden sisäistämiseen vaikutti osaston yhtäaikaiset tapahtumat. Koulutus olisi antanut henkilökunnalle enemmän, jos pidettävä tila olisi ollut rauhallisempi ja aikaa olisi ollut enemmän keskusteluille. Koulutuksissa olisi ollut hyvä olla mukana myös IKINÄ-mallia käyttänyt henkilö kertomassa käytännön kokemuksia ja toimintatapoja. Tämä olisi voinut helpottaa mallin sisäistämistä ja sen tarkoituksen ymmärtämistä. Koulutuksien yhteydessä oleva taustahäly vaikutti osallistujien keskittymiseen. Koulutusta olisi ollut hyvä järjestää enemmän.

Koulutuksessa käytettiin THL:n suosittelemaa ja päivittämää koulutusrunkoa, jonka ammattilaiset ovat suunnitelleet. Toimintatutkimukselle yleiseen tapaan tämäkin kehittämistyö vaatii osallistumista ja aktiivisuutta kaikilta osallistujilta. Mallin sisäistäminen onnistui varmasti henkilökunnan oman aktiivisuuden seurauksena ja halusta kehittää omaa työtään. Aluksi uuden mallin käyttöönotto voi kuormittaa henkilökuntaa entistä enemmän ja tästä syystä vastanneet ovat voineet kokea, ettei aikaa ollut riittävästi. Vasta juurtumisen myötä mallin kuormittavuus muuttuu työsuorituksen laadun paranemiseksi ja työn tekeminen helpottuu.

Malliin osallistuvilla tulee olla tahto kehittyä ja tarve saada parantaa ja kehittää omaa työtään. Ennakkotieto menetelmien ja mallien käytöstä lisää työntekijän sisäistä motivaatiota. Koulutuksen tulisi olla selkeää ja ymmärrettävää ja sen sisällön täytyisi olla työn rakenteen mukainen. Koulutus vaatii aina jonkin asteista jatkokoulutusta tai verkostoitumista, kun opetellaan uusien toimintamallien käyttöä ja implementoidaan niitä osaksi omaa toimintaa. Koulutuksen täytyy tarjota hyötyä ja tätä esimiesten ja johdon tulee tukea.

Koulutuksella yritettiin antaa tietoa mallista, jotta opettele ei olisi vain ”papereiden lukemista”. Tällä tavoin mallia yritettiin selkiyttää. (Chard 2004; Engeström 1995.) Nevalaisen (2007) tutkimuksesta tulee esille, että työn esimiesten ja johdon

sitoutuminen ja motivaatio mallia kohtaan, lisää henkilöstön tarvetta kokea uusi toimintamalli tarpeelliseksi. Tämä on tärkeä asia implementoinnin onnistumista ajatellen. Se, että malli koetaan tarpeelliseksi, lisää henkilöstön sitoutumista ja motivaatiota sitä kohtaan. Jos sitoutumista ei löydy, koulutuksen tuoma hyöty jää usein pieneksi. Useiden tutkimusten mukaan vain 10–30% koulutuksen sisällöstä jää tällöin mieleen. (Nevalainen 2007; Chard 2004.)

Avainhenkilöitä oli 8 ja he olivat vapaaehtoisia. Mallin implementointi olisi voinut onnistua paremmin ja osasto olisi saanut siitä paremman hyödyn, mikäli avainhenkilöitä olisi ollut enemmän tai kaikki hoitajat olisivat toteuttaneet IKINÄ-mallia hoitotyössä. Tässä tapauksessa mallin toteuttamistavat olisivat voineet muodostua nopeammin ja juurtuminen onnistua paremmin. Osaston henkilökunta suunnitteli itse kuinka he toteuttavat mallia ja halusivat aloittaa kahdeksan avainhenkilön turvin. Aluksi oli tarkoitus, että mallia toteutetaan koko henkilökunnan kesken, mutta osaston henkilökunta päätti toisin. Osaston henkilökunta tekee kolmivuorotyötä osastonhoitajaa lukuun ottamatta ja tämä varmasti hidasta osastan implementointia ja vähensi palavereita ja keskusteluita avainhenkilöiden välillä. Jos koko henkilökunta olisi toteuttanut mallia, olisi malli voitu toteuttaa nopeammin jokaisen potilaan kohdalla ja viedä jatkohoitoimenpiteet eteenpäin. Suurempi osa potilaista olisi hyötynyt, jos IKINÄ-mallia olisi toteuttanut suurempi joukko. Raportointi jatkohoitopaikkoihin ja omaisille olisi toteutunut paremmin, jos avainhenkilöitä olisi ollut enemmän.

Osastolla järjestettiin kaksi suunnittelupalaveriä (marraskuussa 2015 ja tammikuussa 2016), joissa avainhenkilöt yhdessä keskustelivat ja suunnittelivat mallin toteutustapoja. Kaikki saivat osallistua sanomalla ja kertomalla mielipiteensä ja ideoitaan. Palaverien tarkoituksena oli henkilökunnan osallistaminen ja tällä tavoin implementoinnin onnistuminen. Palavereissa sovittiin, että IKINÄ-arviointeja voidaan käydä läpi raporteilla ja viikkotunneilla. Palavereita olisi voitu järjestää useammin, jolloin avainhenkilöitä olisi ollut enemmän paikalla. Palavereita olisi voinut olla vaikka kerran kuukaudessa, mutta kehittämistyön tekijöiden kokopäivätyöskentely muualla ei mahdollistanut tätä. Avainhenkilöt olisivat voineet pitää IKINÄ-mallia koskevia palavereita ja suunnittelutuokioita useammin

ilman kehittämistyöntekijöitä ja tarvittaessa olla yhteydessä heihin. Suunnittelupalavereista oli hyötyä mallin käyttöönottamisen suunnittelussa, koska keskustelujen jälkeen avainhenkilöt toteuttivat mallia suuremmalle joukolle potilaita. Palavereissa käytiin läpi mittareiden ja arviointien tekemistä ja keskusteltiin avoimesti mallista.

Kaatumisten ehkäisytyön jatkuvuus koettiin tärkeänä. Tämä tuli ilmi koulutusta järjestettäessä ja suunnittelupalavereissa. Arviointitiedon eli jatkohoitosuunnitelmien haluttiin siirtyvän jatkohoitopaikkaan. Suunnittelupalavereissa sovittiin, että potilaan/asiakkaan mukaan tulostetaan Pegasos-potilasohjelmasta IKINÄ-arviointikohta täytettynä ja se käydään läpi jatkohoitopaikan henkilökunnan tai omaisen kanssa uloskirjaamisvaiheessa. Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden kautta on lähetetty tiedoksianto IKINÄ-mallista osastolla.

Lähtökartoitus toteutettiin Pajalan lähtökartoitus-lomakkeen mukaisesti fyysisten tilojen osalta. Osaston tilat toimivat hyvin potilasturvallisuuden ja kaatumisten ehkäisyn kannalta.

Osastolla 9 HaiPro eli vahinko- ja haittatapahtumailmoitusten määrä on selkeästi noussut kaatumisten osalta IKINÄ-mallin käyttöönoton jälkeen. Ennen mallin käyttöä kaatumisia kirjattiin 34 tapausta puolen vuoden aikana ja mallin käyttöönoton jälkeen 38 tapausta. Tämä vastasi odotuksia, koska IKINÄ-mallin käyttöönoton jälkeen yleensä kuuden kuukauden aikana käyttöönoton aloituksesta kaatumisten seuranta ja huomioiminen lisääntyy ja näin myös kirjaaminen. Tähän voi vaikuttaa se, että kaatumisiin kiinnitettiin enemmän huomiota ja kaatuneita potilaita havainnointiin enemmän sekä selvitettiin ketkä potilasta olivat kaatuneet ennen osastolle tuloa. Myös turvallisuuteen apuvälineiden ja ympäristön osalta kiinnitettiin enemmän huomiota mikä voi vähentää kaatumisia myöhemmin. Se, että kaatumisiin liittyvien ilmoitusten tekoa huomioitiin enemmän voi vaikuttaa siihen, että ilmoituksia kirjattiin täsmällisemmin.

IKINÄ-mallin käyttöönotto lisää tietoisuutta kaatumisista, niiden seurannasta ja käsittelemisestä. Osaston potilaiden vaihtuvuus ja kunto vaikuttavat myös kaatu-

misten määrään ja joskus kaatumisia voi tapahtua useita samalla potilaalla, joka lisää kaatumisten määrää huomattavasti.

Useiden tutkimusten mukaan kaatumisten määrä laskee vasta vuoden jälkeen mallin käyttöönotosta. Kaatumisten määrä ei kuitenkaan kerro, onko kyseessä aina eri potilaan kaatuminen vai onko jokin potilas ollut huonossa kunnossa fyysisesti ja esimerkiksi kaatunut useita kertoja. (Pajala 2015; Nykänen ym. 2012.)

Lahden SOTE-alueella haitta- ja vahinkoilmoitusten kaatumiset -osiossa nähtiin suuria muutoksia pitkällä aika välillä IKINÄ-mallin käyttöönoton jälkeen. Kaatumisten koettiin vähenevän jopa puolella. (Innokylä 2016b, 2016c; Miettinen 2015; THL 2016.)

Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmen osaston pilottijaksojen aikana kaatumiset vähenivät jonkin verran. Pilottijaksot toteutettiin vuosina 2010–2011 ja näiden tavoitteena oli yhtenäistää toimintaa, kehittää hoidon laatua, ottaa käyttöön näyttöön perustuvia malleja ja vähentää kaatumisia. Sisätautien osastolla kaatumiset vähenivät 85,2 % vuoden aikana. Syöpätautien osastolla kaatumiset vähenivät 52,6 % vuoden aikana. Vanhuspsykiatrian osastolla kaatumiset lisääntyivät 50 % vuoden aikana. Kokonaisuudessa kaatumiset vähenivät 47,6 %. Kuitenkin täytyy huomioida, että kaatumisten kirjaamiseen kiinnitettiin entistä enemmän huomiota ja tämä voi selittää vanhuspsykiatrian osaston kaatumisten määrän suuren nousun. Tärkeää oli myös, että IKINÄ-mallin myötä henkilöstön kaatumisten huomioiminen lisääntyi ja haitta- ja vahinkoilmoitukset tulivat enemmän esiin ja niihin kiinnitettiin enemmän huomiota. (Tervo-Heikkinen 2011.)

Kehittämistyön tuloksena tapahtunutta muutosta kaatumisten määrässä tulee aina tarkastella kriittisesti. Kaatumiset voivat vähetä tai lisääntyä myös muista syistä kuin ehkäisytoimien onnistumisen tai epäonnistumisen seurauksena. Syyt voivat olla tahattomia tai tahallisia. Esimerkiksi suurimmassa kaatumisvaarassa olevien potilaiden liikkumista voidaan tietoisesti rajoittaa, ettei kaatumisia tapahtuisi. (Luomala 2008; Engeström 1995; Pajala 2012.) Kaatumisten määrään voi vaikuttaa yhden ja saman potilaan useampi kaatuminen.

Kysely jakaantui kolmeen osioon; kokemukset, hyödyt ja muutos. Kokemusosiossa oli kolme pääteemaa: IKINÄ-malli työssäni, IKINÄ-mallin tekeminen ja tieto IKINÄ-mallista ja mittareista.

Pääsääntöisesti avainhenkilöt olivat kokeneet IKINÄ-mallin positiivisena ja saaneet siitä hyötyä. IKINÄ-mallin tekeminen on osattu ja otettu osaksi omaa työtä. Ongelmana on ollut ajan puute IKINÄ-mallin tekemisessä, vaikka moniammatillinen yhteistyö on onnistunut kiireestä huolimatta. IKINÄ-mallista saisi olla vielä enemmän tietoa ja mittarit selkeämpiä. Se, mitä avainhenkilöt toivoivat, oli että he olisivat nähneet, kuinka mallia toteutetaan "kentällä".

On varmasti vaikeaa aloittaa uuden mallin käyttö ilman käytännön ohjausta ja tästä syystä mallin ottaminen osaksi omaa työtä vie aikaa. IKINÄ-mallin mittarit ja arvioinnit olivat avainhenkilöille entuudestaan tuttuja ja jokainen oli tehnyt ja kirjannut niitä Pegasos-potilasohjelmaan. Mallin käyttöönotto vaatii aikaa ja kokeilemistä ennen kuin sopiva toimintatapa löytyy ja vakiintuu osaksi arkea. Avainhenkilöt kokivat, että mittarit olisivat pitäneet olla selkeämpiä. Tämä voi johtua siitä, ettei mittareiden tuloksia ehkä osattu nähdä kokonaisuutena vaan yksittäisinä arviointimittareina. Osastolle vietin Pajalan Ikääntyneiden kaatumisten ehkäisyopas, joka löytyy myös internetistä. Tämän tarkoituksena oli, että avainhenkilöt ja muu henkilökunta saavat tietoa ikääntyneiden kaatumista, IKINÄ-mallista ja käytetyistä mittareista.

Esimiehen tehtävänä on luoda hyvä toimintailmapiiri, jossa työntekijät uskaltavat kertoa avoimesti elleivät he osaa jotain ja yhdessä opetellaan esimerkiksi jonkin mittarin käyttöä. Osastokokouksissa tulisi yhdessä miettiä toimintatapoja; ovatko työprosessit sopivia ja tehokkaita, voidaanko niitä parantaa, priorisoida paremmin ja sujuvammin. Avainhenkilöt olisivat voineet järjestää enemmän palaveri- tai keskustelutuokioita koskien IKINÄ-mallin käyttöönottoa ja toteuttamista. Tämä olisi voinut helpottaa mallin sisäistämistä ja juurruttamista arkeen. Avainhenkilöt olisivat toivoneet enemmän koulutusta koskien IKINÄ-mallia. Koulutusta IKINÄ-mallista on varmaan tarpeen järjestää sekä avainhenkilöille, että koko osastolle. Myös avainhenkilöiden osallistuminen valtakunnallisiin tapahtumiin edesauttaisi

mallin kehittämistä omassa yksikössä, koska avainhenkilöt voisivat verkostoitua muiden IKINÄ-mallin käyttäjien kanssa ja saada vertaistukea myös heiltä.

Johdolla on tärkeä merkitys henkilökunnan motivaation ylläpitämisessä, koska viive kaatumisten ehkäisyn ja sen tulosten välillä voi vaikuttaa henkilökunnan motivaatioon. Myös johdon pitää itse ymmärtää ja hyväksyä viive etteivät he tee vääriä johtopäätöksiä ja lakkautta toimintaa tehottomana ennen aikojaan.

Toiminnan laatua tulee aina tarkastella. Laatua voidaan mitata uusien toimintatapojen avulla. Teoria on esitettävä ymmärrettävästi ja henkilöstön taitona on soveltaa sitä käytäntöön ja hyödyntää omaa osaamistaan. Tieto täytyy sisällyttää toimintaan asiakkaan ja potilaan tarpeiden mukaan. Mallien ja prosessien soveltaminen työhön on oman tiedon ja taidon jakamista yleiseen käytäntöön. Tämä on ajallisesti pitkä prosessi, koska koko henkilökunnan tulee oppia työskentelemään sovitun toimintamallin mukaisesti, mutta osata hyödyntää omia vahvuuksia. Tämänlainen projekti vaatii esimiehen tukea ja ohjausta, ettei mallin soveltaminen jää sivuun tai unohduksiin.

Useiden innovaatiotutkimusten mukaan uusien toimintatapojen onnistuminen vaatii aina esimiehen ohjausta, yhteistä käytännön toimintaa ja jatkuvaa motivaatiota. Kun kyseessä on suuri ryhmä ihmisiä, ei voida olettaa toimintamallien muodostuvan yhtenäisiksi itsestään. (Hyypä, Ahlavo, Hyypä & Stähle 2015.)

Hyödyt-osiossa oli kaksi pääajatusta: uusi toimintamalli ja toimintamallin tuomat hyödyt. Uudelle toimintamallille oli tarvetta. Kaatumisen ehkäisytyön hyötyjä ei vielä nähty kristallin kirkkaana. Suurin osa avainhenkilöistä totesi, että potilas kyllä hyötyy IKINÄ-mallista ja ehkäisytyö on tarpeellista.

Yli puolet avainhenkilöistä koki, että IKINÄ-malli selkiytti työnkuvaa ja lähes 70 % vastaajista koki, että IKINÄ-mallista oli apua omassa työssä ja yli 70 % koki työyhteisön toimintamallin yhdenmukaistuneen mallin käyttöönoton jälkeen (Taulukko 2). Kehittämistyön tavoitteena oli luoda uusi ja entistä parempi toimintamenetelmä ja siinä tämä kehittäminen tulosten mukaan onnistui. Kehittämistöiden tavoitteena on yleisesti lisätä henkilökunnan tietoisuutta ja kiinnostusta ennalta

ehkäisevää työtä kohtaan. Toimintamallin sisäistäminen osaksi työtä tai niin sanottu Pajalan oppaan mukainen ”juurruttaminen” ei tapahdu nopeassa aikataulussa. Mallin sisäistäminen ei ole helppo tai nopea toiminta, vaan vaatii aikaa ja jatkuvaa kehitystä. Mallin ymmärrettävyys ja tarkoitus ymmärrettiin tulosten mukaan hyvin ja tämä on ensimmäinen askel kohti uuden toimintamallin sisäistämistä ja implementoinnin onnistumista. Tulosten mukaan malli oli helppo ottaa osaksi omaa toimintaa. Tämä kuvastaa sitä, että juurruttaminen omaan työhön on alkanut ja henkilökunta on pystynyt muokkaamaan ja hyödyntämään mallia oman toimintansa mukaisesti ja omaa toimintaansa tukien. Muutosprosessi toimintatapojen muuttamiseksi ja uuden toimintamallin käyttöönotoksi on alkanut onnistuneesti.

Mallin käyttöönotosta avainhenkilöiden kyselyyn kului aikaa kuusi kuukautta. Tätä aikaa pidetään minimiaikana, kun tutkitaan mallin sisäistämistä ja käyttöönottoa. Tämä ei ole pitkä aika ja kuitenkin kyselyyn vastanneista 70 % on kokenut hyötyvänsä mallista ja puolet ovat kokeneet mallin selkiyttäneen työnkuvaa. Tämä kertoo, että mallin implementointi ja käyttäminen osastolla on onnistunut. Jos mallia olisi käytetty pidemmän aikaa, olisi ehkä vielä suurempi osa avainhenkilöistä kokenut hyötyvänsä mallista ja sisäistänyt mallin paremmin.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli vähentää kaatumisia. Kehittämistyön aluksi koulutettiin henkilökuntaa kolmena eri kertana ymmärtämään, mikä IKINÄ-malli on ja mikä sen tarkoitus on. Koulutuksen tarkoituksena oli opastaa IKINÄ-mallin tekemisessä ja hyödyntämisessä omassa työssä. Kaikki kyselyyn vastanneet kokivat osaavansa tehdä IKINÄ-arvioinnin (Taulukko 3). Tästä voidaan päätellä, että koulutus oli hyödyllinen ja sen avulla päästiin tarkoitukseen. Koulutuksesta voidaan päätellä olleen apua ja tukea mallin sisäistämässä. Osaksi käyttöönottoa helpotti varmasti se, että IKINÄ-mallin sisältämät arvioinnit ja mittarit olivat entuudestaan tuttuja osaston henkilökunnalle, koska ne olivat kaikki olleet käytössä osastolla. Yksi vastaajista koki, ettei mallin käyttöönotto ollut helppoa (Taulukko 3). Tämä voi selittyä sillä, että yli puolet vastaajista kokivat, ettei mallin käyttöönottoon oltu varattu riittävästi aikaa.

Yli 80 % vastaajista koki, että kaatumisten ehkäisytyöstä oli tarpeeksi tietoa ja yli 70 % vastaajista koki, että arvioinnit ja mittarit IKINÄ-mallissa olivat selkeitä (Taulukko 4). Tämä auttoi varmasti mallin käyttöönotossa. Implementoinnissa tiedon täytyy olla helposti löydettävissä ja tietoa täytyy olla helposti saatavissa. Tiedon tulee olla uutta ja ajan tasalla olevaa. Tietoa täytyy löytyä omalla äidinkielellä.

Mallin käyttöönotto on koettu tarpeelliseksi (Taulukko 5). Mallin käyttöönotto on tuonut osastolle toimintatutkimukselle olennaisia osallistavia menettelytapoja kuten oman työn jatkuvan suunnittelun, uusien tapojen kokeilun ja sitä kautta muokkaamisen (Kuula 1999; Engeström 1995). Henkilökunta on kokenut, että uudella toimintavan käyttöönotolla on ollut hyötyä potilaalle (Taulukko 5). IKINÄ-malli on jatkuva prosessi kaatumisten ehkäisemiseksi. Se, että yli 70 % vastaajista kokee potilaiden hyötyvän mallista, lisää hoitotyön laatua, koska potilas otetaan yhä paremmin huomioon ja koska potilasta varten kaatumisten ehkäisytyötä tehdään. Mielenkiintoista olisi tutkia, miten potilaat ovat kokeneet mallin käyttöönoton.

Vastaajista yli 70 % koki, että kaatumisten ehkäisytyö tukee omaa työtä, mutta kuitenkin 28 % vastaajista oli osittain eri mieltä (Taulukko 5). Kaatumisten ehkäisytyö tulisi olla osa omaa työtä aina ja se pitäisi mieltää osana omaa työtä. Se, että 28 % vastaajista oli osittain eri mieltä voi selittyä sillä, että aikaa mallin käyttöönottoon oli vain vähän, mallin käyttäminen ei ollut tarpeeksi tuettua ja avointa tai mallin käyttöönotto ei ollut tarpeeksi esillä. Hoitoalalla uusien menetelmien ja toimintatapojen käyttöönotto vaatii aina tehokasta ja kuuluvaa tiimityötä ja aikaa. Mallin yhdessä tekeminen ja toteuttaminen käytännössä lisäävät mallin yksin toteuttamista.

Nevalaisen (2007) tutkimuksen mukaan uuden menetelmän ymmärtäminen omaa työtä tukevaksi on pitkä prosessi, mutta tärkeä ehto mallin toteutumisen onnistumiselle. Implementointi on vaarassa epäonnistua, jos henkilökunta ei koe sen tuovan hyötyä arkipäivän toimintaan. Tässä tapauksessa koulutuksen lisäämistä ja verkostoitumista tulee pohtia uudelleen. (Nevalainen 2007; Chard 2003.)

Toimintamuutosta tutkittiin ja reilu puolet vastaajista (57,1 %) koki työtapojensa muuttuneen mallin käyttöönoton jälkeen ja vähän alle puolet (42,9 %) oli osittain eri mieltä. Jopa 57,1 % vastaajista oli osittain eri mieltä siitä, että heidän kirjaa-mismenetelmät olisivat muuttuneet mallin käyttöönoton jälkeen. Kuitenkaan ku-kaan vastaajista ei kokenut, ettei malli olisi muuttanut työtapoja ollenkaan. (tau-lukko 6.) Suurena haasteena implementoinnille pidetään sitä, että mallin ymmär-tämisen jälkeen toimittaisiin sen mukaan.

Mallin käyttöönotto vaatii aina toimintamuutoksia ja toimintatapojen muuttumis-ta. Tähän vaikuttaa osallistujien tieto, taito ja halu muokata omaa toimintaa. Im-plementoinnin haaste on aina toiminnan muuttumisessa. (Aarons et al 2014; Cal-legher-Ford 2014.)

Nevalaisen (2007) tutkimuksen mukaan implementointia tulee tapahtua heti kou-lutuksen jälkeen, muuten uuden mallin mukaan toimiminen hidastuu tai osa ei tee tai toteuta sitä ollenkaan. Jos kirjaamista ei tehty ajoissa, sen riski jäädä tekemättä kasvaa. (Nevalinen 2007.) Jos mallin ei koettu muuttavan omia työtapoja, voi syynä olla myös mallin kokeminen osaksi omaa työtä, koska mallia kuitenkin ker-rottiin toteutettavan. (Pajala 2015; Engeström 1995.)

Ilman toimintatapojen muuttumista ei voida kehittää omaa työtä tai työnlaatua. Se, että kaikki vastaajat kokivat osaavansa tehdä IKINÄ-arvioinnin, mutta kuitenkin noin puolet eivät koe toimintatapojensa muuttuneen, voi kertoa osaltaan siitä, että toimintamalli ja sen käyttö on koettu osana omaa työtä ja sisäistetty osaksi arki-työtä niin hyvin, ettei se tunnu enää uuden tekemiseltä. Tämä kertoisi hyvästä ja tehokkaasta mallin sisäistämisestä. Osa vastaajista voi kokea tehneensä samaa työtä kuin ennenkin, mutta eri tavoin eikä tästä syystä koe toimintatapojensa muuttuneen. Se, että osastolla on ennenkin tehty IKINÄ-arvioinnin sisältämiä mit-tareita ja arviointeja, voi tehdä niiden tekemisestä ”entuudestaan tuttua” ja vain ”vanhojen työtapojen” yhdistämistä uuden tavan aikaansaamiseksi. Se, että noin puolet vastaajista koki, ettei heidän työtapansa ole muuttuneet, voi kertoa myös siitä, etteivät he ole tehneet arviointia jostain syystä.

Toimintatutkimuksessa työntekijä/osallistuja on aina tärkeässä roolissa osallistuen mallin perehdytykseen, suunnitteluun ja kehittämiseen (Kuvio 2). Se, että työntekijä saa mahdollisuuden itse muokata ja kehittää omaa työtään, lisää yleensä mallin sisäistämisen onnistumista. Vastanneista 57 % koki, että he ovat saaneet vaikuttaa mallin käyttöön ja sen tekemiseen. 28,6 % Vastajista oli osittain eri mieltä ja kukaan ei ollut täysin eri mieltä. Kuitenkaan siis kukaan ei kokenut, ettei olisi saanut ollenkaan vaikuttaa. (Kuvio 9.)

Jatkotoimenpiteistä tulisi keskustella aina potilaan itsensä kanssa, jotta hän ymmärtäisi, miksi muutoksia tehdään ja että ne ovat häntä itseään varten. 70 % vastaajista koki, että näin tehdään. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä. Voidaanko tämä tulkita, että ainakin jonkinasteinen tieto jatkotoimenpiteistä kerrottiin potilaalle tai ainakin jonkinlainen keskustelu asioista käytiin. Näihin vaikuttaa tietenkin potilaan kunto ja muun muassa muisti. Kaatumisten ehkäisytyö vaatii potilaan osallistamista kuten myös omaisten mukaan ottamista hoidon suunnitteluun ja toimintamuutosten toteuttamiseen. 70 % vastaajista koki, että omaisen kanssa keskustellaan jatkohoitotoimenpiteistä. Kaikilla potilailla ei ole omaisia.

Useiden tutkimusten mukaan omaisten mukaanotto suunnitteluun auttaa muutosten toteutumisessa ja auttaa IKINÄ-mallin jatkuvuuden kannalta. Yhteistyö eri tahojen välillä lisää mallin onnistumista. (Pajala 2012, 2015.)

Iäkkäiden toiveita ja odotuksia hoidon jatkuvuudesta on tehty paljon. Hammar, Raatikainen ja Perälä (1999), Rissanen, Laitila-Junkkari, Hirvonen ja Sinkkonen (1999) ja Porre (2001) ovat tutkineet iäkkäiden toiveita oman jatkohoidon toteutumisen osalta. Kaikissa kolmessa tutkimuksessa iäkkäät kokivat hoidon jatkuvuuden, yksilöllisten hoitomuotojen ja hoitosuunnitelmien tekemisen sekä ohjauksen tärkeinä ja hoidon laatua lisäävinä tekijöinä. Kaikki kolme tutkimusta toteutettiin kyselylomaketta käyttäen. Kaikissa kolmessa tutkimuksessa esiin nousi turvallisuus kotona. Tähän toivottiin uusia toimintatapoja, malleja ja keinoja. Ohjaus näissä asioissa koettiin erittäin tärkeinä. (Hammar ym. 1999; Rissanen ym.1999; Porre 2001.)

Alle puolet vastaajista (42,9 %) kertoo keskustelelevansa jatkotoimenpiteistä jatko-hoitopaikan henkilöstön kanssa (Taulukko 7). Tämä oli odottamaton vastaus, koska tätä painotettiin koulutuksessa ja palavereissa ja tämän asian henkilökunta itse toi useaan otteeseen esille. Tiedonvälityksen ja informaation tärkeys pitää tuoda esille joka välissä ja painostaa tähän. Hoitoalalla tiedonkulku on ensiarvoista. Asiakasta/ potilasta koskeva oleellinen ja ajan tasalla oleva uusien tietoon aina siirrettävä jatkohoitopaikkaan.

Hyvä ja laadukas hoito tarvitsee aina ajan tasainen tiedon hoidon jatkuvuudeksi. Kaatumisten ehkäisytyö ei voi jatkua, jos informaatio ei kulje. (L 1326/2010; L 0980/2012; L 559/1994/ L 785/1998; Pajala 2015.)

Kuitenkin osa voi vastata, ettei ole keskustellut jatkohoitopaikan henkilökunnan kanssa jatkohoitotoimenpiteistä, jos ei ole ollut itse mukana kotiutusvaiheessa ja esimerkiksi kertonut jatkotoimenpidesuunnitelmat kollegalleen, joka on hoitanut kotiutukset. Kuitenkaan vastaus ei kerro annettiinko jatkotoimenpidelomake mukaan jatkohoitopaikkaan.

Samaa mieltä oli yli 70 % vastaajista siitä, että jatkohoitopaikoissa jatkohoitoehdotukset on otettu hyvin vastaan. Yhtä suuri joukko oli samaa mieltä siitä, että omaiset ovat kiinnostuneita jatkotoimenpide-ehdotuksista. Potilaiden koetaan olevan vähiten kiinnostuneita. (Taulukko 8.)

Pajala (2015) kirjoittaa, että potilas ei usein itse ymmärrä syitä tai tarkoituksia, miksi muutoksia tehdään ja mitä muutokset tuovat tullessaan. Perusteleminen ja asioiden yksinkertainen ja ymmärrettävä selittäminen on tärkeää. Asioita voidaan havainnollistaa. usein tällaisissa tilanteissa yhteiset hoitopalaverit ovat tärkeitä. Näihin on hyvä osallistua myös omaisten. Esimerkiksi liikuntaohjeistus/jumppaohjeet voidaan kokea turhina ja raskaina, eikä nähdä niiden hyötyä. Myös kehoitus tekemään itse, voidaan kokea loukkaavana.

Liikkumisen, aktiivisuuden ja omatoimisuuden tarkoitusta ei aina ymmärretä. Kuntouttavan työotteen tavat koetaan loukkaavina ja ”ettei haluta auttaa”. Useiden apuvälineiden käyttö voidaan kokea turhana tai sitä ei ymmärretä ennen käyt-

töä/kokeilua. Kodin turvalliseksi tekeminen ja kodin muutosten suunnittelu kuten mattojen ja huonekalujen poisto tai siirtäminen voidaan kokea loukkaavana ja tut-
tujen ja rakkaiden asioiden menettämisenä. Potilaiden kiinnostuksen määrään vai-
kuttaa se, kuinka asiat ymmärretään. Kiinnostukseen vaikuttaa myös kyky käsitel-
lä asioita esimerkiksi muistiongelmat.

Esimiehen tulee muistaa kannustaa ja motivoida henkilöstöä jatkuvasti ja muistut-
taa yhtenäisten käytäntöjen järjestelmällisestä toteuttamisesta. Jatkuva muistutus
jatkohoidon huolehtimisesta ja suunniteltujen jatkohoito-ohjeiden raportoinnista
tulee huomioida ja on erittäin tärkeää hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden
kannalta. Osastotunneilla tulee kerrata selkeästi kaatumisten ehkäisyn hyödyistä ja
tavoitteista. Tavoitteita tulee kerrata riittävän useasti ja niitä muutetaan tarvittaes-
sa myös henkilökunnan taholta tulleiden ehdotusten ja ideoiden perusteella. Osoi-
tetaan henkilökunnalle, missä kohdin on onnistuttu ja mihin tulisi seuraavaksi
kiinnittää huomiota. Esimiehen tehtävänä on pitää langat käsissä ja jakaa palautet-
ta, kiitosta ja kannustusta.

Avainhenkilöillä on erityinen rooli uuden asian omaksumisessa ja myöhemmin
kollegojen opettamisessa. Heille tulee antaa aikaa ja kannustusta. Oppiminen ja
uuden omaksuminen on yksilöllistä. Hyvä esimies, joka tuntee työntekijänsä, pys-
tyy jakamaan tehtävät oikein. Oppiminen ja onnistumisen kokemukset vähentävät
vastustusta ja toimintaan sitoutumista. Johdon tulisi myös sitoutua kaatumisten
ehkäisyn kehittämisen tukemiseen esimerkiksi olemalla läsnä koulutuksissa, osoit-
tamalla riittävästi resursseja kehittämiseen ja kaatumisten ehkäisytyöhön.

Osastotunneilla on hyvä kerrata mitä hyötyä kaatumisten ehkäisytyöllä on koko
organisaatiolle ja mitä henkilökunta siitä hyötyy. Esimerkiksi mahdollisuus kehit-
tää omaa ammattitaitoa, potilas- ja työturvallisuuden paraneminen, hoidon tai pal-
velun laadukkuus paranee, työn keventyminen kun asiakkaiden toiminta- ja liik-
kumiskyky paranee kaatumisten ehkäisyyn kuuluvien toimien seurauksena.

Muutos-osio koostui viidestä pääajatuksesta: toimintamuutos, työntekijöiden vai-
kutumahdollisuus mallin käyttöön, jatkotoimenpiteet, mallin kiinnostus ja vas-
taanotto sekä muutosvastarinta osastolla.

Muutosvastarintaa tutkittaessa kyselyyn vastanneista 28,6 % oli samaa mieltä siitä, että he vastustivat IKINÄ-mallia aluksi (Taulukko 9). Avainhenkilöiden kesken vastusta ei näkynyt suunnittelupalavereissa ja tähän vaikutti varmasti vapaaehtoisuus osallistua.

Muutosvastarintaa on aina, kun puhutaan kehittämisestä. Kouluttamalla henkilöstöä ja muokkaamalla asenteita olemassa olevan tutkimustiedon ja käytännön kokemusten avulla pyrittiin saamaan mallista mahdollisimman paljon hyötyä irti ja muutoksen tapahtuman mahdollisimman helposti. Koulutuksen avulla lisätään myös ymmärrystä liikkumisen merkityksestä kaatumisten ehkäisyssä. Vaikka liikunnan lisääminen lisää tilanteita, joissa iäkäs voi kaatua, liikuntatilanteissa tutkitusti tapahtuu vähemmän kaatumisia kuin silloin, jos iäkkäät eivät liiku tai harjoittele. Hyödynnetään hyviä käytännön kokemuksia. Tässä avainhenkilöiden verkostoituminen valtakunnan tasolla on äärimmäisen tärkeää. Muutokselle tulee antaa aikaa ja tulee myös hyväksyä, että kaikki ei tapahdu nopeasti.

Kehittämistä tehdään moniammatillisesti ja sitä tulee korostaa. On hyvä kerrata ja kirjata kunkin ammattiryhmän tehtävät kaatumisten ehkäisyssä sekä miten yhteistyötä käytännössä tehdään. Koulutukset tulee järjestää kaikille ammattiryhmille yhtä aikaa, jolloin saadaan keskusteluissakin heti kaikkien mielipiteet ja ideat kuuleville. Jatkossa tulee luoda paikallisia verkostoja kaatumisten ehkäisytoiminnan kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi esimerkiksi palvelutalojen ja kotipalvelun henkilökunnan kanssa.

Kaatumisten ehkäisy toimintaa tulee suunnitella jatkuvasti ja siihen tulee kiinnittää jatkuvasti huomiota. Kehittämistyön tulee olla moniammatillista. (Holopainen ym.2014; L 980/2012; Pajala 2012, 2015; Vaasan kaupunki 2015.)

Sisällönanalyysissä ilmeni, että mallin tekeminen on muuttanut omaa toimintaa muodostamalla yhtenäisemmän ja kokonaisvaltaisemman kirjaamistavan sekä potilaan ohjaus on monipuolistunut. Kirjaamisen tärkeys on esillä ja oli yhtenä kehittämistyön tavoitteena saada osastolle yhtenäinen kirjaamismalli. Tämä näyttää onnistuneen vaikka osa vastanneista ei kokenut kirjaamistapojen muuttuneen mallin käyttöönoton jälkeen. Kirjaamispaikka IKINÄ-mallille on kuitenkin saman

potilasohjelman (Pegasos) sisällä kuin muutkin päivittäiset kirjaamiskohdat, joten tästä syystä vastaajat voivat kokea, ettei heidän kirjaamistapansa olleet muuttuneet. IKINÄ-arviointi sisälsi entuudestaan tiedossa olevia mittareita ja näiden kirjaamista on tehty ennekin. Nyt kirjaaminen on muuttunut IKINÄ-kirjaamiskohtaan. Tätä ei kuitenkaan välttämättä koeta ”uutena kirjaamisena”. Hoitoalla tekniikka ja teknologia muuttuu jatkuvasti ja joitain muutoksia ei edes koeta ”muutoksina”. Tästä syystä kirjaamistottumuksien ei välttämättä koettu muuttuneen.

Potilaan ottaminen mukaan hoitoon ja suunnitteluun on otettu esille vanhuspalvelulaissa (L 980/2012), joka tuli voimaan 2013. Potilaan ohjauksen tärkeys ja potilaan ottaminen mukaan hoitoon on osa Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden strategiana (Vaasan kaupunki 2015).

Ohjaus on yksi hoidon tärkeistä muodoista ja suhteessa hoidon laatuun. Kuntouttavan työotteen yksi tärkeimmistä toimintatavoista on ohjaus. IKINÄ-mallin koettiin lisäävän potilaan etujen huomioimista ja kaatumisten ehkäisyn monipuolista arviointia. Nämä olivat kehittämistyön tavoitteita ja ne toteutuivat sisällönanalyysin perusteella. Mallin käytöllä koettiin, että osastolle saatiin yhtenäinen toimintatapa. Toimintatutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on saada uusi malli sisäistettyä osastolle tai yksikköön niin, että se sulautuu osaksi arkityötä tuoden työhön helpottavia tekijöitä ja parantaen työnlaatua. Toimintatapa koettiin toimivan potilaan eduksi. Potilas on hoidon keskiössä. Potilasta ja hänen vointiaan ja ennalta ehkäisevää työtä käsiteltiin monelta kantilta potilaan hyödyksi.

Peltomäen (2014) väitöskirjassa painotettiin iäkkäiden mukaan ottoa ja osallistumista hoidon suunnitteluun. Jopa kolmasosa iäkkäistä kokee jäävänsä hoidon suunnittelun ja ohjauksen ulkopuolelle. Osa iäkkäistä eivät koe tullessaan kuulukuksi. Tärkeää on käydä läpi jatkotoimenpiteet yhdessä potilaan kanssa. Omaiset kokivat Peltomäen (2014) väitöskirjan mukaan suunnittelussa, ohjauksessa ja kirjaamisessa mukana olon tärkeiksi ja hoidon laatuun vaikuttaviksi tekijöiksi. Sekä potilas että omaiset toivoivat, että kirjaamisen tärkeys huomioitaisiin ja toimittai-

siin kirjattujen asioiden pohjalta. (Peltomäki 2014.) IKINÄ-mallin tekeminen ja arvioinnit tapahtuivat yhdessä potilaan kanssa.

Mäkisen (2015) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat ohjauksen ja kuntouttavan työotteen edesauttavan laadukasta hoitotyötä suunniteltaessa ja tehdessä. Mäkisen (2015) tutkimuksessa kuten tässäkin kehittämistyössä vastaajat kokivat uuden mallin tuovan hyötyä potilaalle ja saavan toimintaa yhteneväisemmäksi. Uusien mallien käyttöönotto ja implementointi tavoittelee aina uuden toimintamallin sisäistämistä. (Mäkinen 2015; Holmi 2012.)

Ohjeita ja tukea haluttiin IKINÄ-arvioinnin jatkumiseksi ja toteutumisen seurannaksi sekä mallin aikataulutusta ja perehdytystä haluttiin järkeväksi. Osaston henkilökunta voi vaikuttaa kaatumisten ehkäisytyöhön omalla osastollaan ja omalla työpäivänsä ja siinä kuinka raportointi ja informaatio kulkevat jatkohoitoon. Tiedonkulku ja kirjaaminen korostuivat sisällönanalyyseissä. Vastaajat antavat niille arvon ja kokevat ne erittäin tärkeinä onnistumisen elementteinä.

Tiedonkulun ja raportoinnin kautta voidaan vaikuttaa IKINÄ-mallin jatkotoimenpiteiden ja muutosten toteutumiseen jatkohoitoon. Informaatio ja ohjeistus potilaalle, omaisille ja jatkohoitoon henkilökunnalle on avaimet mallin tuloksellisuuteen ja toimivuuteen. Se, että mallin käyttö jatkuu toimintamallina osastolla ja tieto siitä auttaisi henkilökuntaa aktivoitumaan ja uskomaan mallin tuomiin hyötyihin ja pitkällä aikavälillä näkemään saatuja tuloksia.

IKINÄ-mallin tekemiseen haluttiin enemmän aikaa ja malliin perehtymiseen. Mallin ja arviointien tekemistä ei opi eikä siinä kehity kuin käytännössä. Mallin tekeminen vaatii esimieheltä aikaa ja ajan antamista arviointien tekemiseen ja kirjaamiseen. Mallien ja arviointien tekeminen vaatii perehdytystä ja tätä voidaan saada yhteisillä palaverilla, joissa tehtyjä arviointeja käydään yhdessä läpi. Mallien tekeminen vaatii ”harjoittelua”. Ajan myötä mallien ja arviointien tekeminen tulee osaksi arkityötä ja malli juurtuu käyttöön. Se, että mallin käyttöön haluttiin enemmän aikaa, on ymmärrettävää, koska uusien toimintamallien sisäistäminen on kuukausien joskus jopa vuosien prosessi.

IKINÄ-mallin pitkäaikaisesta käytöstä ei ole tehty kyselyitä Lahden alueella, missä malli on koko sairaanhoitopiirin yhtenäisenä toimintamallina.

8.2 Eettisyys

Good scientific practice eli hyvä tieteellinen käytäntö, on edellytys sille, että tutkimusta voidaan pitää uskottavana ja luotettavana. Tutkijoiden täytyy toimia ennalta sovittujen pelisääntöjen ja normien mukaisesti kuten esimerkiksi oltava rehellisiä, noudatettava erityistä huolellisuutta analysoitaessa tuloksia ja kirjoitettaessa raporttia. (Tenk 2009). Tässä kehittämistyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Tenk 2012).

Eettisyys on aina huomioitava tutkimusta tehdessä ja se, että tutkimuksen tarkoitus on tuoda hyötyä ihmisille ja kehittää hoitotyötä. Työelämälähtöisessä kehittämisessä ammatilliset eettiset säännöt kulkevat rinnan tieteen tekemisen sääntöjen kanssa. Kehittämistyö tulee tehdä rehellisesti. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 48–49)

Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (1997) mukaan eettisiä kysymyksiä peilataan tutkimusaiheen valintaan, tutkimustehtävään (tässä tutkimuksessa kehittämistehtävään), tutkijoiden suhdetta sekä organisaatioon että tutkittaviin sekä aineiston keruuseen ja raportointiin. Kehittämistyössä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön kriteereitä jokaisessa kehittämistyön vaiheessa; suunnittelussa, koulutuksessa, toteutuksessa ja raportoinnissa. (Tenk 2009, 2012.)

Tutkimussuunnitelma valmistui syksyllä 2015 ja tutkimuslupa haettiin Vaasan kaupungin terveysvirastolta. Lupa saatiin 19.11.2015. Tutkimuslupa pitää aina olla tutkimusta tehdessä. Tutkimuslupa haettiin ohjeiden mukaisesti Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveysviraston kautta. Tutkimuslupahakemus sisälsi lupahakemuslomakkeen ja tutkimussuunnitelman. Tutkimussuunnitelmasta kävi ilmi tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, tutkimusmenetelmät, analysointimenetelmät, aikataulu ja raportointi. Tutkimussuunnitelmasta kävi myös ilmi, kuinka tutkimus julkaistaan. (Tenk 2012.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaisesti on sovellettu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta ja arviointimenetelmiä. On merkitty lähdeviitteet asianmukaisesti ja erotettu kehittämistyön tekijöiden teksteistä muiden teksteistä. Samoin on kiinnitetty erityistä tarkkuutta lähdevalintoihin. Ei ole käytetty yli 10 vuotta vanhoja lähteitä ellei kyse ole ollut alan perusteoksesta tai teorian tiedoista. On kiinnitetty huomiota myös kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvostettavuuteen. (Hirsjärvi ym. 2015; Tenk 2012).

Kehittämistyön aihe on eettinen, koska jokaisella on oikeus saada yhdenvertaisesti terveyden ja sairaanhoitoa, kuntoutusta ja ohjausta terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Kaatumisen ehkäisytyöllä on tutkitusti vaikutusta ikääntyneen elämänlaadun paranemiseen kaikilla elämän osa-alueilla. Elämänlaatu on subjektiivinen käsite, joka muodostuu ihmisen kokonaisvaltaisesta kokemuksesta omasta elämästään. (Vaapio 2009, 5; L 980/2012; L 1326/2010.)

Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeus tulee toteutua (L 785/1992). Kaatumisten ehkäisytyö pohjautuu tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuviin suosituksiin. Kehittämistyössä ja tutkimuksissa tulee toimia terveydenhuoltolain (L 1326/2010) ja vanhuspalvelulain mukaisesti (L 980/2012). Tämän kehittämistyön tarkoitus on toimia helpottamalla moniammatillista yhteistyötä tuomalla osastolle yhtenäisen työmallin (L 559/1994).

Kehittämistyön aineisto; HaiProt eli haitta- ja vaaratapahtumien -ilmoitukset ja kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Vaasan kaupungin terveystieteiden kanssa on sovittu, että he ja osasto 9 saavat käyttöönsä kehittämistyön sen valmistuttua ja tutkimus tallennetaan ammattikorkeakoulujen sähköiseen verkkokirjastoon, Theseukseen. (Engeström 1995; Pajala 2015; Tenk 2012.)

8.3 Luotettavuus

Perinteisillä keinoilla on hankala mitata toimintatutkimuksen luotettavuutta. Heikkinen, Rovio & Syrjälä (2007) toteavat että toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetti ja rehabiliteetti käsitteillä. Ensimmäinen tarkoittaa

tutkimusmenetelmän ja -kohteen yhteensopivuutta ja jälkimmäinen tarkoittaa toistettavuutta eli arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja alttiutta satunnaisvaihteluille. Heikkisen mielestä toimintatutkimuksen luonteesta johtuen validiteetti ei kunnolla toimi. Laadun varmistajana ei taas realibiteetti heidän mielestään toimi, koska toimintatutkimuksessa nimenomaan pyritään muutokseen eikä päinvastoin. Uusintamittauksilla ei ollut pääsemään samoihin vastauksiin, mitä taas realibiteetilla tarkoitetaan. Toimintatutkimuksen tutkittavat tulokset muuttuvat jatkuvasti käytäntöjen muuttuessa ja kehittyessä. (Heikkinen ym. 2007.) On hyvä muistaa, että toimintatutkimus on Kvalen (1994) mukaan osiensa summa ja siinä laadulliset periaatteet limittyvät.

Jotta voidaan arvioida toimintatutkimuksen luotettavuutta, voidaan käyttää kriteereinä muun muassa pätevyyttä, uskottavuutta, oikeellisuutta ja vastaavuutta. Toimintatutkimuksessa syklinen liike on niin sanottu punainen lanka. Koko ajan toistuu suunnittelu, toiminta ja sen arviointi. (Luoma 2012; Heikkinen 2001.) Luoman (2010) mukaan toimintatutkimuksen tuloksia voidaan mitata käytännön kehittämisen kannalta. Tässä kehittämistyössä käytettiin ajankohtaista ja tutkittua tietoa, jotta toimintatutkimus olisi luotettava ja uskottava. Koulutus pohjautui ammattilaisten suunnittelemaan valmiiseen runkoon ja pohjautui IKINÄ-malliin. Tutkijat perehtyivät IKINÄ-malliin olemassa mukana Lahdessa järjestettävissä IKINÄ-avainhenkilöiden koulutuksissa syksyllä 2015 ja keväällä 2016. Tämän tarkoituksena oli saada uusin tieto IKINÄ-mallista osastolle 9. Tämä lisäisi kehittämistyön luotettavuutta. Tutkijat osallistuvat seurantaan olemalla läsnä osastolla järjestettävissä IKINÄ-suunnittelupalavereissa. Näissä toimintaa suunniteltiin ja arvioitiin uudelleen osastolle sopiviksi. Näin malli juurtuisi vastaamaan päivittäistä hoitotyötä. Mallin käyttöä kehitettiin jatkuvasti toimintatutkimuksen mukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuudelle on tärkeää, että tutkimus selvittää sitä, mitä sen on tarkoitus selvittää. Tutkimusmenetelmät on aina valittava sen mukaan, millaista tietoa halutaan. Tutkimusmenetelmä ei anna itsessään tietoa vaan se toimii apua tiedon hankkimisessa. Tutkimusta on tarkasteltava kriittisesti. Tätä kutsutaan loogiseksi validiteetiksi. On mietittävä, että tutkimuksessa käytettävät kysymykset ovat oikeita kohdetta ajateltaessa. (Kuula 2014.) Tämän kehittämistyö kyselylo-

make suunniteltiin vastaamaan tutkimuksen tavoitteisiin. IKINÄ-mallin implementoinnilla pyrittiin vähentämään ikääntyneiden kaatumisia. Kyselylomakkeen avulla saatiin avainhenkilöiden kokemuksia IKINÄ-mallin käytöstä, samoin oliko ennalta ehkäisevän työn osuus kasvanut ja oliko kaatumisen määrä vähentynyt.

Ulkoista validiteettia on mietittävä tulosten kohdalla: Voidaanko tuloksia yleistää? Aineistoa on analysoitava puolueettomasti. Aineiston analysoinnissa täytyy huomioida, kuinka hyvin analysointimenetelmä vastaa aineistoa. Sisältövaliditeettia ja sen mukaista arviointia käytetään laadullisessa tutkimuksessa ja avointen kysymysten analysoinnissa. Tulokset eivät saa perustua tutkijan intuitioihin tai oletuksiin. Tästä syystä aineisto tulee aina kuvata mahdollisimman selkeästi. Tuloksilla täytyy kuvata tehdyt tulkinnat sekä ratkaisu- ja tulkintatavat. (Kuula 2014.) Tutkimuksen tuloksia kaatumisten määrästä ennen ja jälkeen mallin käytön voidaan verrata muihin samantapaisiin tutkimuksiin. Kyselylomakkeen tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi IKINÄ-mallin implementoinnissa ja sen suunnittelussa.

Tutkimuksen toistettavuutta tulee pohtia. Toistettavuuden ajatusta tulee kuitenkin pohtia tarkoin. Tutkimus muokkautuu aina tutkittavan kohteen, materiaalin, strategian ja tutkimusotteen mukaisesti. Toistettavuus tarkoittaa, että tutkimusolosuhteet täytyvät olla samanlaiset ja tutkimus tulee prosessina viedä samanlaisesti läpi. (Kuula 2014.)

Tutkimuksen luotettavuus perustuu tutkimuksen kokonaistulokseen ja arvioinnissa pohditaan tutkimuksen tuomia tuloksia ja sitä, ovatko tutkimuksen tavoitteet saavutettu. Toimintatutkimuksellinen tutkimusote eli reflektiivinen ote korostaa uuden tiedon ja toiminnan kautta tulleita tuloksia. Toimintatutkimuksessa tuloksia tulee tarkastella suhteessa käytäntöön. Luotettavuutta pohdittaessa täytyy miettiä, onko hankkeen taustalla ollut todellinen ja ratkaistavissa oleva ongelma ja onko uuden toiminnan luominen/ kehittäminen johtanut uuteen tai parempaan toimintaan. Luotettavuuden yksi merkitys on se, että tutkimus on merkityksellinen ja osallistuu johonkin teoreettiseen tai käytäntösidonnaiseen keskusteluun. Kehittämishankkeiden ja -töiden solmukohtia tulee avata tutkimuksessa ja antaa niiden ottaa kantaa tulkintoihin ja tehtyihin ratkaisuihin. (Kuula 2014.)

Mittarin luotettavuutta ja toimivuutta esiteltiin pienellä ryhmällä. Esitelmä on erityisen tärkeää, kun mittari on uusi ja tutkimusta varten suunniteltu. Esitelmän loppuun on asetettava avoin kysymyskohta, minne esitelmäjät voivat kirjoittaa, mitkä kysymykset ovat epäselviä tai mitä esitelmäjän mielestä kyselylomakkeesta puuttuu. Mittaria arvioivat myös tutkijat itse. Tätä kutsutaan näennäisvaliditeetiksi ja tätä tehdään ennen mittarin esitelmää. Tämä ei ole validiteetin vahvin muoto ja käytetään muiden rinnalla tästä syystä. Mittarin sisältövaliditeetti eli content validity on yksi tutkimuksen luotettavuuden perusta. Jos mittari on vääränlainen, ei voida saada luotettavia tuloksia, vaikka tutkimus muuten täyttäisi luotettavuuden osa-alueet. Sisältövaliditeettia arvioitaessa tarkastellaan sitä vastaako mittari sitä ilmiötä, mitä on tarkoitus mitata, onko valittu oikea mittari, onko käsitteet operationalisoitu luotettavasti ja minkälainen on mittarin rakennevaliditeetti eli teoreettinen rakenne. (Kankkunen ym. 2009).

Mittarissa täytyy ottaa huomioon kaikki tutkimuksen osa-alueet. On suositeltavaa käytettävien olemassa olevien standardoituja mittareita, jos näitä on kehitetty. Tähän kehittämistyöhön sopivaa mittaria ei löytynyt vaikka IKINÄ-mallista on tehty useita erilaisia seurantamittareita, joita Satu Pajalan (2015) Kehitä ja johda-oppaassa esitellään. Mittarin ikää on katsottava kriittisesti ja huomioitava hoitoalan kehittyneisyys ja se, että tutkitaanko asioita ajankohtaisesti. Teoreettiset käsitteet ovat operationalisoitavia mitattaviksi sopiviksi ja tämä on haastavaa. Tämä edellyttää paneutumista kirjallisuuteen ja alan teorioihin. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009.)

Tämän työn haasteena oli jonkinasteinen muutosvastarinta, vaikkakin toimintatutkimuksen katsotaan olevan hyvä keino sen torjumiseen, koska työyhteisön jäsenet voivat itse olla kehittämässä omaa toimintaansa. Ongelmana voi sen sijaan olla osallistujien motivointi ja kehittämistyöhön sitouttaminen. Hoitotyö on nykyään niin hektistä, että tarkka aikataulutus ei tule kysymykseen vaan täytyy luovia. Eettisyys tulee huomioida myös toimintatutkimuksessa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10; Pajala 2015).

Avainhenkilöt olivat kaikki vapaaehtoisia ja todella kiinnostuneita ottamaan IKINÄ-toimintamalli osaksi omaa ja osaston hoitotyötä. Osaston henkilökunnasta sai ilmoittautua vapaaehtoisesti toimimaan avainhenkilönä. Avainhenkilöiden tarvittavaa määrää ei ollut päätetty. Vapaaehtoisia ilmoittautuneita oli kahdeksan henkilöä, joista muodostui avainhenkilöiden ryhmä. He aloittivat IKINÄ-mallin käyttöönoton osastolla. Toimintatutkimuksessa haasteena on myös aikaansaadun muutoksen pysyvyys. (Vehviläinen- Julkunen 1997, 27, 31.)

Avainhenkilöt saivat kehittää omanlaisensa mallin IKINÄ-arviointien tekemiseen ja töiden jakamiseen. Avainhenkilöillä oli mahdollisuus olla yhteydessä tämän kehittämistyön tekijöihin ja saada apua esimerkiksi lomakkeiden täytössä. (Pajala 2015.)

Avainhenkilöitä oli kahdeksan. Seitsemän avainhenkilöä oli tehnyt arvioita, mutta yksi avainhenkilöistä ilmoitti, että ei ole tehnyt yhtään arvioita eikä täten halua vastata kyselyyn. Kaikki tekivät kyselyn työaikana. Vastausprosentti täten oli 100. Osaston esimieheltä saatiin lupa kyselyn tekemiseen työaikana ja aikataulu sovittiin niin, että se oli sopiva avainhenkilöille. Kyselyyn vastaamiseen varattiin aikaa tunti. Kysely tehtiin paperiversioina. Tutkimusjoukolle eli avainhenkilöille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Nämä olivat kerrottu henkilökunnalle jo 2015 keväällä virkistyspäivässä, missä IKINÄ-malli esiteltiin. Nämä kerrottiin kaikilla kolmella koulutuskerralla. Tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus tulivat myös esiin kyselyyn vastaajille kyselyn yhteydessä annetusta saatekirjeestä. Saatekirje löytyy liitteistä (Liite 4). Saatekirjeestä tuli ilmi tutkijoiden tiedot, tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, tutkimuksen aihe, aineiston keruumenetelmät ja miten tuloksia julkistetaan. (Kynge & Vanhanen 1999; Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006; Tenk 2012).

Ennen kyselyä, kysyttiin ketkä vastaavat kyselyyn. Osastonhoitaja ilmoitti kyselyyn varatusta ajasta avainhenkilöille ja kertoi osallistumisen olevan vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistumisen tulee aina olla vapaaehtoista ja perustua riittävään tietoon. Tutkimuksen kyselyyn osallistuminen ja vastaaminen koettiin haluksi olla mukana tutkimuksessa. Tutkimukseen voi antaa suostumuksen kirjallisesti,

suullisesti tai se voidaan tulkita käytöksestä. Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus lopettaa kyselyyn vastaaminen ja kyselyyn osallistuminen halutessaan. Taustamuuttuja -kysymyksiä ei laitettu ollenkaan, koska näin pystyttiin takaamaan vastaajien yksityisyys. Anonymiteetti lisää tutkimuksen luotettavuutta. Taustamuuttujien poisjäännin ei koettu vaikuttavan tulosten analysointiin tai itse tuloksiin. (Kynge & Vanhanen 1999; Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006; Tenk 2012). *”Tutkijan tulee varmistua siitä, että tutkittavia ei voida tunnistaa suorien lainauksien perusteella”* (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 2006, 33).

8.4 Kehittämistyön hyöty

Tämän kehittämistyön hyöty toteutuu monesta eri näkökulmasta. Hyötynä voidaan pitää ennalta ehkäisevää-työtä ja kaatumisten vähentymistä. Vaikka kaatumisten väheneminen ei vielä ole näkyvissä ainakaan tilastollisesti, ehkäisytyö on aloitettu ja tuloksia tutkitusti saadaan pidemmällä aikavälillä. Tutkitusti implementoidun toimintamallin muutoksien sisäistäminen sosiaali- ja terveysalalla kestää useita kuukausia tai jopa vuosia. IKINÄ-mallin implementointia suositellaan seurattavaksi 6 kuukauden ja vuoden käyttöönoton jälkeen. Muutosten ja uusien toimintamallien sisäistäminen ja kehittäminen osaksi arkipäivää suuressa organisaatiossa kestää jopa vuosia. Panostus ennalta ehkäisevään työhön ja sitä edesauttaviin toimintamalleihin on erityisen tärkeää ikääntyneen väestön määrän kasvaessa jatkuvasti, hoidontarpeen lisääntyessä ja taloudellisten resurssien näkökulmasta. Kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää ennakointia ja ennalta ehkäisyä. (L 980/2010; L 1301/2014; Engeström 1995; Pajala 2015.)

Tämä kehittämistyö toimi vanhuspalvelulain mukaisesti. (Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisen ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 980/2012).) Kehittämistyö toimi lain tavoitteiden, tarkoituksen ja säännösten mukaisesti, tukemalla ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista, parantamalla ohjausta, keskittymällä yksilöllisiin tarpeisiin ja toimivan ajoissa ennalta ehkäisevällä tavalla.

Kaatumisten ehkäisytyö osaston toimintamallina tukee kotihoidon tukemista ja laitoshoidon purkamista, mitkä ovat myös niin sanottu vanhuspalvelulain (L

980/2012), mielenterveyslain (L 1116/1990), omaishoidon tuen lain (L 937/2005) ja Vaasan kaupungin (2015) tavoitteiden mukaista. IKINÄ-mallin jatkotoimenpiteet auttavat kotihoitoa ennaltaehkäisevin toimenpitein. Vaasan kaupungin strategiassa on tarkoituksena purkaa laitoshoidon ja lisätä kotihoitoa (Vaasan kaupunki 2015).

Kehittämistyö tukee Sosiaali- ja terveysministeriön eli STM:n hallinnonalan tavoitteita: painopiste tulee olla ennalta ehkäisyssä, toiminnan tulee olla yhtenäistä ja pohjautua tutkittuun tietoon ja kirjaamismenetelmät täytyvät olla yhtenäiset ja selkeät. Hallitusohjelman tavoitteena on, että jokainen ikääntynyt voi paremmin ja pystyy itse vaikuttamaan omiin päätöksiinsä. Ikääntyneiden hoitoa painotetaan kotihoitopainotteiseksi ja asiakaslähtöiseksi. Tavoitteena ovat asiakaslähtöiset ja omatoimisuutta tukevat toimintaprosessit, joissa asiakas on keskipisteenä. Tämän kehittämistyön hyötynä voidaan pitää IKINÄ-mallin käyttöönottoa ja käyttöä ja niiden avulla potilaan ja asiakkaan parempaa ja monipuolisempaa hoitoa ja huomioimista. (STM 2016a, 2016c; Pajala 2015.)

IKINÄ-mallin käyttöönoton ja käytön hyöty näkyy myös taloudellisena hyötynä. Ennalta ehkäisevillä toimenpiteillä ja muutoksilla koitetaan saada vähennettyä terveydenhuollon ja laitoshuollon tuomia kustannuksia. Esimerkiksi yksi lonkka-leikkaus maksaa yhteiskunnalle 19 000 € ilman komplikaatioita. Yhtenäinen toimintamalli on tutkitusti resursseiltaan taloudellisesti kannattava. (STM 2016a, 2016c; Pajala 2015.)

Kehittämistyön hyöty toteutuu, jos se pääsee tavoitteisiin ja toimii tarkoituksen mukaisesti (Engeström 1995). Kehittämistyön tavoitteena oli saada osastolle yhtenäinen toimintamalli ja kyselyn tulosten mukaan vastanneet ovat kokeneet saavansa toimintamallin. Tarkoituksena oli kaatumisten vähentyminen ja tähän päästään pitkällä aika välillä, mutta ennalta ehkäisevä työ on aloitettu IKINÄ-mallin käyttöönotolla ja käytöllä. (Pajala 2012, 2015.)

Toimintatutkimuksessa työntekijä täytyy olla keskiössä kehittämistyössä ja mallin muokkaamisessa. Tässä kehittämistyön IKINÄ-mallin implementoinnissa henkilökunta itse suunnitteli mallin käytön ja käyttöönottamisen, mallin muokkaami-

sen, aikataulun ja kirjaamistavat. Toimintatutkimuksen osa-alueet ja painopisteet toteutuivat ja kehittämistyö eteni suunnitellussa aikataulussa. Toimintatutkimukselle tyypillinen henkilöstön keskeisyys toiminnan kehittämisessä auttaa osaston toiminnan muokkauksessa ja uuden mallin toteutumisen onnistumisessa. Tässä kehittämistyössä työntekijät saivat itse vaikuttaa ja kehittää omaa työtään. Tässä toteutui ajatus ”*oppivasta organisaatiosta*” ja henkilökunnan motivoinnista. IKINÄ-mallin käytön on tutkittu lisäävän henkilökunnan tietoa ja kiinnostusta omaa työtä kohtaan. Kyselyn vastauksista tuli ilmi, että oman työn pohtiminen lisääntyi ja potilaan monipuolisempi ohjaus. Täten voidaan päätellä, että tämän kehittämistyön hyöty näkyy henkilökunnan kehittämisessä ja toiminnan muutoksessa. (Hirsjärvi ym. 2008; Kankkunen 2013; Engeström 1995; Sagor 2000; Pajala 2015.)

Kehittämistyön kyselyn tulokset esitetään syksyllä 2016 osaston henkilökunnalle. Tuloksien avulla henkilöstö voi pohtia, kuinka mallin käyttöä voisi kehittää ja muokata edelleen toimivammaksi. Tulosten pohjalta esimiehet näkevät, missä asioissa henkilöstö kokee tarvitsevansa ohjausta ja neuvoja. Esimiehet voivat kehittää näitä asioita. Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää osaston toiminnan suunnittelussa ja esimerkiksi avainhenkilöiden työssä. Kehittämistyö on jatkuvaa ja seurannasta kuten tämän kehittämistyön sisältämästä kyselystä saaduista vastauksista kannattaa ottaa ”eväitä” toiminnan muokkaukseen. (Engeström 1995; Heikkinen ym. 2007; Pajala 2015.)

Kehittämistyö lisäsi tutkijoiden tietoa kaatumisista, niiden ehkäisystä ja IKINÄ-mallin käytöstä ja käyttöönotosta. Kehittämistyön avulla toimintatutkimus ja implementointi työtapoina ja toiminnan ja työn kehittämistapoina tulivat tutuiksi ja lisäsivät tietoa ja ymmärrystä kehittämistä ja toiminnan suunnittelua kohtaan. Teorian lukeminen ja käsitteleminen toimintatutkimuksesta, näyttöön perustuvasta hoitotyöstä, implementoinnista ja kaatumisten ehkäisystä lisäsi tietoa, ammattimaisuutta ja kiinnostusta sosiaali- ja terveysalaa ja varsinkin kehittämistoimia kohtaan. (Engeström 1995; Pajala 2012, 2015).

Kehittämistyön erilaiset osa-alueet kuten henkilöstön perehdyttäminen ja kouluttaminen lisäsivät sosiaalista taitoa, esiintymistaitoa ja taitoa ja tietoa perustella ja

käsitellä kokonaisvaltaisesti IKINÄ-mallia ja kehittämistyöstä. Yhteistyö osaston henkilökunnan kanssa lisäsi tietoa ja antoi ajattelemisaiheita. Kiinnostus ja motivaatio kehittää omaa työtään ja perehtyä tutkittuihin näyttöön perustuviin malleihin lisääntyi. Tiedonhakutaidot paranivat ja löydettyä tietoa oppi käsittelemään monesta näkökulmasta. Kehittämistyön teoriaa kirjoitettaessa tiedonmäärä lisääntyi ja löytyi paljon tutkijoille uutta tietoa. (Engeström 1995; Pajala 2012, 2015).

IKINÄ-malliin perehtyminen johti IKINÄ-mallin avainhenkilöiden koulutukseen Lahteen ja IKINÄ-mallin avoimeen valtakunnalliseen koulutus- ja luentopäivään Lahteen, jossa tapasi paljon IKINÄ-mallia käyttäviä henkilöitä ja IKINÄ-mallin kouluttajia ja ammattilaisia. Kehittämistyön hyöty tutkijoille on ollut monelta kannalta suuri.

8.5 Jatkotutkimusaiheet

IKINÄ-mallin implementointi ja sen seuranta kaupunginsairaalan osastolle 9 tuo paljon jatkotutkimusmahdollisuuksia. Mallia osastolle esiteltäessä keväällä 2015 tuli toiveita osaston henkilökunnalta, osastonlääkäriltä ja osastonhoitajalta, että malli tulisi implementoida myös muille osastoille kaupunginsairaalassa. Tämä olisi hyvä tutkimusaihe ja näin ollen voisi seurata mallin kehittymistä ja muuttumista eri osastoilla ja vertailla kaatumisten määrää suunniteltujen ajanjaksojen välein ja verrata kaatumisten määrää eri osastoilla. Samantyyllisen kehittämistyön mahdollisuus on myös mallin implementoinnissa kotihoitoon tai palveluasumisen yksiköihin. Tästä olisi mahdollista tehdä myös toimintatutkimustyyppinen kehittämissyö. Myös kaatumisten määrän vertailua ja seuranta voi toteuttaa molemmissa yhtä aikaa sekä laitos- että kotihoidossa.

IKINÄ-mallin seuranta voisi olla pidempi aikaista. Tutkimus voitaisiin tehdä siitä, kuinka osasto kehittää toimintamallin edellyttämää toimintaa ja kuinka mallin juurruttaminen osaksi perustoimintaa tapahtuu. Tällaisessa tutkimuksessa tutkimusmetodeina voisi käyttää esimerkiksi havainnointia osastolla tai tekemällä haastatteluja joko yksilö- tai ryhmämuodossa osaston henkilökunnalle. Haastattelu voitaisiin tehdä koko henkilökunnalle, ennalta sovituille henkilöille tai nimetyille avainhenkilöille.

Jos juurruttaminen tapahtuu monelle osastolle, voi haastattelun suunnata esimiehille tai kaikille eri osastojen nimetyille avainhenkilöille. Tutkimuskysymyksinä voisi olla esimerkiksi: ” Kuinka hoitajan työ/työtapa on muuttunut IKINÄ-mallin ollessa käytössä?”. IKINÄ-mallin käyttöä voisi tutkia kokemus-näkökulmasta tai työtapojen muuttumisen näkökulmasta. Pidempiaikaisena kehittämistyönä voidaan tutkia kaatumisten määrän muuttumista pidemmällä aika välillä.

IKINÄ-mallin implementointia voidaan tutkia myös asiakkaan/potilaan näkökulmasta. Voidaan tutkia osaston potilaita, joille on tehty kaatumisen vaaran arviointi osastolla ollessa ja suunniteltu tarvittavat toimenpiteet ja tehty niiden mukaan muutoksia esimerkiksi viikko-ohjelmaan tai hoitosuunnitelmaan. Tutkimuksessa voidaan selvittää ja seurata, kuinka kaatumisen vaaran arviointi vaikuttaa asiakkaan elämään kotiutuspaikassa (joko kotona tai palveluasumisessa). Voidaan seurata, kuinka muutokset toteutetaan ja kuinka asiakas ne kokee. Tutkimusmenetelminä voidaan käyttää esimerkiksi haastattelua joko avoimena haastatteluna tai valmiilla kysymyksillä.

Asiakkaan kokemuksia voidaan tutkia myös kyselyllä. Kyselyä tai haastattelua voidaan tehdä myös omaisille, jos halutaan tutkia, kuinka IKINÄ-mallin käyttö on heidän mielestään auttanut tai muuttanut iäkkään vointia tai arkea. Näin voidaan tutkia esimerkiksi sitä, onko iäkäs kokenut hyötyvänsä mallista.

Kotiutuspaikan henkilökuntaa voidaan myös haastatella tai heille voidaan suunnata kysely, jossa esimerkiksi selvitetään, miten osastolla tehty arviointi, on vaikuttanut heidän työhönsä.

Kaatumisvaaran arvioinnin implementointia voidaan tutkia myös esimiesten näkökulmasta tai heidän johtamistaan mallin toteuttamisessa/käyttöönnotossa. Jos IKINÄ-malli on käytössä esimerkiksi monessa yksikössä, voidaan tutkia, miten henkilökunta on kokenut esimiehen tuen vaikuttavan mallin toteuttamiseen ja/tai minkälaista tukea esimies on antanut ja minkälaista tukea henkilöstö kaipaisi.

IKINÄ-mallin kirjaamista ja sen kehittämistä voisi myös tutkia. Tästä voisi tehdä kehittämistyön, jonka tarkoituksena olisi tuottaa IKINÄ-mallin kirjaamiselle ja

seurannalle kirjaamisohjelmaan tarvittava kirjaamisosio, joka vastaisi tarpeita. Tähän voisi suunnitella käyttöohjeet. Kehittämistyö vaatisi yhteistyötä potilasohjelman suunnittelijoiden kanssa. Se, miten kirjaamista tulisi kehittää, täytyisi tutkia ja selvittää.

LÄHTEET

Aalto, S. & Marjakangas, S. 2008. Ikääntymisen resurssikeskusopas. Painotalo. Helsinki.

Aaltonen, P. & Ikävalko, H. 2002. Implementing strategies successfully. *Integrated Manufacturing Systems*. 13,6, 415–418. Viitattu 4.4.2015. <http://www.emeraldinsight.com.ezproxy.puv.fi/doi/pdfplus/10.1108/09576060210436669>

Aarons, G., Ehrhart, M. & Farahnak, L. 2014. The implementation leadership scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation science*. 9, 45.

Ahlström, S. & Mäkelä, P. 2009. Alkoholit ja iäkkäät Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009, 74, 674–678.

Ahola, A. 2006. Lomaketestaus EU-tilastojen tärkeäksi harmonisoinnin keinoksi. Vastapaino. Tampere.

Alanko, A. & Haarni, I. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Sininauhaliitto. Vammalan Kirjapaino Oy, 2007. Viitattu 10.6.2016. www.sininauhaliitto.fi

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus. 2.0. Tampere. Vastapaino.

Antikainen, A. 2013. Monilääkityksen ja kipulääkkeiden käytön yhteys liikku-
miskykyyn lonkkamurtumista toipuvilla yli 60-vuotiailla henkilöillä. Pro gradu.
Jyväskylän yliopisto. Viitattu 16.4.2016
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42812/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201401171077.pdf?sequence=1>

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi.

Arolaakso-Ahola, S. & Rutanen, M. 2007. Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen palvelutalossa. Pro- gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Www-dokumentti. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12556/URN_NBN_fi_jyu-2007363.pdf?sequence=1

Beck, M. & Staffileno, B. 2012. Implementing evidence-based practice during an economic downturn. *JONA*. 42,7/8, 350-352

Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., Neely, A. & Platts, K. 2000. Design, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*. 20,5, 754–771.

Callagher-Ford, L. 2014. Implementing an Sustaining EBP in Real World Healthcare Settings: A Leader's Role in Creating a Strong Context for EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 11, 1, 72–74.

Casterlé, BD., Willemse, A., Verschuere, M., & Milisen, K. 2008. Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *Journal of Nursing Management* 16, 753–763.

Chard, G. 2004. Implementing the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) in the Workplace. A comparison of the experience of occupational therapist and new graduates. *British Journal of Occupational Therapy*. 67, 54–64.

Cochrane. 2015. Viitattu 2.4.2016. <http://www.cochrane.org/>

Corey, SM. 1953. *Action Research to Improve School Practices*. Teacher College. Columbia University. New York.

Cunningham, JB. 1993. *Action research and organizational development*. Westport CT: Praeger.

Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. & Negria, E. 2010. Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology* 2010,21, 658–668.

DiCenco, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. 2005. *Evidence-Based Nursing. A Guide to Clinical Practice*. Mosby, Usa.

Durlak, J. & Dupre, E. 2008. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*. 41, 327–350.

Ekholm, V. 2016. Iäkkäiden terveys ja toimintakyky kehittyä myönteiseen suuntaan, mutta haasteitakin on. Miten suomalainen ikäihminen pärjää nyt? Mitä on tapahtunut kymmenessä vuodessa? Miltä tulevaisuus näyttää? Laatu ja potilasturvallisuus. *TESSO. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti*. Viitattu 4.7.2016. <http://tesso.fi/artikkeli/muuttuuko-vanhuus>

Engeström, Y. 1995. *Kehittävä työntutkimus: perusteita, tuloksia ja haasteita*. Helsinki. Edita.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Koski, P. 2013. *Hoitotiede*. Helsinki. Sanoma pro oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere. Vastapaino.

Eskola, K., Jyrkämä, J., Mäki-Petäjä-Leinonen, A., Niinistö, L., Pahlman, I., Pihlainen, A., Raivio, M., Sulkava, R. & Halila, R. 2008. *Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti*. Etene-julkaisuja 20.

Farin, V. 2013. Tehostetun ja yksilöllisen avokuntoutusohjelman vaikutus lonkkamurtumasta toipuvien iäkkäiden kaatumisen pelkoon. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.4.2016

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/41928/URN:NBN:fi:jyu-201308052114.pdf?sequence=1>.

Folder, M. 2014. Muistisairaana fyysinen toimintakyky. Teoksessa muistisairaana kuntouttava hoito, 109-120. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Folder, M. Duodecim.

Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. & Lybanon, V. 2007. Managerial Leadership for Nurses' Use of Research Evidence: An Integrative Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4 (3), 126–145.

Guralnik, JM. 2000. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000, 55, 221–231.

HaiPro. 2013. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 07.11.2015 <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>

Hakala, S. & Id-Korhonen, AM. 2016. Omassa kodissa. Ikääntyneiden asuinolojen arviointimalli. Ympäristöministeriö. Viitattu 15.7.2016. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160115/YMra_6_2016.pdf?sequence=1

Hammar, T., Raatikainen, R. & Perälä, M-L. 1999. Sosiaali- ja terveystieteiden tulevaisuudessa: 60-65-vuotiaiden odotukset palveluista 80-vuotiaana. *gerontologia*. 13,4, 189-1999.

Healey, F. 2007. The third report from the Patient Safety Observatory: Slips, trips and falls in hospital. Viitattu 1.6.2015. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk./resources/?entryid45=5982/>

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY. Helsinki.

Heikkinen, H. 2001. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä. PS-kustannus.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Dark Oy.

Heiskanen-Haarala, I. 2016. Iäkkäiden lääkehoidossa paljon pulmia. Laatu ja potilasturvallisuus. *TESSO. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti*. Viitattu 11.7.2016. <http://tesso.fi/artikkeli/iakkaiden-laakehoidossa-paljon-pulmia>

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Geriologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Duodecim.

Henderson, A., Winch, S., Holzhauser, K. & De Vries, S. 2006. The motivation of health professionals to explore research evidence in their practice: Intervention study. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1559–1564.

Hiltunen, L. 2015. Graduaineiston analysointi. Graduryhmä. Jyväskylän yliopisto. viitattu 10.7.2016.

www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/graduryhmä/PDFt/aineiston_analysointi2.pff

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15-16 painos. Helsinki. Tammi.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2008. Liikunta. Teoksessa Geriologia, 458-466. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Duodecim.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2010. JBI-suositukset. Viitattu 28.5.2015.

<http://www.hotus.fi/Joanna-briggs-institute/jbi-suositukset>

Hokkanen, H., Häggman-Laitila, A. & Eriksson, E. 2006. Kotona asuvien iäkkäiden voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. *Gerontologia*. 1, 12 -21.

Holmi, M. 2012. Kuntoutustyö. Palvelutalon ja hoivakodin työntekijöiden käsityksiä kuntoutustyöstä. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 16.4.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37736/URN:NBN:fi:jyu-201204301589.pdf?sequence=1>

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. 2.painos. Helsinki. Fioca Oy.

Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamallin näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. *Premissi* 1, 38–45

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki. WSOY.

Hyvinvointikatsaus 4/2006. Tilastokeskus. Viitattu 28.6.2016.

http://www.stat.fi/artikkelit/2006/art_2006-12-13_001.html?s=0.

Hyypä, H., Ahlavo, M., Hyypä, J. & Stähle, P. 2015. Tieto- ja osaamisperusteinen kasvu. Teoksessa Rikastuttava yhteistyö ja uudet toimintamallit. Innovaatioekosysteemi yhteiskunnan ajurina. Toim. Stähle, P & Pirttivaara, M. Tekes. Helsinki.

Ikäistituutti. 2015. Voimaa vanhuuteen-ohjelma. Ikäistituutin internet-sivut. Viitattu 3.7.2015. www.voimaavanhuuteen.fi/fi/voimaa+vanhuuteen+-ohjelma/

Ilmarinen. 2015. Onnistunut muutos. Tukea onnistuneen muutoksen suunnitteluun ja läpivientiin. Viitattu 3.2.2016.

<https://www.ilmarinen.fi/siteassets/liitepankki/tyohyvinvointi/opas-onnistunut-muutos.pdf>

Innokylä. 2012. Kaaos- ja osteoporoosiklinikka KAAOS. Viitattu 19.3.2016.

https://www.innokyla.fi/web/hanke47882/etusivu?p_p_id=projects_WAR_project_spolet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&p

Innokylä. 2014a. KAATUMATTA PARAS ryhmäkuntoutus-vapaaehtoinen tukija vierellä kulkien. Viitattu 14.7.2016. <https://www.innokyla.fi/web/malli739091>

Innokylä. 2014b. KaatumisSeula-kaatumisvammojen vähentäminen iäkkäiden arjessa. Viitattu 14.7.2016.

https://www.innokyla.fi/web/hanke1050787/etusivu?p_p_id=projects_WAR_projectsportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_projects_WAR_projectsportlet_projectId=1054509&_projects_WAR_projectsportlet_action=viewGeneral

Innokylä. 2014c. Kaatumisten ehkäisy Riihimäen terveystieteissä. Viitattu 21.1.2016. <https://www.innokyla.fi/web/versta1180095/etusivu/-/versta/perustiedot>

Innokylä. 2015a. IKINÄ-toimintamalli iäkkäiden kaatumisten ehkäisemiseksi Kouvolassa. Viitattu 22.3.2016.

<https://www.innokyla.fi/web/versta1333843/etusivu/-/versta/perustiedot>

Innokylä. 2015b. IKINÄ-asiantuntijaverkosto. Viitattu 14.7.2016.

<https://www.innokyla.fi/web/verkosto431747>

Jyrkämä, J. 2003. Ikääntyvä yhteiskunta ja vanhojen elinolot. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. toim. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä. PS-kustannut, 13–21.

Jyväskylän yliopiston koppa. 2009. Kokemuksen kuvaaminen. Viitattu 5.2.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/ongelmanasettelu/kokemuksen-kuvaaminen>

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkaiden muutoutuminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 51–62.

Kaatumis- ja osteoporoosiklinikka. 2015. Viitattu 19.6.2015.

<https://www.innokyla.fi/web/haneke47882>

Kaila, M. & Kuukasjärvi, P. 2005. Implementointi. FinOHTAn julkaisuja 2005. Impakti 1,10-11.

Kainulainen, K. 2015. Osastonhoitaja. Vaasan kaupunki. Haastattelu osaston toimintatavoista.

Kainulainen, K. 2016. Osastonhoitaja. Vaasan kaupunki. Haastattelu osaston ti-loista.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro oy.

Karvinen., E.2000. Tulee friski ja hyvä olla. Toimintatutkimus fyysisen aktiivisuuden edistämisestä Kontulan vanhankodissa. Gerontologian ja kansanterveyden lisensiaatintutkimus. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 16.4.2016. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/225>

Kaukonen, JP. 2006. Acute alcohol use among patients with acute hip fractures: a descriptive incidence study in southeastern Finland. *Alcohol Alcohol* 2006, 41, 345–348.

Kemmis, S. & Wilkinson, M. 1998. Action research in practice: partnerships for social justice in education. Participatory action research and study of practice. London.

Kettunen, R. 2010. Voima- ja tasapainoharjoittelu ikääntyneiden kotona asumisen tukena. Kuntouttavan työotteen toteutuminen kotihoitotyössä voitas-koulutuksen jälkeen. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 17.4.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/23002/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201003011296.pdf?sequence=1>

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOY: Helsinki.

Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaino.

KKI-ohjelma. Kunnossa kaiken ikää-ohjelman internet-sivut. Viitattu 3.7.2015. <http://kki.likes.fi/index.aspx>

Koppa 2014. Määrällinen analyysi. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 10.7.2016. <http://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/aineiston-analysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. *Tutkiva hoitotyö* 8 (3), 38–42.

Krainovich-Miller, B., Haber, J., Yost, J. & Kaplan Jacops, S. 2009. Evidence-Based Practice Challenge: Teaching Critical Appraisal of Systematic Reviews and

Clinical Practice Guidelines to Graduate Student. *Journal of Nursing Education* 48 (4), 186–195.

Kristensen, MT. 2007. Timed "Up & Go" test as a predictor of falls within 6 months after hip fracture surgery. *Phys Ther* 2007, 87, 24–30

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Väitöskirja. Vastapaino. Tampere.

Kuula, A. 2014. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Työturvallisuuskeskus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kvale, S. 1994. Validation as communication and action. On the social construction of validity. *Postmodernist Approaches to validity in qualitative research*. American Educational Research Association Conferens. New Orleans. April 4-8. 1994

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1/-99.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 1.8.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 14.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 2.12.2005/937. Laki omaishoidon tuesta Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 1.8.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

L 20.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 11.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. Vanhuspalvelulaki. Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 1.2.2016 www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980

L 29.4.2011/379. Pelastuslaki. Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 14.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379>

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 24.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 30.12.2014/1301. Sosiaalilaki. Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 30.7.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

- Lappalainen, S. & Mönkkänen, N. 2014. IKINÄ-mittarin käyttöönotto Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3 –kysely hoitajille. Opinnäytetyö. www.theseus.fi/xmui/bistream/handle/10024/76347/Lappalainen_Sari_Monkkonen_Niina.pdf?sequence=1
- Laufer, T. & Cleary-Holdforth, J. 2009. Evidence-based practice: improving patient outcomes. *Nursing Standard* 23 (32), 35-39.
- Lewin, K. 1946. Action research and minority problems. *Journal of Social Issues* 2 (4).
- Long, AF., Kneafsey, R., Ryan, J. & Berry, J. 2002. The role of the nurse within the multiprofessional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing* 37,1,70 – 78.
- Luoma, J.2010. Organisaatiomuutos ja muutosjohtaminen toimintatutkimuksena. N:o 178/2010. Lisensiaattitutkimus. Jyväskylän yliopisto. Taloustieteiden tiedekunta. Jyväskylä.
- Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC. Ajatuksia muutoksien johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. Ihmisten ja työhyvinvoinnin johtamisen tutkimus- ja kehittämissyhmä. HYWIN. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.9.2016. <http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/muutoskirja.pdf>
- Lönroos, L., Kautiainen, K., Karppi, I., Huusko, I., Hartikainen, H., Kivaranta, R. & Sulkava, T. 2006. rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.2004,18, 220 – 228.
- Matikainen, K. 2016. Turvallisen lääkehoidon tarkistuslista. Laatu ja potilasturvallisuus. TESSO: Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Viitattu 1.6.2016. <http://tesso.fi/artikkeli/turvallisen-laakehoidon-tarkistuslista>
- Mattila, L-R., Koivisto, V. & Häggman-Laitila A. 2004. Tutkimustiedon hyödyntäminen kliinisessä hoitotyössä ja sen opiskelussa. *Tutkiva hoitotyö* 2 (4), 30–35.
- Mattila, L-R., Rekola, L. & Sarajärvi, A. 2011. Näyttöön perustuva toiminta, Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki. WSOY pro Oy.
- Melender, H-L. & Häggman-Laitila, A. 2010. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä: katsaus koulutusinterventioiden vaikuttavuuteen. *Hoitotiede* 2010. 22, 1, 36–54.
- Melnyk, BM., Fineout-Overholt, E., Feinstein, NF., Li, H., Wilcox, L. & Kraus, R. 2004. Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: Implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 1, 185–193

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet ihmistieteessä. Toinen painos. Helsinki. Methelp.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Toinen painos. Jyväskylä. Gummerus.

Miettinen, M. 2007. Tutkittua tietoa hoitopäätösten tueksi. *Impakti* (6) 2001. Fienohta. Terveystieteiden tutkimuskeskus 10. vsk, KS Paino Oy, Kajaani.

Miettinen, J. 2015. Lahden vanhuspalveluiden hanke palkittiin. *Kuntalehti*. Viitattu 22.3.2016. <http://kuntalehti.fi/kuntauutiset/sote/lahden-vanhuspalvelujen-hanke-palkittiin/>

Muistisairaudet. Käypä hoito. 2010. Duodecim. www.kaypahoito.fi

Munroe, D., Dyffy, P. & Ficher, C. 2006. Fostering Evidence-based Practicien a rural Community Hospital. *Journal of Nursing Administration* 36,11, 510-512.

Munroe, D., Dyffy, P. & Ficher, C. 2008. Nursing knowledge, skill and attitudes related to evidence-based practice: Before and after organizational supports. *Med-surg Nursing* 17,1, 55-60.

Mård, M. & Vaha, J. 2007. Perus- ja nopeusvoimaharjoittelun vaikutus lonkkamurtumapotilaiden liikkumiskykyyn. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 18.4.2016. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8283/URN_NBN_fi_jyu-2007264.pdf?sequence=1

Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Sosiaalipsykologian pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.4.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98123/GRADU-1446457835.pdf?sequence=1>

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2006 Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Helsinki. Edita Prima oy.

Neittaanmäki, L. 2007. Vanhusväestön itsenäinen selviytyminen. Esiselvitysraportti. Viitattu 22.5.2016. www.mentalhealthpromotion.net/resources/vanhusvestn-itseninen-selviytyminen.pdf

Nevalainen, M. 2007. Hyvä implementointi. Kulttuurista toiseen siirtteävän menetelmän käyttöönottoprosessi. Pro gradu. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 29.9.16. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12547/URN_NBN_fi_jyu-200788.pdf?sequence=1

- Nevalainen, M. & Harra, T. 2007. Hyvä implementointi. Kuntoutus 4. Kehittyvät vanhuspalvelut julkaisuja. Vanhus – ja lähimmäispalvelun liitto. Helsinki.
- Nevalainen, TH., Hiltunen, LA. & Jalovaara, P. 2004. Functional ability aftership fracture among patients home-dwelling at the time of fracture. *Cent Eur J Public Health* 2004, 12,4, 211–216.
- Newhouse, RP., Dearholt, S. & Poe, S. 2007. Organizational Change Strategies for Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Administration* 37,12, 552–557
- NPSA (National Patient Safety Agency). 2009. The ”How to” Guide for Reducing harm from falls. Viitattu 21.7.2015.
<http://patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/intervention-support/FALLSHow-to%20Guide%20v4.pdf>
- Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. teoksessa lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Toim. Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J., Nyman J.& Juva, J. WS Bookwell oy.
- Nurmi, I. 2000. Yli 60-vuotiaiden kaatumistapaukset laitoshoidon aikana. Vaaratekijät, kustannukset ja selviytyminen. Helsingin yliopiston verkkojulkaisut. Helsinki. Väitöskirja.
- Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asi-
 antuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja
 moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
 Helsinki. Viitattu 28.9.2016.
https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOY Pro Oy. Porvoo.
- Oppiportti.2016. Kaatumisten ehkäisy-oppaaseen perustava opetusmateriaali. Viitattu 17.1.2016. www.oppiportti.fi
- Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. 2002. Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*.2002 (11), 205–213.
- Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. IKINÄ-Opas. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Juveness Print. Suomen yliopistopaino Oy. Tampere 2012.
- Pajala, S.2015. Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä. Opastoimintakäytäntöjen implementointiin. Juvenes Print. Suomen yliopistopaino Oy. Tampere 2015.

Palvanen, M., Kannus, P., Piirtola, M., Niemi, S., Parkkari, J. & Järvinen, M. 2014. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: a randomised controlled trial. Pubmed. Viitattu 13.7.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23579066>

Panula, J. 2010. Surgically treated hip fracture in older people. Väitöskirja. Institute of Clinical medicine; Department of Surgery. Annales Universitatis Turkuensis D 907. Viitattu 12.6.2015. <https://www.doria.fi/handle/10024/62845>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Peltomäki, P. 2014. Kotona asuvan ikäihmisen perheen hyvä vointi. fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston terveystieteellinen yksikkö. Viitattu 27.9.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96167/978-951-44-9524-3.pdf?sequence=1>

Pepler, CJ., Edgar, L., Frisch, S., Rennick, J., Swidzinski, M., White, C., Brown, T. & Gross, J. 2006. Strategies to Increase Research-based Practise. Interplay With Unit Culture. *Clinical Nurse Specialist* 20,1, 23–31.

Piirtola, M., Isoaho, R. & Kivelä, S-R. 2003. Fyysinen harjoittelu edullista ja tehokasta kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyssä. *Duodecim*.

Pohjoismainen Hyvinvointikeskus. Norden- Nordens Välfärdscenter. Nordic Welfare. 2013. Yhteenveto Pohjoismaisen Hyvinvointikeskuksen Laadukas Vanhustenhuolto-hankkeesta. Viitattu 15.7.2016. http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/25847/kvalitet_%C3%A4ldreomsorg_finska_sammanfattning.pdf

Polit, DF. & Beck, CT. 2008. *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.

Porre, P. 2001. Hoidon jatkuvuus kotipalvelun yövuoropartiossa. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 28.9.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/88563/gradu00056.pdf?sequence=1>

Powell, LE. & Myers, AM. 1995. The Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995, 50, 28–34.

Raittila, P. 2016. Liikunta-aktiivisuus ikääntyneiden henkilöiden kaatumisriskiä selittävänä tekijänä. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma. terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.7.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/50021/URN:NBN:fi:jyu-201606012797.pdf?sequence=1>

Ravitsemushoito. 2010. Suositus sairaaloihin, terveystieteisiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Edita Publishing Oy, Helsinki. Viitattu 6.6.2016. www.ravitsemusneuvottelukunta.fi

Ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Edita Publishing Oy. Helsinki 2010. Viitattu 4.6.2016. www.ravitsemusneuvottelukunta.fi

Rissanen, S., Laitila-Junkkari, P., Hirvonen, R. & Sinkkonen, S. 1999. Vanhusten kotihoidon laatu Kuopiossa 1994 ja 1997. Arviointitutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vuorovaikutuksista kotihoidon laatuun vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. *Gerontologia*. 13,2, 71–81.

Ross, A. & Crumpler, J. 2007. The Impact of an Evidence-Based Practice Education Program on the Role of Oral Care in the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. *Intensive and Critical Care Nursing* 23, 123–126.

Routasalo, P., Wagner, L. & Virtanen, H. 2004. Registered nurses' perceptions of geriatric

Rydwick, E., Frändin, K. & Akner, G. 2004. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnosis. Incidence of hip fracture. A population based-study in Finland. *Bone* 2004,5.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2015. Analyysin äärellä. KvaliMOTV. Viitattu 9.7.2016. www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html

Sagor, R. 2000. *Guiding School Improvement with Action Research*. London.

Salminen, J. 2008. *7 askelta strategisiin tuloksiin*. Helsinki. Talentum.

Salminen, MJ. 2009. Effect of a risk-based multifactorial fall prevention program on the incidence of falls. *J Am Geriatr Soc* 2009, 57, 612–619.

Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A. 2011. Promoting the Implementation of Evidence-based Practice: A Literature Review focusing on the Role of nursing Leadership. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* Fourth quarter, 212–223.

Sarajärvi, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö – kuvaus toimintamallin kehittämisestä. *Pro Terveys* 6, 10–14.

Sedrl, D. 2008. Evidence-Based nursing practise: What US nurse executives really think. *Nurse Researcher* 15,4, 51–67.

Siipola, S. 2001. Vanhusten kuntouttava hoitotyö – käsiteanalyysi. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
<https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Sivut/progradut.aspx>

Sillanpää, I. 2014. Implementing supply chain strategy. Väitöskirja. Vaasan Yliopisto. Viitattu 28.4.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-561-9.pdf

SPSS. 2016. Ohjelmistot ja ratkaisut. Viitattu 9.7.2016. www.spss.fi/ohjelmistot-a-ratkaisut

Stanmore, E., Ormrod, S. & Waterman, H. 2006. New roles in rehabilitation – the implications for nurses and other professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2006,12,6, 656–664

STM. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 – 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:18. Helsinki. www.stm.fi

STM. 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006: 6. Helsinki. Viitattu 1.1.2016. www.stm.fi

STM. 2009a. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:3. Viitattu 1.6.2015. <http://www.stm.fi/c/documentlibrary/getfile?folderd=39503&name=DLFE-7801.pdf>

STM 2009b. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön - toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 18. Helsinki.

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki. Viitattu 24.4.2016.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

STM. 2016a. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:41. Helsinki. Viitattu 4.8.2016.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1

STM. 2016b. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta.. sosiaali- ja terveysministeriön hanke. Helsinki. Viitattu 4.8.2016.
<http://stm.fi/hankkeet/terveys-ja-hyvinvointi>

STM. 2016c. Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:2. Helsinki. Viitattu 1.8.2016.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74745/RAP%202016_2.pdf?sequence=1

Strandberg, T. & Tilvis, R. 2003. Geriatriinen preventio. Teoksessa Geriatria. Toim. Tilvis, R., Hervonen, A., Jääntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. Duodecim.

Stringer, ET. 1996. Action research. A handbook for practitioners. Thousand Oaks:Sage.

Suomisanakirja. 2015. Kokemus. Sivistyssanakirja. Viitattu 5.2.2016.

<http://www.suomisanakirja.fi/kokemus>

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.

TENK 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 1.3.2016. www.tenk.fi

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 1.7.2016. www.tenk.fi

Tervo-Heikkinen, T. 2011. Kaatumisten ehkäisy KYS:ssä. Pilotoinnin käytännön etenemisen kuvaus. Raportti R5. Yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittäminen. Hoitotyön käytännöt yhtenäisemmiksi – toimintamallin sopivuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. KASTE 2009-2011. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 25.9.2016.

http://www.vete.fi/Raportit/VT/Loppuraportit/VT_Raportti_R5.pdf

THL 2015. Ikääntyminen. Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.9.2015. [Www.thl.fi](http://www.thl.fi)

THL. 2016a. IKINÄ-asiantuntijaverkosto. Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos. Viitattu 15.7.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/ikina-asiantuntijaverkosto>

THL. 2016b. Sosiaali- ja terveysalan turvallisuusfoorumi 18-19.5.2016. Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos. Viitattu 15.7.2016. https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/-/sosiaali-ja-terveysalan-turvallisuusfoorumi-18-19-5-2016?redirect=https%3A%2F%2Fwww.thl.fi%2Ffi%2Fweb%2Ftapaturmat%2Fiakkaat%2Fikina-asiantuntijaverkosto%2Fikina-verkoston-tiedotteet%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_yaX6C8ZPj0Ua%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-2-1%26p_p_col_count%3D1

- Tideiksaar, R. 2010. Falls in older people. Baltimore:Healt professions press. Systematic review. Viitattu 16.4.2016.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14870716>
- Tinetti, ME. & Kumar, C. 2010.The patient who falls: “It's always a trade-off.” JAMA 2010, 303,3, 258–286.
- Tomey, AM. 2009. Nursing leadership and management effects work environments. Journal of Nursing Management 17, 15–25
- Turja, T., Routasalo, P. & Arve, S.2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. Tutkiva hoitotyö 4,1, 4–9.
- Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Verkkojulkaisu. Turun yliopiston julkaisuja sarja C, osa 280. Viitattu 1.6.2015.
<https://doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280vaapio.pdf>
- Vaasan kaupunki, sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 2015. Viitattu 24.4.2016. www.vaasa.fi
- Wade, D.2006. Why physical medicine, physical disability and physical rehabilitation? We should abandon Cartesian dualism. Clinical Rehabilitation 20, 185–190.
- Vanhatalo, A. 2011. Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotto –Case KYS: kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus. Pro Gradu- tutkielma. Sosiaali ja terveydenhuollon tietohallinto. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 21.7.2015.
<http://epublications.uef.fi/pub/urn:nbn:fi:uef-20120004/urn:nbn:fi:uef-20120004.pdf>
- Vehviläinen - Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26–34.
- Vilkkä, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.- 3. painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Pdf-tiedosto.
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>.

LIITE 1



Kotona asuvat iäkkäät LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FROP-Com Screen, Falls Risk for Older People)						
Nimi:						
Syntymäaika:						
Osoite / osasto / huone:						
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti						
Arvioinnin tekijä						
Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)						
ARVIOINTIPISTEET						
KAATUMISHISTORIA						
Kaatumiset edeltävän 12 kk aikana	Ei yhtään	(0 p.)				
	Yksi kaatuminen	(1 p.)				
	Kaksi kaatumista	(2 p.)				
	Kolme kaatumista tai enemmän	(3 p.)				
PÄIVITTÄINEN TOIMINTAKYKY						
Kuinka paljon henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toimissa kotona (ruuanlaitto, siivous, pyykki yms. kotityöt)? <i>Jos kaatunut, kirjataan tilanne ennen kaatumista.</i>	Täysin itsenäinen	(0 p.)				
	Selviytyy vähäisen avun turvin	(1 p.)				
	Tarvitsee paljon apua	(2 p.)				
	Tarvitsee apua lähes kaikissa toiminnoissa (3)	(3 p.)				
TASAPAINOKYKY						
Henkilöä pyydetään nousemaan istumasta seisomaan, kävelemään muutaman metrin eteenpäin, kääntymään ja palaamaan takaisin istumaan. <i>Jos apuväline käytössä, tehdään suoritus sen kanssa.</i> <i>Jos tasapainokyky vaihtelee suorituksen eri vaiheissa, pisteytys heikoimman vaiheen suorituksen mukaan.</i>	Ei havaittavaa tasapainon heikkoutta	(0 p.)				
	Jonkin verran tasapainon heikkoutta	(1 p.)				
	Selvästi heikentynyt tasapaino (tarvitsee hieman apua tai käyttää apuvälinettä)	(2 p.)				
	Tarvitsee jatkuvasti apua tai ei pysty lainkaan suoritukseen	(3 p.)				
PISTEET YHTEENSÄ						

Pisteet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kuinka paljon suurentunut kaatumisvaara	0,25 kertainen		0,7 kertainen		1,4 kertainen		4,0 kertainen		7,7 kertainen	
Kaatumisvaara	0–3 lievästi kohonnut				4–7 kohonnut			8–9 erittäin korkea		
Toimenpiteet	Tasapainokyvyn ylläpitäminen Liikuntakyvyn ylläpitäminen				Kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja yksilöllisten ehkäisytoimien toteutus			Välitön kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja toimenpiteiden käynnistäminen		

Lähde: Australian Guideline, community care. FROP-COM Screen (Mukaeltu). Russell MA, Hill KD, Blackberry I, Day LM, Dharmage SC. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment FROP-Com Screen (Falls Risk for Older People) tool. Age Ageing. 2008 Nov;37(6):634-9. Suomeksi THL, IKINÄ, www.tapaturnat.fi

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.



1 (2)



Hoivapalvelut ja sairaala LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)					
Nimi:					
Syntymäaika:					
Osoite / osasto / huone:					
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti					
				Arvioinnin tekijän nimikirjaimet	
				Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)	
				ARVIOINTIPISTEET	
KAATUMISHISTORIA					
Kaatumiset edeltävän 12 kuukauden aikana	Ei yhtään kaatumista	(2 p.)			
	Yksi tai useampi kaatuminen viimeisen 12 kuukauden aikana	(4 p.)			
	Yksi kaatuminen viimeisen 3 kuukauden aikana	(6 p.)			
	Useampia kaatumisia viimeisen 3 kuukauden aikana	(8 p.)			
LÄÄKITYS					
Rauhoittavat, mielialalääkkeet, Parkinson-lääkitys, nesteenpoistolääkkeet, verenpainelääkkeet, uni- tai nukahtamislääkkeet	Ei mitään mainittujen lääkeryhmän lääkkeitä	(1 p.)			
	Yksi lääke	(2 p.)			
	Kaksi lääkettä	(3 p.)			
	Useampi kuin kaksi lääkettä	(4 p.)			
HENKINEN TILA					
Onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikaatio- ja yhteistyökyyvyssä, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä	Ei mitään mainituista	(1 p.)			
	Vähäisesti yksi tai useampia oireita	(2 p.)			
	Kohtalaisesti yksi tai useampia oireita	(3 p.)			
	Vaikea-asteista ongelmaa yhdellä tai useammalla osa-alueella	(4 p.)			
KOGNITIO/MUISTI					
Pisteytys joko MMSE*-testi-pisteiden tai kysymyksen mukaan	MMSE		Onko muistivaikeuksia?		
	25–30	(1 p.)	Ei vaikeuksia	(1 p.)	
	18–24	(2 p.)	Vähäisiä muisti-vaikeuksia	(2 p.)	
	10–19	(3 p.)	Kohtalaisesti muisti-vaikeuksia	(3 p.)	
	0–12	(4 p.)	Etenevä muistisairaus	(4 p.)	
* Mini-Mental State Examination					
PISTEET YHTEENSÄ (max. 20 p.)					



2 (2)



Holvapaalvelut ja sairaala
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Kaatumisvaara:	Pisteet	Toimenpiteet
Uevästi kohonnut kaatumisvaara	5–11 p.	Tasapainokyvyn ylläpitäminen. Liikuntakyvyn ylläpitäminen.
Kohonnut kaatumisvaara	12–15 p.	Kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytoimien toteuttaminen.
Erittäin korkea kaatumisvaara	16–20 p.	Välitön kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytoimien aloittaminen pikaisesti. Säännöllinen seuranta.

Lähde: Falls Risk Assessment Tool (FRAT-screening component)
 Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service, <http://www.health.vic.gov.au/agedcare>.
 Suomenkielisen käännöksen © THL, IKINÄ, www.tapaturmat.fi.

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

LIITE 2



1 (8)



KAATUMISVAARAN ARVIOINTI					
Nimi:					
Syntymäaika:					
Osoite / osasto / huone:					
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti / hoivakoti / laitos					
Arvioinnin tekijän nimikirjaimet					
Arviointipäivämäärä (pp/kk/vv)					
KAATUMISHISTORIA					
Kaatumiset edeltävän 12 kuukauden aikana?	Ei yhtään kaatumista	(0 p.)			
	Yksi kaatuminen	(1 p.)			
	Kaksi kaatumista	(2 p.)			
	Kolme kaatumista tai enemmän	(3 p.)			
Kaatumisvammat edeltävän 12 kuukauden aikana? (Jos useampia vammakaatumisia, kirjataan kaikkien vakavin viimeisen 12 kuukauden aikana saatu vamma.)	Ei yhtään	(0 p.)			
	Vähäinen vamma, ei lääkärikäyntiä	(1 p.)			
	Vähäinen vamma, kävi lääkärissä	(2 p.)			
	Vakava vamma tai murtuma	(3 p.)			
Viimeisimmän kaatumisen tapahtuma-aika (Ei pisteytetä)	Yöllä (klo 22–06)				
	Aamulla/aamupäivällä (klo 06–12)				
	Iltapäivällä/ilta (klo 12–22)				
	Ei tietoa				
Viimeisimmän kaatumisen tapahtumapaikka? (Ei pisteytetä)	Sisällä				
	Ulkona				
	Wc/kylpyhuone/sauna				
	Ei tietoa				
Viimeisimmän kaatumisen syy? (Ei pisteytetä)	Kompastuminen tai liukastuminen				
	Pyörtyminen tai huimaus				
	Tasapainon menetys				
	Putoaminen (esim. tuoilta tai vuoteesta)				
	Päihtymys				
	Ei tietoa				
Muu syy					
Viimeisimmässä kaatumisessa saadut vammat?					
KAATUMISEN PELKO					
Selvitetään kysymällä tai tehdään ABC-testi (katso testilomake)	Kuinka paljon tunnette kaatumisen pelkoa kävellessänne sisällä?	ABC-testin pisteet			
	En lainkaan	(0 p.)	80–100 p.	(0 p.)	
	Hieman tai joskus	(1 p.)	51–79 p.	(1 p.)	
	Useimmiten	(2 p.)	30–50 p.	(2 p.)	
	Paljon / koko ajan	(3 p.)	0–29 p.	(3 p.)	
JALAT JA JALKINEET					
Onko jaloissa turvotusta, kovettumia, liikavarpaista, virheasentoja, säärihaavoja, yms.?	Ei	(0 p.)			
	Kyllä Miten?	(1 p.)			
Ovatko jalkineet sellaiset, että ne lisäävät kaatumisvaaraa?	Ei	(0 p.)			
	Kyllä Miten?	(1 p.)			
TÄMÄN SIVUN PISTEET YHTEENSÄ					



2 (8)



LÄÄKITYS			
<p>Säännöllisessä käytössä olevat lääkkeet?</p> <p><i>Reseptilääkkeet joko kysytään tai tarkastetaan resepteistä.</i></p> <p><i>Käsikauppalääkkeistä tuotenimi tai mihin tarkoitukseen käyttää.</i></p> <p><i>(Ei pisteytetä)</i></p>	<p>Reseptilääkkeet:</p> <p><input type="checkbox"/> Itse ilmoitettu</p> <p><input type="checkbox"/> Tarkastettu resepteistä</p>	<p>Käsikauppalääkkeet</p> <p>Valmisteet:</p>	
	Rauhoittavat ja/tai unilääkkeet		
	Mielialalääkkeet		
	Epilepsialääkkeet		
	Kipulääkkeet		
	Sydänlääkkeet		
	Nesteenpoistolääkkeet		
	Rytmihäiriölääkkeet		
	Lääkitys huimaukseen		
	Resepti ja käsikauppalääkkeet yhteensä.	Ei yhtään	(0 p.)
	1–2 lääettä	(1 p.)	
<i>Lukumäärä lasketaan edellisen kysymyksen perusteella.</i>	3 lääettä	(2 p.)	
	4 tai enemmän	(3 p.)	
SAIRAUDET (Pisteytetään vain kokonaislukumäärä)			
Sydänsairaus (verenpainetauti, koronaaritauti, rytmihäiriö)			
Muistisairaus			
Diabetes			
Aivohalvaus			
Parkinsonin sairaus tai muu neurologinen sairaus			
Hengityselinsairaus			
Huimaus			
Perifeerinen neuropatia			
Tuki- ja liikuntaelimistön sairaus			
Keinoniveliä alaraajoissa			
Osteoporoosi			
Akuutti sairaus: mikä?			
Sairaudet yhteensä			
Sairaudet yhteensä?	Ei mitään sairauksia	(0 p.)	
	1–2 sairautta	(1 p.)	
<i>Lukumäärä lasketaan edellisen kysymyksen perusteella.</i>	3–4 sairautta	(2 p.)	
	5 tai enemmän	(3 p.)	
AISTITOIMINNOT			
Onko näkö heikentynyt?	Ei	(0 p.)	
	Kyllä	(1 p.)	
Silmälasit <i>(Ei pisteytetä)</i>	Ei ole		
	On, käyttää		
	On, ei käytä		
Onko kuulo heikentynyt?	Ei	(0 p.)	
	Kyllä	(1 p.)	
Kuulolaite <i>(Ei pisteytetä)</i>	Ei ole		
	On, käyttää		
	On, ei käytä		
MUISTI			
MMSE* (katso testilomake) testipistemäärä	25–30	(0 p.)	
	18–24	(1 p.)	
	10–19	(2 p.)	
	0–12	(3 p.)	
* Mini-Mental State Examination			
Etenevä muistisairaus, mikä?			
TÄMÄN SIVUN PISTEET YHTEENSÄ			



3 (8)



INKONTINENSSI						
Onko pidätyskyvyttömyyttä?	Ei		(0 p.)			
	Kyllä		(1 p.)			
Onko säännöllisesti tarve käydä wc:ssä useammin kuin kerran yössä?	Ei		(0 p.)			
	Kyllä		(1 p.)			
RAVITSEMUS JA ALKOHOLI						
Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen 3 kuukauden aikana ruokahalun vähenemisen, ruuansulatus/pureskelu/ nielemisongelmien vuoksi?	Ei		(0 p.)			
	Vähän, mutta ravitsemustila hyvä		(1 p.)			
	Jonkin verran heikentynyt ruokahalu		(2 p.)			
	Huono ruokahalu tai syömisvaikeus		(3 p.)			
Ravitsemustila (arvioidaan vain yhdellä vaihtoehdoista)	Painon pudotus	MNA-SF-testi	NRS-2002-testi			
	Ei	(0 p.)	14 p.	(0 p.)	0 p.	(0 p.)
	Ei tiedä	(1 p.)	12–13 p.	(1 p.)	1–2 p.	(1 p.)
	1–3 kg	(2 p.)	8–11 p.	(2 p.)	3–4 p.	(2 p.)
	> 3 kg	(3 p.)	0–7 p.	(3 p.)	≥ 5 p.	(3 p.)
Nautittujen alkoholiannosten määrä viikon aikana? <i>(Tarvittaessa AUDIT-C tai yli 65-vuotiaiden alkoholimittari)</i>	Ei yhtään		(0 p.)			
	1–3 annosta		(1 p.)			
	4–10 annosta		(2 p.)			
	11+ annosta		(3 p.)			
MIELIALA						
<i>Masennusoireita: pitkittynyt aloitekyvyttömyys, alakuloisuus, levottomuus, ahdistus tai aiheettomat pelot.</i>	Onko masennusoireita?		GDS-15 testin tulos			
	Ei	(0 p.)	0–6 p.	(0 p.)		
	Kyllä	(1 p.)	7–15 p.	(1 p.)		
AVUN TARVE						
Ennen viimeistä kaatumista, kuinka paljon tarvitsi apua ADL-toiminnoissa? <i>(Kaatumisen jälkeen, arvioidaan ennen kaatumista ollut toimintakykyyn taso. Ellei ole kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana, arvioidaan tämänhetkinen tilanne.)</i>	Ei tarvitse lainkaan apua		(0 p.)			
	Suoriutuu vähäisesti autettuna		(1 p.)			
	Tarvitsee kohtalaisesti apua		(2 p.)			
	Täysin autettava		(3 p.)			
Onko avun tarve lisääntynyt viimeisen kaatumisen jälkeen? <i>(Ei arvioida, jos ei ole kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana.)</i>	Ei		(0 p.)			
	Kyllä		(1 p.)			
Ennen viimeistä kaatumista, kuinka paljon tarvitsi apua IADL-toiminnoissa? <i>(Kaatumisen jälkeen, arvioidaan ennen kaatumista ollut toimintakykyyn taso. Ellei ole kaatunut viimeisten 12 kuukauden aikana, arvioidaan tämänhetkinen tilanne.)</i>	Ei tarvitse lainkaan apua		(0 p.)			
	Suoriutuu vähäisesti autettuna		(1 p.)			
	Tarvitsee kohtalaisesti apua		(2 p.)			
	Täysin autettava		(3 p.)			
Onko avun tarve lisääntynyt viimeisen kaatumisen jälkeen? <i>(Ei arvioida, jos ei ole kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana.)</i>	Ei		(0 p.)			
	Kyllä		(1 p.)			
TÄMÄN SIVUN PISTEET YHTEENSÄ						



4 (8)



TOIMINTAKYKY					
Lyhyt fyysisen toimintakyvyn (SPPB*) testi. Jos testi tehty vain osittain, mitkä osat?	10–12 pistettä	(0 p.)			
	7–9 pistettä	(1 p.)			
	4–6 pistettä	(2 p.)			
	0–3 pistettä	(3 p.)			
* Short Physical Performance Battery	Tasapaino (TP), Kävely (KÄ), Tuoliilta nousu (TN)				
KÄVELY					
Onko kävely kotona/ sisätiloissa turvallista?	On, kävelee täysin itsenäisesti	(0 p.)			
	On, apuvälineen kanssa	(1 p.)			
	Tarvitsee kävellessä valvontaa tai vähän apua	(2 p.)			
	Ei pysty kävelemään lainkaan sisällä tai kävely ei ole turvallista ilman apua	(3 p.)			
Onko kävely/liikkuminen ulkona turvallista?	On, kävelee täysin itsenäisesti	(0 p.)			
	On, apuvälineen kanssa	(1 p.)			
	Tarvitsee kävellessä valvontaa tai vähän apua	(2 p.)			
	Ei pysty kävelemään lainkaan ulkona tai kävely ei ole turvallista ilman apua	(3 p.)			
Käytössä oleva kävelyn/ liikkumisen apuväline, mikä?	Sisällä				
	Ulkona				
YMPÄRISTÖ					
Onko ympäristössä kaatumis- vaaraa lisääviä tekijöitä? (esim. kynnyksiä, heikko valaistus puuttuvat porraskaiteet)	Ei	(0 p.)			
	Vähäisiä puutteita/vaaratekijöitä	(1 p.)			
	Kohtalaisesti puutteita ja vaaratekijöitä, jotka edellyttävät korjaamista	(2 p.)			
	Paljon puutteita/vaaranpaikkoja	(3 p.)			
LIIKUNTA-AKTIVISUUS					
Liikunta-aktiivisuus	Erittäin aktiivinen (liikuntaa 30–60 min, 3 x tai useammin viikossa)	(0 p.)			
	Kohtalaisen aktiivinen (liikuntaa 30–60 min, 1–2 x viikossa)	(1 p.)			
	Vähäinen (käy ulkona vain silloin tällöin)	(2 p.)			
	Erittäin vähäinen (ei liiku juuri lainkaan edes sisällä)	(3 p.)			
Onko aktiivisuustaso muuttunut viimeisen kaatumisen jälkeen? (Ei arvioida, jos ei kaatumisia viimeisen 12 kuukauden aikana)	Ei	(0 p.)			
	Kyllä Miten? _____	(1 p.)			
OMA TOIMINTA					
Havaitut kaatumisvaaraan vaikuttavat lisäävät piirteet henkilön käyttäytymisessä, liikkumisessa ja päivittäis-toiminnoissa (Hoitajan tai puolison/ omaisen arvio)	Realistinen kuva omista kyvyistä ja pyytää tarvittaessa apua	(0 p.)			
	Yleensä realistinen kuva omista kyvyistä, mutta ajoittain ei pyydä apua, vaikka tarvitsisi sitä	(1 p.)			
	Aliarvioi omia kykyjään suoriutua päivittäis-toimista, pelokas ja varoo liikkumista	(2 p.)			
	Yliarvioi omat kykynsä, liikkuu ja tekee toimintoja, joihin ei ole kykyä/voimavaroja	(3 p.)			
TÄMÄN SIVUN PISTEET YHTEENSÄ					



5 (8)



Sivun 1 yhteispisteet				
Sivun 2 yhteispisteet				
Sivun 3 yhteispisteet				
Sivun 4 yhteispisteet				
PISTEET YHTEENSÄ (max 58 p.)				

Tulosten tulkinta:	Suosittelut toimenpiteet:
0–15 p. Vähäinen kaatumisvaara	<ul style="list-style-type: none"> Tunnistettujen vaaratekijöiden poistaminen tai toimet, joilla vaaratekijät minimoidaan. Kannustetaan henkilöä kaatumisvaaraa vähentävään terveyskäyttäytymiseen ja elintapojen muutoksiin, kuten liikunnan harrastaminen, terveellinen ravinto sekä sairauksien hyvä hoito.
16–24 p. Kohtalainen kaatumisvaara	<ul style="list-style-type: none"> Tunnistettuihin vaaratekijöihin kohdennetut yksilöllisesti suunnitellut ja vaaratekijöiden poistamiseen ja/tai kontrollointiin tähtäävät ehkäisytoimet sekä niiden toteutuksen suunnitelmallinen ja jatkuva seuranta.
25–58 p. Korkea kaatumisvaara	<ul style="list-style-type: none"> Välttömät tunnistettujen vaaratekijöiden poistamiseen ja/tai kontrollointiin tähtäävät toimenpiteet sekä niiden toteutuksen suunnitelmallinen ja jatkuva seuranta. Säännöllinen kaatumisvaaran uudelleen arviointi aina, kun henkilön terveydentilassa tapahtuu muutoksia, sekä säännöllisesti 3–6 kuukauden välein.



OHJEITA KAATUMISVAARAN ARVIOINTILOMAKKEEN KÄYTTÄJÄLLE

6 (8)



TAVOITE: Arvioinnilla selvitetään henkilön kaatumisvaaraan vaikuttavat keskeisimmät sisäiset ja ulkoiset tekijät.

MILLOIN JA KENET ARVIOIDAAN?

- Kaatumisvaaran arviointi tehdään
 - o pikaisesti (1–3 vrk:n sisällä) henkilöille, jotka ovat saaneet seulontatestissä tuloksen erittäin korkea kaatumisvaara
 - o 1–2 viikon aikana seulontatestin tekemisestä henkilöille, jotka ovat saaneet seulontatestissä tuloksen kohonnut kaatumisvaara.
- Jos seulontatestiä ei ole tehty, arviointi suoritetaan kaikille, jotka ilmoittavat kaatuneensa yhden tai useamman kerran viimeisen 12 kuukauden aikana.
- Kaatumisvaaran arviointi tulee suorittaa mahdollisimman pian
 - o sen jälkeen, kun henkilö on kaatunut
 - o sen jälkeen, kun henkilön asuinympäristö vaihtuu, esim. muutto kotoa hoivakotiin tai hoivakodissa osastolta toiselle
 - o sen jälkeen kun henkilö on tullut sairaalahoitoon.
- Kaatumisvaaran arviointi uusitaan
 - o aina kun henkilön terveydentila muuttuu niin, että sen voi vaikuttaa kaatumisvaaraan
 - o kaatumisten ehkäisyn toimintasuunnitelmaan kirjatus suunnitelman mukaisin väliajoin.
- **HUOM!** Koko arviointia ei välttämättä tarvitse tehdä yhdellä kertaa. Tiedot voidaan täydentää lomakkeelle 2–3 päivän sisällä arvioinnin aloittamisesta. Arvioinnista vastaava henkilö varmistaa, että kaikki arviointikohdat on täytetty.

KUKA ARVIOI?

- Moniammatillinen ryhmä tai terveydenhuollon ammattilainen, joka on perehtynyt arviointilomakkeeseen ja sen mittareihin.
- Jos arvioinnin tekee yksi henkilö, hän konsultoi muita ammattiryhmiä (esimerkiksi ravitsemustesti, toimintakykytestaus).
- Arvioinnista vastuussa oleva henkilö varmistaa, että kaikkien mittausten tulokset kerätään ja kirjataan lomakkeelle.

MITTARIT

- Kaatumisen pelon, muistin arviointiin ja alkoholin käytön arviointiin suositellaan ensisijaisesti käytettäväksi annettua mittaria (ABC-testi, MMSE-testi ja AUDIT-C). Arviointi voidaan kuitenkin suorittaa vaihtoehtoisesti annetulla yksinkertaisella kysymyksellä.
- Fyysinen toiminta- ja liikkumiskyky (seisomatasapaino, tuoilta nousu ja kävely) arvioidaan aina käyttämällä lyhyttä fyysisen suorituskyvyn testistöä (SPPB).
- ABC, MNA, NRS-2002, AUDIT-C, GDS-15 ja SPPB testilomakkeet ja suoritusohjeet ovat IKINÄ-oppaan liitteinä. Lomakkeet ovat tulostettavassa muodossa www.tapaturmat.fi-verkkopalvelussa.

KIRJAAMINEN JA PISTEYTYS

- Yhteen lomakkeeseen mahtuu neljän arviointikerran pisteet, joten kaatumisvaaran kehittymistä pystytään seuraamaan.
- Lomakkeessa on kysymyksiä, jotka pisteytetään, sekä lisäkysymyksiä, joita ei pisteytetä. Lisäkysymyksistä saatua tietoa käytetään ehkäisytöiden suunnittelussa ja kaatumisvaaran seurannassa.
- Jos arvioinnin jotain osiota ei pystytä tekemään, tämä kirjataan lomakkeeseen. Näin varmistetaan se, että mikään kohta ei jää vahingossa arvioimatta.

JATKOTOIMET

- Arviointi on toimintasuunnitelman ja seurannan työväline. Sekä arviointi että kirjaaminen tulee suorittaa huolellisesti. Siten myös muut ammattiryhmät ja työntekijät, jotka henkilön kanssa ovat kontaktissa, pystyvät käyttämään arviointitietoa hyväkseen.
- Kokonaispistemäärän mukaan määritellään henkilön kaatumisvaara ja ryhdytään tuloksen edellyttämiin toimenpiteisiin mahdollisimman pian.



7 (8)



OHJEITA YKSITTÄISTEN OSA-ALUEIDEN ARVIOINTIIN

KAATUMISET

- Kysytään ensisijaisesti henkilöltä itseltään. Muistisairaiden henkilöiden kohdalla voidaan käyttää sijaisvastaajana omaista, hoitajaa tai hoitohenkilökuntaa.
- Jos henkilö ei muista tai ei tiedetä yksityiskohtia kaatumistapahtumasta, kirjataan lomakkeeseen EI MUISTA/EI TIETOA.
- Viimeisimmässä kaatumisessa saatuihin vammoihin kirjataan merkittävin toiminta- tai liikkumiskykyä haitannut vamma.

KAATUMISEN PELKO

- Kotona tai hoivapalveluissa asuvien iäkkäiden arvioinnissa suositellaan käytettäväksi Activity Balance Scale (ABC) -mittaria. Henkilöille, jotka eivät enää juurikaan liiku ulkona, arvioidaan pelkoa kysymyksellä.

JALAT JA JALKINEET

- Arviointitilanteessa henkilöä pyydetään riisumaan kengät ja sukat. Arviointi tehdään havainnoinnin perusteella. Jos kengät eivät ole arviointitilanteessa jalassa, haetaan tai tarkastetaan myöhemmin ne kengät, joita henkilö pääasiassa käyttää liikkeessään sisällä. Jos henkilö liikkuu paljon ulkona, tarkastetaan myös ulkoilukengät.

LÄÄKITYS

- Lääkitys voidaan selvittää potilaspapereista ja tarvittaessa konsultoida lääkäriä tai henkilön lääkehoidosta vastaavaa sairaanhoitajaa.
- Arviointilomakkeen lääkelista ei ole kaikenkattava. Se sisältää lääkeryhmät, joilla on tutkitusti kaatumisvaaraa lisääviä vaikutuksia.
- Lääkeryhmien kohdalle kirjataan lukumäärä, kuinka monta kyseisen ryhmän lääkettä henkilöllä on käytössä.
- Käsikauppalääkkeistä kirjataan joko lääkenimi tai jos se ei ole tiedossa, mihin vaivaan henkilö sitä käyttää. Kirjataan myös mahdolliset käytössä olevat vitamiinit ja luontaisvalmisteet, mutta niitä ei lasketa lääkkeiden kokonaislukumäärään.
- Lääkkeiden kokonaismäärään ei lasketa tilapäisiä lääkekuureja, kuten akuuttiin infektiin käytettävää lyhytaikaista antibioottihoitoa.

SAIRAUDET

- Sairaudet voidaan selvittää potilaspapereista tai konsultoida lääkäriä. Sairauslista ei ole kaikenkattava, vaan se sisältää sairaudet, joilla tutkitusti on kaatumisvaaraa lisääviä vaikutuksia.
- Jos henkilöllä on useita sydän- ja verisuonitautiryhmään kuuluvia sairauksia, kirjataan niiden lukumäärä.
- Muut sairaudet kirjataan ruksaamalla (X) mutta niitä ei pisteytetä. Sairauksien kokonaislukumäärä pisteytetään.

AISTITOIMINNOT

- Näön ja kuulon heikkeneminen kysytään henkilöltä. Silmälasien ja kuulolaitteen toimintakunto tarkistetaan esimerkiksi kysymällä: "Näettekö/kuuletteko riittävän hyvin nykyisillä silmälaseilla/kuulolaitteella?"
- Jos henkilö ei itse pysty luotettavasti arvioimaan em. asioita, kysytään omaiselta tai hoitajalta.

MUISTI

- Muisti arvioidaan MMSE-testillä. Jos MMSE-testaus on tehty 1–2 viikkoa ennen kaatumisvaaran arviointia, testitulosta voidaan käyttää tässä arvioinnissa. Jos MMSE-testaus tehdään tätä arviointia varten, testaus voidaan suorittaa ±2 vrk muusta arvioinnista.
- Jos henkilöllä on diagnosoitu etenevä muistisairaus, se kirjataan.

INKONTINESSI

- Pidätyskyvyn vaikeuksista kysellään henkilöltä itseltään. Jos on aihetta epäillä, että henkilö ei halua puhua vaivasta, voidaan asiaa selvittää omaiselta tai hoitajalta.
- Pidätyskyvyttömyys pitää sisällään sekä virtsa- että ulosteinkontinessin.



8 (8)



OHJEITA YKSITTÄISTEN OSA-ALUEIDEN ARVIOINTIIN

RAVITSEMUS

- Ravitsemuksesta kysellään henkilöltä itseltään. Tarpeen mukaan voidaan kysellä myös omaiselta tai hoitajalta esimerkiksi jos arvioitavalla henkilöllä on muistisairaus.
- Painon alenemisesta kysytään oma arvio. Tarvittaessa punnitaan henkilö.
- Suositellaan ravitsemustilan arviointia MNA-SF- tai NRS-mittareilla kaikille, mutta erityisesti henkilöillä, joilla on aihetta epäillä virheravitsemusta (enemmän kuin 3 kg painon pudotus ilman laihduttamistarkoitusta).
- Ravitsemustilan arvioinnissa käytetään
 - o joko Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) -testiä, joka soveltuu kotona sekä hoivapalveluissa asuvien iäkkäiden arviointiin
 - o tai Nutritional Risk Screening (NRS 2002) -testiä, joka soveltuu sairaalapotilaille.
 - o Ympyröi käytetty mittari.
- Alkoholin käyttöä selvitetään lomakkeen kysymyksellä alkoholiannosten määrästä. Jos henkilö ilmoittaa nauttivansa 4–10 annosta, on suositeltavaa tehdä arviointi myös joko AUDIT-C testillä tai yli 65-vuotiaiden alkoholimittarilla (www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/aineistot/ammattilaisille). Alkoholin kulutusta voidaan tarkentaa omaiselta tai hoitajalta, jos on aihetta epäillä, että henkilön vastaukset eivät ole luotettavia.

MIELIALA

- Arvioinnissa suositellaan käytettäväksi GDS-testiä. Erityisesti silloin, jos on vähänkään aihetta epäillä masentuneisuutta ja/tai henkilö välttelee puhumista aiheesta. GDS-testaus voidaan suorittaa ± 2 vrk muusta arvioinnista.

AVUN TARVE

- Jos arviointi tehdään sen jälkeen, kun iäkäs on vastikään kaatunut, arvioidaan avun tarpeen määrä sen mukaan, millainen tilanne on ollut ennen kaatumista. Jos henkilö ei ole kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana, kirjataan arviointihetken tilanne.

TOIMINTAKYKY

- Lyhyellä fyysisen toimintakyvyn (SPPB) testistöllä arvioidaan tasapainokykyä, kävelynopeutta ja tuolilta ylösnousua.
- Testi tehdään kaikille, jotka pystyvät suoriutumaan testistä osin tai kokonaan.
- Testaus voidaan tehdä sen apuvälineen kanssa, jota henkilö muutoinkin käyttää.
- Testauksen voi tehdä testiin perehtynyt hoitaja tai fysioterapeutti.
- Testattavan turvallisuudesta huolehtiminen testisuoritusten aikana on ensisijaisen tärkeää (ks. testausohjeet).
- Jos henkilö ei pysty suorittamaan koko testiä, tehdään ne testiosiot, jotka voidaan suorittaa turvallisesti. Kirjataan lomakkeeseen, mitkä osiot on tehty (testin kirjainkoodi). Kokonaispisteiksi kirjataan pisteet niistä testiosioista, jotka suoritettiin.
- Testaus voidaan suorittaa ± 2 vrk muusta arvioinnista.

KÄVELY

- Arviointi tehdään kysymällä ensisijaisesti henkilöltä itseltään. Jos henkilöllä on vaikeutta arvioida omaa tilannetta, voidaan varmistaa asiaa omaiselta tai hoitajalta. Hoivapalveluissa ja sairaalassa arviointi voidaan tehdä myös havaintojen perusteella henkilön liikkumisesta asuin- tai hoitotiloissa.

YMPÄRISTÖ

- Ympäristöllä tarkoitetaan sitä asuin- ja elinympäristöä, missä henkilö asuu ja oleilee suurimman osan ajasta.
- Sairaalassa, erityisesti pitkän sairaalajakson aikana, on tarkistettava ja huolehdittava myös henkilön kaatumisvaaraa mahdollisesti lisäävät tekijät osastolla, potilas- ja hoitohuoneessa.

LIIKUNTA-AKTIIVISUUS

- Liikunta-aktiivisuuteen luetaan harrastusliikunnan ja kuntoutuksessa tapahtuvan liikunnan lisäksi kohtalaisesti kuormittavat koti- ja putarhatyöt.

PISTEIDEN LASKEMINEN

- Pisteet lasketaan yhteen lomakkeen kultakin sivulta ja nämä yhdistetään lomakkeen viimeisellä sivulla yhteispistemääräksi.

TULOSTEN TULKINTA JA PALAUTE IÄKKÄÄLLE

- Taulukko kertoo pisteiden perusteella henkilön kaatumisvaaran määrästä. Tulos kerrotaan myös henkilölle itselleen, kuitenkin pelottelematta tai syyllistämättä. Yhdessä henkilön ja omaisten kanssa pohditaan ja sovitaan toimista kaatumisvaaran vähentämiseksi.
- Arvioinnin perusteella tehdään yksilöllinen kaatumisten ehkäisyn toimintasuunnitelma, jossa määritetään toimet, niiden toteutusajataulu ja vastuhenkilöt sekä tehdään seurantasuunnitelma (ks. toimintasuunnitelmalomake).

KAATUMISTEN EHKÄISYN TOIMINTASUUNNITELMA

Nimi:

Kaatumisvaaran arvioinnin tulos: vähäinen kaatumisvaara/ kohtalainen kaatumisvaara/ korkea kaatumisvaara

Arvioinnin tekijä:

Suunnitelman tekijä:

	Annoimissa todettu vaaratekijäksi	Toimenpide	Toteuttava taho tai henkilö	Toteutusaikataulu	Toteutuminen
Kaatumisen pelko					
Jalat ja jalkineet					
Lääkitys					
Sairaudet					
Näkö ja kuulo					
Muistitoiminnot					
Inkontinenssi					
Ravitsemus					
Nesteiden saanti					
Alkoholi					
Mieliala					
Lihaskunto					
Tasapaino					
Liikunta-aktiivisuus					
Toimintakyky					
Ympäristö					
Apuvälineet					
Oma toiminta/tavat					

LIITE 3

IKINÄ-mallin käyttöönotto kaupungin sairaalan osastolla 9

IKINÄ eli ikääntyneiden kaatumisen ehkäisy-malli on THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) kehittämä mittari, joka pohjautuu australialaiseen Frat- screening component-mittariin, joka on tutkitusti tuottanut hyviä tuloksia. Mittari on pilotoitu Hoitotieteen laitoksen ja THL:n toimesta Suomessa 2011 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa hyvin tuloksin. IKINÄ-malli on näyttöön perustuvaan toimintaa ja ohjekirjana toimii Satu Pajalan Ikääntyneiden kaatumisen ehkäisy- opas vuodelta 2012 sekä Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä –opas vuodelta 2015. Molemmat ovat THL:n suosittelemia. Tietoa löytyy runsaasti myös www.thl.fi sivuilta.

Vuoden 2010 tilastojen mukaan ikääntyneiden kaatumisia, jotka johtivat lonkkamurtumiin, oli yli 7500 ja keskimäärin yhden lonkkamurtuman hoito maksoi noin 19 000€. Jos potilas ei kotiutunut kotiin, nousi ensimmäisen hoitovuoden maksut yli 47 000€. (Pajala 2012, s.7-14.) 2013 voimaan tulleessa vanhuspäalvelulaisissa on suositus koskien ikäihmisten hoidonlaatua: palveluiden kehittäminen, voimavarojen tukeminen ja itsenäisen toimintakyvyn ylläpito. Näihin kaikkiin IKINÄ-malli vastaa. Mallin tarkoitus on saada yhtenäinen toiminta- ja seurantamalli kaatumisten ja fyysisen kunnon ylläpitoon. Mallin tarkoitus on parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Mallin käytöllä on tutkitusti kustannuksia laskeva vaikutus. (Pajala 2017.)

IKINÄ-malli on otettu käyttöön osasto 9:llä lokakuussa 2015. Mallin implementointi ja koulutus olivat osa Riitta Alangon ja Katja Ketolan YAMK:n opinnäytetyötä. Samoin tähän kuuluu myös mallin seuranta puolen vuoden käytöstä. Osaston henkilökunta on saanut infon mallista toukokuussa 2015 ja syksyllä 2015 osastolla on järjestetty kolmeen kertaan koulutusta mallista ja sen käytöstä. Malli sisältää arviointi-lomakkeen, jonka pohja löytyy pegasoksesta sekä THL:n internet-sivuilta sekä Ikääntyneiden kaatumisen ehkäisy-oppaasta. Osastolta 9:n kotiutuvien potilaiden mukana voi tulla IKINÄ -seurantalomakkeita, joissa on ehdotuksia jatkotoimenpiteille, jotta kaatumista ehkäisevä hoitotyö jatkuisi. Mallin pohja löytyy pegasoksesta, minne osaston henkilökunta on tehnyt kirjaamismerkinnät. Osastolla 9 on ni-

metty avainhenkilöt eli vastuuhenkilöt, jotka nyt alussa toimivat IKINÄ-mallin mukaisesti.

IKINÄ-malli on käytössä ympäri Suomea. Mallia käytetään mm. Lahden sote-alueella yhtenäisenä toimintamallina sekä useissa laitos- ja palveluasumisen yksiköissä Helsingissä, Raumalla, Tampereella ja Turussa.

Tiedoksi,

Katja Ketola ja Riitta Alanko

12.1.16 Vaasa

LIITE 4

SAATEKIRJE**VAASA 4.5.2016****Hyvä vastaanottaja**

Opiskelemme Vaasan ylemmässä ammattikorkeakoulussa kehittäminen ja johtaminen-koulutuksessa. Teemme opinnäytetyötä kaatumisen ehkäisy eli IKINÄ-mallin implementoinnista ja käyttöönotosta Vaasan kaupungin sairaalan osastolla 9. Tutkimuksen yksi osa-alue toteutetaan kyselyllä. Toivomme, että osallistutte kyselyyn. Osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Osallistuminen merkitsee kyselylomakkeen täyttämistä. Lomakkeiden vastauksia käytetään tässä tutkimuksessa ja sen jälkeen lomakkeet tuhoetaan.

Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Vastaamiseen on varattu aikaa tunti.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Paula Hakala Vaasan ammattikorkeakoulusta.

Ystävällisesti,

Riitta Alanko ja Katja Ketola

LIITE 5

KYSELYKAAVAKE IKINÄ-MALLIN KÄYTTÖÖNOTOSTA JA KÄYTÖSTÄ

Vastaa kysymyksiin rengastamalla sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle.

Kysymyksiin vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Kiitos!

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
KOKEMUKSET				
1) IKINÄ –malli on selkiyttänyt työtäni	1	2	3	4
2) IKINÄ-mallista on apua työssäni	1	2	3	4
3) Työyhteisön toimintamalli on yhdenmukaistunut mallin myötä	1	2	3	4
4) Osaan tehdä IKINÄ –arvioinnin	1	2	3	4
5) IKINÄ –mallin tekeminen on helppo ottaa osaksi omaa työtäni	1	2	3	4
6) IKINÄ –mallista ja sen tekotavasta on keskusteltu avoimesti osastolla ja palavereissa	1	2	3	4
7) Kaatumisten ehkäisytyöhön on varattu riittävästi aikaa	1	2	3	4
8) Kaatumisten ehkäisytyö tehdään moniammatillisesti	1	2	3	4
9) Kaatumisten ehkäisytyöstä on riittävästi tietoa	1	2	3	4
10) Kaatumisen ehkäisytyön mittarit ja arvioinnit ovat selkeitä	1	2	3	4
HYÖDYT				
11) Uudelle toimintamallille oli tarvetta	1	2	3	4
12) IKINÄ-mallin käyttöönoton myötä potilaan tarpeet on huomioitu paremmin	1	2	3	4
13) Potilas hyötyy IKINÄ-arvioinnista	1	2	3	4
14) Kaatumisen ehkäisytyö tukee omaa työtä	1	2	3	4
15) Kaatumisten ehkäisytyö on tarpeellista	1	2	3	4

16) Kaatumisten ehkäisytyö helpottui IKINÄ-mallin käyttöönoton myötä	1	2	3	4
--	---	---	---	---

MUUTOS

17) Mallin käyttöönoton jälkeen työtapani/toimintani on muuttunut	1	2	3	4
18) Mallin käyttöönoton jälkeen kirjaamisen-menettelmäni ovat muuttuneet	1	2	3	4
19) Olen saanut vaikuttaa mallin käyttöön ja sen tekemiseen	1	2	3	4
20) Arviointitieto siirtyy potilaan mukana jatkohoitoyksikköön	1	2	3	4
21) IKINÄ-arviointi johtaa suunnitelmallisiin jatkohoitotoimenpiteisiin	1	2	3	4
22) Jatkotoimenpiteistä keskustellaan potilaan kanssa	1	2	3	4
23) Jatkotoimenpiteistä keskustellaan omaisten kanssa	1	2	3	4
24) Jatkotoimenpiteistä keskustellaan jatkohoitopaikan henkilökunnan kanssa	1	2	3	4
25) Potilaat ovat olleet kiinnostuneita jatkotoimenpide-ehdotuksista	1	2	3	4
26) Omaiset ovat olleet kiinnostuneita jatkotoimenpide-ehdotuksista	1	2	3	4
27) Jatkotoimenpide-ehdotukset on otettu hyvin vastaan jatkohoitopaikassa	1	2	3	4
28) Vastustin IKINÄ-mallia aluksi	1	2	3	4
29) Osastolla oli muutosvastarintaa mallin käyttöönottoon liittyen	1	2	3	4

30) Kuvaa IKINÄ-mallin käyttöä työssäsi?

31) Mitä IKINÄ-malli on tuonut työhösi?

32) Miten IKINÄ-mallin tekeminen on muuttanut omaa toimintaasi?

33) Mitä neuvoja/ohjeita/tukea toivoisit IKINÄ-mallin käyttöönottoon ja käyttämisessä?

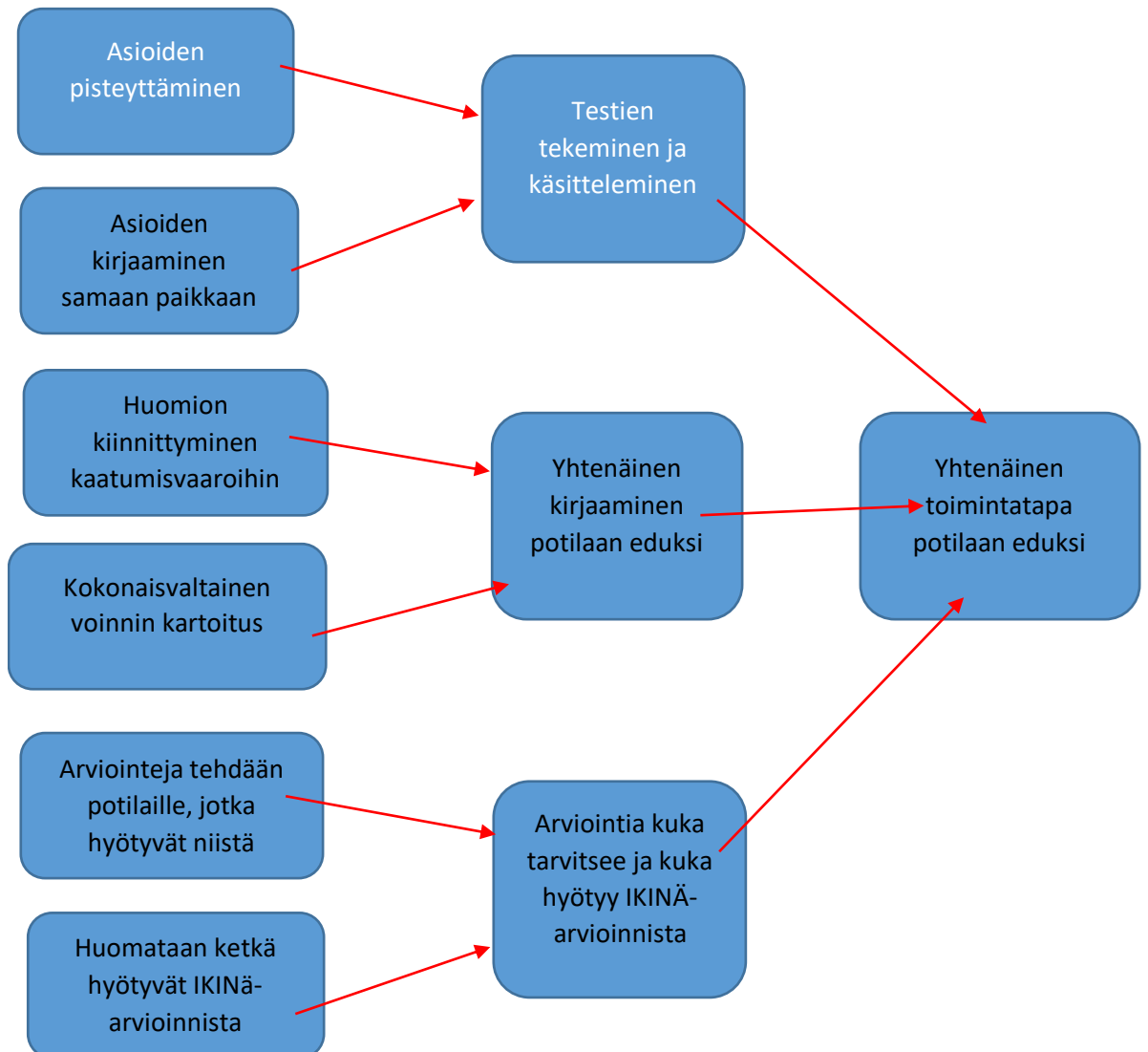
LIITE 6**KEHITTÄMISTYÖN AIKATAULU:**

TOUKOKUU 2015	IKINÄ-mallin esittely osasto 9 henkilökunnalle
SYYS- JA LOKAKUU 2015	IKINÄ-mallin 3 koulutuskertaa osastolla Lähtöseurannan teko Osallistuminen Lahden alueen IKINÄ-avainhenkilöiden koulutukseen
MARRASKUU 2015	Mallin käyttöönotto osastolla IKINÄ-mallin avainhenkilöiden palaveri osastolla
TAMMIKUU 2016	IKINÄ-mallin avainhenkilöiden palaveri osastolla
MAALISKUU 2016	Osallistuminen valtakunnalliseen kaatumisten ehkäisy-päivään Lahdessa
TOUKOKUU 2016	Osaston henkilökunnan kysely IKINÄ-mallin käytöstä IKINÄ-mallin ja kehittämistyön esittely Vaasan koti- ja laitoshoidon kevätkokouksessa

LIITE 7

Kuvaa IKINÄ-mallin käyttöä työssäsi? Kysymys nro.30. Sisällönanalyysi vastauksista.

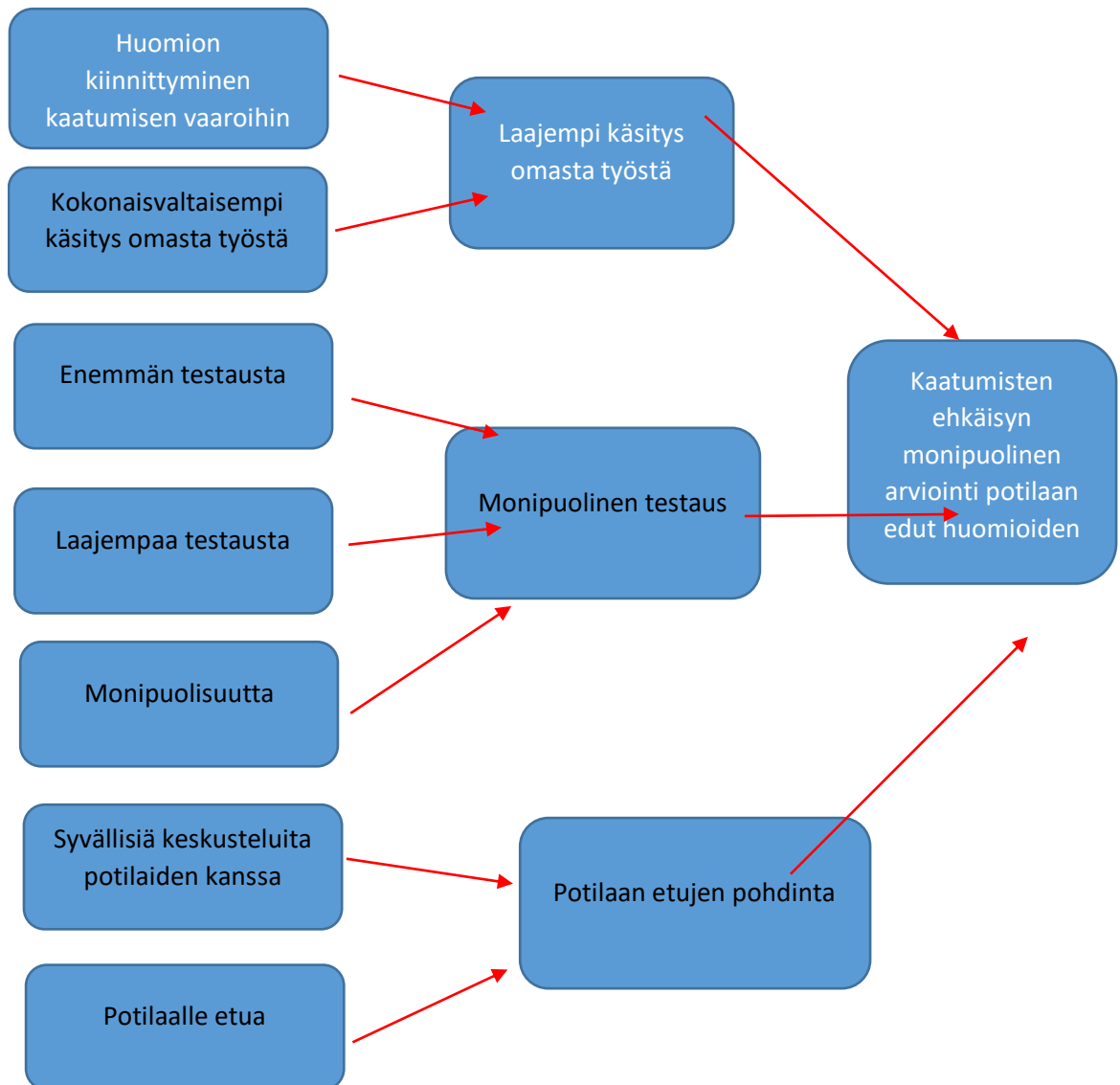
Kategorioihin jaottelu: ala- ja yläkategoriat ja niistä muodostettu pääkategoria.



LIITE 7

Mitä IKINÄ-malli on tuonut työhösi? Kysymys nro.31. Sisällönanalyysi vastauksista.

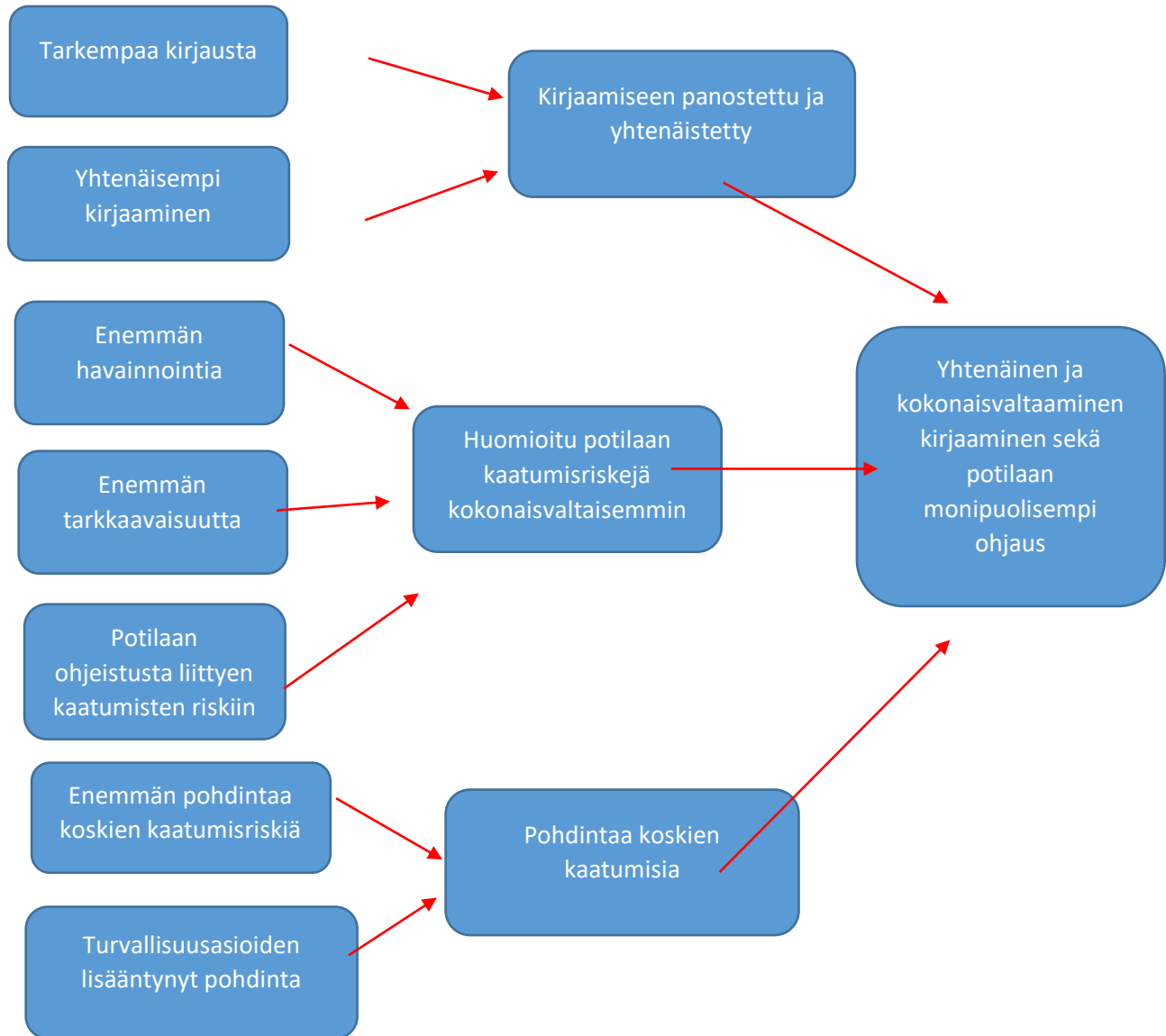
Kategorioihin jaottelu: ala- ja yläkategoriat ja niistä muodostettu pääkategoria.



LIITE 7

Miten IKINÄ-mallin tekeminen on muuttanut omaa toimintaasi? kysymys nro.32.

Sisällönanalyysi vastauksista. Kategorioihin jaottelu: ala- ja yläkategoriat ja niistä muodostettu pääkategoria.



LIITE 7

Mitä neuvoja/ohjeita/tukea toivoisit IKINÄ-mallin käyttöönottoon ja käyttämisessä? Kysymys nro. 33. Sisällönanalyysi vastauksista. Kategorioihin jaottelu: ala- ja yläkategoriat ja niistä muodostettu pääkategoria.

