

Annamari Puurunen

OMAHOITAJA IÄKKÄÄN KAATUMISEN EHKÄISIJÄNÄ

Hoitotyön koulutusohjelma

2017

OMAHOITAJA IÄKKÄÄN KAATUMISEN EHKÄISIJÄNÄ

Puurunen, Annamari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2017
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 6

Asiasanat: kaatuminen, ennaltaehkäisy, iäkäs

Tämän projektiluontoisen opinnäytetyön lähtökohtana oli työelämästä noussut tarve parantaa yksityisen hoivakodin asukasturvallisuutta ja asukkaiden elämänlaatua vähentämällä asukkaiden kaatumisia. Asukkaiden kaatumisia tapahtuu hoivakodissa viikoittain. Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutustilaisuuksia hoivakodin hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoisuutta iäkkäiden kaatumisvaaroista ja kaatumisen ehkäisystä näyttöön perustuvia menetelmiä käyttäen.

Opinnäytetyö toteutettiin kahtena koulutuksena. Koulutuskerrat oli jaettu tiiviiseen luento- ja yhteiseen keskusteluun aiheesta. Koulutus järjestettiin hoivakodin tiloissa ja tilaisuuksiin osallistui yhteensä 31 hoitajaa, fysioterapeutti ja yksikön päällikkö. Koulutus perustui diaesityksen tukemaan luento- ja IKINÄ-toimintamallin esittelemiseen. Luennoilla käsiteltiin iäkkäiden kaatumisriskejä, kaatumisvaaran arvioimista ja IKINÄ-toimintamallin käyttöä.

Koulutusta arvioitiin opinnäytetyöntekijän suunnitteleamalla monivalinta-arviointilomakkeella, johon oli mahdollista antaa palautetta myös avoimesti. Lomake jaettiin jokaiselle osallistujalle. Arviointikyselyssä kysyttiin koulutukseen osallistujien tietämystä kaatumisriskeistä ennen koulutusta ja laajeniko heidän tietämys kaatumisen vaaroista ja kaatumisen ehkäisymenetelmistä koulutuksen jälkeen. Myös IKINÄ-toimintamallin hyödyllisyyttä omalla osastolla arvioitiin. Palautteiden perusteella koulutuksen sisältö vastasi hoitohenkilökunnan tarpeita ja osallistujat saivat uutta tietoa aiheesta. IKINÄ-toimintamalli koettiin hyödylliseksi kaatumisen ehkäisymenetelmäksi osastoille.

Opinnäytetyön jatkotyöskentelyhaasteena olisi perustaa hoivakotiin kaatumisen ehkäisy työryhmä. Työryhmän jäseniä olisi jokaisella osastolla ja heidän tarkoitus olisi avustaa IKINÄ-mittareiden täyttämässä ja tuoda tietoa kaatumisista sekä kaatumisen ehkäisystä hoitohenkilökunnalle. Työryhmän tehtäviin kuuluisi myös perehdyttää uusia työntekijöitä käyttämään IKINÄ-toimintamallia.

PRIMARY NURSE'S ROLE IN PREVENTING FALLS

Puurunen, Annamari
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Month 2017
Number of pages:36
Appendices:6

Key words: falling down, prevention, an elderly person

The starting point for this project-type thesis was to improve the safety of a private nursing home and the quality of life by preventing falling down. Falls take place in the nursing home every week. The purpose of this thesis was to arrange training sessions for the staff of the nursing home. The aim was to increase the staff's awareness of the dangers of the falls and prevention of falls on the basis of evidence-based methods.

Two training sessions were organised in the nursing home. Both included a lecture with a slide show and common discussion about the topic. The lecture dealt with the risks of a fall and assessment of the danger of falls. In addition, an operational model IKINÄ was presented and its use dealt with in the training session. Altogether 31 nurses, a physiotherapist and the head of the unit participated in the training sessions.

The training was evaluated by an assessment form designed by the author of the thesis. The form included multiple choice questions but it was also possible to give feedback freely. The form included questions on the participants' knowledge of falls before the training and whether they got new information of falls and their prevention in the training session. The staff also evaluated the usefulness of the operational model in their department. The form was given to all participants. The feedback showed that the training session corresponded to the needs of the participants and they got new information of the topic. The staff thought that the operational model IKINÄ would be useful in preventing falls in the departments.

In the future, a team could be established in the nursing home to prevent falls. Each department should have a member in the team. They should help in filling the IKINÄ measures and provide information of falls and prevention of falls for the nursing staff. In addition, they should initiate the new workers with the IKINÄ operational model.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	IÄKKÄIDEN KAAATUMINEN	6
2.1	Sisäiset vaaratekijät.....	7
2.1.1	Sairaudet.....	7
2.1.2	Alentunut tasapainokyky ja lihasvoima	8
2.1.3	Lääkkeet.....	9
2.1.4	Kaatumispelko ja inkontinenssi.....	10
2.1.5	Ravitsemus, alkoholi ja uni	11
2.2	Ulkoiset vaaratekijät	13
2.2.1	Ympäristö.....	13
2.2.2	Jalkineet ja apuvälineet.....	14
3	KAAATUMISTEN EHKÄISY.....	15
3.1	Kaatumisvaaran arviointi	15
3.2	FRAT-mittari	17
3.3	Laaja kaatumisvaaran arviointi	18
3.4	IKINÄ-toimintamallin käyttö	18
4	TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
5	PROJEKTISSA KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT	20
5.1	Koulutus	20
5.2	Projekti.....	23
6	PROJEKTIN SUUNNITTELU	24
6.1	Projektin lähtötilanne	24
6.2	Opinnäytetyön suunnittelu	25
6.3	Riskit ja resurssit.....	26
7	PROJEKTIN TOTEUTUS	27
7.1	Ensimmäinen koulutus.....	27
7.2	Toinen koulutus	29
8	PROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	30
8.1	Koulutuksen arviointi ja palautteet-lomakkeen tulokset.....	31
8.2	Toimeksiantajan palaute	32
8.3	Itsearviointi	33
8.4	Jatkotyöskentelyn haasteet.....	35
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Iäkkäiden osuus väestössä tulee kasvamaan huomattavasti tulevina vuosina. Ikä altistaa merkittävästi kaatumisille ja lähitulevaisuudessa kaatumistapaturmat tulevat olemaan huomattava kansanterveydellinen ja –taloudellinen haaste, koska erityisesti 80-vuotiaiden ja sitä vanhempien henkilöiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä vuoteen 2030 mennessä. Vuosittain yli 65-vuotiaille tapahtuu 100 000 kaatumistapaturmaa, valtaosa kaatumisista tapahtuu kotona sisällä tai kotipihalla. Kaatumistapaturmista lähes 40 000 vaatii sairaalahoitoa ja kuolemaan johtavia kaatumistapaturmia tapahtuu yli 900 vuosittain yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä. (Iäkkäät 2015.)

Toiminnallinen opinnäytetyö oli tilaustyö yksityiselle hoivakodille. Opinnäytetyön aihe tuli suoraan hoivakodin tarpeesta ja lähtökohtana oli asukkaiden kaatumisten ehkäisy. Vuonna 2015 hoivakodissa oli tehty poikkeama-ilmoituksia sanalla ”kaatuminen” 68 kappaletta, joista 44 tapauksessa asukas oli löydetty lattialta sänkynsä vierestä, käytävältä tai vessasta. Kaatumisia kirjattiin jokaisena vuorokauden aikana. Osa kaatumisista oli aiheuttanut kaatuneelle lonkkamurtuman. (Vanne sähköposti 22.6.2015)

Tämän projektiluontoisen opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutustilaisuuksia hoivakotiin, jossa asuu iäkkäitä ja monisairaita asukkaita. Opinnäytetyön toteuttaminen oli suunniteltu yhdessä toimeksiantajan kanssa. Tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoisuutta kaatumisvaaroihin, kaatumisenehkäisyyn ja IKINÄ-toimintamallin käyttöön liittyen. Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisena tavoitteena oli järjestää suunnitellut koulutukset henkilökunnalle ja omien opetustaitojen kehittäminen.

2 IÄKKÄIDEN KAAATUMINEN

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2014 tapaturmat aiheuttivat neljä prosenttia kaikista kuolemista. Kuusi kymmenestä tapaturmaisesti menehtynyt oli yli 65-vuotias. Yleisin tapaturma, joka johtaa kuolemaan on kaatuminen tai putoaminen. Vuonna 2014 kaatumiset ja putoamiset aiheuttivat yli 1000 ihmisen kuoleman, joista yhdeksän kymmenestä tapahtui yli 65-vuotiaalle. (Tilastokeskuksen [www-sivut 2015](#).) Vuonna 2012 kuolemaan johtavia iäkkäiden kaatumatapaturmia sattui enemmän miehille kuin naisille. Yli 70-vuotiaille tapahtui 902 kaatumisesta johtuvaa kuolemaa, joista 505 tapahtui kotona ja 242 hoitolaitoksissa. (Tilastokeskuksen [www-sivut 2013](#).)

Kerran vuodessa kaatuu vähinään joka kolmas yli 65-vuotias ja joka toinen 80-vuotias. Kaatuminen tai matalalta putoaminen kattaa 80% yli 65-vuotiaiden tapaturmista Suomessa. Aikaisempi kaatuminen tai putoaminen altistaa uudelle kaatumiselle ja puolet kerran kaatuneista kaatuvat uudelleen. Valtaosa iäkkäiden kuolemaan johtaneiden tapaturmien taustalla on kaatuminen. (Pajala 2012, 7.)

Keskimääräiset lonkkamurtumapotilaan hoidon kustannukset olivat 19 150 euroa/potilas vuoden 2010 kustannustason mukaan. Jos aiemmin kotona asunut iäkäs ei kuntoudu kotikuntoiseksi vaan joutuu laitoshoitoon, hoitokustannukset nousevat arviolta 47 100 euroa/henkilö vuoden 2010 kustannustason mukaan. Kyseiseen arvioon sisältyvät leikkaushoito, sairaalahoito, jatkohoito, kotiapu, apuvälineet ja lääkehoito. Iäkkäistä lonkkamurtumapotilaista 13% joutuu pysyvästi hoitolaitokseen ja yli kolmasosa kuolee vuoden sisällä tapahtumasta. (Pajala 2012, 14.)

Kaatuminen on tapahtuma, jossa henkilö on tahattomasti tai tarkoituksellisesti päätyntä makuuasentoon lattialle tai muulle tasolle. Kaatumisia voidaan ehkäistä ja vähentää, kun tiedetään olosuhteet, miksi kaatuminen tapahtuu. (Tideiksaar 2005, 26.)

Iäkkäiden kaatumisen syyt jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin vaaratekijöihin. (Jäntti 2008, 288).

2.1 Sisäiset vaaratekijät

Sisäiset vaaratekijät ovat kaatujaan itseensä liittyviä ominaisuuksia, kuten esimerkiksi sairaudet, lääkitys ja liikuntakyky. Korkea ikä aiheuttaa muutoksia lihasten toiminnassa sekä tasapainossa ja kaatumisriski kasvaa. Sisäisiä vaaratekijöitä ovat myös kaatumispelko, ravitsemus ja uni. (Jäntti 2008, 288.)

2.1.1 Sairaudet

Kaatuminen voi olla merkki tai oire piilevästä sairaudesta tai uuden sairauden puhkeamisesta. Sairauksien aiheuttamalla terveydentilan heikentymisillä on tärkeä osuus kaatumatilanteissa. On tutkittu, että kaatuneilla henkilöillä on yleensä enemmän sairauksia kuin niillä, jotka eivät ole kaatuneet. (Tideiksaar 2005, 37.)

Hyvä sairauden hoito edistää ja ylläpitää iäkkään terveydentilaa ja toimintakykyä. Lääkehoito on kartoitettu iäkkäälle sopivaksi ja lääkehoitoa seurataan säännöllisesti. Iäkkään sairaudet on huomioitava kaatumisvaaran arvioinnissa. Sairauksien yhteisvaikutukset voivat lisätä huomattavaa kaatumisriskiä. Jotta sairauksista johtuvia kaatumisia voitaisiin välttää, on hyvä olla tietämystä miksi ja miten eri sairaudet lisäävät kaatumisvaaraa. (Pajala 2012, 63.)

Kaatumisvaaraa ja yleiskuntoa tilapäisesti heikentäviä sairauksia ovat lyhytaikaiset akuutit sairaudet, kuten hengitystie- tai virtsatietulehdukset. Sairauksien aikana on huolehdittava iäkkään turvallisesta liikkumisesta, koska lyhytkin vuoteessa oloaika heikentää iäkkään tasapainon ja pystyasennon hallintaa. Sairauden ja toipilasajan aikana olisi tärkeää nousta vähintään istumaan ja myös mahdollisuuksien mukaan seisomaan useita kertoja päivässä. (Pajala 2012, 62.)

Pitkäaikaissairauksista kaatumisriskiä lisäävät aivoverenkierron häiriöt, aivohalvaus, Parkinsonin tauti ja muut sairaudet, kuten nivelrikko, diabetes ja muistisairaudet, myös sydän- ja verisuonitaudit. Hoitamaton verenpaineauti, sepelvaltimotauti ja korkea kolesteroli lisäävät aivojen alttiutta verenkiertohäiriöille ja toimintaa

heikentäville muutoksille aivokudoksessa. Muutokset aivoissa heikentävät liikkumiskykyä ja kognitiota, jotka voivat vaikuttaa kaatumisiin. (Pajala 2012, 63.)

Loog ja Puustelli ovat tehneet tutkimuksen (2011, 47) liittyen vanhusten kaatumisten ilmaantuvuuteen ja sisäisten riskitekijöiden mahdollisista vaikutuksista kaatumisten syntyyn. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselyn avulla ja tutkimus oli kvantitatiivinen (n=90). Tutkimus osoitti, että muistisairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, virtsaamisongelmat ja virtsatietulehdukset olivat yleisempiä sairauksia vähintään kerran kaatuneilla henkilöillä. Toistuvasti kaatuneiden henkilöiden yleisimpiin sairauksiin kuului edellä mainittujen lisäksi aivoinfarkti. Masennusta esiintyi yleisimmin kaatuneilla henkilöillä verraten ei kaatuneisiin henkilöihin.

2.1.2 Alentunut tasapainokyky ja lihasvoima

Tasapainohäiriöt lisäävät iäkkäiden kaatumisriskiä noin kolminkertaisesti verraten henkilöihin joilla tasapainohäiriöitä ei ole. Tasapainon säätelyjärjestelmä koostuu useista eri toiminnoista ja osista: aistitoiminnot, keskushermosto ja tuki- ja liikuntaelimistö. Ikääntyminen aiheuttaa kaikissa näissä osioissa muutoksia, jotka heikentävät pystyasennon hallintaa. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007, 12.) Tasapainon säätelyyn käytetään tuntoaistia, joka usein heikkenee ikääntyessä. Iäkkäät turvautuvat enemmän näkö- ja kuuloaistien kautta saatavaan tietoon. (Pajala 2012, 24.)

Iäkkäiden lihasmassa vähenee ja liikehermojen toiminnassa tapahtuu muutoksia. Tämä johtaa lihasten suorituskyvyn heikkenemiseen. Lihasheikkouteen vaikuttavat esimerkiksi heikko ravitsemus, fyysisen aktiivisuuden vähentyminen, sairaudet, lääkitys ja hormonaaliset muutokset. Tasapainon hallintaan ja liikkumiskykyyn tarvitaan erityisesti alaraajojen lihasvoimaa. (Mänty ym. 2007, 13.)

2.1.3 Lääkkeet

Ikääntyessä sairauksien määrä ja lääkkeiden käyttö lisääntyvät. Iäkkäiden ikäryhmässä eniten käytettyjä lääkkeitä ovat hermostoon vaikuttavat lääkkeet kuten uni-, psykoosi-, masennus- ja dementialääkkeet, sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet ja ruoansulatuselinten sairauksien lääkkeet. Ikääntymisen seurauksena elimistössä tapahtuu fysiologisia muutoksia, jotka on huomioitava lääkkeitä käyttäessä ja vaikutusten seuraamisessa. Fysiologiset muutokset vaikuttavat lääkeaineiden farmakologiaan muun muassa heikentämällä lääkeaineiden aineenvaihduntaa ja erittymistä muuttamalla lääkeaineiden jakautumista elimistössä ja hidastamalla lääkeaineiden imeytymistä maha-suolikanavasta. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 126-127.)

Kaatumisriskiä lisää jo kolmen lääkkeen yhtäaikainen käyttö. On havaittu, että henkilöillä, joilla on käytössä 10 tai useampia lääkevalmisteita, riskit kaatumisille ja lonkkamurtumille ovat yli kahdeksan kertaa suurempia kuin henkilöillä, jotka käyttävät enintään yhtä lääkettä. (Pajala 2012, 35.) Monilääkityksen määritelmänä käytetään yleisimpänä rajana viiden tai useamman reseptilääkkeen samanaikaista käyttöä. Merkittävä monilääkitys tarkoittaa vähintään kymmenen lääkkeen käyttöä samanaikaisesti. Laitoshoidossa iäkkäiden monilääkitys on yleisempää kuin kotonaan asuvilla. Monilääkityksen riskinä on lääkkeistä aiheutuvat haitta- ja yhteisvaikutusten vaara. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 248-249.)

Kaatumisenvaaraa lisää monien lääkkeiden käyttö. Kaatumisiin voi johtaa mahdollisesti lääkkeiden sivuvaikutukset, lääkkeiden yhteisvaikutukset tai lääkkeiden vääränlainen käyttö. Jotkin lääkkeet, kuten esimerkiksi nitraatit, nesteenpoistolääkkeet ja verenpainetta alentavat lääkkeet voivat aiheuttaa käyttäjälle ortostaattista hypotoniaa, mikä lisää kaatumisvaaran riskiä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 293-294.)

2.1.4 Kaatumispelko ja inkontinenssi

Psyykinen kaatumisenpelko voi aiheutua jo yksittäisestä kaatumisesta. Uutta kaatumista pelkää noin 30-90% aiemmin kaatuneista iäkkäistä ja noin 50-60% rajoittaa omaa aktiivisuuttaan kaatumispelon vuoksi. Yksikin kaatuminen saattaa huomattavasti vaikuttaa ikääntyneen hyvinvointiin ja kaatumispelko voi vaikuttaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Kelo ym. 2015, 47-48.)

Kaatumispelkoon on puututtava, jos iäkäs pelkää kaatuvansa tavallisissa olosuhteissa. Pelkonsa vuoksi iäkäs alkaa vähentämään liikkumista ja aktiivisuutta, mikä vaikuttaa toimintakykyyn. Toimintakyvyn heikkeneminen altistaa kaatumisille. Kaatumispelkoa on useammin naisilla kuin miehillä ja pelko lisääntyy ikävuosien myötä. Myös terveysongelmat ja toimintakyky ovat yhteydessä kaatumispelkoon. (Pajala 2012 60-61.)

Raittila (2011, 20-21, 36-38) tutki pro gradussaan ikääntyneiden aktiivisesti liikkuvien henkilöiden kaatumispelkoa verraten vähän liikkuviin. Tutkimus toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena ja aineistona käytettiin UKK-instituutin KaatumisSeula-hankkeen avulla kerättyä väestökyselyä (n = 762). Tutkimuksessa Raittilan tarkoituksena oli selvittää millainen yhteys itsearvioidulla päivittäisellä kävelyn kilometrimäärällä ja vähintään puolen tunnin yhtäjaksoisten liikuntakertojen useudella on ikääntyneiden henkilöiden kokemaan kaatumispelkoon. Tutkimustulosten perusteella liikunta-aktiivisuudella oli tilastollisesti merkittävä yhteys kaatumispelkoon. Koetun kaatumispelon keskiarvoissa ei ollut määrällisesti eroa kohtuullisesti ja paljon kävelevien välillä. Vaikka tilastollisesti kohtalainen kävelymäärä sekä runsas liikunnan harrastaminen olivat yhteydessä vähäisempään kaatumispelkoon, kuitenkin tutkittavan itse arvioima heikko toimintakyky oli kliinisesti tärkeämpi kaatumispelon selittäjä. Tutkimus osoitti, että huono tai erittäin huono toimintakyky koettiin merkittävämmäksi kaatumispelkoa selittäväksi tekijäksi kuin käveleminen tai liikunnan harrastaminen.

Iäkkään inkontinenssi lisää kaatumisenriskiä, koska henkilön pidätyskyky on heikentynyt ja joutuu käymään sen vuoksi useammin wc:ssä ja kiiruhtamaan wc:hen. Lisääntynyt virtsaamistarve ja heikentynyt pidätyskyky altistavat kaatumisille

erityisesti niitä henkilöitä, joille liikkuminen on haasteellista. Kiiruhtaminen wc:hen virtsankarkailun ehkäisemiseksi lisää kaatumisriskiä, myös yölliset tarpeet vessaan lisää kaatumisvaaraa. (Pajala 2012, 87.)

2.1.5 Ravitseminen, alkoholi ja uni

Hyvä ravitseminen ylläpitää iäkkäiden ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä ja elämänlaatua. Liian vähäinen proteiinin saanti voi johtaa lihasvoiman heikkenemiseen, joka lisää kaatumisvaaraa. Iäkkäiden henkilöiden alttius nestevajaukselle on suurentunut, koska ikääntyessä kehon nestemäärä pienenee. Myös janon tunne voi olla vähentynyt ja juominen unohtuu. Nestevajaus altistaa kaatumisille, heikentää yleisvointia ja alentaa verenpainetta. Tärkeimmät ravitsemukseen liittyvät asiat kaatumisten ehkäisyyn ovat riittävä energian ja proteiinin saanti, riittävä nesteiden nauttiminen sekä ympärivuotinen D-vitamiinin saanti. (Iäkkäät ravitseminen ja toimintakyky 2014.)

Virheravitseminen tarkoittaa liian vähäistä ja epätasapainoista energian, proteiinin ja suojaravinteiden saantia, myös liiallisesta energian saannista aiheutuvaa ylipainoa. Sairauksien ja ikääntymisen myötä ravitsemustila yleensä heikkenee. Virheravitseminen lisääntyy huomattavasti yli 80 ikävuoden jälkeen. Ravitsemusongelmien pitkittyessä ja hoitamattomina johtavat ne virheravitsemuksiin, kuten iäkkään henkilön laihtumiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen, iho-ongelmiin ja tulehduskierteeseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 12-13.) Suomessa on tutkittu ikääntyneiden ravitsemustilaa erilaisissa ympäristöissä, ravitsemustilaa arvioitiin MNA-testillä (Mini Nutritional Assessment). Pitkäaikaissairaanhoidossa virheravitseminen oli yleisintä 57%, vanhainkodeissa 29% ja palvelutaloasukkaista 13% ravitsemustila oli huono. Kotihoidon asiakkaista 7% oli huono ravitsemustila. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 19.)

Virheravitsemusriski on tärkeää havaita kaatumisten ehkäisyn kannalta ajoissa. Virhe- tai aliravitsemuksen aiheuttama heikentynyt terveys ja virheravitsemuksesta aiheutuvat mahdolliset oireet esimerkiksi huimaus, sekavuus, väsymys, lihaskadon

kiihtyminen, heikentynyt toimintakyky, masennus ja kehon hallinnan heikentyminen lisäävät kaatumisenvaaraa. Virheravitsemusta voidaan ehkäistä esimerkiksi iäkkään ravitsemustilaa arvioimalla MNA-mittaria käyttäen. (Pajala 2012, 41-42.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevan iäkkään ravitsemuksesta huolehtii hoitohenkilökunta. Iäkkään on saatava riittävästi ravintoa ja tarvittaessa aloitetaan tehostettu ruokavalio, jolla voidaan esimerkiksi ehkäistä tahatonta laihtumista. Hoitolaitoksessa asuvan iäkkään paino tulisi punnita kerran kuukaudessa, jotta voidaan tarkkailla mahdollista laihtumista. Ruokailutilanteissa iäkäs ei aina pysty syömään itse. Avuntarve on arvioitava ja poissuljettava myös muut ruokailua häiritsevät tekijät, kuten esimerkiksi suun terveys. Päivittäisiin toimiin kuuluu huolehtia iäkkään hampaista, proteeseista ja tarkistaa säännöllisesti suun limakalvojen kunto. Ruokahalua edistää kodinomainen ja rauhallinen ruokailuympäristö. Hoitajat voivat ruokailla ja istua samassa pöydässä ikääntyneiden kanssa, jolloin tilasta tulee kotoisampi. D-vitamiinin saanti on turvattava ja ikääntyneille suositeltu annos on 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. D-vitamiinin käyttö on suositeltavaa ympäri vuoden. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27.)

Alkoholin riskirajaksi 65 vuotta täyttäneille on määritelty niin, että kerralla korkeintaan kaksi annosta ja viikossa korkeintaan 7 annosta. Yli 65-vuotiaiden alkoholinkäyttöä tarkastellaan aina riskikulutuksen näkökulmasta, koska ikääntymisen myötä vähäinkin alkoholin käyttö voi olla haitallista. (Kelo ym. 2015, 135).

Alkoholin käyttö lisää kaatumis- ja tapaturmavaaraa, koska iäkkäillä jo pienikin määrä alkoholia voi vaikuttaa tasapainon hallintaan sekä keskittymis- ja reaktiokyvyn heikkenemiseen. (Alkoholi ja kaatumiset 2015.) Alkoholin vaikutukset lääkkeiden kanssa tuovat myös riskejä kaatumisille, esimerkiksi alkoholi lisää verenpainelääkkeiden ja nitraattien tehoa ja seurauksena voi olla nopea verenpaineen lasku, huimausta tai pahoinvointia. Ikääntyneen käytössä olevilla lääkkeillä ja alkoholilla voi olla arvaamattomia yhteisvaikutuksia. (Pajala 2012, 46.)

Unihäiriöt eivät kuulu tyypilliseen vanhenemiseen ja iäkkään uni- ja nukkumishäiriöiden syyt pitää aina selvittää. Taustalla voi olla kipu, sairaus, muutokset mielialassa tai asuin- ja elinympäristössä. Vähäinen nukkuminen aiheuttaa väsymystä päiväaikana, tarkkaavaisuuden ja muistin häiriöitä sekä toimintakyvyn, mielialan ja elämänlaadun heikkenemistä. Kaikki tämä voi lisätä iäkkään kaatumisvaaraa. Unettomuudesta kärsivä lähtee usein öisin liikkeelle ja erityisen riskialtista on, jos iäkäs henkilö käyttää uni- tai nukahtamislääkkeitä, koska kyseiset lääkkeet lisäävät kaatumisalttiutta. (Pajala 2012, 98-99.) Lääkkeettömiä hoitomuotoja unettomuuteen ovat liikunnan lisääminen, vuorokausirytmien vahvistaminen, kirkasvalohoito ja nukkumisympäristön rauhoittaminen. (Unettomuus 2015)

2.2 Ulkoiset vaaratekijät

Ulkoiset vaaratekijät ovat ympäristöön liittyviä, esimerkiksi liukas lattia, valaistus ja kynnykset. (Jäntti 2008, 288). Kaatumisvaaraa lisäävät myös erilaiset tilannetekijät kuten sääolosuhteet ja kiire, myös apuvälineet ja jalkineet kuuluvat ulkoisiin vaaratekijöihin. (Mänty ym. 2007, 16-17).

2.2.1 Ympäristö

Iäkkään ympäristön kohdistuvien toimenpiteiden tavoite on vähentää kaatumisvaaraa tunnistamalla riskitekijöitä. Riskitekijöiden säännöllinen kartoitus edistää turvallista asuinympäristöä. Huoneistossa kulkuväylien olisi hyvä olla esteettömiä ja huonekalujen tarpeeksi tukevia. Portaikon ja tasoerojen näkyvyyteen tulee kiinnittää huomiota, jotta liikkuminen on turvallista. Myös liukuesteiden kiinnittäminen askelmien etureunaan on kannattavaa. Kylpyhuoneen ja wc tilojen on oltava riittävän tilavat tarvittavien apuvälineiden kanssa liikkumiseen. Tilojen lattiamateriaalin tulisi olla liukumaton myös märkänä. Turvallisuutta voidaan lisätä tukikahvoilla, wc-istuimen korokkeella ja suihkutuolilla. Riittävä valaistus on tärkeää. (Mänty ym. 2007, 24-25.) Valaistuksen tulisi vastata iäkkään tarpeita. Esimerkiksi kaihista ja glaukoomasta kärsivät ikäihmiset ovat valolle herkempiä, ja heille valoisuuden lisääminen vaikeuttaa näkemistä ja lisää kaatumisriskiä. Ihannetilanteessa iäkäs voisi

itse säädellä valaistusta sopivaksi niin, että ympäristössä on mukava olla ja turvallinen liikkua. (Tideksaar 2005, 87.)

Hoivakoti- ja sairaalaympäristöissä ulkoisten vaaratekijöiden vähentäminen ja poistaminen ovat oleellinen osa iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä. Istuinten ja sänkyjen korkeuden säätö tehdään yksilöllisesti, jotta siirtymiset eivät aiheuta vaaratilanteita. Tiloissa on oltava riittävä ja tarkoituksenmukainen valaistus, huomioiden päivä- ja yöaika. Lattiamateriaalit ovat luistamattomia, etenkin kylpyhuoneissa ja lattiapinnat pidetään puhtaina. Lattialle tippunut neste tai ruoka korjataan heti pois. Tukikaiteita ja käsijohteita on asennettu tarvittaviin paikkoihin. Apuvälineiden käyttöön annetaan ohjausta ja apuvälineitä huolletaan säännöllisesti. Tarvittaessa matot poistetaan tai asetetaan niiden alle liukuesteet, repsottavat kulmat teipataan lattiaan. Suuren kaatumisriskin omaavat asukkaat ja potilaat sijoitetaan lähelle hoitajia. (Pajala 2012, 51-53.)

2.2.2 Jalkineet ja apuvälineet

Liian suuret ja sopimattomat jalkineet vaikeuttavat kävelyä ja pystyssä pysymistä sekä aiheuttavat kaatumisia. Kaatumisvaaraa lisäävät nahkapohjaiset kengät ja liikkuminen sukkasillaan, lisäksi paksupohjaiset sekä lenkkitosut vaimentavat kävelyalustasta saatavaa tuntumaa ja voivat heikentää asentotuntoa. (Jäntti 2008, 297.) Talviaikana liukuesteiden ja nastakenkien käyttö on nousussa. On tutkittu, että liukuesteiden ja nastakenkien hyötynä oli liukastumisen pelon väheneminen ja ulkona liikkuminen säällä kuin säällä oli mahdollista. (Mänty ym. 2007, 26.) Jalkineiden ominaisuuksien lisäksi on huomioitava jalan lihasten ja nivelten toimiminen ja liikkuminen. Hyvä jalkine tukee nilkkaa sopivasti eikä tuki saa olla liian jäykkä. Turvallisessa kengässä on pitävä ja helppokäyttöinen kiinnitys, matala, liukumaton korko ja ohut, tukeva pohja, jonka kautta jalan tuntoaisti saa tietoa alustasta. (Pajala 2012, 54-55.)

Apuvälineiden tarve määritellään yksilöllisesti. Apuvälineet mitoitetaan ja säädetään käyttäjäkohtaisesti sekä annetaan opastusta niiden käyttöön. (Jämsén 2013, 503.)

Säännöllisesti huollettu ja tarkistettu apuväline helpottaa ja antaa turvaa liikkumiselle. Luotettavaa tutkimustietoa ei ole vielä toistaiseksi voitu osoittaa, kuinka paljon apuvälineiden käyttö vähentää kaatumisia, mutta oikein käytettynä apuväline on kuitenkin tärkeä osa kaatumisten ehkäisyä. (Pajala 2012, 57.)

3 KAATUMISTEN EHKÄISY

Kaatumistapaturmia voidaan ehkäistä yksilöllisellä kaatumisvaaran arvioinnilla ja sen perusteella valittuihin yksilöllisiin kaatumisen ehkäisytöihin. Kaatumisvaaraa lisäävät tekijät minimoidaan tai poistetaan ja ehkäisytöimet voivat liittyä moniin eri tekijöihin. Kaatumisen ehkäisy edellyttää moniammatillisuutta, ikääntyneen ja mahdollisesti myös omaisten mukaan ottamista toimenpiteiden toteuttamiseen. Tutkimusten mukaan henkilökohtainen ja yksilöllinen kaatumisten riskitekijöiden arviointi ja neuvonta on vähentänyt akuuttihoitossa olevan suuren kaatumisriskin omaavien ikääntyneiden kaatumisriskiä. (Kelo ym. 2015, 50-51.) Hoitolaitoksissa hoitajilla on paras tieto iäkkään toimintakyvystä, lääkehoidosta ja sen vaikutuksista. Hoitajilla on tärkeä rooli iäkkään kaatumisvaaran arvioinnissa ja tapahtuvien muutosten seurannassa. (Julkari 2014)

3.1 Kaatumisvaaran arviointi

Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy on ennakointia poistamalla tai vähentämällä hyvissä ajoin sellaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat kaatumisalttiuteen. Kaatumisten ehkäisy on kannattavaa sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. (Kaatumisen ehkäisy 2016.) Kaatumisalttiutta on tarkoitus arvioida, jonka perusteella tunnistetaan ja kartoitetaan iäkkään mahdolliset kaatumistekijät. Kaatumisen arviointiin on kehitetty useita työvälineitä ja mittareita, jotka voidaan jaotella kolmeen luokkaan: itsearvio, ammattilaisen tekemä haastattelu ja havainnointi, toiminta- tai liikkumiskykyä mittaavat toiminnalliset testit sekä kaatumisalttiutta laajasti kartoittavat mittarit ja testistöt. (Pajala 2012, 106.) Ikääntyneen henkilön kaatumisvaaran arviointi perustuu yksilöllisten kaatumisen vaaratekijöiden tunnistamiseen ja pyrkimyksenä on seuloa ne iäkkäät, joiden kaatumisvaara on suuri. Fysioterapeutin ammattitaitoa tarvitaan

kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyssä erityisesti liikkumis- ja toimintakyvyn arvioinnissa, ylläpitämisessä ja parantamisessa. Fysioterapeutti suunnittelee yksilöllisen liikuntaharjoittelun ja voi arvioida mahdollisten apuvälineiden tarvetta. Hoitohenkilökunta saa fysioterapeutilta ohjeita iäkkäiden asukkaiden päivittäisten toimien ohessa tehtävästä liikuntaharjoittelusta. (Terveysportti www-sivut 2011)

Laitoksissa asuvien iäkkäiden kaatumisriskin on arvioitu olevan suurempi kuin kotonaan asuvien ikätovereiden. Suurempi kaatumisten määrä on selitettävissä sillä, että laitoksissa asuu huonokuntoisempia ja sairaampia iäkkäitä kuin kotona. Laitoksissa kaatumisista raportoidaan tarkemmin. (Tilvis 2010, 330.) Hoivapalveluissa iäkkäiden kaatumisen ehkäisyn tulee olla osa hoivakodin järjestämää hyvää hoitoa ja hoivaa sekä asukasturvallisuutta. Kaatumisen ehkäisyyn on varattava riittävästi resursseja toiminta- ja henkilöstöpuolelle. (Pajala 2012, 122.)

Iäkkään muuttaessa uuteen ympäristöön kaatumisenriski ensimmäisten päivien, viikkojen ja kuukausien aikana on todella suuri. Kaatumisalttiutta lisäävät iäkkään sairaudet, toimintakyky ja muutokset ympäristössä. Hoitohenkilökunta tekee kaatumisvaaran arvioinnin mahdollisimman pian, mieluiten ensimmäisen vuorokauden aikana FRAT-mittarilla. Toimenpiteet kaatumisenvaaratekijöiden vähentämiseksi tai poistamiseksi aloitetaan välittömästi. Suurimmalla osalla iäkkäistä, jotka muuttavat hoivapalvelujen piiriin on korkea kaatumisenvaara, jolloin 1-3 vuorokauden kuluttua tehdään laaja kaatumisen arviointi. (Pajala 2012, 122-123.)

Joanna Briggs Institute on julkaissut suosituksen ”Interventiot iäkkäiden aikuispotilaiden kaatumistapahtumien vähentämiseksi”, joka perustuu vuonna 2009 julkaistuun järjestelmälliseen katsaukseen. Suosituksen tarkoituksena on esittää näyttöä iäkkäiden potilaiden kaatumisten ehkäisytoimista akuuttisairaaloissa ja kiinnostuksen kohteina ovat ne ehkäisytoimet, jotka on suunniteltu arvioimaan tai vähentämään iäkkäiden potilaiden kaatumisriskiä sairaalahoidossa. Suositus esittää kaatumisten ehkäisemiseksi moniammatillisen ja moniosaisen kaatumisten ehkäisyohjelman käyttöönottoa, johon kuuluu esimerkiksi kaatumisriskistä varoittava kortti. Kaatumisten vähentämiseksi suositellaan käyttöönotettavaksi myös tavoitteellinen, näyttöön perustuva kaatumisten ehkäisyohjelma, joka sisältää

kaatumisen riskitekijöiden arviointia ja potilaan neuvontaa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2010, 1-2.)

IKINÄ-toimintamalli on viitekehys kaatumisvaaran arvioinnissa ja toimenpiteiden suunnittelussa kaikille ammattiryhmille, jotka työskentelevät iäkkäiden kanssa. Tuloksellisen ja tehokkaan iäkkäiden kaatumisten ehkäisemisten perustana on yksilöllisten kaatumisriskien sekä altistavien tekijöiden arviointi ja kartoittaminen. Henkilön kaatumisvaara saadaan selvittämällä kaatumisalttiutta lisäävät tekijät. (IKINÄ-toimintamalli, 2016) IKINÄ – opas eli Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy – opas perustuu uusimpaan tutkimustietoon iäkkäiden kaatumisen ehkäisystä ja testattuihin käytännön toimintatapoihin. Oppaaseen on koottu tietoa ja työvälineitä, joilla iäkkäiden kaatumisia voidaan ehkäistä. IKINÄ-opas on tarkoitettu kaikille iäkkäiden kanssa työskenteleville toimintaympäristöstä riippumatta. Opasta voi käyttää myös omaiset ja iäkkäät itse. (Pajala 2012, 3.)

3.2 FRAT-mittari

FRAT-mittari, Falls Risk Assessment Tool (liite 1) on lyhyt kaatumisvaaran arviointimittari, joka kartoittaa iäkkään kaatumisvaaraa neljän eri vaiheen kautta: kaatumishistoria, lääkitys, henkinen tila ja kognitio/muisti. Kaatumishistoria käsittelee kaatumisia edeltävän 12 kuukauden ajalta. Lääkitysosiossa kartoitetaan, onko iäkkäällä käytössä rauhoittavia, mielialalääkkeitä, Parkinson-, nesteenpoisto-, verenpaine-, uni- tai nukahtamislääkkeitä. Henkinen tila-osiossa kysytään iäkkäältä, onko levottomuutta tai masentuneisuutta, vaikeutta kommunikaatio- ja yhteistyökyvyssä, vaikeutta arvioida realistisesti omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä. Kognitio/muistiosio käsittelee MMSE-testipisteiden tulosta. (Pajala 2012, 147.)

Jokainen osio ja vastausvaihtoehto on pisteytetty. Arvioitavasta kohdasta valitaan yksi vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten iäkkään henkilön tilaa, jos iäkkään tila vaihtelee, valitaan heikointa toimintakykyä/tilannetta vastaava vaihtoehto. Arvioinnin lopuksi lasketaan pisteet yhteen ja katsotaan taulukosta, mihin kohtaan pistemäärä sijoittuu: lievästi kohonnut kaatumisvaara 5-11 pistettä, kohonnut 12-15 pistettä ja erittäin korkea 15-20 pistettä. Kohonneen ja erittäin korkean

kaatumisvaaran toimenpiteet ohjaavat tekijää tekemään laajan kaatumisvaaran arvioinnin. (Pajala 2012, 148.)

3.3 Laaja kaatumisvaaran arviointi

Laaja kaatumisvaaran arviointi (liite 2) on yksityiskohtaisempi kuin FRAT-mittari. Arviointi tehdään pikaisesti 1-3 vuorokauden kuluessa niille iäkkäille, jotka ovat saaneet FRAT-mittari (liite1) tuloksen erittäin korkea kaatumisvaara ja 1-2 viikon aikana iäkkäille, jotka saivat tuloksen kohonnut kaatumisvaara. Laaja kaatumisvaaran arviointi tehdään mahdollisimman pian iäkkään kaatumisen jälkeen ja henkilön muuttaessa uuteen asuinympäristöön. Kaatumisvaaran arviointi päivitetään aina, kun iäkkään terveydentila muuttuu. Arvioinnin kokonaispisteitys jakautuu kolmeen eri osioon: vähäinen kaatumisvaara 0-15 pistettä, kohtalainen 16-24 pistettä ja korkea 25-58 pistettä. Kokonaispistemäärä määrittelee suositeltavat toimenpiteet kaatumisen ehkäisyyn. (Kaatumisvaaran arviointi 2016, 5.)

Laajan kaatumisvaaran arvioinnin (liite 2) tekee terveydenhuollon ammattilainen yhdessä potilaan kanssa. Arviointia ei tarvitse täyttää loppuun asti yhdellä kertaa. Arvioinnista vastaava henkilö pitää huolen, että lomakkeen kaikki kohdat tulee täytettyä ja mittaukset tehtyä. Laaja kaatumisvaaran arviointi on moniammatillisen ryhmän yhteinen työväline ja kaatumisen ehkäisyyn sekä vähentämisen toimenpiteet kirjataan huolellisesti. (Kaatumisvaaran arviointi 2016, 6.)

3.4 IKINÄ-toimintamallin käyttö

Kaatumisten vaaratekijöiden kartoittaminen on perustana kaatumisten ehkäisyyn. Selvittämällä yksilölliset kaatumiselle altistavat syyt, saadaan määritettyä iäkkään kaatumisvaara. Arvioinnin perusteella tehdään henkilökohtainen suunnitelma toimenpiteistä, joilla vähennetään tai poistetaan kaatumisen vaaratekijät. IKINÄ – toimintamalli ohjaa kaatumisvaaran arvioinnissa ja toimenpiteiden suunnittelussa. (IKINÄ-toimintamalli 2016.) IKINÄ – toimintamallin toimintapolku alkaa terveydenhuollonammattilaisen kohdatessa iäkäs. Toimintamalli ohjaa kuvan 1 mukaisesti ammattilaista jatkotoimiin vastauksien mukaan. (Pajala 2012, 16-17.)



Kuva 1. IKINÄ-toimintamalli kaaviona. (THL 2016)

Pystynen selvitti opinnäytetyössään (2015, 6, 33) IKINÄ-projektin vaikutuksia potilaiden kaatumis- ja putoamistapaturmiin erään Vantaan perusterveydenhuollon osaston HaiPro-ilmoitusten perusteella. Opinnäytetyö tarkasteli kaatumis- ja putoamistapaturmia viisi kuukautta ennen ja jälkeen IKINÄ-projektin. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimus osoitti, että IKINÄ-projektin aloittamisen jälkeen kirjattiin 33% enemmän HaiPro-ilmoituksia kaatumisiin ja putoamisiin liittyen.

4 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön lähtökohtana on asukasturvallisuuden parantaminen ja kehittäminen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on järjestää hoivakodin henkilökunnalle koulutustilaisuuksia, joiden sisältö koostuu iäkkäiden kaatumisvaaroista ja kaatumisten ennaltaehkäisyyn käytettävästä IKINÄ-mittarista. Työn tavoitteena on hoitohenkilökunnan tietopohjan lisääminen kaatumisen vaaroista ja riskeistä, ehkäisykeinoista ja IKINÄ-mittarin käytöstä.

Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisena tavoitteena on oppia järjestämään koulutus ja pitämään asiantunteva luento. Tavoitteena on oppia käsittelemään tietoa kriittisesti ja tuomaan esille luotettavaa, tutkimukseen perustuvaa tietoa luennon ja koulutustilaisuuden muodossa. Henkilökohtaisena tavoitteena on oppia tekemään toiminnallinen opinnäytetyö, sen suunnittelu, toteutus ja arviointi.

5 PROJEKTISSA KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Opinnäyte on aina konkreettinen ja se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunniteltu ohje, opastus tai ohjeistus. Se voi olla myös tapahtuman toteuttaminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että siinä yhdistyvät käytännön toteutus ja raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää raportin, josta selviää, mitä, miksi ja miten on tehty, millainen työprosessi on ollut ja millaisiin tuloksiin sekä johtopäätöksiin on päädytty. Raportista on käytävä ilmi, miten omaa oppimista ja tuotosta on itse arvioitu. Raportin perusteella lukija voi päätellä, miten opinnäytetyö on onnistunut. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.)

5.1 Koulutus

Luento sopii hyvin koulutustilanteisiin, joissa tavoitteena on osallistujien tietopohjan laajentaminen. Luennon perusajatuksena on, että osallistujalla on mahdollisuus pohtia opittuja asioita. Osallistujien tarkkaavaisuus laskee jo 15-25 minuutin luennoinnin jälkeen. Luento kannattaa suunnitella niin, että yksisuuntaisia luennointia ja aktiivista pohdintaa on vuorotellen. Oppitilanteesta saadaan osallistujille mielekkäämpää, kun luennolle asetetaan tavoitteet, joista kaikki hyötyvät. Kouluttajan on hyvä selvittää osallistujien taustaa etukäteen tai kyselemällä luennon alussa, jotta laaditut tavoitteet tukevat osallistujien oppimista ja oppiminen koetaan kiinnostavaksi ja helpoksi. Osallistajat voivat myös kertoa omia kokemuksiaan luennolla käsiteltävästä aiheesta. Käytännön esimerkkien ja teorian kohtaaminen lisäävät oppimisen mielekkyyttä. (Mykrä & Hätönen 2008, 25-27.)

Kouluttaja käyttää aina jotain koulutusmenetelmää, jonka avulla organisoidaan koulutusta. Koulutuksella on tavoitteet ja koulutuksen työskentelymenetelmä kuljettaa kohti koulutukselle laadittuja tavoitteita. Opetusmenetelmän valintaan vaikuttavat kohderyhmän koko ja resurssit. Koulutuksen tila asettaa tietynlaisia

rajoitteita, samoin käytettävät materiaalit ja välineet. Kouluttajan kannattaa valmistautua etukäteen mahdollisiin poikkeamiin. Opetusmenetelmän on sopeuduttava koulutuksen keston. Kouluttajan on huomioitava ja arvioitava tarkasti, sopiiko opetusmenetelmä koulutukselle varattuun aikaan. (Kupias & Koski 2012, 98-100.) Jokainen kouluttaja valitsee itselleen parhaiten sopivien koulutusmenetelmiä. Koulutuksessa tavoitteiden huomioiminen ja niihin tähtääminen on tärkeämpää kuin noudattaa yksityiskohtaisesti valittua koulutusmenetelmää. Menetelmien käytössä luovuus on sallittua. (Kupias & Koski 2012, 104.)

Koulutukseen osallistuvat henkilöt usein tietävät jo aiheesta jotain aikaisempien kokemusten kautta, jolloin asennoituminen uuden oppimiselle voi olla haasteellista. Kouluttajan pitäisi saada osallistujien asenne positiiviseksi ja lyhyessä ajassa ihmiset innostumaan uuden oppimisesta. Muutostilanteet saavat tyypillisesti vastustusta osallistujilta. (Kupias & Koski 2012, 126.)

Kouluttajan esiintymiselle ja esilläololle annetaan paljon painoarvoa puhuttaessa hyvästä koulutuksesta. Hyvä esiintyjä koetaan hyväksi kouluttajaksi. Luontevalla ja hyvällä esiintymisellä voidaan vaikuttaa koulutuksen kulkuun, mutta se ei ole taie osallistujien hyvään oppimiseen. Koulutustilanne ja kouluttajan perustehtävä määrittelevät kouluttajan esillä olemisen. Perustehtävät voivat olla esimerkiksi esiintyminen, tiedon välittäminen tai oppimisen edistäminen. Tiedon välittämisessä huomio painottuu tietoon, jota kouluttaja välittää. Tärkeäksi huomioksi korostuu, miten kouluttaja saa välittämänsä tiedon osallistujille mahdollisimman selkeästi ja jäsenneilysti. (Kupias & Koski 2012, 142-145.)

Kouluttajan osaaminen koostuu ohjausosaamisesta ja asiasisällön osaamisesta. Asiantuntijakoulutuksessa korostuu kouluttajan tieto asiasisällöstä, ja hänen oletetaan osaavan asia hyvin. Kouluttajan ei tarvitse tietää aiheesta kaikkea, tärkeämpää on ymmärtää ja osata asia, jota on kouluttamassa muille. Hyvä kouluttaja osaa rajata aiheen koulutuksen tavoitteiden mukaisesti ja säädellä aihetta osallistujien näkökulmasta. Osallistujien näkökulman huomioiminen on kouluttajan ohjausosaamista. Ohjausosaaminen sisältää kouluttajan tietoa ja taitoa saada aikaan vaikuttava ja oppimista edistävä koulutus. (Kupias & Koski 2012, 45-46.)

Tavallisin koulutuksissa käytettävä havainnollistamismateriaali on tietokoneen välityksellä esitettävä diaesitys. Hyvä diaesitys on selkeä ja lyhyt sekä tukee luentoa. Diojen avulla voidaan näyttää konkreettisia kuvia erilaisista tilanteista ja niillä voidaan korostaa tärkeitä asioita ja sanoja kouluttajan puheesta. Diaesityksessä dioja ei saa olla liikaa eikä niissä saa olla liian paljon asiaa. Diaesityksen on oltava maltillinen, jotta se ei vie liikaa osallistujien huomiota kouluttajasta. Kouluttajan ja osallistujien välinen vuorovaikutus on tärkeä osa oppimista. Yksittäiselle dialle mahtuu 1-3 asiakokonaisuutta. Asia kannattaa jäsenellä ja selkiyttää dialle, jotta tekstiä ei tule liikaa yhtä diaa kohti. Dioissa käytettävät kuvat on harkittava tarkkaan, ja kuvien olisi hyvä tukea asian sisältöä. (Kupias & Koski 2012, 76-79.)

Kouluttajan omalla asenteella on merkittävä vaikutus koulutuksen ilmapiiriin. Heti luennon alussa kouluttaja voi pyytää osallistujia soveltamaan luennon asioita omiin kokemuksiin ja rohkaista osallistujia tekemään kysymyksiä, jos jokin asia on vaikeasti ymmärrettävä tai esitetyt asiat ovat ristiriitaisia käytännön kokemusten kanssa. Kun kouluttaja osoittaa arvostavansa osallistujien mielipiteitä, kokemuksia ja osaamista, tämä rohkaisee heitä tuomaan esille omia esimerkkejään ja mielipiteitään. Koulutuksen ilmapiirin ollessa rento ja avoin, oppiminen koetaan helpommaksi kuin jännittyneessä tai välinpitämättömässä oppimisilmapiirissä. Vuorovaikutteinen koulutus edistää osallistujien oppimista. Yhdensuuntaiseen koulutukseen voidaan lisätä kysymyksiä, keskustelevia osuuksia tai paripohdintoja, jolloin kouluttajan ja osallistujien välille syntyy vuorovaikutusta. Vuorovaikutteisessa koulutuksessa omaa käsitystä opittavasta asiasta on helpompi käsitellä ja testata. Luento kannattaa suunnitella riittävän väljäksi, jotta yhteiselle vuorovaikutukselle ja kysymyksille jää riittävästi aikaa. (Mykrä & Hätönen 2008, 27-29.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään koulutuksena luentoa, koska osallistujaryhmän tietopohjaa on tarkoitus laajentaa. Luennon lomassa osallistujat voivat vapaasti tuoda esille omia ajatuksiaan ja kertoa kokemuksiaan aiheesta. Kouluttaja tuntee osallistujaryhmän, jolloin vuorovaikutteinen koulutus ja ilmapiiri onnistuvat helpommin, koska kaikki tuntevat ja tietävät toisensa. Keskusteleva luento edistää osallistujien oppimista.

5.2 Projekti

Työelämälähtöinen opinnäytetyö voi olla projektityyppinen. Projektilla on tavoite ja se voi olla osa isommasta hankkeesta tai jokin yksittäinen rajattu prosessi. Onnistunut projekti vaatii suunnittelua, organisointia, toteutuksen, seuranta ja arvion. Projekti voi olla yhden tai useamman opiskelijan tuotos. Yleensä projektin perustana on realistinen aikataulus, määritelty työskentelytapa ja yhteiset pelisäännöt. Tärkeää on myös suunnitella, miten tulokset esitellään kirjallisesti, suullisesti ja muulla tavalla esimerkiksi koulutus, tiedotustilaisuus tai opas. (Vilka & Airaksinen 2003, 48-49.)

Projektityyppejä on erilaisia ja projektin luonne muodostuu sen tavoitteista. Tavoitteet määrittelevät esimerkiksi montako ihmistä projektiin tarvitaan, minkälaisista osaamista projektin toteutus vaatii sekä minkälaisista väli- ja lopputulosta projektilta odotetaan. Toteutusprojektin tavoite on tehdä suunnitelman mukainen toteutus, esimerkiksi koulutus, tilaisuus tai seminaari. Nämä ovat usein toistuvia tapahtumia, jotka järjestetään omana projektinaan joka kerta. Projektit noudattavat tiettyjä toimintatapoja. Toteutusprojektin haasteena on usein aikataulu, joka on yleensä joustamaton. Yllättäviin tilanteisiin voi valmistautua tekemällä varautumissuunnitelman, jossa on etukäteen pohdittu mahdollisia ongelmatilanteita ja ratkaisuja, joiden mukaan toimia. Toteutusprojektin arviointi voidaan toteuttaa yleensä vasta toteutuksen jälkeen, koska vasta silloin tiedetään, miten toteutus onnistui, miten se kiinnosti osallistujia, ja miten osallistujat kokivat sen. (Kettunen 2009, 24-25.)

Projektityyppisessä opinnäytetyössä olisi hyvä toteuttaa kolmikantaperiaatetta, mikä tarkoittaa, että jo suunnitteluvaiheessa mukana olisivat opinnäytetyöntekijän lisäksi työelämän edustaja ja ohjaaja. Projektityyppinen opinnäytetyö sisältää projektisuunnitelman, väli- ja loppuraportin. Projektisuunnitelmassa selvitetään projektin tausta ja lähtötilanne, tarkoitus, tavoite ja rajaukset, myös kohderyhmä tulee määritellä. Tehtäväjako ja aikataulu on selitettävä tarkasti ja suunnitelmassa on huomioitava projektin resurssit: henkilöresurssit, projektiorganisaatio, työskentelytapa, raportointitapa, laitteet, koneet, rahavarat. Hyvään projektisuunnitelmaan on sisällytetty riskianalyysi. Väliraportti on tilannekatsaus

projektin edistymiselle. Raporttiin kirjataan senhetkinen aikataulutilanne, työskentelyn tulokset ja aikaansaannokset, käytetyt resurssit, ongelmat ratkaisuihin ja arvio projektin jatkosta. Loppuraportti sisältää työskentelyn vaiheet ja laadun, tiedon hankinnan ja käsittelyn tavat, ongelmaratkaisun ja arvioinnin. Loppuraportti osoittaa opinnäytetyöntekijältä vaaditun tutkivan kirjallisen viestinnän taidot. Raportti selvittää projektin taustaa ja tavoitteita, projektin aikaansaannoksia ja tuloksia, vaihe vaiheelta työn kulkua, johtopäätökset ja arviointi. Vaatimusten mukaan loppuraporttiin on kirjattava käytetyt lähteet ja se noudattaa opinnäytetyölle laadittua tyyliä. (Vilka & Airaksinen 2003, 49-50.)

Kehittämisprojektit ovat keinoja, joilla saadaan muutoksia haluttuun toimintaan työyhteisöissä ja tarkoituksena on vahvistaa työyhteisön toimintaa toivottujen tavoitteiden suuntaan. Kehittämisprojektilla voidaan tarkoittaa uudistamista esimerkiksi toimintatavoissa. Kehittämisprojektin tavoitteena on parantaa asiakas- ja potilastyön vaikuttavuutta näyttöön perustuvilla käytännöillä ja edellytykseksi katsotaan erilaisten toimintamallien kehittäminen ja hyvien hoitokäytäntöjen levittäminen hoidon laadun parantamiseksi. Hoitotyön tulee perustua ajantasaiseen tietoon, koska se lisää hoitotyön vaikuttavuutta, laatua ja tehokkuutta. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 111-113.)

Tämän opinnäytetyön projekti on koulutuksen pitäminen hoivakodin henkilökunnalle. Projektin kehittäminen jää organisaation tehtäväksi, joka mahdollisesti jatkuu kehittämisprojektina.

6 PROJEKTIN SUUNNITTELU

6.1 Projektin lähtötilanne

Maaliskuussa 2016 yksityisen hoivakodin esimies esitti toiveen opinnäytetyöstä, jonka aihe käsittelisi iäkkäiden kaatumisia. Aihe tuli hoivakodin työyhteisön toiveesta. Hoivakodissa asukkaiden kaatumisia tapahtuu viikoittain ja kaatumisen seurauksena iäkäs joutuu usein sairaalahoitoon pois tutusta asuinympäristöstä.

Asukkaiden kaatumistilanteista kirjataan aina poikkeama (haittatapahtumien raportointi), joka käsitellään yhteisesti palavereissa. Poikkeamaan kirjataan kaatumistilanne, mahdollinen syy ja ratkaisu ongelmaan. Sopivaa kaatumisen ennaltaehkäisykeinoa ei ole löytynyt. Opinnäytetyöntekijä työskentelee samassa hoivakodissa ja aihe tuntui tarpeelliselta ja ajankohtaiselta.

Opinnäytetyön tilannut taho on yksityinen hoivakoti Turussa. Organisaation toiveesta nimeä ei julkaista. Hoivakodissa on neljä ryhmäkotia ja asukaspaikkoja koko talossa on 66. Ryhmäkodeissa on 13-15 asukaspaikkaa. Hoivakoti tarjoaa ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista iäkkäille ihmisille. Jokaisella osastolla työskentelee sairaanhoitaja ja lähihoitajia. Aamuvuorossa on kolme hoitajaa ja iltavuorossa kaksi hoitajaa, öisin koko talossa on kaksi yöhoitajaa. Hoivakodissa asuu iäkkäitä ja monisairaita asukkaita. Asukkaiden kaatuilut heikentävät asukkaiden terveydentilaa, hyvinvointia ja turvallisuutta.

6.2 Opinnäytetyön suunnittelu

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi keväällä 2016. Opinnäytetyöntekijä kävi hoivakodin yksikön päällikön kanssa keskustelua opinnäytetyöstä. Yksikön päälliköllä ei ollut erityistä toivomusta työn toteuttamisesta, mutta keskeinen sisältö oli tiedossa. Opinnäytetyöntekijä ehdotti aiheesta koulutusta, koska henkilökunnan tietopohjaa kaatumisista ja kaatumisen ehkäisystä pitäisi laajentaa. Opinnäytetyöntekijän mielestä koulutus olisi hyvä tapa saada työntekijöille lisää informaatiota ja koulutuksen lomassa olisi helppoa keskustella aiheesta. Ehdotus sai toimeksiantajan hyväksynnän ja koulutuksen sisältöä käytiin yhdessä toimeksiantajan kanssa läpi. Aiheseminaari oli toukokuussa 2016 ja työn sisältö muodostui selkeäksi. Aihe tuntui aluksi liian laajalta ja epämääräiseltä, mutta aiheseminaarissa aiheen rajaus onnistui tutoropettajan kanssa keskustelemalla. Opinnäytetyöstä tulisi toiminnallinen ja projektina olisi koulutus. Kesällä opinnäytetyöntekijä tutustui aihetta koskevaan materiaaliin ja koulutuksen suunnittelu käynnistyi. Suunnitteluseminaari pidettiin 23.8.2016 ja sopimus opinnäytetyön tekemisestä oli hyväksytty ja allekirjoitettu toimeksiantajan puolelta (liite 3).

Hoivakodin yksikön päällikkö antoi opinnäytetyöntekijälle vapaat kädet koulutuksen toteuttamiselle. Opinnäytetyöntekijä suunnitteli luentotyypin koulutuksen, jonka tueksi hän teki Powerpoint diaesityksen. Diojen oli tarkoitus olla selkeät ja helposti luettavia, jotka tukisivat luentoa loogisesti. Opinnäytetyöntekijä suunnitteli tulostavansa valmiiksi FRAT-mittarin (liite 1) ja laajan kaatumisvaaranarviointilomakkeen (liite 2), jotka käytäisiin yhdessä osallistujien kanssa läpi koulutuksen aikana. Jokainen koulutukseen osallistuva hoitaja saisi itse täyttää lomakkeen, jotta kokemus lomakkeen täyttamisestä kehittyisi. Koulutukseen osallistuvat hoitajat saivat myös arviointi ja palautelomakkeen sekä osastoille tarkistuslistan kaatuneen kohtaavalle (liite 4).

Suunnitelmana oli järjestää hoivakodin henkilökunnalle kaksi samanlaista koulutustilaisuutta, jotta mahdollisimman moni hoitaja pääsee koulutukseen. Opinnäytetyöntekijä ilmoitti koulutusajankohdat hyvissä ajoin osastojen yhteisessä palaverissa ja tilaisuuksien ajankohdat merkittiin palaverimuistioon. Kaksi viikkoa ennen koulutuksia opinnäytetyöntekijä lähetti hoivakodin sisäisellä sähköpostilla muistutuksen koulutuksen ajankohdista jokaiselle työntekijälle.

6.3 Riskit ja resurssit

Tämän opinnäytetyön resursseja ovat opinnäytetyöntekijä, koulutukseen osallistujat, materiaali, aika ja koulutukseen tarvittavat tilat ja välineet. Koulutus on suunniteltu pidettäväksi hoivakodin tiloissa ja välineet koulutuksen järjestämiseen opinnäytetyöntekijä saisi lainattua hoivakodilta. Opinnäytetyön tekijä tuo oman tietokoneen, jolla näyttää diaesityksen (liite 5) lainatun videotykin kautta. Riskinä on, että hoivakodin hoitohenkilökunta ei pääse osallistumaan koulutuksiin. Aikatauluun voi tulla muutoksia tai opinnäytetyöntekijä on estynyt järjestämään koulutukset. Riskinä on myös teknisten laitteiden toimimattomuus ja rajatusta aiheesta poikkeaminen, jolloin koulutus etenee sisällöllisesti väärään suuntaan.

7 PROJEKTIN TOTEUTUS

7.1 Ensimmäinen koulutus

Ensimmäinen koulutuspäivä oli 13.9.2016. Materiaali tulostettiin työpaikalla valmiiksi koulutusta varten. Tarkoitus oli näyttää PowerPointin diaesitys (liite 5) opinnäytetyöntekijän oman tietokoneen kautta, mutta tietokonetta ei saanut liitettyä videotykkiin. Koulutusta varten lainattiin työpaikan tietokonetta, onneksi diaesitys oli tallennettuna muistitikulle.

Koulutus oli suunniteltu alkavaksi klo 13:30. Suurin osa osallistujista oli jo paikalla ja koulutus alkoi suunnitelman mukaan avauspuheella kertomalla, kuka opinnäytetyöntekijä on, mikä on koulutuksen tarkoitus ja miten se liittyy opinnäytetyöhön. Koulutustilana toimi hoivakodin ensimmäisen kerroksen ruokasali. Paikka sopi tilaisuuteen hyvin, koska istumapaikkoja oli tarpeeksi ja valaistus oli säädettävissä niin, ettei liiallinen valo haitannut diaesitystä.

Koulutuksen pitäminen oli jännittävää, vaikka yleisö oli ennestään tuttu. Luento eteni liian nopeasti eteenpäin, eikä osallistujilla ollut aikaa sisäistää aiheen sisältöä. Opinnäytetyöntekijä onneksi huomasi liian nopean etenemisen ja hengähti hetken. Hän luennoi tämän jälkeen rauhallisesti ja yleisön huomioiden. Osallistujilla oli koko ajan mahdollisuus esittää kysymyksiä aiheeseen liittyen ja toivottavaa olikin vuorovaikutteinen kontakti yleisön kanssa. Opinnäytetyöntekijä kävi aiheen suunnitelmallisesti läpi ja sai vuorovaikutuksellisen kontaktin yleisön kanssa. Osallistajat pohtivat omia kokemuksiaan asukkaiden kaatumatilanteissa ja toivat esille osastolla olevista toimintatavoista. Ainoastaan yksi osallistuja, fysioterapeutti, oli kuullut IKINÄ-toimintamallista ja FRAT-mittarista aikaisemmin.

Jokaiselle osallistujalle jaettiin FRAT-mittari (liite 1) ja se käytiin yhdessä kohtakohdalta läpi. Osallistajat saivat myös kaatumisvaara arviointi-lomakkeen (liite 2) ja opinnäytetyöntekijä kertoi sen täyttämisestä. Hoivakodissa työskentelee myös fysioterapeutti, jonka ammattitaitoa olisi hyvä hyödyntää lomakkeiden täyttämiseen.

Fysioterapeutin ammatillinen osaaminen on tärkeä osa työryhmää ja asukkaiden hyvinvointia.

Monet osallistujat olivat sitä mieltä, että FRAT- mittari (liite 1) ja kaatumisvaaran arviointi-lomake (liite 2) olisivat hyviä ja hyödyllisiä apuvälineitä kaatumisten ehkäisyyn. Opinnäytetyöntekijälle jäi tunne, että lomakkeita ei oteta käyttöön ilman, että hän itse on paikalla käynnistämässä projektia. Keskustelua herätti myös lomakkeen kyky auttaa jo kaatunutta asukasta, ”ei pala paperia poista kaatumista”. Opinnäytetyöntekijä osasi perustella mittareiden hyödyllisyyttä ja käytännöllisyyttä siten, että kaatumisen riskit on tiedettävä ennen kuin kaatumisia voidaan ennaltaehkäistä. Lomakkeiden avulla saadaan kartoitettua jokaisen asukkaan kaatumisriskit, joiden avulla hoitajat voivat huomioida esimerkiksi asukkaan toimintaympäristön turvalliseksi asukkaalle. Yhteisen toimintamallin käyttäminen myös helpottaa kiertävien hoitajien perehtymistä asukkaisiin, kun he näkevät FRAT-mittarista asukkaan kaatumisriskit.

Koulutukseen osallistui yksi sairaanhoitajaa, yksikön päällikkö, yksi fysioterapeutti ja kymmenen hoitajaa. Jokainen osallistuja antoi kirjallisen palautteen heti koulutustilaisuuden jälkeen opinnäytetyöntekijän pyynnöstä.

Suunnitelman mukaan aikaa koulutuksen pitämiseen oli 90 minuuttia. Alustukseen meni vähemmän aikaa kuin arvioitu aika suunnitelmassa. Toisaalta siinä oli osallistujilla liikkumavaraa siirtyä työstään koulutukseen. Luennon pitämiseen oli varattu puolituntia, joka osoittautui ainakin tämän ryhmän kanssa liian lyhyeksi. Yhteiskeskustelua aiheesta riitti ja opinnäytetyöntekijä olisi voinut jatkaa aiheesta luennoimista vielä kauemminkin, mutta aika tuli vastaan. Opinnäytetyöntekijä poikkesi alkuperäisestä minuuttiaikataulusta ja otti lisäaikaa loppuyhteenvedosta ja arvioinnista, johon oli varattu 25 minuuttia. Ajankäyttöä oli mietittävä uudelleen ennen seuraavaa koulutusta.

7.2 Toinen koulutus

Koulutuksen sisältöä oli muokattu niin, että alustus kestää viisi minuuttia ja loppuyhteenvedosta sekä arvioinnista otettiin 10 minuuttia luento. Luennolle ja keskustelulle olisi aikaa nyt 45 minuuttia. Opinnäytetyöntekijä oli kerrannut koulutuksen vetämistä uudelleen ja uudelleen sekä sovittanut aikataulun sujuvammaksi. Harjoittelun ja hyvän valmistelun myötä puhetempo olisi rauhallisempi ja vuorovaikutus osallistujiin parempi. Ensimmäisen koulutuskerran jälkeen opinnäytetyöntekijä oli saanut itsevarmuutta esiintymiseen ja asiantuntijuuteen aiheesta.

Toinen koulutus pidettiin sovitusti 20.9.2016, alkamisajankohta oli sama kuin aikaisemmalla kerralla klo 13:30. Opinnäytetyöntekijä kävi aamulla muistuttamassa osastoilla koulutuksesta. Koulutuspäivänä opinnäytetyöntekijä kuuli, että koulutus pitäisi peruuttaa tai vaihtaa koulutuspäivää hänestä riippumattomista syistä. Opinnäytetyöntekijä ei halunnut koulutusta siirrettävän, koska hän oli jo aikaisemmin joutanut koulutuksen ajankohdasta ja vaihdellut päiviä hoivakodin aikataulun mukaan. Opinnäytetyöntekijä ei myöskään luottanut siihen, että uusi koulutuspäivä järjestyisi sovittuna ajankohtana. Yksikön päällikkö ehdotti, että opinnäytetyöntekijä kävisi jokaisella osastolla pitämässä lyhennetyn version koulutuksesta. Yksikön päällikkö painotti, että kaatumisen syyt, FRAT- ja kaatumisvaaran arviointilomake (liite 1 & 2) pitää esitellä jokaiselle hoitajalle, jotta hoitajat voivat kartoittaa omien asukkaiden kaatumisvaaran.

Suunnitelmien muuttuminen tuntui opinnäytetyöntekijästä turhauttavalta. Hän oli valmistellut koulutuksia kotonaan ja muokannut koulutuksen aikataulua ja sisältöä ensimmäisen koulutuskerran jälkeen vielä toimivammaksi ja yleisöystävällisemmäksi. Opinnäytetyöntekijästä tuntui, ettei hänen työpanostaan arvostettu ja kaatumisen ehkäisy aiheena olisi niin mitätön, että yksi koulutuskerta oltiin valmiita peruuttamaan. Yksikön päällikön asenne koulutusta ja aihetta kohtaan oli kuitenkin hyvin kannustava ja positiivinen.

Opinnäytetyöntekijä kiersi luennoimassa neljä osastoa. Pienryhmissä oli helpompi ohjeistaa mittareiden käyttöönotto ja kertoa täsmällisemmin aiheesta. Huono puoli

oli, että pienryhmän vuorovaikutuksellinen osallistuminen oli niukempaa kuin koulutuksen ensimmäisellä kerralla. Kaksi osastoa koki toimintamallin erittäin hyväksi ja hyödylliseksi osastollaan ja he alkoivat heti suunnitella, miten ja milloin mittarit otettaisiin käyttöön. Yksi osasto koki mittarit hyödyttömäksi, koska valtaosa heidän asukkaista on vuodepotilaita eivätkä asukkaat enää liiku. Yksi osasto koki mittareiden käytön liian aikaa vieväksi ja vaikeaksi.

Koulutukseen osallistui neljä sairaanhoitaja ja kuusitoista lähihoitajaa. Jokainen osallistuja antoi kirjallisen palautteen koulutuksesta.

8 PROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Arviointi on tärkeä osa koulutusta, jotta kouluttaja pystyy peilaamaan omaa toimintaansa ja oppia mahdollisista virheistä. Arvioinnilla ja palautteella voidaan kehittää koulutusta ja edistää osallistujien kehittymistä. Palautteenantajana ja arvioijana voi toimia kouluttaja itse, osallistujat tai koulutuksen tilannut organisaatio. (Kupias & Koski 2012, 163-164.)

Arviointi ja palautelomake (liite 6) oli A4 arkkiin sovitettu kyselylomake, jossa oli viisi monivalintakysymystä ja yksi avoin kysymys luennon aiheen pääkohdista. Kysymykset mittaavat osallistujien omaa tietämystä kaatumisen riskitekijöistä, uuden tiedon saamista kaatumisvaaraan ja kaatumisen ehkäisyyn liittyen, IKINÄ-toimintamallin käytöstä ja IKINÄ-toimintamallin hyödyllisyydestä omalla osastolla. Kuudes kysymys oli avoin kysymys, johon jokainen osallistuja saisi kirjoittaa vapaasti, jos jokin asia jäi käsittelemättä. Ensimmäinen versio arviointi- ja palautelomakkeesta sisälsi kuusi avointa kysymystä, joita opinnäytetyöntekijä muokkasi tutoropettajan ehdotuksesta monivalintakysymykseksi, jotta vastaajien olisi helpompi antaa palautetta ja arvioida sisältöä. Avoimet kysymykset jäivät usein ilman vastausta.

8.1 Koulutuksen arviointi ja palautteet-lomakkeen tulokset

Koulutukseen osallistuneet hoitajat antoivat kirjallisen arvion koulutuksesta. Palautelomakkeen (liite 6) kautta hoitajat arvioivat, saivatko he riittävästi tietoa kaatumisesta ja kaatumisen ehkäisystä, sekä IKINÄ-mallista. Osallistujat arvioivat myös IKINÄ-toimintamallin hyödyllisyyttä omalla osastollaan. Jokainen osallistuja täytti arviointi- ja palautelomakkeen.

Hoitohenkilökunta koki koulutuksen tarpeelliseksi ja ajankohtaiseksi. Vapaan keskustelun myötä kävi ilmi, että hoitajilla on aika vähän tietopohjaa kaatumisen syistä. Usein kaatuneen asukkaan kohdalla ei jäädä miettimään kaatumisen syytä, ellei kaatumiseen ole jokin selvä aiheuttaja esimerkiksi asukkaalla ei ole ollut jalkineita jalassa ja liukkaat sukat ovat aiheuttaneet kaatumisen. Hoitajat kokivat ammattitaidottomuutta kaatumisen arviointiin.

Koulutuksen arviointi ja palaute – lomakkeesta (liite 6) käy ilmi, että 18 vastanneista oli tietoisia kaatumisen riskitekijöistä ennen koulutusta. Paljon uutta tietoa kaatumisvaaraan liittyen sai 26 vastaajaa ja seitsemän sai uutta tietoa vähän. Kaatumisen ehkäisyyn uutta tietoa sai 29 vastaajaa ja neljä vastaajaa koki saavansa aiheesta vähän uutta tietoa. Kukaan vastaajista ei ollut käyttänyt IKINÄ-toimintamallia aikaisemmin ja kaikki osallistujat arvioivat IKINÄ-toimintamallin vähentävän asukkaiden kaatumisia osastoilla. Avoin kysymys jäi jokaisessa lomakkeessa tyhjäksi.

Opinnäytetyöntekijä oli valmistellut koulutuksia huolella ja tuonut hoivakodille menetelmän, jolla hoitajat saisivat asukkaiden kaatumisia ehkäistyä. Palautelomakkeen arviointi osoittaa, että koulutus on ollut tarpeellinen ja tietoa kaatumisista on saatu. Kuitenkin hoitohenkilökunnan kriittisyys ja kyseenalaistaminen IKINÄ-toimintamallia kohtaan oli yllättävää ja opinnäytetyöntekijä aisti ilmapiiristä muutosvastaisuutta. On totta, että pelkkä lomake ei auta asukkaiden kaatumisten ehkäisyssä, mutta se onkin työväline, jota käyttämällä henkilöstö saa tietoa ja osaa varautua mahdollisiin kaatumisiin sekä parantaa asukkaiden turvallisuutta ja elämänlaatua. Hoitohenkilökunta on töissä

hoivakodissa asukkaita varten ja asukkaiden elämänlaatu sekä hyvä elämä on tärkeää, jota kohden jokaisen työntekijän pitäisi työllään saavutella.

8.2 Toimeksiantajan palaute

Opinnäytetyön aihe annettiin työelämän tarpeesta. Toimeksiantaja koki erittäin tärkeäksi hoitohenkilökunnan tietopohjan lisäämisen kaatumiseen liittyvistä riskeistä, kaatumisen ehkäisystä ja toiveena oli saada vielä konkreettinen toimintamalli osastoille, jotta kaatumisia voidaan ennaltaehkäistä. Toimeksiantaja antoi opinnäytetyöntekijälle valtuudet toteuttaa kaatumisen ehkäisyyn liittyvän projektin, jonka opinnäytetyöntekijä sai itse suunnitella ja ideoida.

Opinnäytetyöntekijä kävi toimeksiantajan kanssa palautekeskustelun molempien koulutuskertojen jälkeen. Yksikön päällikkö osallistui ensimmäiseen koulutukseen ja oli opinnäytetyöntekijän tukena koko projektin ajan. Molemmien puoleinen vuorovaikutussuhde oli hyvä ja palautetta annettiin avoimesti. Toimeksiantaja oli tyytyväinen koulutuksen sisältöön ja materiaaliin sekä yhteisiin keskusteluhetkiin kaatumisista. Hän uskoi IKINÄ-toimintamallin käyttöön ja auttavan sen asukkaiden kaatumisten ehkäisyssä.

Toisen koulutuspäivän jälkeen toimeksiantaja ja opinnäytetyöntekijä pitivät palautekeskustelun. Toimeksiantaja oli kiitollinen pienryhmäkoulutuksista ja koki erittäin tärkeäksi, että mahdollisimman moni hoitaja sai tietoa kaatumisista, kaatumisen ehkäisystä ja IKINÄ-toimintamallista. Toimeksiantaja toivoi, että opinnäytetyöntekijä pitäisi vielä yhden koulutuksen ja olisi hoitajien tukena IKINÄ-toimintamallien käyttöönotossa.

Yksikön päällikkö oli luottavainen IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoon ja uskoi, että kaatumisia voidaan ennaltaehkäistä toimintamallin avulla. Yksikön päällikkö oli valmis ottamaan hoivakotiin toimintamallin mittarit osaksi asukastyötä ja toivoi, että omahoitajat kartoittaisivat lomakkeiden avulla asukkaiden kaatumisvaaran mahdollisimman pian.

8.3 Itsearviointi

Aihevalinta vaikutti opinnäytetyön muotoon ja koulutusprojekti opinnäytetyönä oli selvästi toiminnallinen. Opinnäytetyöntekijän oma kiinnostus ja tärkeäksi kokema aihe vahvisti toiminnallisen opinnäytetyön tekemistä. Opinnäytetyöntekijän mielestä koulutuksen järjestäminen oli hyvä vaihtoehto saada mahdollisimman moni hoitohenkilökunnasta osallistumaan tilaisuuteen ja kartuttamaan tietopohjaansa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutustilaisuuksia hoivakodin henkilökunnalle. Koulutuksen sisältö koostui iäkkäiden kaatumisvaaroista ja kaatumisten ennaltaehkäisystä IKINÄ-toimintamallin avulla. IKINÄ-toimintamallin (liite 1 & 2) esittely ja henkilökunnan ohjeistaminen toimintamallin käyttöönottoon parantaa ja kehittää asukasturvallisuutta, koska mittareiden avulla hoitajat voivat huomioida asukkaiden yksilölliset kaatumisen riskitekijät ja huomioida ne hoitotyössä.

Projektin toteutus näytti suunnitelmassa hyvältä. Ensimmäisen koulutuksen jälkeen opinnäytetyöntekijä oli muokannut aikataulutusta ja harjoitellut luennon sisältöä enemmän. Toisesta koulutuksesta olisi tullut vielä parempi kuin ensimmäisestä. Opinnäytetyöntekijän suunnitelmat kokivat muutoksia toisen koulutuskerran kohdalla. Koko suunnitelma meni uusiksi ja opinnäytetyöntekijän oli kasattava hetkessä lyhennetty ja tiivis koulutuspaketti. Ensimmäinen koulutustilaisuus sujui paremmin kuin toinen. Suunnitelman täydellinen muutos toisen koulutuksen kohdalla oli opettavaista ja opinnäytetyöntekijä pystyi aiheen sisällöstä tiivistämään aiheesta kaikki tärkeät asiat ja tuomaan ne pienryhmille. Toisen koulutuksen kesto oli liian lyhyt omaksumaan niin paljon uutta tietoa, mutta hoitajat saivat todella läheistä opastusta IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoon. Muutoksesta huolimatta opinnäytetyöntekijä sai pidettyä alkuperäisestä suunnitelmasta poikkeavat, sisällöltään lähes samanlaiset koulutukset hoivakodin hoitohenkilökunnalle ja selvisi tilanteesta.

Projektin tavoite oli tuoda hoitohenkilökunnalle lisää tietoa kaatumisen vaaroista ja riskeistä, ehkäisykeinoista ja IKINÄ-toimintamallin käytöstä. Koulutukseen osallistuneet saivat riittävästi tietoa aiheista, joten projektin tavoite on saavutettu ja

onnistunut. Opinnäytetyöntekijä sai järjestettyä koulutustilaisuudet ja sisältö vastasi tarkoitusta.

Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaiset tavoitteet täyttyivät kohtalaisen hyvin. Koulutuksen järjestäminen onnistui, vaikkakin siihen olisi voinut perehtyä vielä enemmän ja miettiä aikataulutusta tarkemmaksi. Aikaa koulutuksiin oli varattu 90 minuuttia. Ensimmäisessä koulutuksessa aikataulusta oli muutettava koulutustilanteen aikana, koska suunniteltu aikataulu ei olisi pysynyt ajan rajoissa. Koulutuksen alustus oli suunnitelman mukaan liian pitkä ja se vei liian paljon aikaa luennolta ja yhteiseltä keskustelulta. Myös loppuyhteenveto ja palautteen kirjoittaminen oli aikataulutettu liian pitkäksi. Ensimmäinen koulutustilaisuus oli kokeilu aikataulun suhteen ja toiseen koulutukseen opinnäytetyöntekijä osasi suhteuttaa ajankäyttöä jo paremmin.

Tiedon käsittely sujui ongelmitta. Materiaalia aiheesta löytyi runsaasti. IKINÄ-toimintamalli (liite 1 & 2) rajasi opinnäytetyöntekijän aihetta ja sen kautta oli helppo seuloa materiaalia. Erilaisia opinnäytetöitä on kirjoitettu aiheeseen liittyen ja IKINÄ-toimintamallia on viety koulutuksiin ja oppaiden merkeissä työyhteisöön niin laitoksiin kuin hoivayksiköihinkin. Selkeän ja tiiviin luennon kokoaminen opinnäytetyöntekijän koulutukseen ei ollut vaikeaa.

Koulutuksen sisältö oli aiheen kattava ja yleisöystävällinen. Sisältö oli suunniteltu kyseisen hoivakodin asukkaiden mukaan ja opinnäytetyöntekijä oli käynyt läpi hoivakodin kaatumispoikkeamat, joten hänellä oli käsitys, mitkä kaatumisen riskit hoivakodissa ovat olemassa. Diat (liite 5) olivat selkeät ja tukivat luentoa. Dioissa ei ollut liikaa tekstiä eivätkä kaikki diat olleet samanlaisia, joten osallistujien oli mielekästä seurata diaesitystä. Luennon etenemistä oli helppo seurata yksinkertaisista dioista.

Aihe oli ajankohtainen ja työelämään toivottu. Opinnäytetyöntekijän hyvä perehtyminen aiheeseen toi koulutukseen luotettavuutta ja uskottavuutta. Asialliset ja tutkittuun tietoon perustuvat perustelut lisäsivät opinnäytetyöntekijän ammattimaisuutta ja aiheen tuntemista. Koulutuksen myötä osallistujat saivat lisää tietoa kaatumisista ja sen ehkäisystä. Hoitajat saivat tietoa toimintamallista, jonka he

voivat käyttöönottaa osastoilla ja ennaltaehkäistä mahdollisuuksien mukaan asukkaiden kaatumistapauksia.

Jotta IKINÄ-toimintamallin (liite 1 & 2) käyttöönotto toteutuisi, jokainen omahoitaja tekisi omasta asukkaastaan kartoituksen IKINÄ-toimintamallin mukaan. Omahoitaja olisi osana tärkeässä projektissa, iäkkäiden kaatumisen ehkäisyssä ja saisi myös kokemusta lomakkeen täyttämisestä. Asukkaiden ympäristö olisi turvallinen ja sisäiset vaaratekijät huomioitu, jolloin hoitohenkilökunnallakin olisi helpompi tunnistaa mahdolliset kaatumisen syyt ja ennaltaehkäistä kaatumisia. Jokaiseen kaatumiseen pitäisi puuttua ja selvittää kaatumisen syy. IKINÄ-toimintamallin avulla syyt saadaan selville ja siten pystytään keskittymään asukkaan kaatumisvaaratekijöihin, esimerkiksi monilääkitystä on useilla iäkkäillä, joten lääkkeisiin pitäisi perehtyä ja miettiä, mitkä lääkkeet lisäävät kaatumisvaaraa ja lääkärin olisi hyvä käydä lääkelistoja läpi, jos lääkelistalta voisi mahdollisesti joitakin lääkkeitä lopettaa.

Opinnäytetyöntekijä sai kokemusta koulutustilaisuuksien järjestämisestä ja toteuttamisesta. Opinnäytetyöntekijä onnistui koulutuksen tilan suunnittelussa hyvin. Koulutuksella oli hyvä puitteet ja tila oli rauhallinen. Aikataulu poikkesi molemmissa koulutuksissa alkuperäisestä suunnitelmasta, mutta koulutuksista tuli muutoksista huolimatta tiivis ja selkeä, tietoa tuli paljon, mutta tietoa oli kuulijaystävällistä.

8.4 Jatkotyöskentelyn haasteet

Opinnäytetyötä voisi jatkaa niin, että hoivakotiin perustetaan kaatumisenehkäisytyöryhmä. Työryhmän tarkoituksena olisi viedä osastoille tietoa kaatumisista ja kaatumisen ehkäisystä, sekä olla IKINÄ-mittareiden täyttämässä tukena. Työryhmään valittaisiin jokaiselta osastolta yksi tai kaksi hoitajaa sekä hoivakodin fysioterapeutti.

Projekti tarvitsee toimiakseen vastuuhenkilön, joka kokoaisi kaatumisenehkäisytyöryhmän ja kouluttaisi työryhmää sekä toisi ajankohtaista tietoa esille. Työryhmän jäsenet toimisivat osastoilla vastuuhenkilöinä kaatumisen ehkäisytoiminnassa. Jokaista hoitajaa on haasteellista kouluttaa käyttämään kaatumisenehkäisy mittareita, joten työryhmän jäsenet perehtyisivät myös mittareiden täyttämiseen ja olisivat muiden hoitajien tukena ja avustaisivat mittareiden laadinnassa. Työryhmän kanssa voitaisiin käydä osastojen asukaskaatumisia läpi kuukausittain ja perehtyä kaatumisten syihin.

Työryhmän tehtävänä olisi myös perehdyttää IKINÄ-toimintamallin käyttöä uusille työntekijöille ja opastaa mittareiden käyttöä. Jos kaatumisenehkäisy projektiin ei löydy sopivaa vastuuhenkilöä, projekti ei toteudu. Jotta projekti pysyy käynnissä, tarvitsee se jonkun, joka ottaa vastuun ja määrittelee, miksi asukkaiden kaatumisiin pitää puuttua ja selvittää kaatumisen syy. Pystyksen tutkielman mukaan Hai-pro-ilmoitukset lisääntyivät 33% IKINÄ-projektin jälkeen vuodeosastolla. Mahdollisesti kaatumisia raportoidaan ja kirjataan hoivakodissa myös enemmän, kun hoitohenkilökunnalla on enemmän tietoa kaatumisvaarojen arvioinnista ja kaatumisten syistä. Kaatumisiin perehtymällä voidaan ennaltaehkäistä asukkaiden kaatumisia ja parantaa hoivakodin turvallista asuinympäristöä.

Hoitohenkilökunnan jokaisen jäsenen on itse otettava vastuu omasta osaamisestaan. Hoitohenkilökunnasta osallistui 31 hoitajaa koulutukseen, joten koulutuksen esittämästä toimintamenetelmästä on aika monella hoitajalla tietoa. Nyt olisi aika jokaisen omahoitajan kartoittaa oman asukkaan kaatumisvaarariskit ja täyttää IKINÄ-toimintamallin (liite 1 & 2) mukaiset lomakkeet. Kaatumisvaaran arviointilomake on mahdollista antaa myös esimerkiksi asukkaan mukana sairaalaan, jos asukas joutuu toimenpiteeseen tai vointi vaatii sairaalahoitoa. Näin asukkaan hyvä ja laadukas hoito jatkuu hoitopaikasta toiseen ja mahdollisiin kaatumisiin voidaan varautua ennaltaehkäisemällä kaatumisriskejä.

LÄHTEET

- Alkoholi ja kaatumiset. 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.8.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/hyva-terveydentila/alkoholi-ja-kaatumiset>
- Hartikainen, S., Lönnroos, E. & Rusanen, E. 2008. Geriatria. Helsinki: Edita
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2010. Hotus: JBI-suositukset. Viitattu 26.3.2017
http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-15.pdf
- Hoitotyön tutkimussäätiö www-sivut. Viitattu 6.8.2016
http://www.hotus.fi/system/files/AKE_Tarkistuslista_kuinka_toimin.pdf
- IKINÄ-toimintamalli. 2016 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.9.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/ikina-toimintamalli>
- Iäkkäät. 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.7.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat>
- Julkari. 2014. Kaatumisten ehkäisy: hoitohenkilöstö. Viitattu 4.9.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116830/THL_Tieda%20ja%20toimi_IKINA4_150914hoitohenkilosto.pdf?sequence=1
- Jämsén, S. 2013. Kaatumistapaturmien ehkäisy. Teoksessa M Mustajoki, A Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 8. uud. p. Helsinki: Duodecim. 501-503.
- Jäntti, P. 2008. Kaatuminen ja niiden ennaltaehkäisy. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 288-301.
- Kaatumisten ehkäisy 2016. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos: Iäkkäät. Viitattu 4.9.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy>
- Kaatumisvaaran arviointi. 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.9.2016
<https://www.thl.fi/documents/567861/1472077/Kaatumisvaaran+arviointi.pdf/fdebecd4-3e07-47e6-b9df-1042fbcdfeda>

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOYpro.

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: SanomaPro Oy.

Loog, A & Puustelli, O. 2011. Vanhusten kaatumisten yleisyys ja sisäiset riskitekijät. AMK-opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.3.2017.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105259582>

Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007: Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat – opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Helsinki: Edita Prima Oy.

Palaja, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Pystynen, K. 2015. Potilaiden kaatumis- ja putoamistapaturmat ennen ja jälkeen IKINÄ-projektin. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.3.2016.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015060912992>

Raittila, P. 2016 Liikunta-aktiivisuus ikääntyneiden henkilöiden kaatumisriskiä selittävänä tekijänä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 26.3.2017.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201606012797>

Ravitsemus ja toimintakyky. 2014. Terveystieteiden laitos: Iäkkäät. Viitattu 6.8.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/hyva-terveydentila/ravitsemus-ja-toimintakyky>

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sarajärvi, A., Mattila, L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Helsinki: WSOYpro.

Terveysportti www-sivut 2010. Viitattu 2.4.2017
http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003

Tideksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset: opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita.

Tilastokeskuksen www-sivut 2015. Viitattu 25.9.2016
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_kat_005_fi.html

Tilastokeskuksen www-sivut 2013. Viitattu 30.7.2016

http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_tie_001_fi.html

Tilvis, R. 2010. Kaatuileva vanhus. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 2. uud. p. Helsinki Duodecim. 333-338.

Unettomuus. 2015. Käypä hoito suositus. Viitattu 25.8.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50067#NaN>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemissuositukset ikääntyneille.

Viitattu 6.8.2016

<https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>

Vanne, S. Hoivakodin poikkeamat 2015. Vastaanottaja: anni_puurune@hotmail.com.

Lähetetty 22.6.2016

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITTEET

LIITE 1



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 lääkeyhmän 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?		
	24–30	(1 p.)	Ei vaikeuksia	(1 p.)	
	18–23	(2 p.)	Vähäisiä muistivaikeuksia	(2 p.)	
	12–17	(3 p.)	Kohtalaisesti muistivaikeuksia	(3 p.)	
* Mini-Mental State Examination		0–11	(4 p.)	Etenevä muistisairaus	(4 p.)
PISTEET YHTEENSÄ (max. 20 p.)					

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)				
	Iltaapäivällä/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				
Viimeisimmässä kaatumisessa saadut vammat?	Muu syy				
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, liikavarpaita, virheasentoja, säärinhaavoja, 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					

LÄÄKITYS			
Säännöllisessä käytössä olevat lääkkeet? <i>Reseptilääkkeet joko kysytään tai tarkastetaan resepteistä.</i> <i>Käsikauppalääkkeistä tuotenimi tai mihin tarkoitukseen käyttää.</i> <i>(Ei pisteytetä)</i>	Reseptilääkkeet:	Käsikauppalääkkeet	
	<input type="checkbox"/> Itse ilmoitettu	Valmisteet:	
	<input type="checkbox"/> Tarkastettu resepteistä		
	Rauhoittavat ja/tai unilääkkeet		
	Mielialalääkkeet		
	Epilepsialääkkeet		
	Kipulääkkeet		
	Sydänlääkkeet		
	Nesteenpoistolääkkeet		
Rytmihäiriölääkkeet			
Lääkitys huimaukseen			
Resepti ja käsikauppalääkkeet yhteensä.	Ei yhtään	(0 p.)	
<i>Lukumäärä lasketaan edellisen kysymyksen perusteella.</i>	1–2 lääkettä	(1 p.)	
	3 lääkettä	(2 p.)	
	4 tai enemmän	(3 p.)	
SAIRAUDET <i>(Pisteytetään vain kokonaislukumäärä)</i>			
Sydänsairaus (verenpainetauti, koronaaritauti, rytmihäiriö)			
Muistisairaus			
Diabetes			
Aivohalvaus			
Parkinsonin sairaus tai muu neurologinen sairaus			
Hengityselinsairaus			
Huimaus			
Perifeerinen neuropatia			
Tuki- ja liikuntaelimestön sairaus			
Keinoniveliä alaraajoissa			
Osteoporoosi			
Akuutti sairaus: mikä?			
Sairaudet yhteensä			
Sairaudet yhteensä?	Ei mitään sairauksia	(0 p.)	
<i>Lukumäärä lasketaan edellisen kysymyksen perusteella.</i>	1–2 sairautta	(1 p.)	
	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* <i>(katso testilomake)</i> testipistemäärä	24–30	(0 p.)	
	18–23	(1 p.)	
	12–17	(2 p.)	
	0–11	(3 p.)	
* Mini-Mental State Examination			
Etenevä muistisairaus, mikä?			
TÄMÄN SIVUN PISTEET YHTEENSÄ			

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 ALKOHOOLI					
Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen 3 kuukauden aikana ruokahalun vähenemisen, ruuansulatus/puuskelu/ 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)	Paljon pudotus				
	Ei	(0 p.)	14 p.	(0 p.)	0 p.
	Ei tiedä	(1 p.)	12–13 p.	(1 p.)	1–2 p.
	1–3 kg	(2 p.)	8–11 p.	(2 p.)	3–4 p.
	> 3 kg	(3 p.)	0–7 p.	(3 p.)	≥ 5 p.
Nautittujen alkoholiannosten määrä viikon aikana? <i>(Tärvittaessa AUDIT-C tai yli 65-vuotiaiden alkoholimitan)</i>	Ei yhtään				
	1–3 annosta				
	4–10 annosta				
	11+ annosta				
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 toimintakyvyn taso. Ellei ole kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana, arvioidaan tämänhetkinen tilanne.)</i>	Ei tarvitse lainkaan apua			(0 p.)	
	Suorutuu 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 toimintakyvyn taso. Ellei ole kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana, arvioidaan tämänhetkinen tilanne.)</i>	Ei tarvitse lainkaan apua			(0 p.)	
	Suorutuu 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					

TOIMINTAKYKY				
Lyhyt fyysisen toimintakyvyn (SPPB*) testi. Jos testi tehty vain osittain, mitkä osat? * Short Physical Performance Battery	10–12 pistettä	(0 p.)		
	7–9 pistettä	(1 p.)		
	4–6 pistettä	(2 p.)		
	0–3 pistettä	(3 p.)		
Tasapaino (TP), Kävely (KÄ), Tuolilta 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 kaatumisvaaraa lisääviä tekijöitä? <i>(esim. kynnyksiä, heikko valaistus, puuttuvat porraskaitteet)</i>	Ei	(0 p.)		
	Vähäisiä puutteita/vaaratekijöitä	(1 p.)		
	Kohtalaisesti puutteita ja vaaratekijöitä, jotka edellyttävät korjaamista	(2 p.)		
	Paljon puutteita/vaaranpaikkoja	(3 p.)		
LIIKUNTA-AKTIIVISUUS				
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? <i>(Ei arvioida, jos ei kaatumisia viimeisen 12 kuukauden aikana)</i>	Ei	(0 p.)		
	Kyllä Miten? _____	(1 p.)		
OMA TOIMINTA				
Havaitut kaatumisvaaraan vaikuttavat lisäävät piirteet henkilön käyttäytymisessä, liikkumisessa ja päivittäis-toiminnoissa <i>(Hoitajan tai puolison/ omaisen arvio)</i>	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.)		
	Allarviol omia kykyjään suoriutua päivittäis-toimista, pelokas ja varoo liikkumista	(2 p.)		
	Yllarviol omat kykynsä, liikkuu ja tekee toimintoja, joihin ei ole kykyjä/voimavaroja	(3 p.)		
TÄMÄN SIVUN PISTEET YHTEENSÄ				

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

Tulosten tulkinta:	Suositteltavat 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"> Välttämät 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.

LIITE 3



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

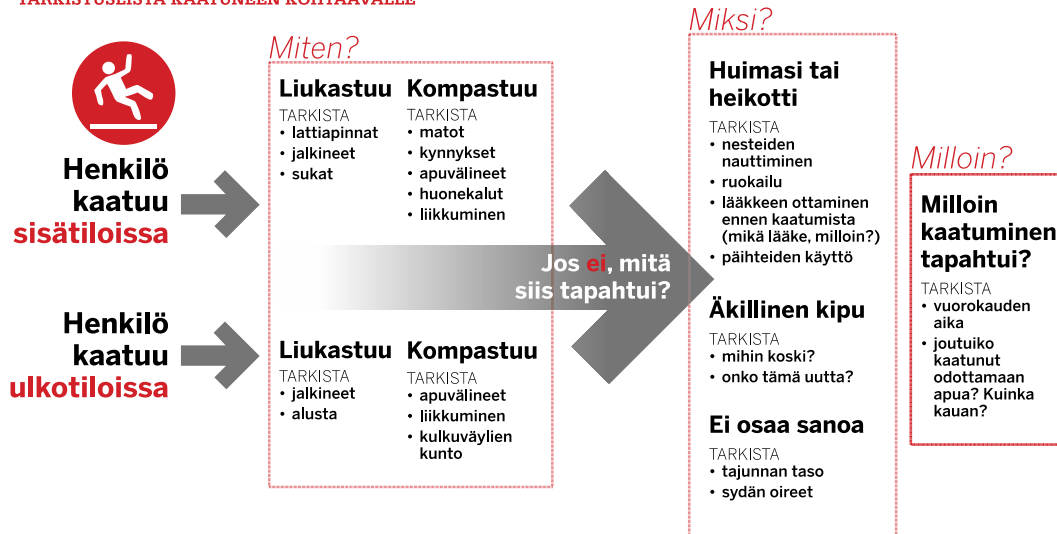
OP07A

1 / 2

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä	
Opinnäytetyön tekijä:	ANNAMAARI PUURINEN
Opiskelijanumero:	1501903
Aloitusryhmä:	AHTI55E
Koulutusohjelma:	hoitotyö, lääkinnöittäjä
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:	SANTAMÄKI KIRSTI
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero, osoite ja y-tunnus:	[REDACTED] Kirs Jolle [REDACTED]
Opinnäytetyön nimi:	OMAHOITAJA IÄKKÄÄN KAATUMISEN EHKÄISYJÄNÄ
Työn etenemisaikataulu:	
Sopimus perustuu hyväksytyyn tutkimus-/projekti suunnitelmaan.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukieneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys:	8.8.2016
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys:	Kirs Jolle [REDACTED]
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:	[Signature]
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus:	[Signature]
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:	[Signature]

LIITE 4

TARKISTUSLISTA KAAATUNEEN KOHTAAVALLE



AKE 2015



Kun löydät kaatuneen henkilön, tulet paikalle ensimmäisenä tai otat vastaan kaatuneen

- TURVAA** vitamiinot, tarkista vammat ja hälytä tarvittaessa apua.
- TARKISTA** yllä olevat asiat myös siinä tapauksessa kun kaatumisesta ei ole aiheutunut näkyviä vammoja kaatuneelle.
- KYSY** vuoden aikana tapahtuneista kaatumisista.
- KIRJAA** aina kaatumistiedot seurantaan varten kotihoitokansioon, ensihoitokaavakkeelle, hoitokertomukseen tai muualle mistä ne on helposti käytettävissä.
- RAPORTOI** kaatuminen vaaratapahtumien raportointijärjestelmässä.

(Hoitotyön tutkimussäätiö www-sivut 2010)

LIITE 5

IÄKKÄIDEN KAATUMINEN

ANNAMARI PUURUNEN

SAIRAANHOITAJA OPISEKELIJA

HOIVAPALVELUT

- Uuden asukkaan kaatumisvaaran arviointi ensimmäisen vuorokauden aikana – suurin kaatumisriski ensimmäisten viikkojen aikana hoivakotiin muutettua
- Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot kaatumisenehkäisystä pidettävä ajan tasalla – säännöllinen koulutus
- Uusien työntekijöiden perehdytys kaatumisten ehkäisyn käytäntöihin ja IKINÄ-mallin käyttöönotto
- Kaatumisten ehkäisyyn tarvitaan kaikkien hoivakodissa työskentelevien ammattilaisten panos: siistijät, kiinteistöhuolto, hoitajat, esimies

HINTA

- Lonkkamurtumapotilaan hoidon kustannukset keskimäärin 19 150€/potilas
- Jos kotona asunut ei kuntoudu kotikuntoiseksi, vaan joutuu laitoshoitoon hinta nousee 47 100€/henkilö
- Iäkkäistä lonkkamurtumapotilaista 13% joutuu pysyvästi hoitolaitokseen
- Kolmasosa kuolee vuoden sisällä tapahtumasta

SISÄISET JA ULKOISET VAARATEKIJÄT



SISÄISET VAARATEKIJÄT



ULKOISET VAARATEKIJÄT



IKINÄ-MALLI

- Kaatumisenarviointi toimintamalli
- Sopii kaikkien iäkkäiden kaatumisen kartoittamiseen toimintaympäristöstä riippumatta
- Tavoitteena kaatumisvaarojen vähentäminen ja poistaminen
- Lyhyt ja laaja kaatumisvaaran arviointi lomake
- Koko arviointia ei tarvitse tehdä yhdellä kertaa. Vastuu arvioinnista vastaavalla – omahoitajalla, että lomake tulee täytettyä

HOIVAPALVELUT

- Uuden asukkaan kaatumisvaaran arviointi ensimmäisen vuorokauden aikana – suurin kaatumisriski ensimmäisten viikkojen aikana hoivakotiin muutettua
- Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot kaatumisen ehkäisystä pidettävä ajan tasalla – säännöllinen koulutus
- Uusien työntekijöiden perehdytys kaatumisten ehkäisyn käytäntöihin ja IKINÄ-mallin käyttöönotto
- Kaatumisten ehkäisyyn tarvitaan kaikkien hoivakodissa työskentelevien ammattilaisten panos: siistijät, kiinteistöhuolto, hoitajat, esimies

LÄHTEET:

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. THL.

Kaatumisten ehkäisy. 2016. THL www-sivut. Viitattu 2.8.2016

<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/lakkaat/kaatumisten-ehkaisy>

LIITE 6

KOULUTUKSEN ARVIOINTI JA PALAUTE

1. Tiesitkö ennen koulutusta kaatumisen riskitekijöitä?

Kyllä

En

2. Saitko uutta tietoa kaatumisvaaraan liittyen?

Paljon

Vähän

En lainkaan

3. Saitko uutta tietoa kaatumisen ehkäisyyn liittyen?

Paljon

Vähän

En lainkaan

4. Oletko käyttänyt IKINÄ-toimintamallia aikaisemmin?

Kyllä

En

Jos olet, missä?

5. Uskotko IKINÄ-toimintamallin vähentävän kaatumisia osastollasi?

Kyllä

En

6. Jäikö jokin asia mielestäsi käsittelemättä? Mikä?

Kiitos koulutukseen osallistumisesta ja palautteen annosta! 😊