

Kosti Tuokkola

**Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen  
ensihoidossa – vajaaravitsemuksen sekä kaatumisen  
riskien tunnistaminen kiireettömällä ensihoitotehtävillä**

Opinnäytetyö

Kevät 2020

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

YAMK Kliininen asiantuntijuus



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Kliininen asiantuntijuus, Ylempi AMK

Tekijä: Kosti Tuokkola

Työn nimi: Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ensihoidossa – vajaaravitsemuksen sekä kaatumisen riskien tunnistaminen kiireettömällä ensihoitotehtävillä

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala, TtT, yliopettaja

Vuosi: 2020

Sivumäärä: 79

Liitteiden lukumäärä: 3

---

Kehittämistyöllä tavoiteltiin uusia ratkaisuja ensilinjan toimijan ja sosiaalialan välille moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä. Kehittämistyön ensilinjan toimijana toimi ensihoito ja sosiaalialan edustajana oli Seinäjoen kaupungin Ikäkeskus. Kohderyhmänä olivat yli 75-vuotiaat ja/tai muuten vajaakuntoiset kotona asuvat kansalaiset.

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää mittari, jolla ensihoitajat kykenisivät omilla kiireettömällä tehtävillään tekemään havaintoja kohdennetusti vajaaravitsemuksen ja kaatumisen riskin lisääntymiseen liittyen. Havaintojen aiheuttaessa huolta he kykenisivät ennalta määritellyn prosessin mukaan siirtämään tietoa Ikäkeskukselle. Ikäkeskus saisi arvokasta tietoa, jota voisi hyödyntää kohdennettujen interventioiden tuottamiseen.

Kehittämistyö perustui tutkimukselliseen kehittämistoimintaan ja eteni Foresight Framework-mallin mukaisesti. Kehittämistyön menetelminä käytettiin kokeilukulttuuria, aivoriittä ja SWOT-analyysiä. Kehittämistyöllä saatiin aikaiseksi KARA-mittari, joka pohjautuu pitkään käytössä olleisiin MNA-mittariin sekä FROP-com-mittariin. Myös uutta moniammatillista yhteistyötä saavutettiin kahden eri puolella SOTE-kenttää operoivan organisaation välille. Kehittämistyön empiirisenä osana oli kysely ensihoidon työntekijöille. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa ensihoitajien asenteita sekä kokemuksia omista taidoistaan koskien kehittämistyön viiteryhmiä. Ensihoitajat kokivat osaavansa havaita monipuolisesti kotona pärjäämiseen liittyviä seikkoja. He tunnistivat puutteita osaamisessaan liittyen erityisesti vajaaravitsemuksen ja kaatumisen riskien tunnistamiseen.

Tässä kehittämistyössä otettiin ensimmäisiä askeleita kohti moniammatillisuuden hyödyntämistä ensihoidon ja Ikäkeskuksen välillä. Samalla luotiin valmiudet uusien toimintamallien yhteiseen kehittämiseen.

Avainsanat: moniammatillisuus, mittari, ensihoito, ikäihminen, vajaaravitsemus, kaatumisriski

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's Degree Programme in Nursing, Advanced Practice Nursing

Author: Kosti Tuokkola

Title of thesis: Development of Multiprofessional Cooperation in Emergency Care – Identification of Malnutrition and Fall Risk in Leisure Emergency Services

Supervisor: Mari Salminen-Tuomaala, PhD, Principal Lecturer

Year: 2020

Number of pages: 79

Number of appendices: 3

---

This development work aimed at new solutions between emergency care and social services to improve multiprofessional co-operation. Participants of this development work were The Age Centre of the city of Seinäjoki and emergency care. The focus group of this work were people of 75 years old or older and/or otherwise partial home-living people.

The purpose of this development work was to develop a measurement tool that paramedics could use in their work to observe increasing risks of malnutrition and falling risk. The observations made by paramedics leading to concern could be transferred to the Age Centre through a process agreed on beforehand. The Age Centre would thus receive valuable information to utilize for interventions.

This development work is based on research development work and proceeded according to the Foresight Framework model. The methods used in this work were experimentation culture, brainstorming and SWOT analysis. A KARA-meter was achieved by this development work and its basis is in well-known and long-used meters called MNA and FROP-com. New multiprofessional collaboration was accomplished between two different social work and health care organizations. The empirical part of this development work was a survey research to paramedics. The purpose of the survey was to find out paramedics' attitudes and experiences of their own skills regarding the reference group of the study. Paramedics experienced they know how to observe circumstances related to managing at home. They recognized shortcomings regarding their skills concerning especially identifying malnutrition and fall risks.

The first steps of utilizing multiprofessional work between emergency care and the Age Centre were taken by this development work. At the same time, new grounds were created to develop common operating models.

Keywords: multiprofessional work, measurement tool, emergency care, elderly person, malnutrition, fall risk

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo.....	6
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	8
1 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT .....	9
2 KEHITTÄMISTYÖN KESKEISET KÄSITTEET.....	12
2.1 Ikäihminen ensihoidon asiakkaana .....	12
2.2 Vanhuksen kotona selviytyminen ja siihen vaikuttavat tekijät.....	13
2.2.1 Kaatumiset .....	13
2.2.2 Vajaaravitsemus.....	15
2.2.3 Yksinäisyys.....	16
2.2.4 Kaltoinkohtelu.....	17
2.2.5 Sairauksien ennaltaehkäisyn tavoitteet.....	17
2.2.6 Koherenssi ja resilienssi parantamassa kotona selviytymistä.....	18
2.3 Vanhuksen yleistilaan vaikuttavat haasteet.....	19
2.4 Gerastenian vaikutus vanhuksen yleistilaan.....	21
2.5 Vanhukset lääkehoidon erityisryhmänä .....	21
2.6 Moniammatillisuus ja verkostomainen yhteistyö .....	22
3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	25
4 KEHITTÄMISTYÖN ALUSTAVA TOTEUTUS .....	27
4.1 Tutkimuksellinen kehittämissyö .....	27
4.2 Kehittämistyön eteneminen.....	27
4.3 Havainnoinnin apuna käytettävän mittarin kehittäminen.....	29
4.4 Menetelmien esittely.....	30
4.4.1 Kokeilukulttuuri.....	30
4.4.2 Aivoriihi.....	31
4.4.3 SWOT-analyysi .....	31
4.5 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	33
4.5.1 Aineistonkeruu .....	33

4.5.2	Aineiston analyysi .....	34
<b>5</b>	<b>TUTKIMUSTULOKSET</b> .....	<b>35</b>
5.1	Kyselytutkimukseen vastanneiden taustatiedot.....	35
5.1.1	Vastaajien motivaatio ja asennoituminen vajaanavitsemuksen ja kaatumisriskin tunnistamiseen.....	38
5.1.2	Ristiintaulukoinnin tuloksia.....	41
5.2	Tulosten yhteenveto .....	55
<b>6</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>58</b>
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	58
6.2	Empiirinen kysely ensihoitajille.....	59
6.3	KARA-mittarin toimivuus .....	61
6.4	Eettisyys ja luotettavuus.....	64
6.5	Prosessin eri vaiheet .....	66
6.6	Pilotoinnin toteuttaminen.....	68
6.7	Hyödyllisyys ikäihmisten näkökulmasta.....	69
6.8	Tutkimuksen eettinen näkökulma tutkittavien kannalta.....	70
6.9	Tulosten yhteenveto .....	73
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>76</b>
	<b>LIITTEET</b> .....	<b>80</b>

## Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Foresight Framework-kaavio kehitystyön etenemisestä .....	29
Kuvio 2. SWOT-analyysin nelikenttä.....	32
Kuvio 3. Vastanneiden ammattitutkinto.....	35
Kuvio 4. Yleinen työkokemus hoitoalalta .....	36
Kuvio 5. Työkokemus ensihoidosta.....	37
Kuvio 6. Kotona pärjäämiseen liittyvien havaintojen tekeminen .....	39
Kuvio 7. Vajaaravitsemuksen sekä kaatumisen riskien havainnointi.....	40
Kuvio 8. Ensihoitajien näkemys liittyen tulevaisuuden haasteisiin.....	41
Kuvio 9. Sukupuolen merkitys suhteessa syömisestä ja juomisesta kysymiseen .	42
Kuvio 10. Sukupuolen merkitys kaatumisen riskien tunnistamisessa .....	43
Kuvio 11. Vastaajan iän merkitys syömisestä ja juomisesta kysymiseen.....	44
Kuvio 12. Vastaajan iän merkitys suhteessa huoleen tulevaisuutta kohtaan .....	45
Kuvio 13. Vastaajien näkemys ensihoitopalvelun kehittämisen tarpeesta suhteessa siviilisäätyyn .....	46
Kuvio 14. Siviilisäädyn merkitys suhteessa huolen määrään tulevaisuudesta .....	47
Kuvio 15. Ammattitutkinnon merkitys suhteessa kotona pärjäämisen havainnointiin .....	48
Kuvio 16. Ammattitutkinnon merkitys suhteessa taitoihin havainnoida vajaaravitsemusta sekä kaatumisen riskiä .....	49
Kuvio 17. Yleinen työkokemus hoitoalalta suhteessa vajaaravitsemuksen tunnistamiseen.....	50

Kuvio 18. Yleinen työkokemus hoitoalalta suhteessa näkemykseen kehittämisen tarpeesta ensihoidossa.....	51
Kuvio 19. Työkokemus ensihoidosta suhteessa kykyyn ottaa huomioon muiden ammattilaisten mielipiteet päätöksenteossa .....	52
Kuvio 20. Työkokemus ensihoidosta suhteessa näkemykseen kehittämisen tarpeesta ensihoidossa.....	53
Kuvio 21. Vastausten eroavaisuudet suhteessa aiempaan työskentelyyn ikäihmisten parissa – kaatumiseen liittyvien riskien tunnistaminen .....	54
Kuvio 22. Vastausten eroavaisuudet suhteessa aiempaan työskentelyyn ikäihmisten parissa – syömisestä ja juomisesta kysyminen.....	55
Kuvio 23. Mindmap mittarin pilotoinnin toteuttamisesta tiedonkulun osalta elosyyskuussa 2019 .....	69
Taulukko 1. Ennaltaehkäisyn tavoitteet geriatriassa .....	18
Taulukko 2. Ikääntymiseen liittyvät muutokset sekä niiden vaikutukset ravitsemustarpeeseen ja ravitsemushäiriöiden patogeneesiin .....	20
Taulukko 3. Oirekuva.....	21

## Käytetyt termit ja lyhenteet

<b>Alue-ensihoitaja</b>	Lisäkoulutettu hoitotasoinen ensihoitaja, joka työskentelee itsenäisesti ensihoidon päivystyksyksikössä.
<b>Ikäkeskus</b>	Seinäjoen kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö, joka tuottaa ikäihmisille erilaisia palveluja kotona asumisen tueksi.
<b>KARA-mittari</b>	Tutkimuksen yhteydessä kehitetty mittari, jolla ensihoitajat kykenevät havainnoimaan vajaaravitsemuksen sekä kaatumisen riskin lisääntymistä kiireettömällä ensihoitotehtävillä.
<b>Päivystysyksikkö</b>	Ensihoidon päivystysyksikkö on yhden ensihoitajan eli alue-ensihoitajan operoima yksikkö. Sen päällimmäisenä tarkoituksena on suorittaa tavanomaista ensihoitoyksikköä laajemmalla diagnostisella välineistöllä hoidon tarpeen arvioita kiireettömällä ensihoitotehtävillä yhteistyökumppaneiden pyynnöstä tai hätäkeskuksen hälyttämänä.

# 1 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Alkuperäinen idea kehittämistehtävälle tuli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin silloiselta päivystysalueen ylilääkäriltä. Hän oli aiemmin urallaan pääkaupunkiseudulla tutustunut ensihoidon tekemään yhteistyöhön sosiaalipuolen kanssa. Tässä yhteistyössä oli tavoitteena parantaa ikäihmisten tai muutoin vajaakuntoisten kotona selviytymistä. Erityisenä kiinnostuksen kohteena oli vajaaravitsemuksen havainnointi ja kaatumisten ehkäisy.

Oksa ja Siljamäki-Ojansuu (2014, 2225-2227) nimeävät kolme syytä siihen, miksi vajaaravitsemuksen ehkäiseminen on tärkeää. Ensinnäkin vajaaravitsemus on hyvin yleistä, jopa 20-50% sairaalahoitossa olevista potilaista kärsii vajaaravitsemuksesta. Toiseksi vajaaravitsemus vaikuttaa sekä potilaan hoitoon että ennusteeseen, muun muassa lisäämällä infektioiden riskiä, heikentämällä haavojen paranemista ja huonontamalla lihaksistoa. Vajaaravitsemuksella on riski pidentää hoitajaksoa 30-70%. Hoitajaksojen pidentymiseen liittyy lisäksi kolmantena kohtana oleva kustannusten lisääntyminen. Vajaaravitsemusriskissä olevien potilaiden sairaalahoitokustannukset ovat 20% korkeammat tai jopa kaksinkertaiset saman ryhmän potilaisiin verrattuna.

Psykiatri Hiltunen listaa vajaaravitsemuksen syitä ikäihmisillä. Syyt voivat olla fysiologisia, sosiaalisia, somaattisia sairauksia, farmakologisia, dementiaan liittyviä, mielialahäiriöön tai psykoosiin liittyviä. Syitä voivat olla myös anoreksia, bulimia sekä anoreksian ja bulimian epätyypilliset muodot. (Hiltunen 2019.) Mahdollisuuksia kohdata vajaaravittu ikäihminen ensihoitotehtävillä on useita, joiden löytämiseen tarvitaan yksinkertainen keino. Muuten uhkana on voinnin heikkeneminen ja kotona pärjäämisen huonontuminen verrattain nopeastikin.

Kaatumisten ehkäisy on tilastojen valossa myös kustannustehokasta toimintaa, sillä Pajalan (2016, 14) mukaan lonkkamurtumapotilaan hoidon keskimääräiset kustannukset ensimmäisen vuoden aikana olivat 19150€/potilas vuoden 2010 kustannuksiin perustuen. Mikäli ennen traumaa kotona asunut vanhus ei murtuman jälkeen enää kykene kotiutumaan ja jää pysyvästi laitokseen, ovat ensimmäisen vuoden kustannukset keskimäärin 2010 vuoden kustannustason mukaan

47100€/potilas. Lonkkamurtuman saaneista 13% joutuu pysyvästi laitokseen ja heistä reilu kolmannes menehtyy ensimmäisen vuoden aikana.

Kuolemansyytilastojen mukaan vuonna 2017 kuoli tapaturmisiin kaatumisiin sekä putoamisiin yhteensä reilut 1200 henkilöä. Kaikista tapaturmakuolemista joukko edusti yli puolta. Kaatumistapaturmista 80% sattui yli 75-vuotialle ja yleisimpänä paikkana oli oma koti. (Suomen virallinen tilasto 2018.)

Kustannusten hillitseminen on ollut yhteiskuntamme tavoitteena, joten tässäkin suhteessa yhteistyön kehittämiseksi on tarvetta. Lisää resursseja ei todennäköisesti ole luvassa. Yhteiskunnassamme ja poliitikkojen suussa elää voimakkaana termi ”julkisen talouden kestävyysvaje”, mikä kuvaa sitä, että yhteiskuntamme menot ovat suuremmat kuin tulot vuodessa. Tätä voidaan kuvata myös prosentteina bruttokansantuotteeseen verrattuna. Valtiovarainministeriön (2018, 84) mukaan pitkällä aikavälillä kestävyysvaje tulee olemaan 3% luokkaa BKT:hen verrattuna.

Terveystalouden kokonaiskustannukset olivat vuonna 2017 yhteensä 20,6 miljardia euroa. Samaisessa tilastossa kerrotaan ikääntyneiden laitoshoidon vähentyneen 16,5% ja ympärivuorokautisen hoivan sisältävien asumispalveluiden kustannusten lisääntyneen 5,1%. (Suomen virallinen tilasto, 2018.) Tämä kuvaa sitä, että ikäihmiset ovat yhä enemmän kotona. Kotona olevat ikäihmiset ovat myös huonokuntoisempia kuin aikaisemmin, joten heidän kotona selviytymiseensä tulee näin ollen kiinnittää erityistä huomiota.

Kehittämisessä tulee ennakoida myös tulevaisuutta. Kliininen asiantuntija kehittäjänä -seminaarissa keväällä 2019 oli puhumassa Sitrasta tulevaisuustutkija Mikko Dufva. Hänen mukaansa lähtökohtaisesti kaikenlaisessa kehittämisessä tulee huomioida tulevaisuus ja tämän vuoksi tulevaisuutta tutkitaan. Tulevaisuustutkimus lähtee liikkeelle ennakoinnista, jossa pyritään tunnistamaan siihen vaikuttavat tekijät, kartoitetaan mahdolliset tulevaisuudet ja määritetään tarvittavat toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Tämä tapahtuu varautumalla siihen, mikä tulee muuttamaan, löytämällä seikat, joihin voidaan ja kannattaa vaikuttaa sekä määrittelemällä teemat, mitä halutaan ja keihin mahdolliset muutokset tulevat vaikuttamaan. Lisäksi ajatuksia tulee avartaa, jolla tarkoitetaan oletusten esittämistä ja toisaalta kyseenalaistamista. (Dufva 2019.)

Tulevaisuustutkija (Dufva 2019) nostaa esiin tulevaisuuteen liittyviä globaaleja ja yhteiskunnallisia haasteita, joihin täytyy vastata kehitystoiminnoissa. Globaaleja megatrendejä ovat kestävyyskriisi, riippuvuussuhteet ja siihen liittyvät jännitteet. Lisäksi teknologia on muuttamassa maailmaa, josta seuraa työelämän muutos ja siihen liittyvät yksilön toimeentulon haasteet. Poliitiikan näkökulmasta haasteita ovat edustukselliseen demokratiaan liittyvät muutokset sekä maailman talouden muuttunut tilanne. Näistä tulevaisuuteen liittyvistä haasteista erityisesti tätä kehitystehtävää koskevat SOTE- ja SOTU-uudistukset, odotetun eliniän kasvaminen, eriarvoisuuden lisääntyminen, teknologian lisääntymisen vaikutus polarisoivasti väestöön kokonaisuutena, perhedynamiikan muutokset, kaupungistuminen, digitalisaatio, missä erityisesti suuren datan analytiikan nopeutuminen ja tekoälyn luomat uudet mahdollisuudet sekä viimeisenä ilmastonmuutoksen luomat muutokset ympäristössä ja mahdollisten uusien terveydellisten haasteiden lisääntyminen tästä johtuen.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN KESKEISET KÄSITTEET

Kehittämistyön keskeisimmät käsitteet ovat ikäihminen ensihoidon haasteena, vajaaravitsemus, kaatumisen ehkäisy, ikäihmisen kotona selviytymistä edistävät ja heikentävät tekijät, vanhuksen sarkopenia eli lihasheikkous, gerastenia eli raihnaus-hauraus -oireyhtymä, ensihoito, verkostomainen toiminta sekä moniammatillinen yhteistyö.

### 2.1 Ikäihminen ensihoidon asiakkaana

Ensihoidon perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuteen joutuneen tasokas hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana. Lakimuutoksen seurauksena vastuu ensihoitopalvelun järjestämisestä on siirtynyt sairaanhoitopiireille vuoden 2013 alusta lähtien. (Ensihoito 2013, 14.)

Vanhukset ensihoidon potilaana ovat hyvin vaihteleva ryhmä. Osa heistä on itsenäisesti toimeentulevia ja hyväkuntoisia, kun taas osa vanhuksista joutuu selviytymään muistisairauden tai vaikean perussairauden kanssa. Selkeä kommunikointi, liiallisen kiireen välttäminen ja kunnioittava kohtelu ovat tärkeitä vanhuksen kohtaamisessa ensihoitotilanteessa. Virkeän vanhuksen kanssa voidaan hänen mielipiteensä ottaa huomioon ja keskustella hoitolinjoista. Vanhukselta itseltään saatavat tiedot saattavat olla epäluotettavia tilanteissa, joissa vanhus on dementoitunut, pelokas tai ahdistunut. Vanhus saattaa myös peitellä oireitaan, koska mahdolliset tulevat hoitotoimenpiteet pelottavat. (Ensihoito 2013, 653.)

Ensihoitajien on huomioitava potilasta tutkittaessa vanhuksen kotona pärjääminen. Selkeitä merkkejä toimintakyvyn heikentymisestä ovat jalkojen kantamattomuus, sekavuus ja muistamattomuus. Kartoittamalla päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan tehdä arviota vanhuksen senhetkisestä toimintakyvystä. Ongelmat erittämiseen liittyvissä asioissa tai omasta hygieniasta huolehtimisessa on havaittavissa nopeastikin. Liian vähäinen nesteytys yhdessä aliravitsemuksen kanssa näkyy esimerkiksi suun limakalvojen kuivumisena. Lisäksi tulee arvioida, miten vanhus kykenee liikkumaan kotonaan ja onko liikkumisen tueksi käytössä

apuvälineitä. Potilaan psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida kysymällä yksinkertaisia kysymyksiä. Taustojen selvittelyissä on hyvä ottaa huomioon tiedot omaisista, ystävistä ja mahdollisesta kotiavusta. (Alanen ym. 2017, 254.)

## **2.2 Vanhuksen kotona selviytyminen ja siihen vaikuttavat tekijät**

Laatusuosituksen mukaan vanhuksista suurin osa ei tarvitsisi jatkossakaan säännöllisiä sosiaali- tai terveyspalveluja. Vanhetessa monet sairaudet, muistiongelmät sekä toimintakyvyn heikkeneminen lisääntyvät. Palvelutarpeet tulevat lisääntymään vanhimpien ikäluokkien kasvaessa. Kasvua pyritään hillitsemään varautumistoimilla, joista avainasemassa ovat toimintakyvyn ja terveyden turvaaminen ikääntyessä. Terve ikääntyminen mahdollistaa vanhusväestön osallisuuden yhteiskunnassa, parantaa heidän elämänlaatuaan ja vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Näin ollen se kykenee vaikuttamaan myönteisesti julkisen talouden kestävyYTEEN. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksessa (Kehusmaa 2014, 76) nostetaan esiin myös sosiaalipalvelujen riittävän saatavuuden vaikutus terveyspalvelujen kustannuksiin alentavasti. Tutkimuksessa todetaan, että sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia tulisi jatkossa katsoa kokonaisuutena. Säästöt sosiaalipalveluissa lisäävät terveydenhuollon kustannuksia.

### **2.2.1 Kaatumiset**

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin geriatrian ylilääkäri Maria Nuotion (2018) luentomateriaalin mukaan vanhusten kaatumiset ovat kotona yleisiä. Yli 65-vuotiaista jopa 30% kaatuu ainakin kerran vuodessa. Iän lisääntyessä riski kasvaa koko ajan ollen yli 80-vuotiailla jo 50%. Joka seitsemäs vanhus kaatuu useammin kuin kerran vuodessa. Luiden murtumiin kaatumisista johtaa noin 5%. Jonkinlaisen vamman kaatuminen aiheuttaa 24-45% tapauksista. Vakavampi vamma seuraa noin 10% tapauksista. Lonkkamurtuman kaatuminen aiheuttaa 1-2%, mutta huomionarvoista on se, että lonkkamurtumista 98% on seurausta kaatumisesta.

Nuotio (2018) listaa myös erilaisia riskiryhmiä kaatumisille. Riskiryhmiin kuuluvat kaikkein vanhimmat ihmiset, jo aikaisemmin kaatuneet, huonosta tasapainosta ja jalkojen voimista kärsivät, vähäisesti liikkuvat, liikuntarajoitteiset ja päivittäisten toimintojen kanssa ongelmia kokevat vanhukset. Näiden lisäksi on olemassa kaatumisen ulkoisia ja sisäisiä riskitekijöitä, joilla on merkitystä kaatumisen riskin lisääntymiseen.

Nuotion (2018) mukaan sisäisiin riskitekijöihin liittyvät erilaiset lääkitykset, akuutit sairaudet, pitkäaikaissairaudet, toimintavajavuudet sekä myös muutamia muita seikkoja. Lääkityksistä mainitaan esimerkiksi monilääkitys, koska useimmilla vanhuksilla on paljon sairauksia, joita hoidetaan useammilla lääkkeillä päällekkäin. Vanhuksilla on käytössä myös paljon unilääkkeitä, mielialalääkkeitä ja voimakkaita kipulääkkeitä. Sydän- ja verisuonisairauksissa käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa verenpainetta alentavat lääkkeet ja nitro. Vanhuksilla on lisäksi olemassa riski lääkityksen väärään annosteluun ja/tai lääkityksen unohtamiseen. Akuuteista sairauksista kaatumisen riskiä lisäävät infektiot, nestetasapainohäiriöt, sydämen vajaatoiminta, äkillinen matala verenpaine, aivoverenkiertohäiriöt sekä esimerkiksi postoperatiivinen vaihe kotiutumisen jälkeen. Pitkäaikaisista sairauksista mainitaan huimaus, muistisairaudet, aivohalvauksen jälkitilat, masennus, artroosi alaraajoissa, selkävaivat, neuropatia, ortostaattinen hypotonia sekä virtsainkontinenssi. Erilaisia toimintavajavuuksia ovat gerastenia, sarkopenia, vajaanavitsemus ja sen vaara, heikko tasapaino, hidastunut kävelynopeus, heikentyneet näkö ja kuulo sekä jalkaterän epämuodostumat. Muita sisäisiä riskitekijöitä ovat kaatumisen pelko, vaikeus tehdä kahta asiaa yhtä aikaa, heikentynyt havainnointikyky, kognitiovaikeudet ja alkoholi.

Ulkoisiin riskitekijöihin Nuotio (2018) nimeää ensinnäkin ympäristöön liittyvät seikat; kävelypinnan epätasaisuus, liukkaus, matonreunat, portaikot, esteet sekä kynnykset. Valaistuksesta mainitaan häikäistyminen ja huono valaistus. Apuvälineet voivat myös olla sopimattomat liikkumiselle. Erilaisten tukikaiteiden ja kahvojen puuttuminen sekä huonot kengät lisäävät riskiä kaatumisille.

lökkään ihmisen kaatuminen tulee ottaa aina vakavasti. Siinäkin tapauksessa, että kaatuminen ei olisikaan johtanut vammaan, joka tarvitsisi välitöntä päivystyskäyntiä tai sairaalahoitoa. Näissäkin tapauksissa vanhukselle tulisi tehdä kaatumisen

vaaratekijöiden kokonaisvaltainen kartoitus. Kartoitus vaatii moniammatillista yhteistyötä, johon myös lääketieteellinen arvio kuuluu yhtenä osana. Kerran kaatuneella vanhuksella on riski kaatua uudelleen, joten uusintakaatumisen riskiä tulee ehkäistä tehokkaasti. (Nuotio 2018.)

### **2.2.2 Vajaaravitsemus**

Yleisesti vajaaravitsemuksesta vanhuksilla Nuotio (2018) mainitsee proteiinin ja energian saannin vähenemisen riskin. Tämä johtuu esimerkiksi ruokahalun ja ruoan laadun muutoksista tai siitä, että muistisairaudet yleistyvät. Liikuntakyvyn heikentyminen sarkopenian ja gerastenian seurauksena vaikuttaa myös ravinnonsaantiin heikentämällä ruokahalua. Monilääkityksen vaikutus vajaaravitsemuksen kehittymiseen yhdessä monilääkitykseen johtaneiden kroonisten sairauksien kanssa altistavat vajaaravitsemuksen kehittymiselle. Vajaaravitsemusta korostavia tekijöitä ovat akuutit tilanteet, kuten infektiot, neurologiset tapahtumat, sairaalahoito ja liikkumattomuus.

Vajaaravitsemuksesta seuraa Nuotion (2018) mukaan pitkittyneitä sairaalajaksoja ja haavan parantumisen ongelmia. Se hidastaa toipumista, suurentaa komplikaatioiden riskiä, heikentää liikunta- ja toimintakykyä, lisää kaatumisriskiä sekä johtaa tuetumpaan asumisen tarpeeseen. Tämän lisäksi se heikentää vanhusten ja läheisten elämänlaatua sekä lisää kuolemanvaaraa. Vajaaravitsemuksen tunnistamisessa on tarpeen käyttää erilaisia mittareita apuna, koska tunnistaminen on useimmiten hankalaa. Esimerkiksi proteiini-energiavajaaravitsemuksen tunnistaminen on hankalaa. Päällisin puolin ei mahdollisesti pystytä havaitsemaan vanhuksen vajaaravitsemusta. Paino saattaa olla normaali tai vanhus voi olla jopa ylipainoinen, mutta lihasmassa on pienentynyt johtuen proteiinin vähäisestä määrästä.

Vajaaravitsemuksen mittareita ovat Nuotion (2018) mukaan paino, BMI, MNA eli Mini Nutritional Assesment, MNA-SF, NRS2002 eli Nutrition Risk Screening ja MUST. MNA-mittariston avulla kyetään ennustamaan lopputulosta, kuten laitostumista, komplikaatioita, terveydenhuollon kuormittamista ja kuolemaa. Se on helppo ja nopea toteuttaa sekä avohoidossa että sairaalahoidossa oleville. MNA

huomioi kokonaisvaltaisesti ikäihmisen liikuntakyvyn heikentymisen ja psykologiset tekijät, mitkä vaikuttavat vajaaravitsemukseen. Mittarilla kyetään luokittelemaan potilaat vajaaravituiksi, vajaaravitsemuksen vaarassa oleviksi ja normaaliravituiksi. Mittarin tuloksista lievä tai kohtalainen vajaaravitsemustila edellyttää proteiinin ja energian saannin lisäämistä ruokavaliassa. Mikäli tulokseksi saadaan vajaaravitsemus, edellyttää se jo viimeistään tarkempaa ravitsemusterapeutin antamaa ohjeistusta. Huomionarvoista on se, että normaaliravituillekin vanhuksille olisi hyvä antaa yleistä ravitsemusohjeistusta. Heillekin saattaa ajan kuluessa kehittyä vajaaravitsemustila. Tämän vuoksi ravitsemustilaa tulisikin seurata säännöllisesti esimerkiksi 3 kuukauden välein.

Esiin nousee myös vanhuksen riittävästä nesteensaannista huolehtiminen. Nesteensaannin perustarpeena pidetään 30ml/kg/vrk. Kuume, ripulointi ja oksentelu nostavat nesteen tarpeen määrää. Runsas juominen on lisäksi eduksi esimerkiksi ummetuksen ja virtsatieinfektioiden hoidossa. Hyvänä keinona juomisen tärkeyden muistuttamisesta käytetään näkyvillä olevaa vesikannua ja nestelistaa. Vanhuksella voi nestevajaus syntyä nopeastikin aiheuttaen verenpaineen laskua, joka itsessään lisää kaatumisriskiä. (Nuotio 2018.)

Proteiinin ja energian tarpeen täytyminen on tärkeää. Proteiinia tulisi saada 1,0-1,2g/kg/vrk suojaamaan ikääntyneen lihaksistoa surkastumiselta. Akuuttien sairauksien ja toipumisen aikana proteiinin tarve kasvaa vielä suuremmaksi. Proteiinin lähde tulisi ensisijaisesti olla normaali ruoka, mutta joissakin tilanteissa proteiinin ja energiansaannin turvaamiseksi on syytä käyttää täydennysravintovalmisteita. Proteiinin ja energian saannin lisäksi tulee turvata kalsiumin ja D-vitamiinin saanti. Näillä kyetään huolehtimaan luuston ja lihaksiston kunnosta. Ravitsemusneuvontaan tulee aina sisällyttää liikunnanohjaus. Ohjauksessa on kiinnitettävä erityistä huomiota lihasvoimaharjoitteisiin. (Nuotio 2018.)

### **2.2.3 Yksinäisyys**

Yksinäisyyttä on sekä myönteistä että kielteistä. Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista, rentouttavaa ja on myöskin luovuuden edellytys, kun taas kielteinen

yksinäisyys on pakottavaa, ahdistavaa ja sitovaa. Yksinäisyyden pitkittyessä se voi vähitellen johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, sairasteluun ja edelleen sosiaaliseen eristäytymiseen. Dementian todennäköisyys lisääntyy yksinäisyyden kokemuksista johtuen, samoin kuin masentuneisuus ja itsemurhariskin olemassaolo. Yksinäinen vanhus siirtyy todennäköisemmin laitoshoitoon. Yksinäisyyden on todettu lisäävän ennenaikaisen kuoleman todennäköisyyttä. (Tilvis ym. 2016, 418-421.)

#### **2.2.4 Kaltoinkohtelu**

Ikääntyneiden kaltoinkohtelulla tarkoitetaan yli 65-vuotiaisiin kohdistuvaa fyysistä ja psyykkistä väkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä, hoidon ja avun laiminlyöntiä, väärää hoitoa, oikeuksien rajoittamista ja loukkaamista sekä ihmisarvoa muutoin loukkaavaa tai alentavaa kohtelua. Tutkimusten mukaan 3% iäkkäistä miehistä ja 9% naisista ovat kertoneet joutuneensa kaltoinkohtelun uhriksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien täytyy pitää muistissa päivittäisessä työssään kaltoinkohtelun mahdollisuus, kun he kohtaavat potilaita ja selvittelevät heidän ongelmiaan. Tämä parantaa kotona selviytymisen mahdollisuuksia. (Tilvis ym. 2016, 412.)

#### **2.2.5 Sairauksien ennaltaehkäisyn tavoitteet**

Geriatrissa on monia ennaltaehkäisyn tavoitteita. Niitä ovat esimerkiksi vakavien sairauksien ehkäisy, varhainen diagnostiikka ja tehokas hoito. Niihin sisältyy tavoite siitä, että invalidisoivien sairauksien puhkeaminen voitaisiin joko estää kokonaan luonnollisen eliniän aikana tai siirtää myöhemmäksi. Ennen aikaista laitoshoidoa pyritään ehkäisemään yhä enemmän. Siinä voidaan onnistua siten, että laitoshoido varataan vain niille vanhuksille, joiden kotihoito ei kohtuudella onnistu. Geriatriinen tiimityö on osoittautunut tehokkaaksi näiden henkilöiden valinnassa ja laitoshoidoa ehkäisevien toimenpiteiden suunnittelussa. Sopivin vanhus kokonaisvaltaiseen geriatriseen arviointiin on sellainen, jolla on merkkejä haurastumisesta ja toimintakyvyn heikkenemisestä. Kattavan geriatriksen arvioinnin tarvitsee vanhus,

jonka terveydentila heikkenee nopeasti. Geriatriiseen työryhmään kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä, sekä tarvittaessa pu  
444-  
44Taulukko 1. Ennaltaehkäisyn tavoitteet geriatriassa. (Tilvis ym. 2016, 436.)

#### Ennaltaehkäisyn tavoitteet geriatriassa:

- Toimintakykyisten elinvuosien lisääminen
- Sairauksien ja toiminnan vajauksen ehkäisy
- Itsenäisyyden tukeminen
- Hoitotarpeen pienentäminen
- Ennenaikaisen kuoleman siirtäminen

### 2.2.6 Koherenssi ja resilienssi parantamassa kotona selviytymistä

Koherenssin tunne kuvaa yksilöllistä luottamuksen tunnetta siitä, että elämässä vastaan tulevat stressitekijät ovat jäsenneltävissä, ennustettavissa ja selitettävissä. Koherenssin tunteeseen vaikuttavat yksilölliset, yleiset ja erityiset vastustusvoimavarat, jotka ovat käytettävissä vaatimusten kohtaamisessa. Koherenssin tunne rakentuu elämäkokemuksen mukaan ja se vaikuttaa sekä koettuun terveyteen että elämänlaatuun kokonaisuudessaan. Koherenssin tunne on yleinen ja vakaa kokemus ympäröivästä maailmasta ja omasta elämästä, mutta se voi kuitenkin muuttua hetkellisesti elämäntilanteen mukaan. Vahva koherenssin tunne ehkäisee stressitekijöitä ja toisaalta onnistunut stressinhallinta vahvistaa koherenssin tunnetta. (Salminen-Tuomaala 2019.)

Resilienssi kuvaa pärjäävyyttä ja selviytymiskykyisyyttä. Resilienssi käsitteenä ei koske pelkästään yksilöitä vaan myös ihmisten muodostamia ryhmiä. Kehityopsykologiassa termiin liitetään käsitteitä sinnikkyys, joustavuus, lannistumattomuus sekä selviytymis- ja stressinsietokyky. Resilienssi rakentuu oman selviämishalun varaan, omien voimavarojen tunnistamiseen ja käyttöönottoon sekä avun hakemiseen läheisiltä tai viranomaisilta. Resilienssille on tyypillistä, että

henkilö pitää itseään selviytyjänä, ei uhrina. Hän auttaa toisia ja saa heiltä vertaistukea. (Salminen-Tuomaala 2019.)

### **2.3 Vanhuksen yleistilaan vaikuttavat haasteet**

Fysiologiset vanhenemisen muutokset tulevat kaikille ennemmin tai myöhemmin, ne eivät johdu mistään ulkoisesta tekijästä, ja etenevät hitaasti. Muutokset vähentävät elimistön toiminnan kapasiteettia ja ovat palautumattomia. Elämänkaaren loppuvaiheessa tapahtuu lukuisia anatomisia ja fysiologisia muutoksia, jotka voivat vaikeuttaa epidemiologisten tutkimusten tulkintaa. Moni aikaisemmin lihava laihtuu ja ihonalaiskudoksen väheneminen sekä sarkopenia pahenevat. Seurattaessa yli 85-vuotiaita ihmisiä voidaan todeta, että pisimpään elävät esimerkiksi ne, jotka eivät ole laihtuneet, joiden veren rasva-arvot eivät ole alentuneet ja joiden verenpaine ei ole matala. (Tilvis ym. 2016, 20, 54.)

Luiden lujuuden heikentyminen altistaa kaatumisten lisäksi ikääntyneitä luunmurtumille, joista vakavimpia ovat reisiluuhun kohdistuvat murtumat. Osteoporoosi on luuston sairaus, jossa luun lujuuden heikentyminen altistaa luunmurtumille. Kotona asuvista yli 65-vuotiaista noin kolmanneksen arvioidaan kaatuvan ainakin kerran vuodessa. Vanhetessa alttius lisääntyy niin, että yli 80-vuotiaista kotona asuvista noin puolet kaatuvat ainakin kerran vuodessa. Noin 40% kaatumisista tapahtuu sisätiloissa. Vakavimpia seurauksia kaatumisista ovat päävammat ja luunmurtumat. Kaatuilu johtaa kaatumisen pelkoon, kaventaa vanhuksen elämänpiiriä, huonontaa elämänlaatua, kiihdyttää toimintakyvyn heikentymistä ja heikentää itsenäisen selviytymisen edellytyksiä. Kaatuilutaipumuksen ilmaantuminen kertoo usein heikentyneestä terveydentilasta ja huonontuneesta ennusteesta. Se viisinkertaistaa laitoshoitoon joutumisen riskiä ja mikäli kaatumisesta on seurannut vammautuminen, on riski jopa 20-kertainen. (Tilvis ym. 2016, 302, 334.)

Hyvä ravitsemus on tärkeää vanhukselle, sillä se ylläpitää toimintakykyä sekä ehkäisee sairauksia ja niiden komplikaatioita. Ikääntyessä ravitsemusongelmat muuttuvat ja fysiologiset muutokset, sairaudet sekä sosiaaliset ja psyykkiset syyt

voivat johtaa ravitsemuksen yksipuolistumiseen ravitsemustilan heikentymiseen. (Tilvis ym. 2016, 354.) (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Ikääntymiseen liittyvät muutokset sekä niiden vaikutukset ravitsemustarpeeseen ja ravitsemushäiriöiden patogeneesiin. (Tilvis ym. 2016, 354.)

#### FYSIOLOGISET MUUTOKSET:

- Fyysisen aktiviteetin vähentyminen
- Kehon rasvattoman massan väheneminen → Sarkopenia (Lihassäikeiden väheneminen), viskeraalisten elinten pieneneminen
- Rasvakudoksen suhteellisen osuuden kasvu
- Elimistön vesipitoisuuden pieneneminen
- Endokriinisen järjestelmän muutokset
- Glukoosimetabolian hidastuminen
- Proteiinisynteesin hidastuminen
- Ruokahalua säätelevien keskusten toiminnan muutokset
- Makuaisin muutokset
- Janon tunteen heikentyminen
- Suun kuivuminen, hampaiston muutokset

#### PATOLOGISET MUUTOKSET:

- Akuutit ja krooniset sairaudet
- Hoitotoimenpiteet
- Lääkkeiden anorektiset ja elektrolyyttitasapainoa horjuttavat vaikutukset
- Ympäristön ja totuttujen tapojen muutokset

#### SEURAUKSET:

- Lisääntynyt alttius ravitsemushäiriöille
- Taipumus neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöille
- Häiriöiden korjaantumisen hidastuminen
- Poikkeavien löydösten virheellinen tulkinta

## 2.4 Gerastenian vaikutus vanhuksen yleistilaan

Gerastenialla tarkoitetaan hauraus-raihnaus -oireyhtymää. Siihen liittyy lisääntynyt taipumus terveyden heikentymiselle, toiminnanvajeille, kaatuilulle, sairaala- ja pitkäaikaishoidolle sekä kuolemalle. Gerasteniaa esiintyy jopa 25-40%:lla yli 80-vuotiailla.

Taulukko 3. Oirekuva. (Tilvis ym. 2016, 362.)

Alkuperäisen ajon aloittaminen on tärkeää, ja avohoito sekä kotisairaanhoido ovat tässä avainasemassa. Keskeistä on fyysisen aktiivisuuden ylläpito sekä riittävän energian ja proteiinin saanti. (Tilvis ym. 2016, 362-363.) (Taulukko 3.)

### GERASTEINIAN KÄYTÄNNÖN OIREKUVA

- Ruokahalun heikentyminen (Anoreksia)
- Lihasten surkastuminen (Sarkopenia)
- Osteoporoosi
- Herkkä väsyminen
- Kaatumistaipumus
- Yleistilan lasku

## 2.5 Vanhukset lääkehoidon erityisryhmänä

Kotona asuvista yli 75 vuotta täyttäneistä lähes 90% käyttää päivittäin reseptilääkkeitä ja pitkäaikaishoidossa lähes kaikki. Pohjoismaissa tutkimuksissa on kotona asuvilla ikääntyneillä ollut keskimäärin käytössä 4-5 lääketta. Vanhuksilla on paljon pitkäaikaissairauksia ja siten myös käytössä paljon lääketta. Ikääntyneillä yksilölliset erot lääkkeiden käytössä ovat suuria ja ikääntymiseen liittyy muutoksia lääkkeiden imeytymisessä, kulkeutumisessa, aineenvaihdunnasta poistumisessa tai lääkkeiden vaikutusvasteissa. Vanhuspotilaiden monet sairaudet monimutkaistavat lääkehoitoa ja sen suunnittelua. (Tilvis ym. 2016, 366-367.)

Vanhusten lääkkeiden käytön riskit liittyvät monilääkitykseen ja sen monimutkaisuuteen sekä haitallisiin yhteisvaikutuksiin. Lisäksi ongelmia on sairauksien alihoidossa ja ennaltaehkäisevien lääkkeiden alikäytössä. Vanhukset herkistyvät ikääntyessään lääkkeiden haittavaikutuksille, lääkkeiden käytössä tulee sekaannuksia ja hoitoon sitoutuminen heikentyy. (Tilvis ym. 2016, 368.)

## **2.6 Moniammatillisuus ja verkostomainen yhteistyö**

Moniammatillisuutta voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla molempien osapuolien asiantuntijoiden yhteisenä työskentelynä, jolla pyritään huomioimaan potilaiden tai asiakkaiden kokonaistilanne. Tietoa prosessoidaan ja asiantuntijoiden osaaminen yhdistetään kulloisenkin asiakkaan eduksi. Eri alojen asiantuntijat keskustelevat tapauksista ja luovat yhteisen käsityksen toimenpiteistä ongelmien ratkaisemiseksi. Vuorovaikutus tapahtuu ennakkoon määritellyllä tavalla. Keskusteluun ja päätöksentekoon voidaan ottaa mukaan tarvittaessa muitakin henkilöitä kuin asiantuntijoita, esimerkiksi asiakas, omainen tai läheinen. (Isoherranen 2005, 14.)

Moniammatillisessa yhteistyössä kontekstista riippumatta korostuu viisi erillistä kohtaa. Niitä ovat asiakaslähtöinen toiminta, tietojen ja näkökulmien yhdistäminen, vuorovaikutteisuus, rajapintojen ylitys sekä erilaisten verkostojen huomioiminen. Käytännön työskentelyssä edellä mainitut kohdat tarkoittavat sujuvuutta jakaa ymmärrettävästi tietoa, ammatillisen hierarkian väljyyttä, yhteistä vastuunkantoa, tahtoa olla samaan aikaan erikoisasiantuntija ja oppija sekä kykyä muuttaa omaa rooliaan asiakkaan tarpeisiin verraten. (Isoherranen 2005, 14, 17.)

Termi sosiaalisesti jaettu kognitio on nykypäiväisen moniammatillisen yhteistyön ydinkäsite. Sillä tarkoitetaan vuoropuhelua, jossa useiden eri ammattiryhmien edustajat tuovat esiin näkemyksiään hoidettavasta omasta näkökulmastaan. Vuorovaikutus on hyvää silloin, kun se mahdollistaa kaikkien osallistujien perustellun näkemyksen julkitulon samalla, kun muut kuuntelevat tarkkaan. Seuraavassa vaiheessa saatu tieto pitää kyetä yhdessä prosessoimaan moniammatillisessa tiimissä. Tuloksena pitäisi syntyä yhteinen tilannekuva ja tavoite, vaikka alun perin näkökulmat olisivatkin olleet erilaisia. (Isoherranen 2005, 23.)

Dialogi on yksi keino, millä voidaan rakentaa moniammatillisessa keskustelussa yhteisymmärrystä. Jo antiikin Kreikassa puhuttiin sokraattisesta dialogista, jonka ideana oli liittää erilaiset totuudet yhteen lopullisen totuuden löytämiseksi. Keskustelusta dialogi eroaa tavoitteellisuutensa vuoksi, kun tutkitaan ilmiötä yhdessä. Lopullisena päämääränä on koostaa erilaisista näkemyksistä jaettu ymmärrys. Siihen pääsemiseen vaaditaan puhumisen lisäksi toisten mielipiteiden kuuntelemista, kunnioitusta muiden mielipiteitä kohtaan sekä oman mielipiteen kertomista avoimesti. (Isoherranen 2005, 25-26.)

Viimeisenä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvänä käsitteenä on kollektiivinen älykkyys. Siinä korostetaan yhteisön näkökulmaa yksilön näkökulman lisäksi. Moniammatillisessa mielessä tämä tarkoittaa sitä, että jokaisen yksilön osaaminen täydentää toisten ammattilaisten asiantuntijuutta. Onnistuakseen yhteistyöhön vaaditaan tietoista kehittämistä. (Isoherranen 2005, 27.)

Väitöskirjassaan Isoherranen on luonut mallin moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Mallissa tuodaan esiin kehittämisen esiedellytykset, edellytykset, tarvittava koulutus, moniammatillisten tiimien jäsenten taidot ja valmiudet sekä muutosprosessi. Esiedellytyksiin kuuluu makrotason muutokset, joilla mahdollistetaan moniammatillinen toiminta. Ne koostuvat koulutus- ja yhteiskuntapoliittisista ratkaisuksista, joita lainsäätäjien on mahdollista muuttaa. Edellytyskohdassa moniammatillisen yhteistyön kehittäminen vaatii organisaatiotasoisena halun uudistaa toimintaa. Tämä tapahtuu parhaiten, kun yhdistetään muutoksen suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen myös työntekijäjärjestöt. Ammattijärjestöjen mukanaolo on tarpeellista, koska muutoksessa on kyse myös vanhojen ammatillisten vastuualueiden revidoinnista. Koulutus osana prosessia on tärkeää siksi, että se auttaa yksittäistä työntekijää ymmärtämään muutoksen tarpeellisuutta paremmin. Tämä edesauttaa toimintamallin käyttöönottoa. Muutosprosessin käytäntöön ottaminen tarkoittaa siirtymistä mikrotasolle. Samalla muutos sovitetaan kulloiseen kontekstiin sopivaksi erilaisten tiimien käyttöön. Toimintaa tarkastellaan ja kehitetään jatkuvasti. (Isoherranen 2012.)

Moniammatillisessa tiimissä toimivalta vaadittavissa taidoissa ja valmiuksissa korostuvat neljä asiaa. Reflektiivinen arviointi tarkoittaa herkkyyttä huomioida

erilaisissa ongelmienratkaisuissa moninäkökulmaisuuuden sekä valmiuksia arvioida omaa toimintaa ja kehittää yhdessä. Toisena vaatimuksena tulee jäsenen olla taitava keskustelija ja kyetä dialogiin. Kolmantena moniammatillinen tiimi vaatii kykyä jaettuun johtamiseen. Jaetulla johtamisella tarkoitetaan kykyä huolehtia oman vastualueen toiminnasta ja lisäksi vastuu tiimityön toteutumisesta. Neljäntenä vaatimuksena on kyky joustavuuteen rooleissa. Parhaaseen mahdolliseen tulokseen pyrkiessä on tiimin rooleja määriteltävä henkilö- ja tiimikohtaisesti. Tämä edellyttää tiimin keskinäistä luottamusta ja ilmapiirin avoimuutta. (Isoherranen 2012.)

### 3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää uutta yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun ja Seinäjoen kaupungin Ikäkeskuksen välillä. Muina yhteistyökumppaneina toimivat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin geriatrian poliklinikka ja sosiaalityön yksikkö, mikä mahdollisti sekä lääketieteellisen että sosiaalialan asiantuntijuuden työn eri vaiheissa. Lisäksi heidän kanssaan oli mahdollista käydä keskustelua hoitoketjusta yhteispäivystyksen sekä sairaalan eri osastojen välillä.

Tällä yhteistyöllä tavoiteltiin yksittäisten kotona asuvien ikäihmisten pärjäämisen parantamista omassa luonnollisessa ympäristössä. Ajatuksena oli se, että ensihoito kohtaa vuositasolla lukemattoman määrän kohderyhmään kuuluvia henkilöitä omilla tehtävillään. Seinäjoella suoritettiin 267 ensihoitotehtävää 1000:tta asukasta kohden vuonna 2018 (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2019). Tämä tekee Seinäjoen kohdalla yhteensä lähes 17 000 ensihoitotehtävää vuodessa. Tehtävillä esiin tulevat ongelmat eivät aina ole ensihoidollisia, vaan haasteet saattavat olla sosiaalisia tai liittyvät kotona pärjäämiseen. Tämän tiedon hyödyntäminen yhdessä sosiaalipuolen kanssa hyödyttäisi kaikkia osapuolia ja mikä tärkeintä, sitä yksittäistä ikäihmistä kotona. Hänen kohdallaan kyettäisiin ideaalitulanteessa pitämään yhteiskunnan tuen tarve mahdollisimman pienenä mahdollisimman pitkään. Yhteistyöllä saataisiin kerättyä ensiarvoisen tärkeää tietoa, jota kyettäisiin hyödyntämään kustannustehokkaasti kansalaisten eduksi.

Yhteistyön tarkoituksena oli kohentaa kotona asuvien yli 75-vuotiaiden tai muuten vajaakuntoisten ihmisten selviytymistä kotona. Yhteistyö tulee näkymään ensihoidon osalta kiireettömällä ensihoitotehtävillä ihmisten vajaaravitsemuksen riskien ja kaatumisen riskien kartoittamiseen suunnitellun mittarin avulla erityisesti tehtävillä, joilla ollaan muutoin tekemässä niin kutsuttua X-tehtävää eli ei välitöntä tarvetta ensihoidolle eikä myöskään kuljetukselle päivystyspisteeseen. Mittari tulee olemaan digitaalisessa muodossa oleva täytettävä kaavake, joka mahdollistaisi kohonneen riskin löytymisen vajaaravitsemukseen sekä mahdollisiin kaatumisiin.

Kaavakkeen täyttämisen ja riskin havainnoimisen jälkeen ensihoitaja välittää tiedon eteenpäin ”lähetä”-näppäintä painamalla ja kirjaa ensihoitokertomukseen

toimenpiteen huolellisesti. Vajaaravitsemuksen riskin ollessa koholla voi kysymykseen tulla automaattinen kuljetus päivystyspisteeseen, koska ikäihmisen ravitsemushoitoon tulisi suhtautua vakavasti. Tämä siinäkin tilanteessa, että potilas olisi perinteisen hoidontarpeenarvion perusteella voinut jäädä kotiin. Kuljetusta ei tässäkään tilanteessa välttämättä tarvitsisi suorittaa ensihoitoyksiköllä, jos muunlainen kyyti tulisi kyseeseen, esimerkiksi omainen tai taksi. Ensihoitajien tulee huolehtia siitä, että he kirjaavat kaavakkeeseen ennen lähettämistä myös sen, minne kyseinen henkilö on toimitettu. Tämä siksi, että se helpottaisi jatkossa ikäkeskuksen henkilökuntaa tavoittamaan mahdollisesti jopa heille entuudestaan tuntemattoman henkilön.

Edellä mainittujen toimenpiteiden jälkeen luotiin taustalle uusi toimiva prosessi, minkä avulla kotona asuville kyetään järjestämään kulloinkin tarvittavat tukitoimet suoraan kotiin mahdollisimman joustavasti ja kustannustehokkaasti. Tähän liittyy kehittämissuorituksen suurimmat haasteet. Huomioitavia asioita on jo tähän mennessä ilmennyt useita. Terveystieteiden ja sosiaalihoitoorganisaatioiden välillä tietojen vaihdon laillisuus oli eräs tärkeimmistä selvitettävistä haasteista.

### **Kehittämistyön kehittämiskysymykset:**

**Millainen on laadukas ikäihmisten kaatumista ja vajaaravitsemusta kartoittava mittari?**

**Millaisia tekijöitä on huomioitava ikäihmisten selviytymistä edistävän moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä?**

**Millainen on laadukas moniammatillinen ja verkostomainen ikäihmisen selviytymistä edistävä malli?**

## 4 KEHITTÄMISTYÖN ALUSTAVA TOTEUTUS

### 4.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Tutkimuksellisella kehittämisellä tarkoitetaan tapaa, jonka tavoitteena on ratkaista käytännön työelämästä nousseita haasteita tai muuttaa käytäntöä parempaan suuntaan. Toiminnalla voidaan myös saada uutta tietoa työelämässä vallitsevista olosuhteista. Tutkimuksellinen kehittäminen edellyttää tiedon keruuta systemaattisesti ja kriittisesti käytännöstä sekä teoriasta. Erilaisten menetelmien käyttäminen monipuolisesti on tärkeää. Kehittäminen vaatii myös aktiivista vuorovaikutusta yhteistyökumppaneiden suuntaan, sillä se edistää työn etenemistä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 18.)

### 4.2 Kehittämistyön eteneminen

Kehittäminen alkoi yhteydenotoilla yhteistyökumppaneihin, joille esiteltiin epävirallisesti alustavia suunnitelmia uuden kehittämisestä. Samalla yhteistyökumppanit kykenivät kertomaan omia mielipiteitään ja näkemyksiään aihealueesta, joista lähteä kehittämään prosessia. Ensimmäisten kohtaamisten jälkeen sovittiin tapaaminen moniammatillisesti, missä työstettiin yhdessä ajatuksia aivoriihimenetelmän avulla. Tapaamisessa päätettiin myös linjaukset alkusyksystä 2019 tapahtuvaa mittarin pilotointia varten. (Liite 1).

**Foresight framework** on Salminen-Tuomaalan (2018) mukaan kehittämisen työkalu, jonka tarkoituksena on hahmottaa kehittämiseen liittyvien vaiheiden sisältö osittain visuaalisessa muodossa. Siihen kuuluu viisi erillistä vaihetta, joita ovat perspektiivin hahmottaminen, mahdollisuuksien tunnistaminen, ratkaisujen hahmottaminen, uudenlaisen toimintamallin rakentaminen ja viimeisenä visiointi sekä selkeiden linjojen luominen.

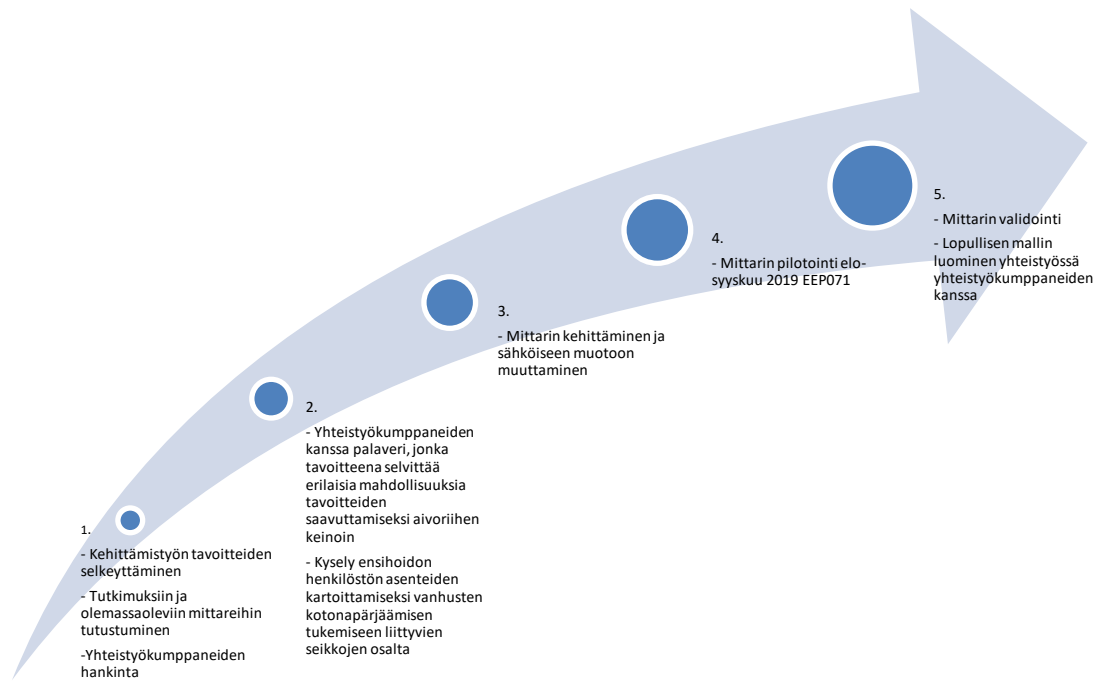
Alla olevassa kuviossa (Kuvio 1) kuvataan tätä prosessia kehittämistyön osalta. Siinä ensimmäisenä kohtana näkyy kehittämisen tavoitteet ja tutustuminen olemassa olevaan tietoon aihepiiristä sekä lisäksi yhteydenotot ennakoita valittuihin

mahdollisiin yhteistyökumppaneihin, jotka voisivat hyötyä projektissa mukana olosta.

Toisesta kohdasta käy ilmi ensimmäiset konkreettiset kontaktit yhteistyökumppaneiden kanssa erikseen ja lopulta saman pöydän ääressä. Tavoitteena oli kartoittaa ammattilaisten näkemyksiä mahdollisuuksista kehittämisen tavoitteisiin pääsemiseksi. Tämä tapahtui yhteisen aivoriihen muodossa ja tuloksena syntyi malli, jolla voitiin lähteä toteuttamaan pilotointia. Toisena tärkeänä asiana suunnitelmassa oli kartoittaa ensihoitajien vallitsevia asenteita havainnoida tehtävillä muitakin asiakkaaseen liittyviä seikkoja kuin tehtäväkoodin antama ensisijainen syy. Tämä tapahtui kyselylomakkeen avulla Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun Seinäjoen ensihoitoasemalla työskenteleville ensihoitajille. Tällä oli tutkijan mielestä merkitystä pohdittaessa esimerkiksi koulutustarpeen määrittelyä jatkossa tulevan mittarin käytössä.

Kolmas ja neljäs kohta olivat mittariin liittyvää kehittämistä ja muokkaamista helpokäyttöiseksi pilotointia varten. Sähköiseen muotoon laittaminen oli tarkoitus tapahtua liittämällä lomake liitteeksi ensihoitokertomukseen. Neljännessä kohdassa pilotointi toteutettiin ensihoidon päivystysyksikön alue-ensihoitajien toimesta elosyyskuussa 2019.

Pilotoinnin aikana kerätty data analysoitiin kohdassa viisi. Lisäksi mittarista mahdollisesti havaittavat puutteet tai epäkäytännöllisyydet oli mahdollista muokata paremmin vastaamaan tarkoitusta. Lopullinen malli toiminnan jatkamiselle päätettiin marraskuussa 2019 yhteistyökumppaneiden kanssa järjestetyllä tapaamisella. Tapaamisen yhteydessä käytettiin SWOT-analyysia apuna selvitetäessä seikkoja, jotka olivat menneet hyvin ja mihin tulisi vielä jatkossa kiinnittää enemmän huomiota toimivuuden parantamiseksi. Saatujen tulosten perusteella muodostettiin konsensus lopullista raportin kirjoittamista varten sekä pohja mallin skaalaamiseen koskemaan koko Etelä-Pohjanmaan maakuntaa.



Kuvio 1. Foresight Framework-kaavio kehitystyön etenemisestä

### 4.3 Havainnoinnin apuna käytettävän mittarin kehittäminen

Kehitettävä mittari luotiin kahden valmiina olevan mittarin pohjalta. Niistä muokattiin ensihoitajille käytettävä yksinkertainen kokonaisuus.

Vajaaravitsemuksen osalta käyttökelpoisimmaksi osoittautui Mini Nutritional Assesment (MNA)-mittari. Mittarin lyhyttä versiota suositellaan käytettäväksi sairaalahoidon aikaiseenkin ravitsemustilan arviointiin (Jämsen ym. 2015).

Kyseinen mittari vaikutti toimivalta löytämään pienellä vaivalla riskitilanteessa elävän ikäihmisen. Lisäksi MNA-mittarin ohjeita saa muokata vapaasti kulloistakin tarkoitusta varten sopivaksi. Kysymykset ovat validoituja, minkä vuoksi niitä ei saa muokata. Seulovien kysymysten määrä on lisäksi pieni, mikä nopeuttaa käyttöä ja on sen vuoksi hyvä ensihoitajien käyttöön.

Kaatumisen vaaran arviointiin käytettiin ensimmäisessä toimijoiden yhteisessä aivoriihessä esiin nousutta FROP-Com Screen -mittaria (Falls Risk for Older people). Mittari perustuu Australiassa tehtyyn tutkimukseen (Russel ym. 2009), jonka tarkoituksena oli kehittää ennakoiva mittari tunnistamaan päivystyksessä olevien potilaiden tarvetta tarkempaan arviointiin ja hoitoon kaatumisen riskin kohoamisen vuoksi. Tutkimuksesta saatuna tuloksena mittaria voitiin pitää

verrattain hyvänä kaatumisten ennakoijana. Lisäksi mittari sopi myös ajallisesti rajoittuneisiin tilanteisiin löytämään korkeassa kaatumisen riskissä olevat potilaat.

Tämän mittarin käyttämistä suositteli lisäksi Ikäkeskuksen fysioterapeutti, jonka mukaan mittari on käytössä heilläkin yhtenä osana arvioitaessa ikäihmisten kotona pärjäämistä. Tästä yhteydestä katsottiin olevan hyötyä myös jatkossa vertailtaessa ensihoidon havaintoja esimerkiksi kotihoidon tekemiin vastaaviin havaintoihin. Kehittämistyön keinoista käytettävimmiksi tähän työhön osoittautuivat kokeilukulttuuri, Foresight framework, aivoriihi ja SWOT-analyysi.

## **4.4 Menetelmien esittely**

### **4.4.1 Kokeilukulttuuri**

Kokeilukulttuurista käytetään eri lähteissä myös nimitystä kokeileva kehittäminen. Kokeilevasta kehittämisestä puhuvat myös Poskela ym. (2015, 12) työ- ja elinkeinoministeriön raportissa. Kokeilevalla kehittämisellä viitataan uudenaikaiseen tapaan kehittää erilaisia tuotteita, palveluita sekä poliittisia toimenpiteitä. Tyypillisenä piirteenä kokeiluille on se, että saavutettava uusi tuote tai palvelu muotoutuu kokeiluprosessin aikana. Ero perinteiseen kehittämiseen tulee siinä, että perinteisessä kehittämisessä suunnittelu sekä kehittäminen suoritetaan pitkälti ilman kontaktia kohderyhmään. Vasta loppuvaiheessa kehittämistä tuodaan uusi malli pilotoitavaksi kohdejoukkoon. Perinteisessä mallissa kokeilu tarkoittaa oikeastaan vain sitä, että toimiiko uusi asia vai ei. Kokeilevassa kehittämisessä korostuukin, että kehitettävä asia muokkautuu prosessin kuluessa kohti lopullista muotoaan. Toisin sanoen kokeilevassa kehittämisessä ei tuoda pilotoitavaksi valmista mallia, vaan se kehittyy prosessin aikana. Tämä tarkoittaa, että kehitettävä asia tuodaan prosessiin hyvin aikaisessa vaiheessa. Tällöin tuleva kohderyhmä pääsee ottamaan tuntumaa mahdollisesti vasta idea-asteella olevaan kehitykseen ja antamaan omia ehdotuksia siihen. Muokkauksen jälkeen kohderyhmällä on taas mahdollisuus oman mielipiteen antamiseen. Tätä kutsutaan iteratiiviseksi kehittämiseksi eli vaiheittaiseksi kehittämiseksi. Kokeilua voidaan siis pitää perinteistä kehittämistä ketterämpänä ja nopeasyklisempänä prosessina.

Kokeilukulttuurille asetetuista sosiaalisen ympäristön vaatimuksista Berg, Hilden ja Lahti (2014, 14) kuvaavat, että ympäristön tulee kannustaa kokeiluihin. Toiseksi sen täytyy hyväksyä kokeiluille tyypilliset ominaisuudet, kuten suunnittelun vähäisyyden sekä suuren riskin epäonnistumiseen. Tavoiteltavana voidaankin pitää kokeilumyönteistä yhteiskuntaa, jossa on kannustimia tehdä kokeiluja ja niitä tehdään yleisesti eri yhteyksissä sekä tasoilla.

#### **4.4.2 Aivoriihi**

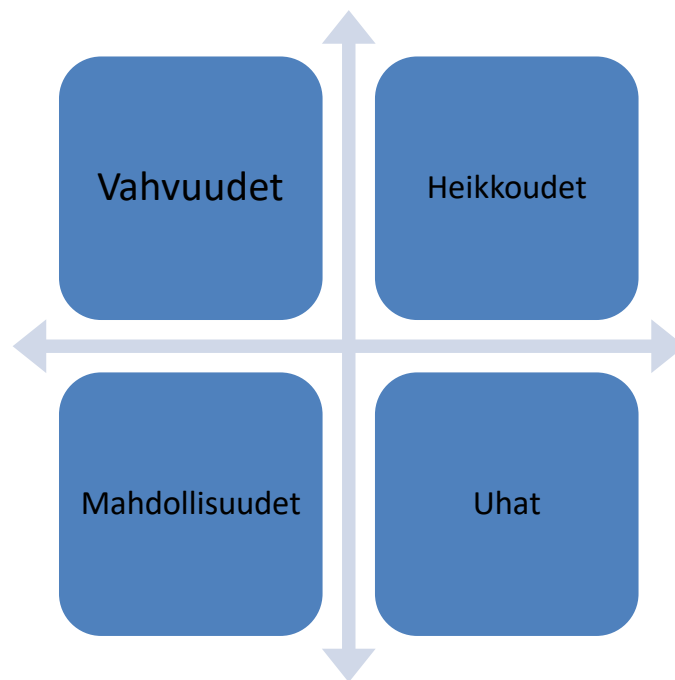
Aivoriihellä tarkoitetaan toimintaa, jolla kyetään tuottamaan luovia ratkaisuja erilaisiin ongelmallisiin kysymyksiin ryhmätyön avulla. Aivoriihessä voidaan selvittää tämänhetkistä tietämystä jostakin asiasta tai etsiä ratkaisua jonkin tietyn haasteen kohdalla. Ideoiden saavuttamiseksi vaaditaan yhteinen näkemys siitä, mihin ollaan pyrkimässä. Tämä tarkoittaa tavoitteen ja tarkoituksen selvittämistä etukäteen. Näin toimimalla uusien ideoiden ja ratkaisumallien löytäminen aivoriihityöskentelyllä mahdollistuu. (DIGMA 2019.)

Käytännön toteutus alkaa ratkaistavan ongelman kartoittamisella, jonka jälkeen aivoriheen osallistuvan ryhmän jäsenet osallistuvat keskusteluun tuomalla omia ideoita ja mahdollisia ratkaisumalleja muiden osallistujien tietoon. Esiin nousevien ideoiden kritisointi on tässä vaiheessa kiellettyä. Ideat kirjataan jatkoa varten ylös. Aikaa vaiheeseen on syytä käyttää vain 5-10 minuuttia. Seuraavaksi siirrytään karsimaan esiin nousseita ideoita keskustelemalla niistä. Tässä vaiheessa saa kritisoida esiin nousseita asioita ja etsiä hyviä asioita, joita voidaan kehittää eteenpäin tai yhdistellä keskenään. Osa ideoista saatetaan hylätä kokonaan. Lopulliset ideat kirjataan ylös, mistä seuraa lopulta päätös tai toimintamalli, jolla jatketaan eteenpäin. (DIGMA 2019.)

#### **4.4.3 SWOT-analyysi**

SWOT-analyysin on alunperin kehittänyt Albert Humphrey. Se on yksinkertainen ja hyödyllinen työkalu erilaisten projektien, toiminnan ja hankkeiden suunnittelussa. Sillä voidaan kehittää koko toimintaa kaikessa laajuudessaan tai yksittäistä

palvelua. Lisäksi se soveltuu myös ideoiden jatkokehittelyyn. SWOT-analyysi on nelikenttämenetelmä, joka koostuu vahvuuksien, heikkouksien, mahdollisuuksien ja uhkien arvioinnista. SWOT tulee englanninkielisistä sanoista strengths, weaknesses, opportunities ja threats. Nelikentässä vahvuudet ja heikkoudet kuvaavat sisäisiä ja mahdollisuudet ja uhat ulkoisia tekijöitä. Nelikentän vasen puoli kuvaa myönteisiä tekijöitä, kun taas oikea puolisko negatiivisia tekijöitä. SWOT-analyysissä kenttiin kirjoitetaan yhteisesti niitä seikkoja, joiden oletetaan vaikuttavan puitavaan asiaan kentän otsikon kuvaamalla tavalla. Tämän jälkeen tulokset analysoidaan yhteisesti. Analysoinnin jälkeen on ensiarvoisen tärkeää tehdä päätelmiä. Päätelmien perusteella pyritään määrittelemään esiin nousseiden vahvuuksien hyödyntämistä jatkossa ja kuinka heikkouksia voidaan muokata vahvuuksiksi. Lopullisena tuloksena saadaan aikaiseksi toimintasuunnitelma, jonka perusteella voidaan jatkaa eteenpäin. (Innokylä, [viitattu 28.5.2019].) (Kuvio 2).



Kuvio 2. SWOT-analyysin nelikenttä

## 4.5 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.5.1 Aineistonkeruu

Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin vuoden 2020 kahdella ensimmäisellä viikolla kyselyllä. Tällä kartoitettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun Seinäjoen asemapaikan operatiivisen henkilökunnan ajatuksia. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa ensihoitajien mielipiteitä ja asenteita liittyen tutkimuksen keskeisiin teemoihin yleisellä tasolla. Seinäjoen asemapaikka valikoitui tutkimuksen kohteeksi, koska kehitettävänä ollut KARA-mittari tullaan ottamaan ensimmäisenä käyttöön heidän toiminta-alueellaan. Tutkimukseen osallistamisen tarkoituksena oli näin ollen myös informoida etukäteen tulevaisuuden muutoksista.

Operatiivinen joukko sisälsi hoitotasoiset ja perustasoiset ensihoitajat sekä heidän lisäksi kenttäjohto- ja lääkäriyksikössä toimivan henkilöstön. Kaikkiaan Seinäjoen asemapaikalla työskentelee noin 90 työntekijää, jotka kuuluvat tutkittavaan joukkoon. Ennakoon oli jo tiedossa, että kyseisestä joukosta vain reilut puolet ovat töissä kyselyn toteuttamisajankohtana. Tähän syynä esimerkiksi erilaiset perhevapaat, opintovapaat sekä vuosilomat. Ensihoito ei ole enää miehinen ala. Naisten osuus on noussut viimeisen kahden vuosikymmenen aikana reilusti. Tämä on havaittavissa myös Seinäjoen asemapaikalla. Voitiin siis olettaa vastaajien sukupuolien olevan melko tasoissa. Työntekijät ovat ammatilliselta taustaltaan ensihoitajia (AMK), ensihoitajia (YAMK), sairaanhoitajia, lähihoitajia sekä lääkäreitä.

Aineistonkeruuta varten laadittiin uusi mittari, koska aiempaa mittaria ei ollut käytössä. Kyselyssä käytetty mittari oli likert-tyyppinen, asenteita kuvaava 5-portainen asteikko, joka sisälsi 7 taustatietokysymystä ja 14 varsinaista tutkimuskysymystä. Heikkilän (2014, 51, 81) mukaan Likert-asteikkoa käytetään mielipideväittämissä. Se on tavallisesti neljästä viiteen -portainen järjestysasteikkotasoinen asteikko. Järjestystasoisella asteikolla muuttujat muodostavat luonnollisen järjestyksen ominaisuuksiensa mukaan.

Kysely toteutettiin paperisella kyselylomakkeella (Liite 3), koska näin oletettiin analysoinnissa käytetyn IBM SPSS for Windows 27 tilasto-ohjelmasta saatavan

hyödyn parhaaksi mahdolliseksi. Toiseksi oletuksena oli luoda vastaajille mahdollisemman vaivaton ympäristö vastata mutkattomaan kyselyyn esimerkiksi kahvin lomassa kahvihuoneessa, jonne lomakkeet oli vastauslaatikkoineen asetettu. Näin siksi, että hektisessä ensihoitotyössä kirjautuminen koneelle ja sähköpostin avaaminen ja esimerkiksi Webropol-linkin avaaminen ja vastaaminen voivat olla työn lomassa erittäin haastavaa.

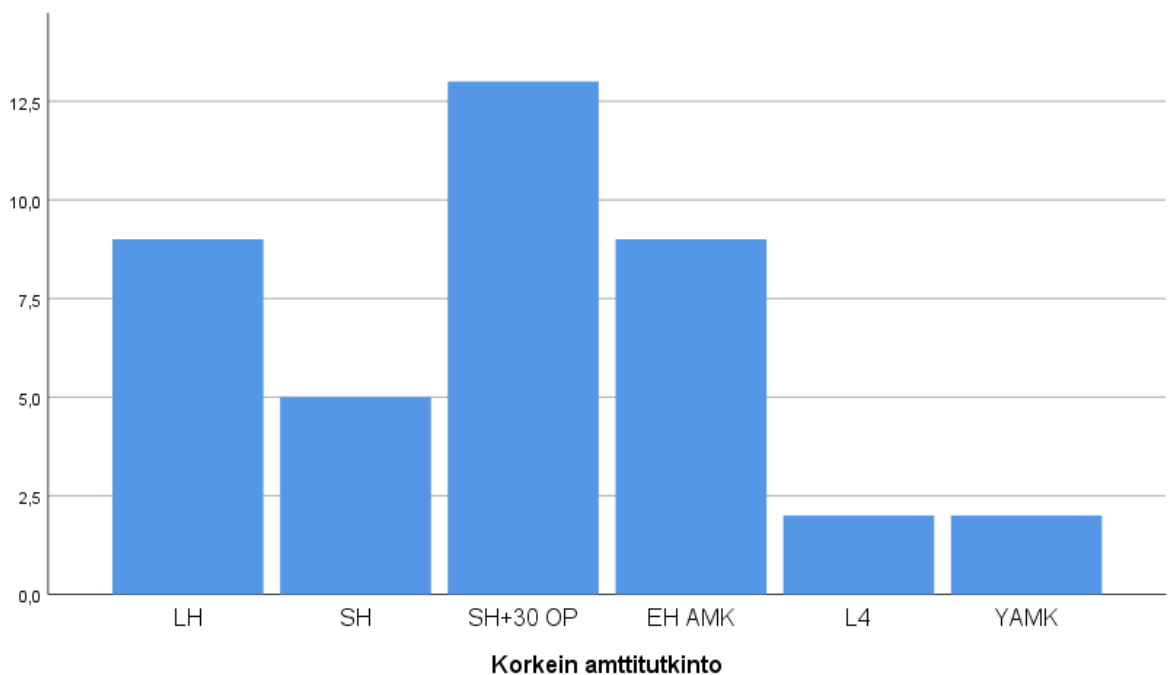
#### **4.5.2 Aineiston analyysi**

Aineiston analysointiin hyödynnettiin IBM SPSS for Windows 27 tilasto-ohjelmaa. Ohjelman etuina voidaan pitää sen monipuolista tuloksien analysointikykyä sekä erilaisten selkeiden pylväiden saatavuutta kuvaamaan erilaisia rikkaitakin aineistoja. Tällöin saatavan materiaalin tarkasteluun sekä arviointiin luodaan hyvät mahdollisuudet. Tutkimuksen kannalta hyödyllisimmiksi muuttujiksi osoittautuivat frekvenssit, prosentit, keskiarvot ja ristiintaulukointi. Ristiintaulukoinnin yhteydessä saatiin myös havainnollistettua tulosten korrelaatiota muuttujien välillä. Tämä tapahtui hyödyntämällä Spearmanin korrelaatiokerrointa, jossa tulosten korrelaatio on sitä parempi, mitä lähempänä arvoa nolla kulloinkin ollaan.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Kyselytutkimukseen vastanneiden taustatiedot

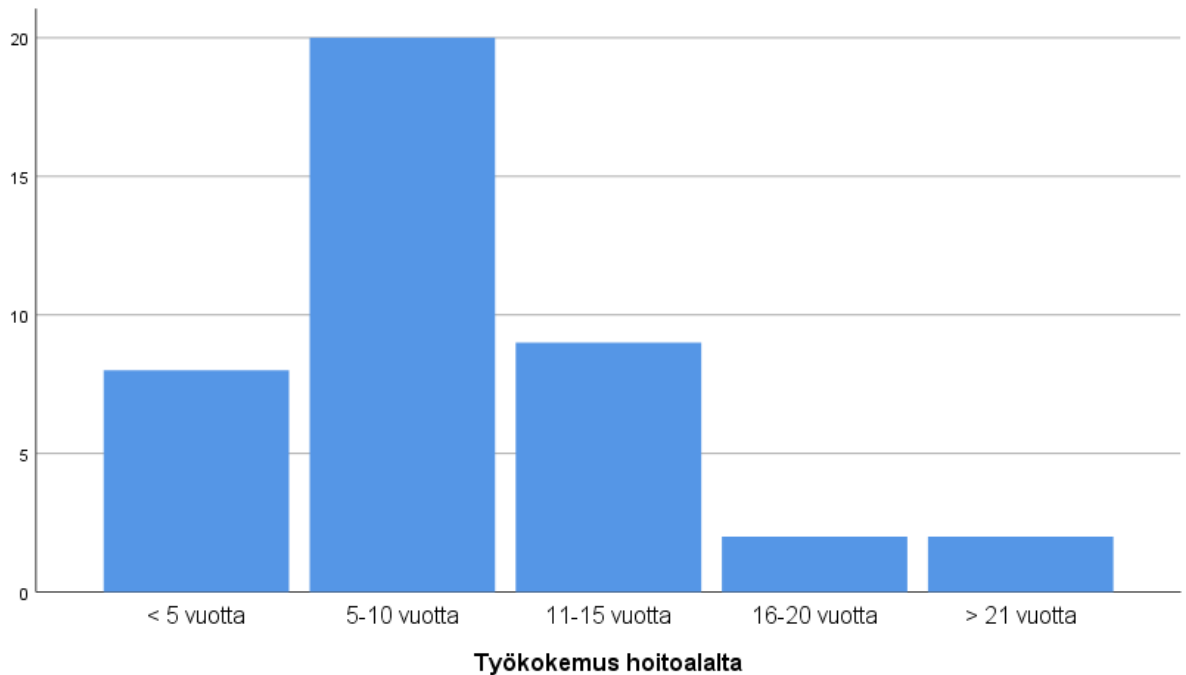
Tutkimukseen saatiin empiirisessä vaiheessa vastauksia kaiken kaikkiaan 41 kpl. Taustakysymysten perusteella vastaajat olivat seuraavanlaisia. Vastaajista 49% (n=20) oli miehiä ja 49% (n=20) naisia. Vastaajista 2% (n=1) ilmoitti sukupuolekseen muu. Ikäryhmät jaoteltiin jo ennen analyysivaihetta viiteen eri ikäryhmään (18-23-, 24-29-, 30-34-, 35-39- sekä yli 40-vuotiaat). Tällä keinolla tavoiteltiin yksittäisen vastaajan yksityisyydensuojan lisäämistä. Vastanneista oman ikänsä kertoi 90% (n=37). Vastanneista 10% (n=4) ei halunnut kertoa oikeaa ikäänsä. Yli puolet vastanneista 59% (n=24) kuului ikäryhmään 24-34-vuotiaat. Vähintään hoitotasolla työskenteleviä vastanneista oli enemmistö 64% (n=26). Perustasolla toimivia oli 33% (n=14). Vastanneista 3% (n=1) jätti korkeimman ammattitutkintonsa kertomatta. (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vastanneiden ammattitutkinto

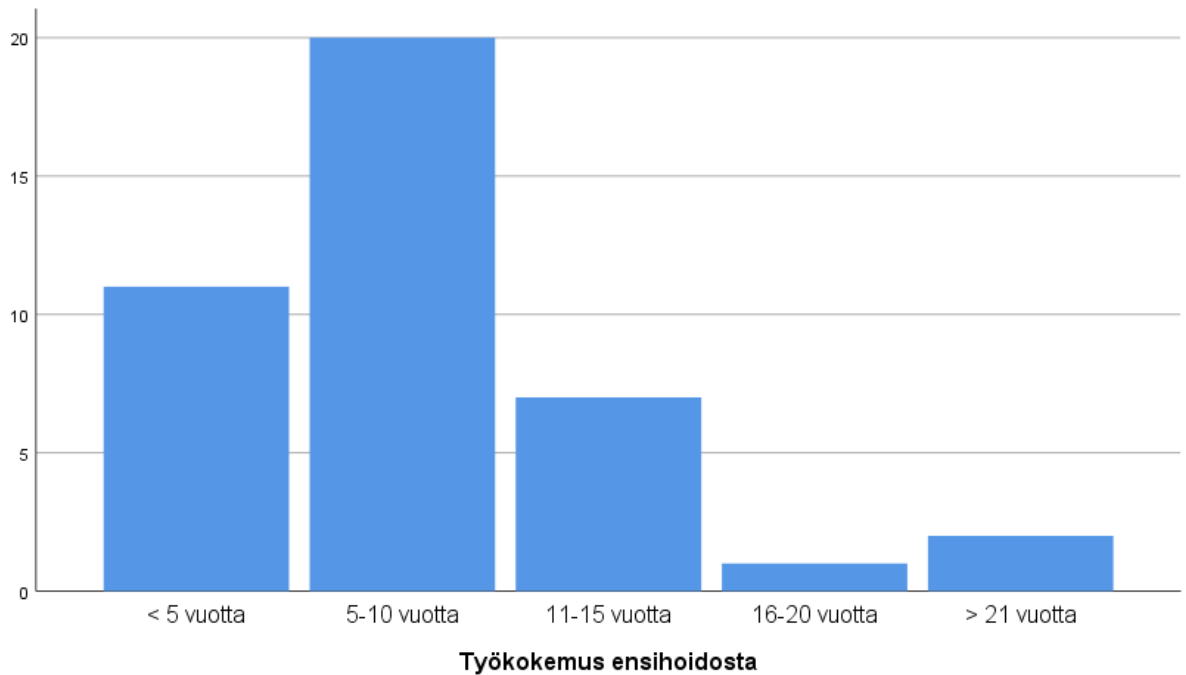
Työkokemus selvitettiin tutkimuksen taustakysymyksissä kolmella erillisellä kysymyksellä. Ensimmäinen kysymys liittyi yleiseen työkokemukseen hoitoalalta,

toinen työkokemukseen spesifisti ensihoidosta ja kolmas työkokemukseen tehtävästä, missä ensisijaisina potilaina ikäihmisiä. Työkokemus jaettiin viiteen eri ryhmään (alle 5 vuotta, 5-10 vuotta, 11-15 vuotta, 16-20 vuotta ja yli 21 vuotta). Työkokemuksesta hoitoalalla voidaan jo todeta, että vastaajat olivat pääsääntöisesti työuransa alkutaipaleella, sillä 68% vastanneista (n=28) kertoi työskennelleensä hoitoalalla korkeintaan 10 vuotta. 11-15 vuotta hoitoalalla olleiden määrä oli 22% (n=9), joten kahteen ylempään luokkaan jäi vain 10% (n=4) vastanneista. (Kuvio 4).



Kuvio 4. Yleinen työkokemus hoitoalalta

Vähäinen kokemus konkretisoitui vielä selkeämmin kysyttäessä työkokemusta ensihoidosta, sillä 76% (n=31) vastanneista kertoo omaavansa korkeintaan kymmenen vuoden työkokemuksen ensihoidosta. Suurin osa vastaajista kuului luokkaan 5-10 vuotta alalla olleet, joiden osuus oli 49% (n=20). (Kuvio 5).



Kuvio 5. Työkokemus ensihoidosta

Kolmantena kohtana kysyttiin erityisesti ikäihmisten kanssa työskentelystä. Tähän kysymykseen vastanneista 51% (n=21) kertoi työskennelleensä tämänkaltaisissa paikoissa. Vastanneista 10% (n=4) ei halunnut avata taustaansa tässä kysymyksessä. Taustatiedoissa kysyttiin vielä siviilisäätyä, josta voidaan todeta, että parisuhteessa tutkituista elää 80% (n=31).

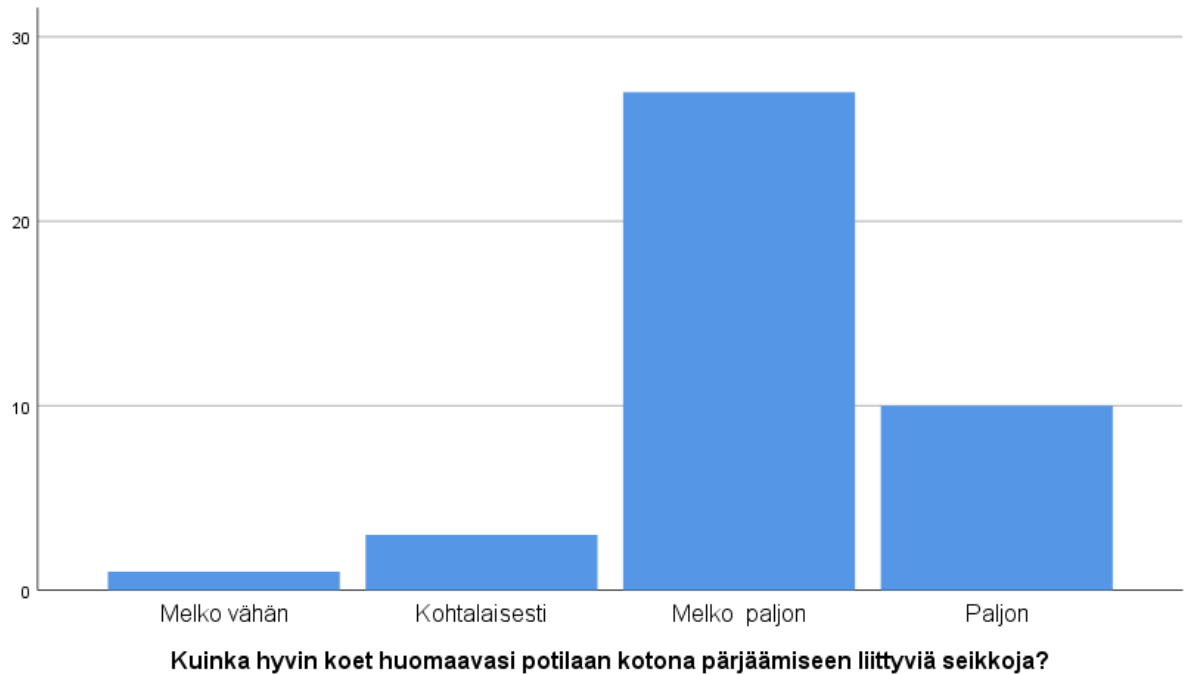
Yleisesti tutkimuksen kysymysten tarkoituksena oli antaa uutta tietoa vallitsevista olosuhteista ensihoitajien keskuudessa ja siitä, kuinka paljon ensihoidon työntekijöillä on tällä hetkellä motivaatiota, taitoa sekä tahtoa olla edistämässä moniammatillisen toiminnan kehittämistä kotona asuvien ikäihmisten pärjäämisen edistämiseksi. Lisäksi haluttiin kartoittaa vastaajien näkemyksiä tulevaisuuden suhteen liittyen omiin työtehtäviin ensihoidossa ja sitä, onko esimerkiksi iällä tai työkokemuksen eroilla vaikutusta tutkimuskysymysten teemoihin suhtautumisessa. Tavoitteena oli löytää vastauksista viitteitä tarvittaviin toimenpiteisiin, joihin ryhtymällä moniammatillista yhteistyötä voidaan kasvattaa ensilinjan toimijoiden (ensihoito) sekä päivittäisten toimijoiden (esim. Ikäkeskus) välillä. Esimerkkinä toimenpiteistä voisivat olla uusien koulutustarpeiden tunnistaminen sekä niiden suunnittelun helpottaminen. Jakamalla työkokemus kolmeen ryhmään oletettiin saatavan parhaiten vastauksia edellä mainittuihin tavoitteisiin. Ristiintaulukoimalla

erilaisia työkokemuksia ja työpaikkoja sekä niitä vertaamalla annettuihin vastauksiin toivottiin saavutettavan tuloksia, joita voitaisiin hyödyntää esimerkiksi koulutuksien suunnittelussa.

### **5.1.1 Vastaajien motivaatio ja asennoituminen vajaanavitsemuksen ja kaatumisriskin tunnistamiseen**

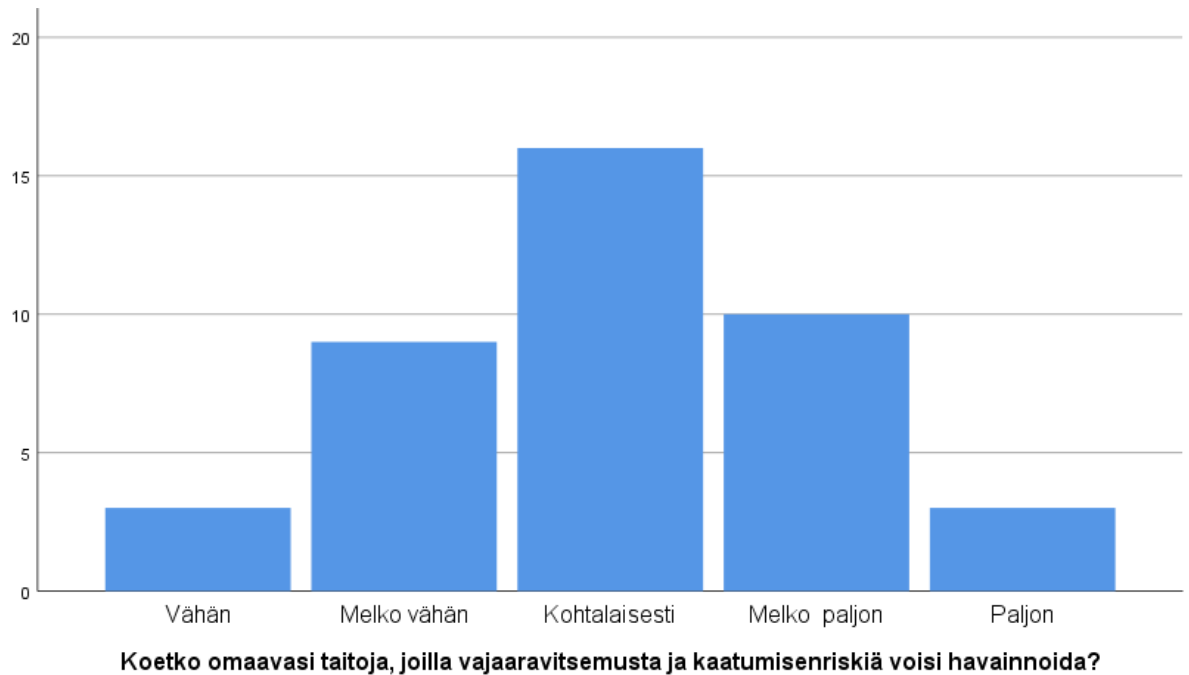
Likert-asteikon tutkimuskysymyksiä oli kaikkiaan 14. Niillä kartoitettiin vastaajien motivaatiota ja asenteita kotona asuvien ikäihmisten ja/tai muuten vajaakuntoisten ihmisten selviytymisen havainnointiin sekä riskin lisääntymisen vajaanavitsemuksen sekä kaatumisen osalta tunnistamiseen. Kysymyksissä kartoitettiin myös näkökulmia moniammatilliseen yhteistyöhön ja tulevaisuuden haasteisiin liittyen.

Vastanneista 95% (n=39) koki olevansa vähintäänkin ”melko paljon” motivoituneita tekemään havaintoja ympäristöstä ensihoitotehtävillä. Jäljelle jääneet 5% (n=2) vastanneista olivat motivoituneita kohtalaisesti. Vastaajista 90% (n=37) koki kykenevänsä havainnoimaan kotona pärjäämiseen liittyviä seikkoja vähintäänkin ”melko paljon” (Kuvio 6). Sanattoman viestinnän tulkitsemista kysyttäessä 34% (n=14) vastanneista piti taitojaan ”kohtalaisena”. Vastaajista 39% (n=16) koki, että heillä on ”melko paljon” sanattoman viestinnän tulkintataitoja. Lisäksi 27% (n=11) vastasi, että heillä on ”paljon” sanattoman viestinnän tulkintataitoja. Läheisten mielipiteen ottaminen huomioon päätöksenteossa tehtävillä oli vastausten perusteella hyvällä tasolla. Vastanneista 76% (n=32) koki huomioivansa ”melko paljon” tai ”paljon” läheisten mielipiteitä. Loput 24% (n=10) olivat merkinneet vastaukseen ”kohtalaisesti”. Seuraavassa kysymyksessä kysyttiin muiden ammattilaisten mielipiteen huomioimisesta. Vastanneista 88% (n=36) koki huomioivansa muiden ammattilaisten mielipiteitä ”melko paljon” tai ”paljon”. Sen sijaan 12% (n=5) koki huomioivansa niitä kohtalaisesti.



Kuvio 6. Kotona pärjäämiseen liittyvien havaintojen tekeminen

Lomakkeen seuraavissa viidessä kysymyksessä kartoitettiin kokemuksia vajaaravitsemusriskin sekä kaatumisen riskin lisääntymisen tunnistamisesta, havainnointikyvystä sekä ko. asioiden tiedusteleminen tehtävillä suusanallisesti. Vastausten perusteella ensihoitajat kokivat tunnistavansa paremmin kaatumisen riskin lisääntymisen kuin vajaaravitsemuksen. Tämä ilmeni siten, että vastaajista 49% (n=20) kertoi omaavansa ”melko paljon” kykyjä havaita kaatumisen riskejä. Lisäksi vastaajista 39% (n=16) koki omaavansa ”paljon” kykyjä havaita kaatumisen riskejä. Kysyttäessä omaa mielipidettä taidoista, joilla vajaaravitsemusta ja kaatumisenriskiä voisi havainnoida, päädyttiin lähes Gaussin-käyrämäiseen jakaumaan, sillä 39% (n=16) vastasi ”kohtalaisesti”, 22% (n=9) ”melko vähän” ja 24% (n=10) ”melko paljon”. Äärilaidat ”vähän” ja ”paljon” olivat tasoissa 7% (n=3) osuuksilla. (Kuvio 7).



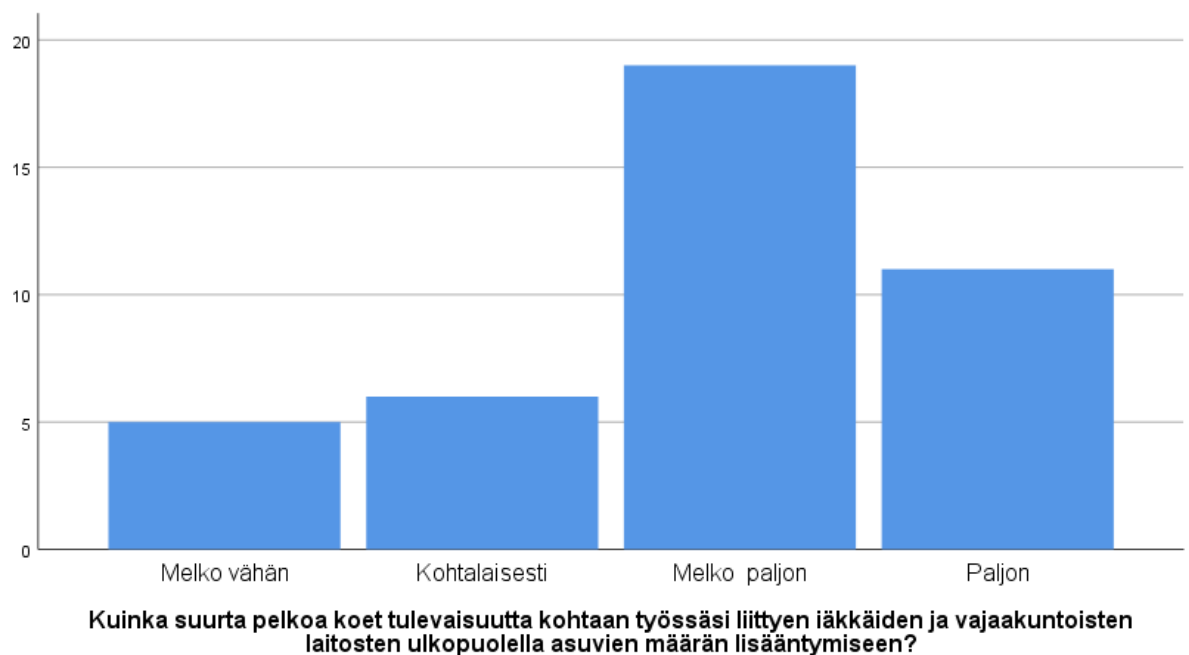
Kuvio 7. Vajaaravitsemuksen sekä kaatumisen riskien havainnointi

Ensihoitajat vastasivat seuraavaksi kahteen kysymykseen, joiden tarkoituksena oli selvittää suusanallista selvittelyä liittyen syömiseen ja juomiseen sekä liikuntakykyyn ja kaatumishistoriaan. Aineiston perusteella ensihoitajat paneutuvat asiaan, koska 68% (n=28) vastanneista kertoi kysyvänsä syömiseen ja juomiseen liittyvistä seikoista vähintäänkin ”melko paljon”. Vastaava luku oli kaatumiseen liittyen vieläkin korkeampi 78% (n=32).

Kyselylomakkeen viimeiset neljä kysymystä käsittelivät ensihoitopalvelun roolia nyt ja tulevaisuudessa sekä ensihoitajien asenteita roolin kehittämiseen. Roolilla peilataan lähinnä tutkimuksen ydinajatukseen kotona asuvien yli 75-vuotiaiden ja/tai muuten vajaakuntoisten ihmisten selviytymisen parantamiseen sekä siihen tukeen, minkä ensihoito voi antaa nyt ja tulevaisuudessa. Kysyttäessä ensihoidon roolia kotona selviytymisen havainnoinnissa vastanneista 93% (n=38) vastasi ”melko paljon”. Ensihoidon hyötyä kotona selviytymisen lisäämiseen kysyttäessä hajonta oli suurempaa. Vähäisenä tai melko vähäisenä hyötyä piti 25% (n=10) vastanneista. Positiivista oli kuitenkin se, että 44% (n=18) vastanneista koki hyödyn olevan vähintäänkin luokkaa ”melko paljon”.

Kysyttäessä mielipidettä tutkimuksen teeman mukaisen kehittämisen tarpeeseen ensihoidossa olivat vastaukset varovaisen myönteisiä, sillä 73% (n=30)

vastanneista valitsi joko ”kohtalaisesti” tai ”melko paljon” omaksi vaihtoehdokseen. Viimeisessä kysymyksessä kysyttiin koetun pelon määrää liittyen tulevaisuuteen ja iäkkäiden sekä muuten vajaakuntoisten kotona asuvien määrän lisääntymiseen. Vastanneista 73% (n=30) koki pelkoa vähintäänkin ”melko paljon” (Kuvio 8). Voitaneen jo todeta tässä vaiheessa, että ensihoitajat ovat ensilinjassa näkemässä yhteiskuntamme muutoksen ja haasteet omilla jokapäiväisillä tehtävillään. Ja tästä johtuen he suhtautuvat siihen kunnioittavasti sekä ovat halukkaita kehittämään omaa työtään suuntaan, mikä auttaisi ehkäisemään niiden haitallisia vaikutuksia.



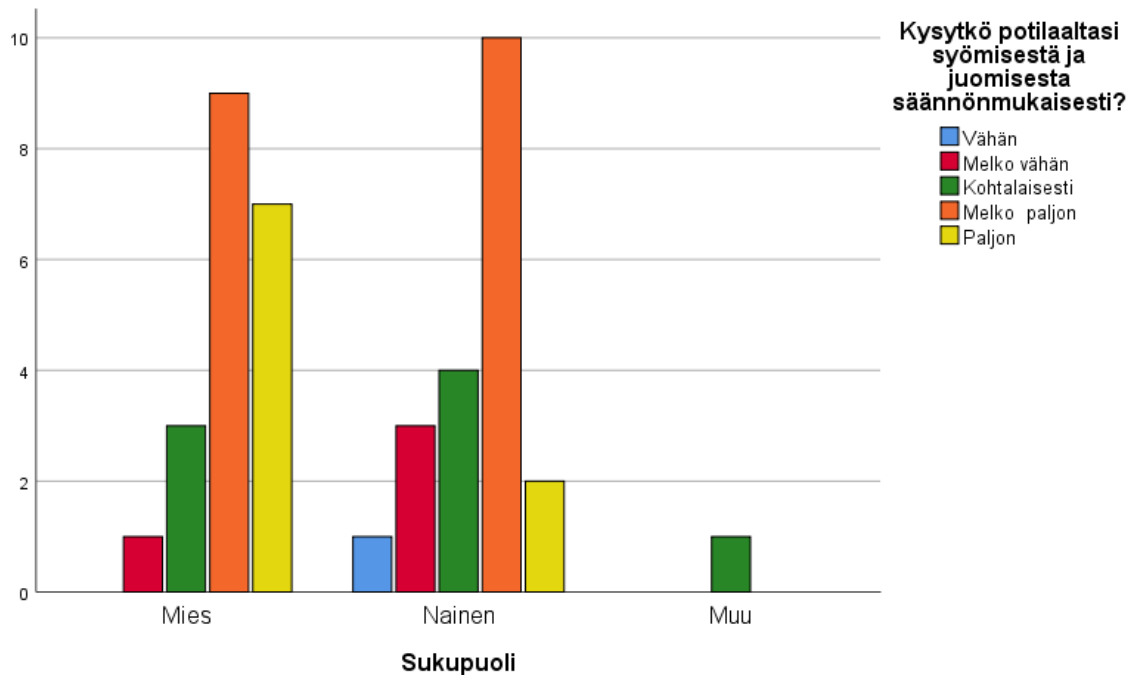
Kuvio 8. Ensihoitajien näkemys liittyen tulevaisuuden haasteisiin

### 5.1.2 Ristiintaulukoinnin tuloksia

Ristiintaulukoinnin yhteydessä nousi esiin jokaisesta taustakysymyksestä kaksi mielenkiintoista tulosta. Niiden merkityksellisyys Spearmanin korrelaatiotestin perusteella vaihteli välillä ,003-,301. Aineistoon paneudutaan taustakysymysjärjestyksessä tarkastellen taustamuuttujien vaikutuksia annettuihin vastauksiin.

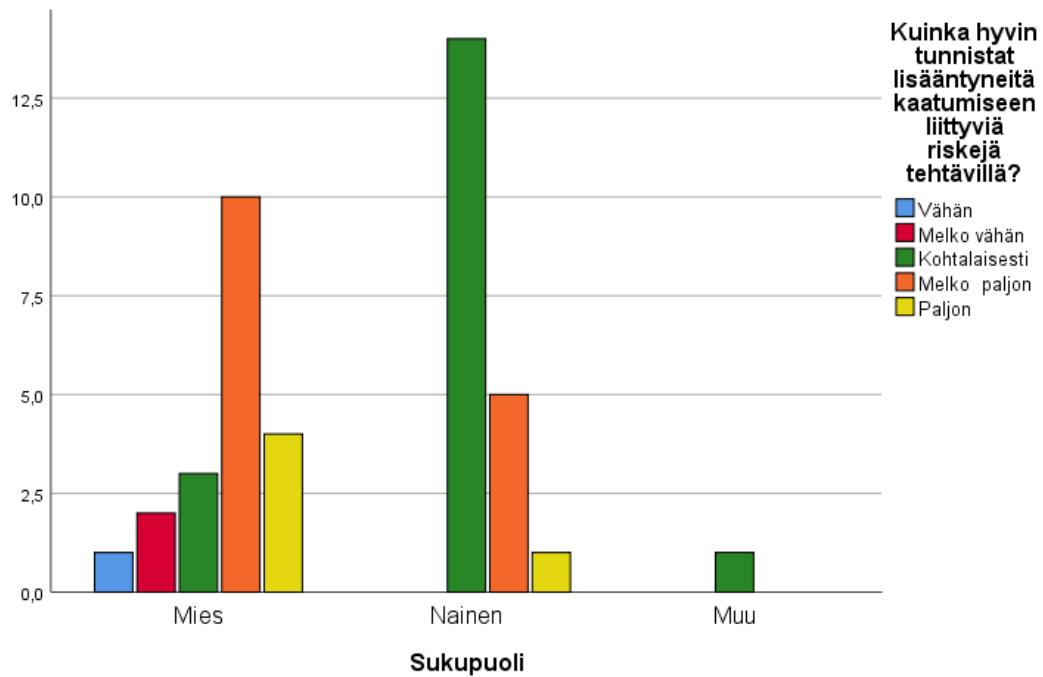
Sukupuoleen liittyvä ristiintaulukointi nosti esiin kaksi varsin merkityksellistä taustamuuttujaan liittyvää eroavaisuutta. Spearman Correlation:n mukaan miehet

ovat naisia parempia vastausten perusteella kysymään potilailtaan syömisestä sekä juomisesta. Tässä kohtaa tunnusluvuksi saatiin ,022, mitä voidaan pitää varsin merkityksellisenä korrelaationa. (Kuvio 9).



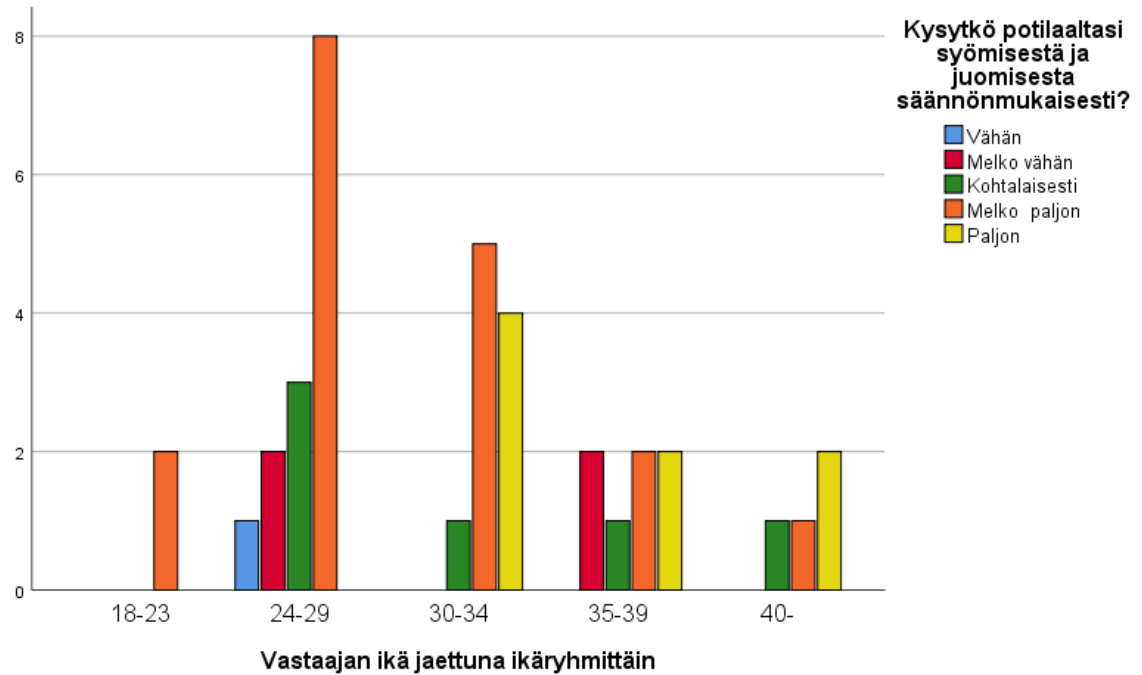
Kuvio 9. Sukupuolen merkitys suhteessa syömisestä ja juomisesta kysymiseen

Toisena merkittävänä sukupuoleen liittyvänä seikkana löytyi eroavaisuus kaatumisen riskien lisääntymisen tunnistamiseen. Tähän kohtaan korrelaatiokerroin antaa tulokseksi ,044. Miehet kokivat tunnistavansa naisia paremmin kaatumisen riskin lisääntymisen. Miehistä 70% (n=14) koki tunnistavansa vähintäänkin ”melko paljon” lisääntyntä riskiä. Vastaavan tuloksen ollessa naisilla 30% (n=6). (Kuvio 10).



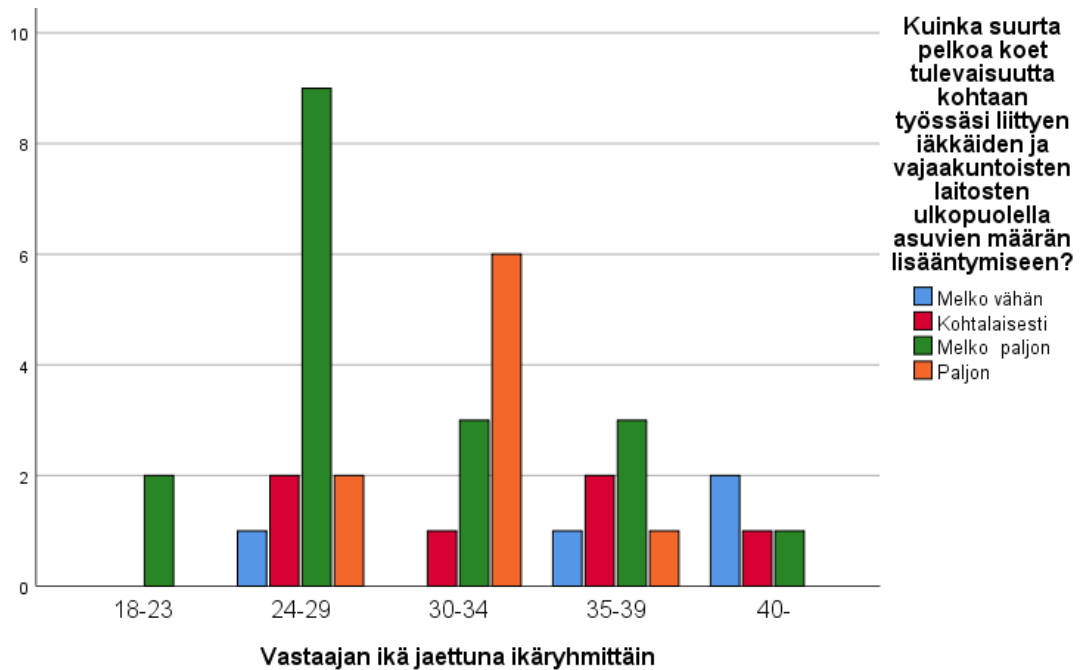
Kuvio 10. Sukupuolen merkitys kaatumisen riskien tunnistamisessa

Vastaajan iän vaikutusta kysymyksiin verrattaessa löytyi Spearmanin korrelaatiotestin mukaan merkityksellisyttä kahdesta kysymyksestä. Tiedustelussa potilaan syömisestä ja juomisesta nousi esiin positiivisesti ikäryhmä 30-34-vuotiaat. Heistä 90% (n=9) kertoi kysyvänsä juomisesta sekä syömisestä vähintäänkin ”melko paljon” korrelaatiokertoimen ollessa kysymyksen osalta ,128. (Kuvio 11).



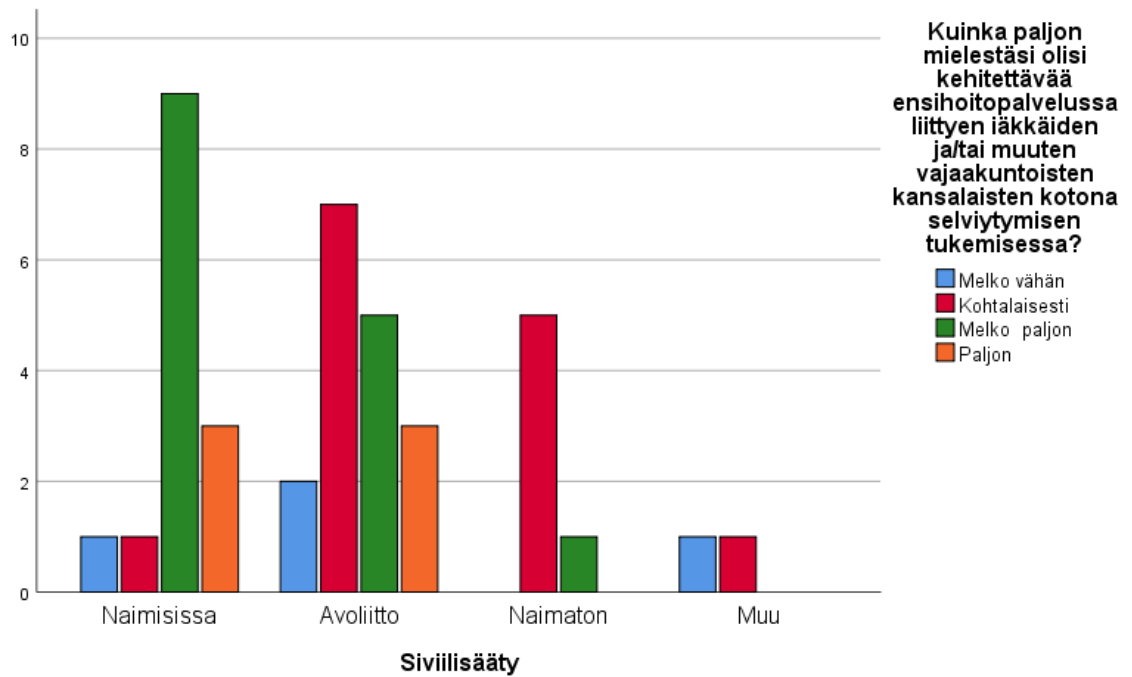
Kuvio 11. Vastaajan iän merkitys syömisestä ja juomisesta kysymiseen

Verrattaessa ikäryhmittäin vastauksia ilmeni koettua pelkoa huonokuntoisten ikäihmisten kotona asumisen selviytymisestä. Korrelaatiokertoimen ollessa ,233. 83% (n=20) 24-34-vuotiaista ensihoitajista kokevat pelkoa vähintäänkin ”melko paljon” tulevaisuutta kohtaan, missä huonokuntoisten ikäihmisten kotona asuvien määrä tulee lisääntymään. (Kuvio 12).



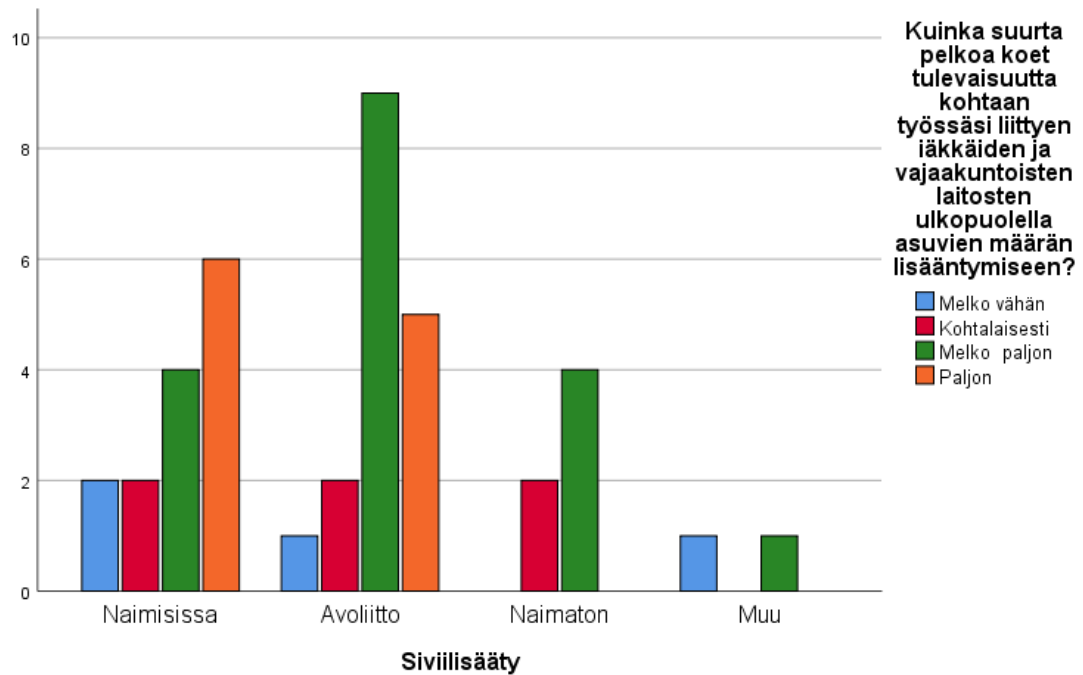
Kuvio 12. Vastaajan iän merkitys suhteessa huoleen tulevaisuutta kohtaan

Siviilisäätyn liittyvästä ristiintaulukoinnista löytyi kaikkein merkityksellisin ,003 tasoinen vaikuttavuus. Se löytyi kysymyksestä, missä kartoitettiin näkemystä ensihoitopalvelun kehittämisen tarpeellisuuteen iäkkäiden ja/tai muuten vajaakuntoisten kotona selviytymisen tukemisessa. Tulos kertoo sen, että naimisissa olevat pitävät tärkeämpänä kehittää ensihoitoa, jotta kotona selviytymistä voitaisiin tukea tehokkaammin tulevaisuudessa (Kuvio 13). Naimattomat kokivat saman asian ”kohtalaisesti” tärkeänä yhtä ”melko paljon” -vastausta lukuun ottamatta.



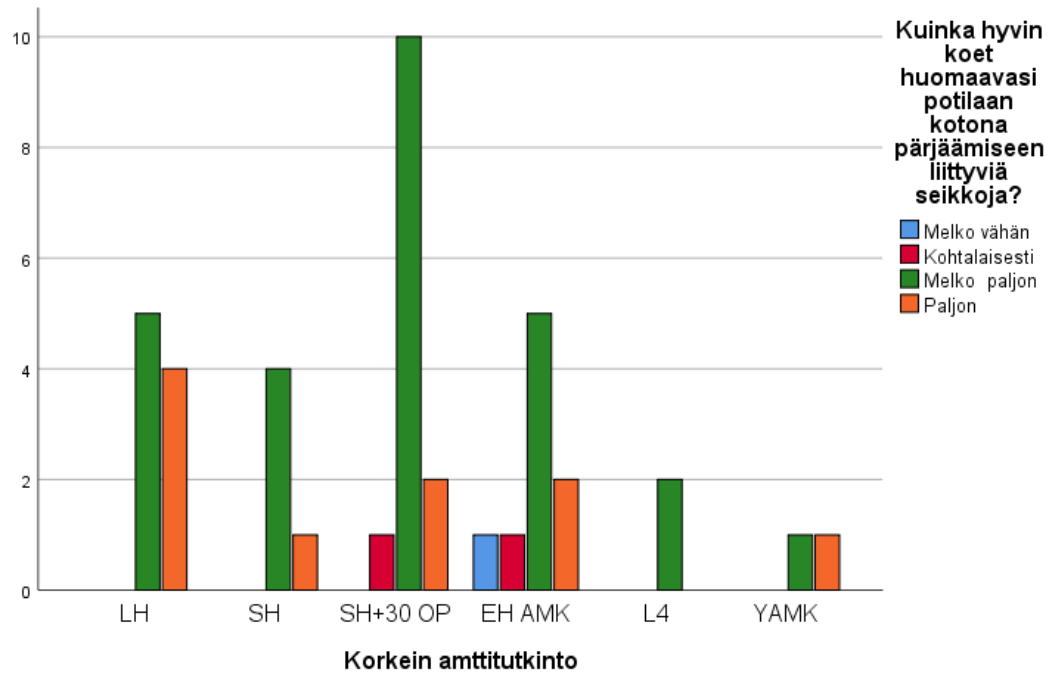
Kuvio 13. Vastaajien näkemys ensihoitopalvelun kehittämisen tarpeesta suhteessa siviilisäätyn

Samankaltainen suhde toistui myös lomakkeen viimeisen kysymyksen kohdalla, jossa selvitettiin tulevaisuuteen liittyviä pelkoja huonokuntoisten ihmisten kotona asumisen lisääntymises. Korrelaatiokertoimen ollessa ,186 parisuhteessa elävistä 35% (n=11) koki pelkoa tulevaisuutta kohtaan ”paljon”. Yksin elävistä vastaajista kukaan ei vastannut ”paljon” esitettyyn kysymykseen. (Kuvio 14).



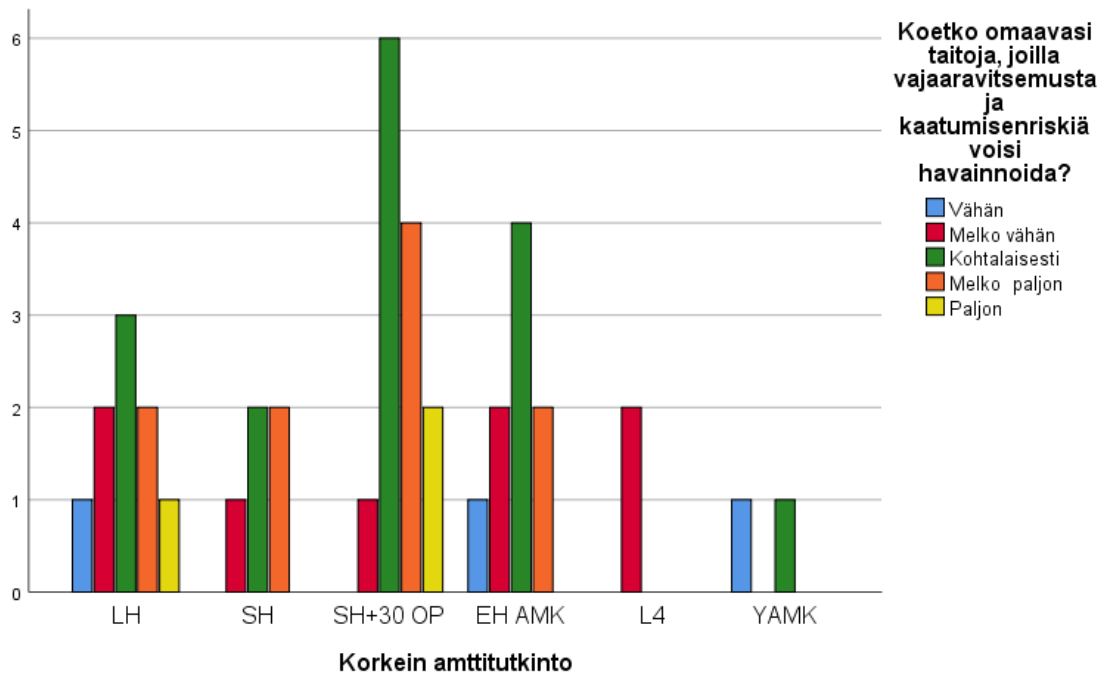
Kuvio 14. Siviilisäädyn merkitys suhteessa huolen määrään tulevaisuudesta

Korkeimpaan ammattitutkintoon liittyvästä kysymyksessä havaittiin lieviä korrelaatioita potilaan kotona pärjäämiseen liittyvien seikkojen havainnointiin sekä vajaaravitsemuksen ja kaatumisenriskin havainnointitaitoja kysyttäessä. Ensimmäiseen kohtaan korrelaatiokertoimeksi tuli ,207 (Kuvio 15). Tässä kohdassa jaettaessa vastaukset ”melko paljon” tai ”paljon” saadaan perustasoisille (LH, SH) ja ylemmät kaksi luokkaa (L4, YAMK) saadaan havainnoinnin tulokseksi 100%. Hoitotasoisilla (SH+30op, EH AMK) eroavaisuuksia saadaan vähän aikaiseksi SH+30op eduksi. Heidän tuloksensa ollessa 92% ja EH AMK vastaavaan 78%.



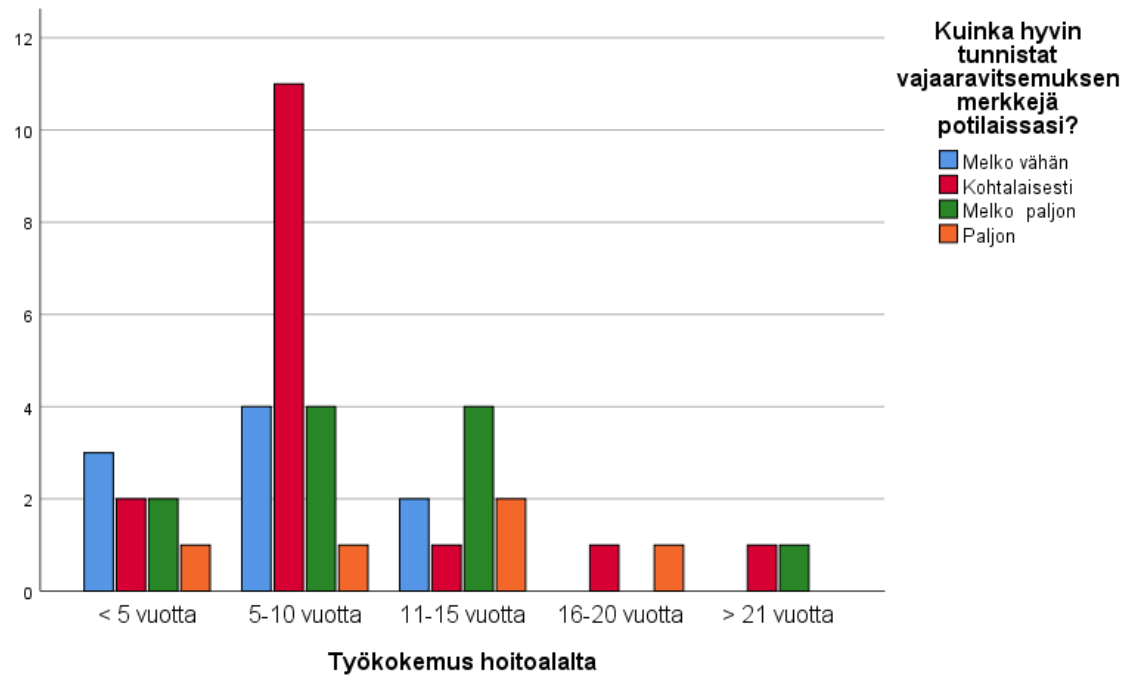
Kuvio 15. Ammattitutkinnon merkitys suhteessa kotona pärjäämisen havainnointiin

Vajaaravitsemuksen ja kaatumisen riskin havainnoimistaitoja kartoittavassa kysymyksessä korrelaatiokertoimeksi saatiin hieman parempi ,183. Perustasoisista 35% (n=5) ja hoitotasoisista 36% (n=8) vastanneista kokivat taitonsa vähintäänkin ”melko paljon” tasoisiksi. L4 ja YAMK tasoista vastaajista kukaan ei kokenut omaavansa ko. taitoja ”melko paljon” tai ”paljon” tasoisesti. (Kuvio 16).



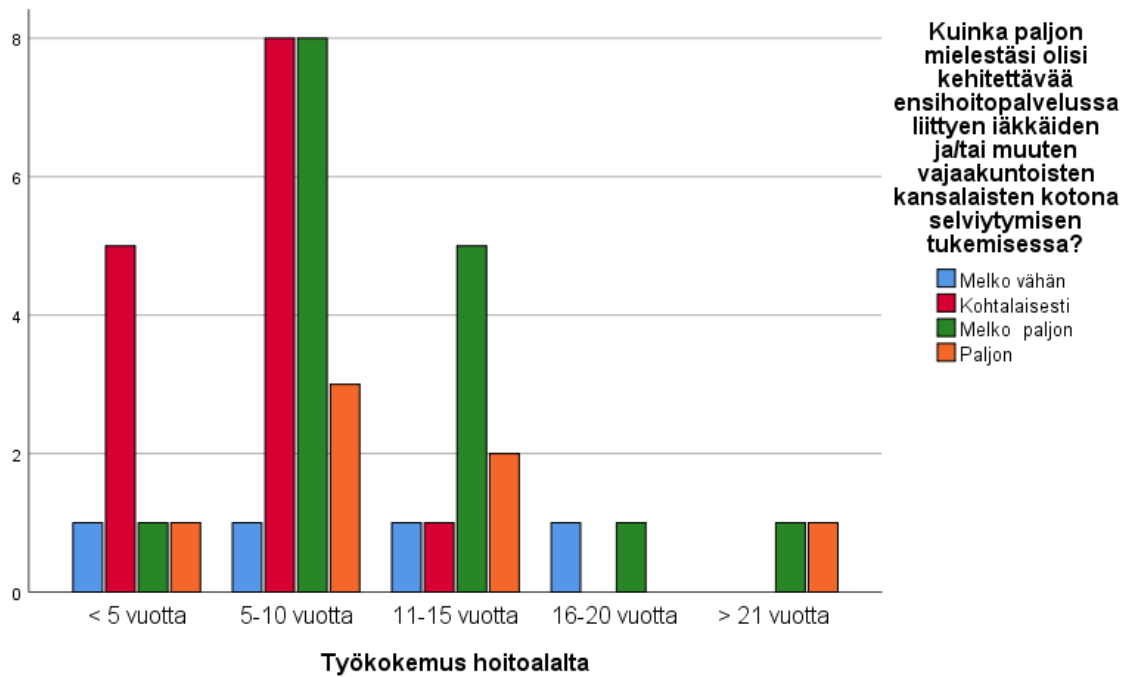
Kuvio 16. Ammattitutkinnon merkitys suhteessa taitoihin havainnoida vajaaravitsemusta sekä kaatumisen riskiä

Tarkasteltaessa kohtaa hoitoalan työkokemus esiin nousi kaksi kohtaa. Ensinnäkin kyvykkyyttä tunnistaa vajaaravitsemuksen merkkejä kysymyksessä 64% (n=7) 11-20 vuotta kokemusta omaavista vastasi vähintäänkin ”melko paljon” vastaavan luvun ollessa 10 vuotta tai alle olevassa ryhmässä 28% (n=8). Enemmän työkokemusta omaavien osalta vastaajamäärä oli niin alhainen, että tuloksia ei ole järkevää verrata edellä mainittujen ryhmien kanssa. Korrelaatiokertoimeksi tämän kysymyksen osalta saatiin ,120. (Kuvio 17).



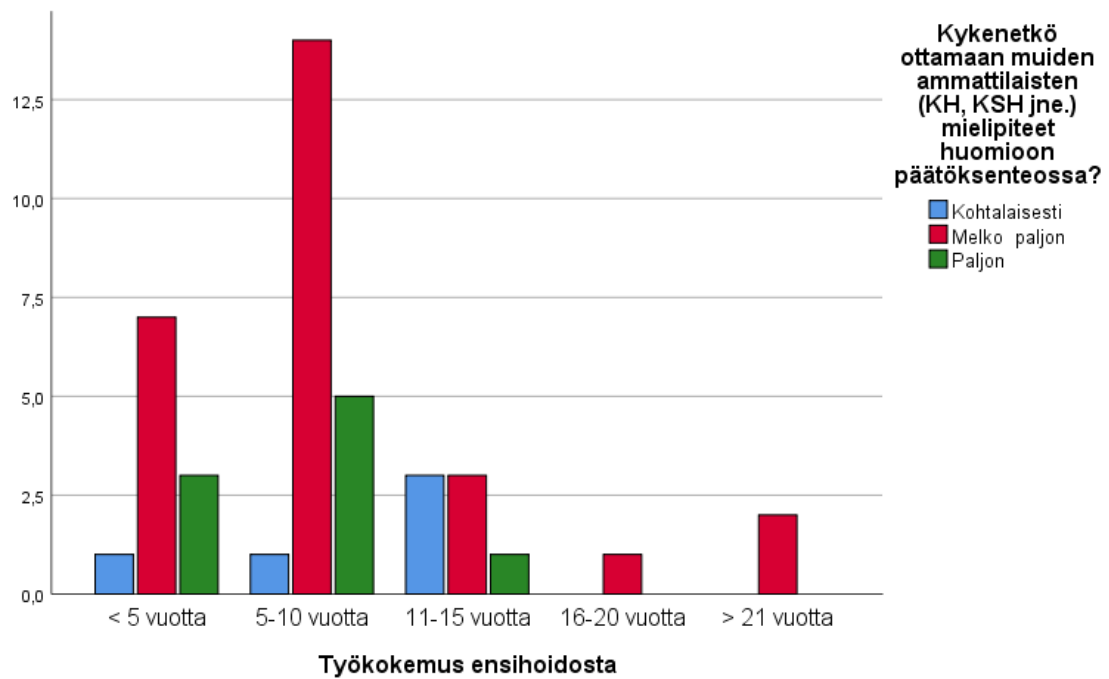
Kuvio 17. Yleinen työkokemus hoitoalalta suhteessa vajaaravitsemuksen tunnistamiseen

Toisena kohtana työkokemuksesta esiin nousi tarve kehittää ensihoitopalvelua kotona selviytymisen tukemisessa. Jaettaessa vastaajat työkokemuksen perusteella 10 vuotta tai alle, 11-20 vuotta sekä 21 vuotta ja yli -ryhmiin voidaan todeta selkeän trendin löytyvän. ”Melko paljon” tai ”paljon” vastanneiden osuus 46% (n=13) oli pienin vähiten kokemusta omaavien joukossa. Keskivaiheilla tulos oli jo 73% (n=8). Pisimmän kokemuksen omaavista tulos olikin jo 100% (n=2), mutta joukon ollessa vähäinen tulee se huomioida lopullista tulosta arvioitaessa. Korrelaatiokertoimeksi kysymyksen osalta saatiin kuitenkin ,097, mikä vahvistaa myös havaintoa. (Kuvio 18).



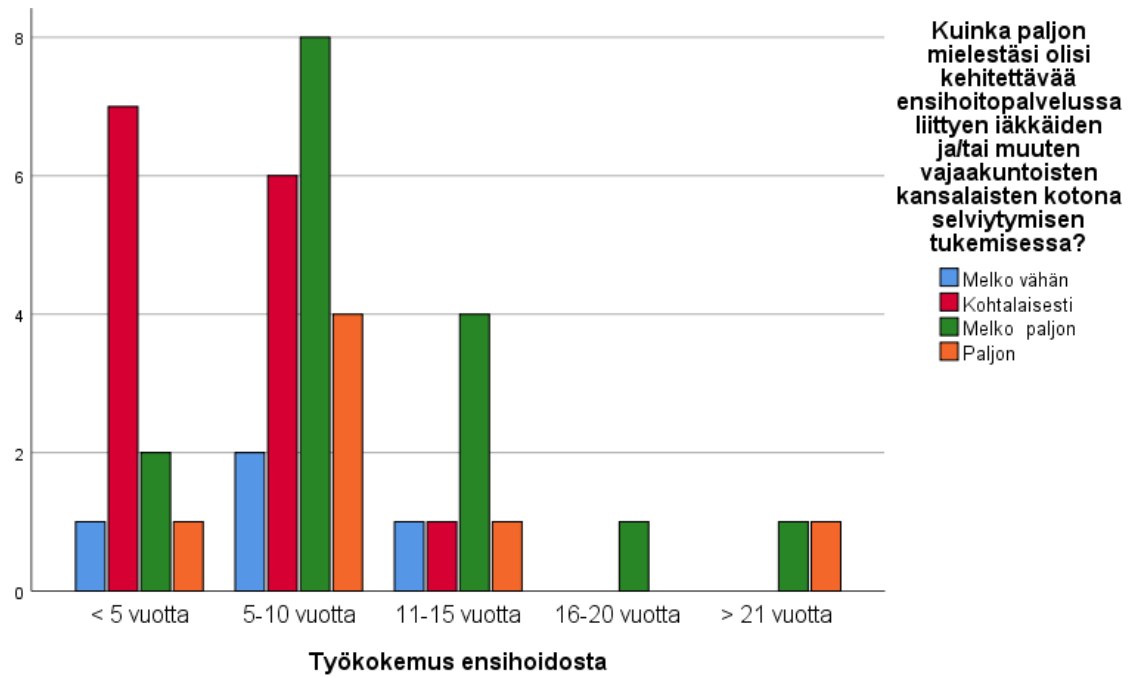
Kuvio 18. Yleinen työkokemus hoitoalalta suhteessa näkemykseen kehittämisen tarpeesta ensihoidossa

Työkokemus ensihoidosta -kohdasta esiin nousi ensimmäisenä kysymys, missä kartoitettiin ensihoitajan kykyä ottaa vastaan muilta ammattilaisilta (kotihoito, kotisairaanhoido jne.) mielipiteitä omassa päätöksenteossa. Korrelaatiokertoimeksi saatiin ,180. Yleisesti voidaan todeta, että mitä vähemmän on työkokemusta ensihoidosta, sitä paremmin kykenee ottamaan vastaan muiden ammattilaisten mielipiteitä tilanteesta. ”Paljon” -kohtaan vastauksia tuli alle 5 vuotta kokemusta omaavien kohdalla 27% (n=3), 5-10 vuotta työskennelleistä 25% (n=5) ja 11-15 vuotta 14% (n=1). 16 vuotta ja yli kokemusta omaavista yksikään ei vastannut huomioivansa ”paljon” muiden ammattilaisten mielipiteitä. (Kuvio 19).



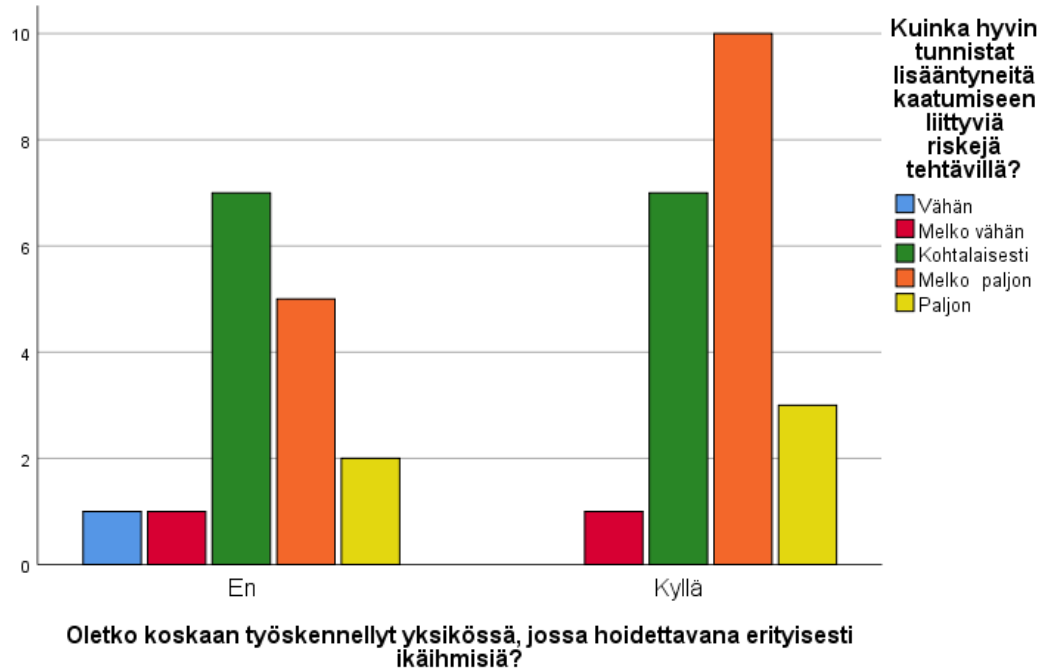
Kuvio 19. Työkokemus ensihoidosta suhteessa kykyyn ottaa huomioon muiden ammattilaisten mielipiteet päätöksenteossa

Toisena kohtana ensihoidon työkokemuksen mukaan jaotellusta ryhmästä nousi esiin näkemys ensihoidon kehittämisen tarpeesta. Huomionarvoista on se, että tässäkin kohtaa kokemuksen lisääntyminen lisäsi myös halua kehittää ensihoitopalvelua suuntaan, missä kyettäisiin tukemaan tutkimuksen teeman mukaisen väestön kotona selviytymistä. Korrelaatiokertoimeksi saatiin ,049, mikä lisäsi havainnon merkityksellisyyttä. Alle 5 vuotta ensihoidossa työskennelleistä vähintään ”melko paljon” vastasi 27% (n=3). Sama luku oli 5-10 vuotta työskennelleillä 60% (n=12) ja 11-15 vuotta 71% (n=5). Yli 16 vuotta työskennelleistä kaikki (n=3) olivat sitä mieltä, että ensihoitoa olisi syytä kehittää kysymyksessä mainittuun suuntaan. (Kuvio 20).



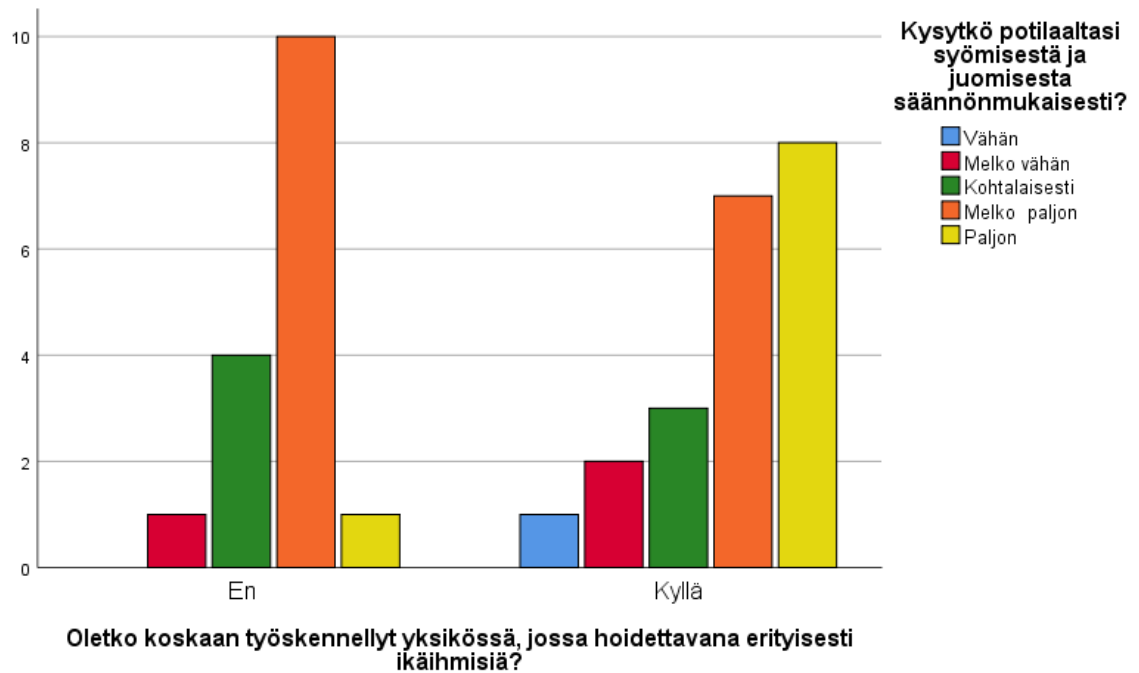
Kuvio 20. Työkokemus ensihoidosta suhteessa näkemykseen kehittämisen tarpeesta ensihoidossa

Ikäihmisten parissa jossain vaiheessa työuraansa työskennelleistä ensihoitajista löytyi myös lievää eroavaisuutta heihin, jotka eivät olleet työskennelleet heidän parissaan. Nimittäin kaatumiseen liittyvien riskien lisääntymisen tunnistamisessa 62% (n=13) ”kyllä” -vastanneista kertoi tunnistavansa vähintäänkin ”melko paljon”. Vastaava luku ”ei” -vastanneiden puolella oli 44% (n=7). Tämä tarkoittaa Spearman Correlation -kertoimeksi kokonaisuudessaan muutettuna ,301. Tätä ei voitane pitää mitenkään merkityksellisenä. (Kuvio 21).



Kuvio 21. Vastausten eroavaisuudet suhteessa aiempaan työskentelyyn ikäihmisten parissa – kaatumiseen liittyvien riskien tunnistaminen

Toisena esiin nousi kohta syömisestä ja juomisesta kysyminen. 72% (n=15) työskennelleistä kertoi kysyvänsä syömisestä ja juomisesta vähintäänkin ”melko paljon”. Ei työskennelleistä vastaava luku oli 69% (n=11). Korrelaatiokertoimeksi kysymyksen osalta saatiin ,245. Mielenkiintoiseksi vastausten jakauman tekee se, että ikäihmisten parissa työskennelleistä 14% (n=3) ilmoitti kysyvänsä ”vähän” tai ”melko vähän”. Samaan aikaan ”ei” puolen joukossa vain yksi ihminen vastasi ”melko vähän” ja ”vähän” ei yksikään. (Kuvio 22).



Kuvio 22. Vastausten eroavaisuudet suhteessa aiempaan työskentelyyn ikäihmisten parissa – syömisestä ja juomisesta kysyminen

## 5.2 Tulosten yhteenveto

Tavoitteena kyselyllä oli kartoittaa vallitsevaa tilannetta kohderyhmän ensihoitajilla kiinnittäen huomiota motivaatioon ja osaamiseen vajaaravitsemuksen ja kaatumisenriskien lisääntymisen kasvamisen havainnoinnissa. Kiireettömillä ensihoitotehtävillä kysyttiin erityisesti ensihoitajien tahtoa olla edistämässä moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä teeman ympärillä sekä luoda käsitys kohderyhmän ajatuksista tulevaisuudessa eteen tulevia haasteita kohtaan. Tarkoituksena oli löytää mahdollisesti seikkoja, joita voitaisiin esimerkiksi koulutuksen keinon parantaa tulevaisuudessa.

Taustatietokysymysten vastauksia tarkasteltaessa kiinnittyy huomio ennakoltakin arvioituun sukupuolten tasoittumiseen ensihoidossa. Vastaajat jakautuivat sukupuolen suhteen käytännössä tasan. Poikkeuksena yhden vastaajan ilmoittama sukupuoli ”muu”. Tämä kuvaa hyvin ensihoidossa vallitsevaa tasa-arvoisuutta työntekijöiden sukupuolen suhteen. Lisäksi taustatietoja kartoitettavista kysymyksistä löytyy huomioitava seikka, mikä on verrattain lyhyt työkokemus sekä nuori ikä. Tämäkin oli ennakoitavissa, koska nykyinen, sairaanhoitopiirin hallinnoima malli on

aloittanut toimintansa vuoden 2013 alusta. Tällöin uusien työsuhteiden määrä Etelä-Pohjanmaalla ensihoitoon lisääntyi merkittävästi edeltävään monituottajamalliin verrattuna. Tämä oli seurausta ensisijaisesti työvuoroaikamuutoksista. Niin kutsuttu varallaolo poistui ja siirryttiin aktiiviyöhön. Varallaoloa käytettiin erityisesti yksityisellä palveluntuottajalla säännönmukaisesti. Rekrytoinnin tuloksena uusia nuoria työntekijöitä aloitti verrattain suuri määrä. Tämä näkyy edelleen vinoumana tutkimuksen vastauksissa työkokemukseen ja ikään liittyvissä vastauksissa. Esimerkiksi yleistä hoitoalan työkokemusta oli kertynyt enintään 10 vuotta 68% ja ensihoidon työkokemusta enintään 10 vuotta 76% vastanneista. Positiivisena seikkana vastauksista käy ilmi, että 51% vastanneista kertoi työskennelleensä ikäihmisten parissa ennen ensihoitoon siirtymistä. Mainittakoon, että 80% ensihoitajista elää parisuhteessa. Tällä huomiolla oli vaikutusta tarkasteltaessa erityisesti tulevaisuuden haasteita peilaavien kysymysten ristiintaulukointia.

Tulosten perusteella ensihoitajat kokivat yleisellä tasolla hallitsevansa hyvin kotona pärjäämiseen liittyvien seikkojen havainnoinnin. Kysymyksessä, jossa kartoitettiin kykyä havainnoida vajaanaravitsemuksen ja kaatumisenriskin lisääntymistä saatiin sen sijaan mielenkiintoinen Gaussin käyrämainen pylväikkö. Epäröintiä omista taidoista oli havaittavissa. Tätä havaintoa vahvisti vielä ristiintaulukoinnin yhteydessä tulos, missä vain vähän reilu kolmannes vastaajista koki taitonsa vähintäänkin "melko paljon" -tasoiseksi. Voidaan siis todeta, että ensihoitajille koulutusintervention suorittaminen vajaanaravitsemuksen riskin sekä kaatumisen riskin lisääntymisen osalta on tarpeellista. Prosessia helpottanee KARA-mittarin käyttöönotto päivittäiseen työhön.

Ristiintaulukoinnin yhteydessä miehet kokivat olevansa parempia kysymään syömisestä ja juomisesta kuin naiset. Kaatumisen riskiäkin miehet kokivat tunnistavansa paremmin. Ikäryhmistä 30-34-vuotiaat kokivat kysyvänsä tehokkaimmin syömisestä ja juomisesta, kun taas 24-34-vuotiaat olivat kaikkein huolestuneimpia tulevaisuuden kehityksestä ja kotona asuvien ikäihmisten määrän lisääntymisestä. Tätä voidaan pitää kiinnostuksen osoituksena heiltä, joilla on vielä paljon työuraa jäljellä. Yleisesti ottaen voidaan myös todeta, että parisuhteessa elävät näkivät ensihoidon kehittämisen kotona selviytymistä tukevampaan suuntaan tarpeellisempänä kuin yksinelävät ensihoitajat. Toinen parisuhteeseen liittyvä

havainto oli, että he kokivat myös huolta tulevaisuutta kohtaan enemmän kuin yksineläjät.

Aikaisempi työkokemus ikäihmisten kanssa näyttäisi myös korreloivan jonkin verran parempaan kykyyn tehdä havaintoja. Tämä kävi ilmi syömisestä ja juomisesta kysymisessä sekä lisääntyneiden kaatumisenriskien havainnoinnissa. Voidaan siis pitää etuna, että ensihoidossa työskentelevällä on taustallaan myös työkokemusta muista paikoista, erityisesti ikäihmisten parista.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Kehittämisen tuloksena saatiin aikaiseksi kaksi erillistä asiaa. Ensimmäisenä KARA-mittari, jolla ensihoitajat kykenevät kiireettömällä ensihoitotehtävillä arvioimaan nopeasti yli 75-vuotiaiden kotona asuvien ja/tai muuten vajaakuntoisten vajaaravitsemuksen ja kaatumisriskin lisääntymistä. Toiseksi kyettiin luomaan ensilinjan toimijoiden (ensihoito) ja paikallisen ikäihmisten palveluita hoitavan tahon (Ikäkeskus) välille moniammatillinen viestin välitysjärjestelmä. Tässä ensihoito kykenee tekemään päivittäisessä toiminnassaan havaintoja, jotka tiedotetaan tarvittaessa Ikäkeskuksen tietoon. Heillä aktivoituu tämän jälkeen omat erityisosaamista vaativat prosessit kotona asuvan ihmisen tukemiseksi.

Mitä tavoitteita ei kehittämistyön aikana vielä saavutettu? Alkuperäisenä ideana oli tehdä mittarista sähköinen. Käytännössä tämä olisi tarkoittanut liitettä sähköiseen ensihoitokertomukseen. Tavoitteen mukaan ensihoitajan ei olisi tarvinnut kuin täyttää liitteenä oleva KARA-mittari ja painaa tämän jälkeen ”lähetä-painiketta”, jolloin huolen aiheuttanut mittari olisi siirtynyt sähköisesti Ikäkeskuksen käyttöön. Tämän mallin toteuttamiseen on jo olemassa lupa, mutta aikataulullisista syistä tietotekniikka ei ehtinyt mukaan. Asiaan kuitenkin palataan lähitulevaisuudessa, kun malli laajennetaan kattamaan koko Etelä-Pohjanmaan aluetta.

Tarkasteltaessa yleisellä tasolla yhteiskuntaamme ja peilaamalla niitä tämän tutkimuksen teemoihin on helppo löytää seikkoja, jotka tukevat ikäihmisten palveluiden kehittämistä monella eri rintamalla. Tässä työssä on niistä keskitytty erityisesti terveydenhuollon ensilinjan toimijoiden antaman ”herätteen” tehostamiseen muiden ammattilaisten käyttöön siten, että tieto ylittäisi mahdollisimman tehokkaasti terveyden- ja sosiaalihuollon välisen tiedonsiirtoon liittyvän ongelman. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2019) vanhuspalvelujen tila-seurantatutkimuksessa todetaan useitakin faktoja, joiden perusteella vanhuspalveluja tulee kehittää jatkuvasti. Asiakasmäärät tulevat kasvamaan väestön ikääntyessä. Toukokuussa 2018 vanhuspalveluita käytti 93000 ikäihmistä. Heistä 57% oli kotihoidon piirissä. Viimeisen parin vuoden aikana lukumäärä oli

noussut 4000 ihmisellä. Työntekijöitä vanhushuoltopalveluissa on 45000, joista kotihoidossa työskentelee 35%. Tästä seuraa, että kaikkialla maassamme ei ole tutkimuksen mukaan kotihoidon palvelut riittävällä tasolla. Kyselyn mukaan 46% vanhushuoltopalveluista vastaavista henkilöistä kertoi omalla alueellaan olevan kotihoidossa riittämättömyyttä. Kotihoidossa tunnustetaan myös asiakkaiden jatkuvasti heikkenevä yleisvointi, mistä seuraa se, että paljon palveluja tarvitsevien määrä kasvaa. Tästä esimerkkinä lisääntyneiden päivystyskäyntien määrä kasvu ja kotihoidon terveydenhuollolta tarvittavan määrän lisääntyminen.

Moniammatillisen yhteistyön tiivistämisellä voi olla mahdollista myös vaikuttaa talouteen, hoitohenkilökuntaan sekä asiakastyytyvyyteen. Esimerkkinä tästä Mylläri, Kirsi & Valvanne (2014, 33), jotka tutkimuksessaan iäkkäiden hakeutumisessa päivystykseen totesivat ammattihenkilöiden olevan avainasemassa palveluiden tarkoituksenmukaisemmassa kohdentamisessa. Päivystys on tarkoitettu välitöntä apua tarvitseville tai kiireellisille potilaille. Muiden tapausten hoitaminen päivystyksessä aiheuttaa vain turhia kustannuksia. Tutkimuksessa mainitaan terveydenhuollon ja kotihoidon henkilökunnan osaamisen lisääminen koulutuksen avulla määrittämään paremmin päivystyspalvelujen tarve tapauskohtaisesti. Kyseiseen tutkimukseen viitaten voidaan todeta ensihoidonkin kuuluvan tähän moniammatilliseen joukkoon, jonka yhteistyöllä tulevaisuudessa kyettäneen tekemään parempia ja taloudellisia resursseja säästäviä valintoja hoitolaitosten ulkopuolella asuvien hoidossa.

## **6.2 Empiirinen kysely ensihoitajille**

Tutkimuksen empiirinen osuus toteutettiin vuoden 2020 kahden ensimmäisen viikon aikana. Kyselyyn vastasi 41 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun Seinäjoen asemapaikan ensihoitajaa. Vastausten määrää voidaan pitää hyvänä, vaikka työntekijöiden määrä on virallisesti luokkaa 90 ensihoitajaa. Tämä johtuu siitä, että odotusarvollisesti kyseisenä ajankohtana töissä on ollut arviolta 50 eri ihmistä. Kysely toteutettiin paperisella lomakkeella, joka koostui 7 taustakysymyksestä ja 14 monivalintaisesta Likert-tyyppisestä viisiportaisesta asenteita mittaavasta kysymyksestä. Tarkoituksena oli kartoittaa ensihoitajien

asenteita, taitoja, tietoja ja käsityksiä vajaaravitsemuksen ja kaatumisenriskien havainnointiin ensihoitotehtävillä. Lisäksi kyselyllä selvitettiin näkemyksiä liittyen tulevaisuuden haasteisiin.

Yhdysvalloissa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa (Brydges, Denton & Agarwal 2016) oli selvitetty asiakkaiden ajatuksia ensihoitopalvelun erilaisista rooleista. Esimerkkinä kyvystä toimia terveyden edistäjänä. Tutkimus oli suuntautunut enemmän Community Paramedic -tyyppiseen toimintaan. Tällä ei kuitenkaan ole merkitystä, koska taustalla oleva ammatti on sama. Heidän tutkimuksessaan selvisi, että asiakkaat arvostivat ensihoitajien kykyä luoda välittävä ja luotettava suhde asiakkaisiinsa. Toiseksi ensihoitajat kykenevät toimimaan terveyden edistäjinä ammattitaustansa pohjalta. Kolmanneksi asiakkaat arvostivat sitä, että mikäli akuutti terveyshuoli iskee kohdalle, on ensihoitajilla kyky vastata niihinkin ongelmiin. Voidaan siis todeta, että tavanomaisen ensihoitoyksikön ensihoitajista kyetään ottamaan halutessa enemmän irti tulevaisuudessa.

Tämä löydös oli nähtävissä myös kyselyn vastauksissa. Ensihoitajilla oli havaittavissa taitoa havainnoida monipuolisesti ikäihmisten kotona selviytymistä. Tämä yhdistettynä ymmärrykseen siitä, että vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja kaatumisenriskien havainnointi eivät ole vielä riittävällä tasolla. Löydettiin vastausten perusteella selkeä koulutukseen liittyvän intervention tarve. KARAMittariin perehdytyksen yhteydessä on koulutettava ensihoitajille vajaaravitsemukseen ja kaatumisen riskien lisääntymiseen liittyviä seikkoja.

Tulevaisuuteen liittyvät kysymykset käsittivät karkeasti kaksi pääteemaa, jotka olivat kehittämistarpeet ensihoidossa ja huoli tulevaisuutta kohtaan. Kumpaankin pääteemaan ensihoitajat suhtautuivat lähes yhdenmukaisesti. Ensihoidon kehittämistarpeet liittyen ikäihmisiin oli tunnistettu ja niihin suhtauduttiin yleisesti ottaen positiivisesti. Pelkoa lisääntyneeseen ikäihmisten määrään laitosten ulkopuolella koettiin myös paljon. Tämän voidaan katsoa liittyvän vastaajien jokapäiväiseen työhön, missä viiteryhmä on jo tänä päivänäkin yliedustettuna.

### 6.3 KARA-mittarin toimivuus

Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla toteutetun kehittämistyön tuotoksen, KARA-mittarin, onnistumista arvioitaessa nousee esiin neljä erillistä kohtaa. Mittarissa itsessään on integroituna kaksi erillistä, aiemmin valmiina ollutta mittaria. Näitä ovat MNA (The Mini Nutritional Assessment) sekä FROP-COM screen (Falls Risk For Older People). Näiden valintojen onnistumista tarkastellaan sekä sitä, kuinka hyvin mittariin liitetyt vapaan sanan osiot ovat vastanneet tarkoitusta. Viimeisenä asiana vielä moniammatillinen konsensus mittarin toimivuudesta. Onko mittarin käyttö ollut tuloksellista pilotoinnin antamien kokemusten perusteella? Mitä haasteita liittyy tulevaisuuteen mittaria jalkautettaessa laajemmalle käyttäjäkunnalle?

MNA (The Mini Nutritional Assessment) on jo pitkään ollut käytössä arvioitaessa vajaaravitsemuksen esiintymistä. Tästä kertoo muun muassa Guigoz, Laugue & Vellas (2002) tutkimuksessaan vajaaravitsemuksen riskien tunnistamisesta ikäihmisillä MNA-mittarin avulla seuraavasti. Mittari kykenee osoittamaan vajaaravitsemuksen riskien kasvamista jo ennen kuin esimerkiksi painoindeksi muuttuu normaalitasosta tai laboratoriotutkimuksissa näkyy erityistä. Sillä on todettu kyettävän ennustamaan hoidon tuloksellisuutta ja hintaakin. Sen antamien tulosten avulla on voitu myöskin kohdentaa interventioita heille, joista on noussut huoli mittarin käytön jälkeen. Esimerkkinä omissa kodeissa asuvat ikäihmiset.

Näillä perusteilla vajaaravitsemuksen riskin tunnistamisen helpottamiseksi ensihoidon tehtävillä MNA-mittarin hyödyntäminen on ollut perusteltua. Lisäksi huomionarvoista on se, että mittarin käyttö on nopeaa ja vaivatonta seulovien kysymysten määrän ollessa varsin pieni. Pilotoinnin aikana voitiin todeta, että kysymyksiin vastaaminen ei aiheuttanut tutkittaville ongelmia. Tätä voidaan pitää tärkeänä asiana käyttöä laajennettaessa ja uusia ensihoitajia mittarin käyttöön kouluttaessa.

KARA-mittarin toisena kaatumisen riskin tunnistamiseen liittyvänä osana toimii FROP-Com screen (Falls risk for older people) -mittari. Tutkimuksen pilotoinnissa paljastui yksi huoli, mikä liittyi kaatumisen riskin lisääntymiseen. Mascarenhas ym. (2019) toteavat FROP-mittarin olevan hyödyllinen väline tunnistamaan kaatumisen

riskitekijöitä ja niiden avulla kohdistamaan räätälöityjä interventioita vähentämään kaatumisia tulevaisuudessa. Sillä ei kuitenkaan kyetä luokittelemaan suuressa kaatumisen riskissä olevien kaatumisen riskiä.

Vapaata sanaa on mahdollista KARA-mittarissa käyttää molempien seulojen mittarien yhteydessä. Tämän tarkoituksena on antaa mahdollisuus kulloisellekin täyttäjälle tarkentaa vallitsevia olosuhteita. MNA-mittarin osalta kyseeseen tulevat lähinnä vallitsevat ruokailutottumukset. Mitä henkilö syö ja mistä ruoka tulee? Onko ruokapalvelu käytössä vai käykö henkilö itse kaupasta hakemassa ruokansa? Tällä voidaan myös ongelmatilanteiden ilmetessä viestiä tarkemmin yhteistyökumppanin suuntaan havaituista ongelmista ravitsemuksessa. Jääkaapin sisältö kertoo joskus paljon mahdollisista ongelmista ravitsemuksen suhteen. Lupaa kysymällä ja sen saamalla asukkaalta voi sinnekin katsoa. Samankaltainen ajatus koskee myös kaatumisenriskin lisääntymisen osuutta. Siinä voidaan tarkentaa kodin ympäristöstä ja liikkumisesta nousseita huolenaiheita, muun muassa käytettävän apuvälineen soveltuvuutta ikäihmiselle tai kokonaan sen puutetta. Ympäristön soveltuvuutta voidaan kuvata esimerkiksi havainnoimalla puutteita tarvittavista tuista kylpyhuoneessa tai valaistuksessa ulkotiloja unohtamatta. Vapaan sanan osuus on siis tärkeä, koska sillä kyettäneen useissa tilanteissa tarkentamaan lisääntyneen huolen taustoja.

Viimeisenä kohtana kuvataan tutkimuksen moniammatillisen yhteistyötiimin näkemyksiä KARA-mittarin toimivuudesta pilotoinnin tuomien kokemusten kautta. Pilotointi toteutettiin suunnitelmien mukaisesti elo-syyskuussa 2019 EEP071 -yksikön eli ensihoidon päivystysyksikön toimesta. Kyseessä olevana ajankohtana yksikkö joutui olemaan poissa valmiudesta ainakin yhtenätoista erillisenä ajankohtana. Poissaoloajat vaihtelivat yhdestä tunnista aina kokonaiseen työvuoroon asti. Myöskin työtehtävät olivat usein sellaisia, joiden asiakkaat eivät soveltuneet potilaiksi pilotointiin. Näin kävi usein tehtävillä, jotka kohdistuivat hoitolaitoksiin tai olivat kiireellisiä avunatohtavia toiselle ensihoitoyksikölle. Mainittakoon myös tehtävät, jotka tulivat poliisin organisaation kautta. Näillä tehtävillä ei KARA-mittaria voinut pilotoida.

Kaikkiaan KARA-mittari täytettiin seitsemästä kohdatusta potilaasta. Tämä edusti 100% (N=7) pilotointiin soveltuvista kohdatuista potilaista. Kaksi potilasta todettiin

mittarin avulla sellaisiksi, että huolta ei herännyt. Kahdella mittari antoi löydökset, joiden perusteella huoli heräsi. Toinen oli vajaaravitsemuksen osalta ja toinen lisääntyneeseen kaatumisen riskiin liittyvä. KARA-mittarilla esiin nousseesta huolesta seurasi Ikäkeskuksen aktivoituminen ja toimenpiteitä, joiden tavoitteena oli kiinnittää huomiota kotona pärjäämisen parantumiseen. Niitä olivat muun muassa tiimipalaverin järjestäminen, ravitsemuksen seurannan tehostaminen sekä fysioterapeutin vierailu kohteessa. Kolmessa tapauksessa varsinainen ilmoituskynnys ei ylittynyt, mutta muusta syystä tutkija koki tarpeelliseksi ilmoittaa eteenpäin huolen lisääntymisestä. Yhdessä näistä tapauksista tuli tunne, että kerrottu totuus ei välttämättä ollut luotettavaa syömisen osalta. Taustalta paljastuikin ikäkeskuksen fysioterapeutin käynnin yhteydessä, että edellisen käynnin jälkeen oli henkilön vointi mennyt alaspäin. Tähän kyettiin nyt puuttumaan kohdennetuilla toimilla. Tapauksen osalta koettiin, että KARA-mittarin käyttäminen ensihoidon päivystyksikön rutiininomaisella hoidontarpeen arviointitehtävällä edesauttoi puuttumista aiemmin paremmassa kunnossa olleen henkilön tilanteeseen. Voidaankin siis todeta, että KARA-mittarilla on tulevaisuudessa mahdollisuus lisätä tilannetietoisuutta kotona asuvista ikäihmisistä ja kohdentaa kotona pärjäämistä tukevia toimia tehokkaasti. Tällä toiminnalla voitaneen omalta osaltaan vaikuttaa esimerkiksi terveydenhuollon päivystyspalveluiden kuormittumisen vähentymiseen ja siitä seuraavien kustannusten pienenemiseen. Tämä edellyttää sen käyttämisen laajentamista kaikkiin ensihoitoyksiköihin sekä tekemällä malli tunnetuksi myös Seinäjoen Ikäkeskuksen toimialueen ulkopuolisille toimijoille.

Yhteistyökumppaneiden kanssa tehdyn SWOT-analyysin perusteella KARA-mittariin liittyy heikkouksia ja uhkiakin. Heikkoudeksi käytön vakiintumisessa nähtiin erityisesti se, että vielä tutkimuksen aikana mittaria ei saatu sähköiseen muotoon. Toinen uhka nähtiin siinä, että pelkkä mittari ei vielä yksistään anna tietoa seurannasta. Eli prosessi itsessään vaatisi ympärilleen seurantaa. Uhkiksi keskusteluissa nousi esiin ”homman lopahtaminen” ja se, että koulutus ensihoidon työntekijöille tunnistaa KARA-mittarin teemoihin liittyviä ongelmia ei onnistu. Yhteistyön lopahtaminen koettiin uhaksi. Isona uhkana yhteistyölle oli myös se, että KARA-mittaria ei saadakaan muokattua sähköiseksi versioksi. Nykyaikaisessa

tietoyhteiskunnassa se koettiin ensiarvoisen tärkeäksi edellytykseksi uusien toimintamallien käyttöönotossa.

#### **6.4 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen eettisyyttä on pitänyt huomioida koko prosessin ajan erittäin tarkasti. Tämä johtuu muun muassa siitä, että KARA-mittaria pilotoitaessa osallistujat valikoituivat sattumanvaraisesti mukaan tutkimukseen. Heidän valikoitumiseensa vaikuttivat ennalta määritellyt kriteerit, jotka katsottiin soveltuvan tutkimukseen. Tällöin pitää huomioida useita eri seikkoja siksi, että tutkimus kohdistuu ihmiseen. Yleisesti tutkijan täytyy kunnioittaa tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta. Tutkimukseen osallistumisen täytyy olla vapaaehtoista eikä siitä saa aiheutua merkittävää haittaa tutkittavalle. Tutkittavalla tulee olla joka hetki mahdollisuus lopettaa itseensä kohdistuva tutkimus. Tutkittavalle tulee ilmoittaa selkeästi tutkimuksen sisältö tarkoituksineen ja tavoitteineen sekä kuinka pyydettyjä henkilötietoja tullaan käyttämään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7-15.) Tutkimus kohdistui vajaakykyiseen henkilöön, kuten tässäkin tutkimuksessa yli 75-vuotiaisiin ja/tai muuten vajaakuntoisiin omassa kodissa asuviin henkilöihin. Tästä ei automaattisesti seuraa se, että kyky tutkimukseen osallistumiseen olisi jollakin tavalla rajoittunutta. Henkilötietojen käsittelyn tulee olla suunnitelmallista, vastuullista ja perustua lainsäädäntöön. Henkilötietojen käyttäminen on perusteltava sekä dokumentoitava asianmukaisesti. Ihmistieteelliseen tutkimukseen liittyvä ennakoarviointi tulee suorittaa tarvittaessa.

Tarkasteltaessa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019, 7-15) ohjeita tähän tutkimukseen yleisten, vajaakykyisten henkilöiden sekä henkilötietojen käsittelyn kautta, esiin nousee muutama asia. Yleisesti jokainen tutkimukseen osallistunut henkilö on kyennyt antamaan tietoisesti suostumuksen osallistumiselleen. Suostumuksen antaminen on tapahtunut tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden kertomisen jälkeen omasta vapaaehtoisesta tahdosta. Pilotoitavan mittarin käyttäminen ei ole tuottanut henkilöille fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista kärsimystä. Tähän voidaan myös todeta, että jokainen, jota pyydettiin osallistumaan tutkimukseen, antoi myös suostumuksen osallistumiselleen. Kaikilla osallistujilla

olisi ollut mahdollisuus keskeyttää mittarin täyttäminen minä hetkenä hyvänsä. Henkilötietoja kerättiin tutkimuksessa ensihoidon päivystysyksikön toimesta ja siirrettiin eteenpäin vain, jos siihen saatiin ennakolta lupa. Henkilötietoja siirrettiin muutenkin vain tilanteissa, joissa niiden siirtoon kolmannelle osapuolelle oli ilmennyt syy. Syyksi tarvittiin huoli epäilystä vajaanavitsemuksesta ja/tai kaatumisenriskin lisääntymisestä. Tietojen säilyttämisestä huolehti tutkijana toiminut henkilö itsenäisesti. Hän toimi näin ollen myös rekisterin ylläpitäjänä. Lopulliseen tutkimusraporttiin ei tunnistettavia tietoja yhdestäkään tutkimukseen osallistujasta päädy.

All European Academies (2017, 4) on vuonna 2017 koonnut neljä tutkimuksen peruseriaatetta yhteen. Niitä ovat luotettavuus, rehellisyys, kunnioitus ja vastuullisuus. Luotettavuudella pyritään takaamaan tutkimuksen laatu. Siihen vaikuttavia tekijöitä ovat ensisijaisesti tutkimuksen suunnittelu, käytettävä metodologia, analyysimenetelmät ja käytettävissä olevat resurssit. Rehellisyydessä korostuu tutkimuksella saadun tiedon julkaiseminen, jonka pitää olla avointa ja rehellistä. Tuloksia ei voi myöskään muokata puolueellisesti tai jättää jotakin tarkoituksella kertomatta. Kunnioituksella tarkoitetaan holistisesti kaikkien ympärillä olevien arvostamista. Tähän joukkoon kuuluu kollegat, yhteistyökumppanit, yhteisöt, joita tutkimus koskee ja niihin liittyviä moninaisia kulttuurillisia tekijöitä. Viimeisenä kohtana on tutkijan vastuullisuus. Tämä korostuu koko tutkimusprosessin ajan aivan ensimmäisestä ideasta julkaisuun asti. Sillä tarkoitetaan prosessin hallintaa ja organisointia, mikä pitää sisällään kouluttamista, valvomista, mentorointia sekä tavoittelee laajempaa vaikuttamista.

Tässä työssä on pyritty tutkimuksellisen kehittämisen keinoin löytämään uusia ratkaisuja yhteiskuntamme heikoimmassa asemassa oleville henkilöille. Heille, joiden ääni ei enää välttämättä kanna riittävän kauas, että he sen avulla saisivat itselleen riittävästi tukea päivittäiseen elämiseen omassa luonnollisessa ympäristössään. Kehitettävänä keinona luotiin mittari, jonka avulla kyettäisiin luomaan yksi työkalu lisää havainnoinnin apuvälineeksi. Mittari, jolla ensilinjassa toimivat ensihoitajat kykenevät muutamassa minuutissa toteamaan huolen heräämisen vajaanavitsemuksen ja/tai kaatumisen riskin lisääntymisestä turvallisoin keinoin. Tämä edellytti uuden lähestymistavan kehittämistä, koska tavanomaiset

ensihoitotehtävillä käytettävät parametrit eivät tätä tietoa anna. Edellä mainittujen eettisten periaatteiden sekä tutkimuksen kehittämistavoitteiden johdosta on ollut välttämätöntä tukeutua eettisiin pohdintoihin jokaisessa tutkimuksen vaiheessa.

## 6.5 Prosessin eri vaiheet

Prosessi sijoittui ajallisesti syksyn 2018 ja kevään 2020 väliselle aikajaksolle. Syksyllä 2018 alkoivat alustavat tiedustelut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelukeskuksen kanssa heidän toiveistaan, ajatuksistaan ja kehittämisen tarpeistaan. Koulussa prosessin aloitukseen kuului alustavien mindmap-kaavioiden teko orastavista ajatuksista. Lisäksi joulukuussa 2018 oli ensimmäinen oppinäytetyön triangeli, joka mahdollisti ajatusten peilaamisen muiden luokkakavereiden sekä ohjaavien opettajien näkemyksiin.

Kevät 2019 alkoi tutustumalla tarkemmin aiheen teoriapohjaan, mikä antoi heti alusta lähtien uusia ajatuksia tulevan työn tarpeellisuudesta. Lisäksi alkukevääseen sijoittuivat myös ensimmäiset kontaktit yhteistyökumppaneiden edustajien kanssa. Kyseisistä tapaamisista tuli mietittävää ja esiin nousi myös uusia haasteita tulevan mallin kehittämisessä.

Yksi suurimmista esiin nousseista haasteista oli tiedon siirron laillisuus kahden eri organisaation välillä. Kyseiset toimijat tutkimuksessa olivat terveydenhuolto ja sosiaalityö. Sosiaalihuoltolain (L 30.12.2014/1301) mukaan asiakkaalta on saatava lupa tietojen luovutukseen. Luvan saamisen jälkeen on tiedon vastaanottaneen viranomaisen viipymättä asiakkaan luvalla otettava yhteyttä ilmoituksen tehneeseen viranomaiseen. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812) todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen antamaan sosiaalihuollon viranomaiselle sen pyynnöstä maksutta ja salassapitosäännösten estämättä hallussaan olevat sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset, jotka viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän vuoksi ovat välttämättömiä asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi sekä viranomaiselle annettujen tietojen tarkistamista varten.

Edellä mainituista seikoista voidaan päätellä, että tutkimuksessa olennaista osaa esitti myös Suomen laki. Tämä otettiin huomioon mallia kehitettäessä useissa eri prosessin vaiheissa. Potilastietojen luovutus ja prosessin kehittäminen näytteli suurta osaa kehitystyössä. Tiedon kulku ja oikea-aikaisuus on tärkeää, mutta asiakkaiden oikeuksista ei voitu tinkiä.

Ensitapaamisilla yhteistyökumppaneilta tuli toive tavata laajemman joukon kera niin kutsuttujen osastotuntien muodossa, joissa voisimme aivoriihen tavoin jakaa ajatuksia ja ottaa henkilökuntaa laajemmin mukaan toiminnan kehittämiseen. Ensimmäisiä tapaamisia kaavailtiin jo keväälle 2019, jotta syksylle 2019 kaavailtu mittarin pilotointi ei tulisi yllätyksenä henkilökunnalle. Mittarin pilotointi oli suunniteltu toteutettavaksi elo-syyskuussa 2019.

Ensihoidon mukaan ottaminen oli tärkeää tässä tutkimuksessa. Heidän panoksensa on tulevaisuudessa ensiarvoisen tärkeää. Ilman ensihoitajien tekemiä havaintoja ja niiden eteenpäin viemistä ei tulevaisuudessa mittarin käytöllä saavuteta haluttua vaikutusta. Tämän vuoksi Seinäjoen asemapaikan henkilökunnalle toteutettiin lyhyt, Likert-tyyppisiä kysymyksiä sisältävän kysely. Lähitulevaisuuden suunnitelma on esitellä Seinäjoen asemapaikan palaverissa tätä kehittämistyötä ja sen tuloksia. Ensihoitajat ovat merkittävässä roolissa arvokkaan tiedon saamiseen aiheeseen liittyen ja he pystyvät tuomaan esiin käytännön työssä nousseita haasteita.

Pilotointien, kyselyjen, tapaamisten, esittelyjen ja ensimmäisten hoidettujen tapausten jälkeen syksyllä 2019 arvioitiin saavutettuja tuloksia. Arviointia varten yhteistyökumppanit koottiin saman pöydän ympärille, mikä mahdollisti kokemusten jakamisen. Tässä vaiheessa käytettiin SWOT-analyysia selkeyttämään saavutettujen kokemusten hyviä ja huonoja puolia. Tämä järjestely mahdollisti yhteisesti keskustelun siitä, mitä mallissa tulisi muuttaa. Tämän jälkeen lopullisen mallin luonti oli mahdollista, koska kaikilla osapuolilla oli yhteinen tilannekuva. Lopulta talven 2019-2020 aikana kirjoitettiin lopullinen raportti kehittämistehtävän saavutuksista.

Keväälle 2020 sijoittuu laajempi esittelykierron uudesta toimintamallista, missä pyritään yhdistämään useampi eri terveyden- ja sosiaalihuollon toimija yhteen siten, että sillä saavutetaan asiakkaan näkökulmasta kotona selviytymisen haasteiden

vähennemistä sekä vaikuttavuutta yhteiskunnan kannalta vähentämällä kustannuksia kotiin vietävien palveluiden näkökulmasta. Näiden lisäksi on tärkeää huomioida kaatumistapaturmien ehkäisystä saatavat säästöt. Niillä kyetään ehkäisemään laitoshoitopäivien lisääntymistä ja toipumisen haasteisiin liittyvien kotiin vietävien palveluiden määrää. Vajaaravitsemuksen vähentyminen on kustannustehokasta toimintaa, sillä sekin lyhentää hoitajaksoja ja ylipäättään hoitoon joutumista.

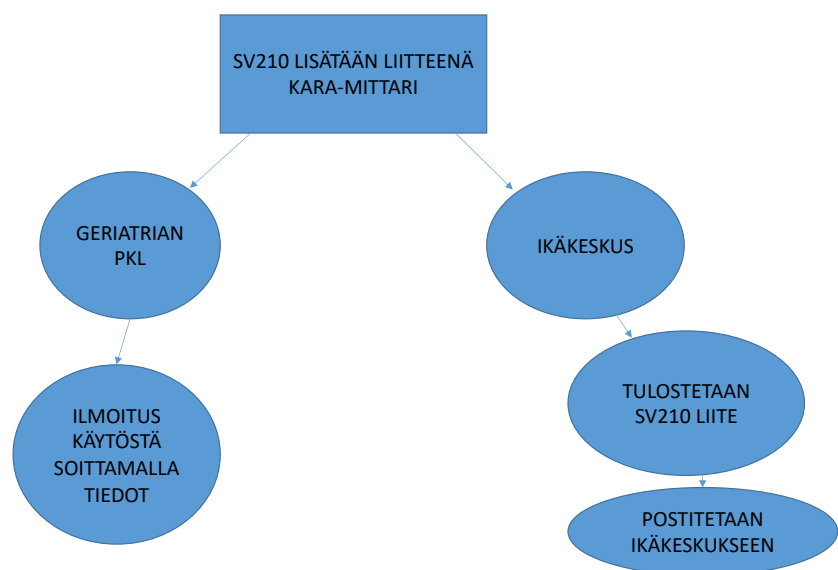
## **6.6 Pilotoinnin toteuttaminen**

Pilotoinnin toimintamalli sovittiin yhteisessä palaverissa 9.5.2019 yhteistyökumppaneiden kesken aivoriihimenetelmää hyväksikäyttämällä. Pilotointi toteutettiin elo-syyskuussa 2019 ensihoidon päivystysyksikössä alue-ensihoitajien toimesta Seinäjoen alueella. Mukana olleet alue-ensihoitajat perehdytettiin mittarin käyttöön kehittämistyötä tekevän toimesta. Alustavasti KARA-mittari oli tarkoitus liittää osaksi ensihoitokertomusta. Tämä ei kuitenkaan aikataulullisista syistä tekniikan puolesta onnistunut. Muutos oli valitettava, mutta ei vaikuttanut lopputulokseen. Pilotoinnissa KARA-mittari oli tallennettuna ensihoidon päivystysyksikön kannettavan tietokoneen näytölle Word-tiedostona, josta alue-ensihoitajat kykenivät ottamaan sen täytettäväksi tehtävillä.

KARA-mittarin ilmentämän huolen noustua esiin toimittiin pilotoinnin aikana siten, että alue-ensihoitaja varmisti, että potilaalta on saatu lupa tietojen välittämiseen Seinäjoen kaupungin Ikäkeskukseen. Tämä ilmeni ruksina KARA-mittarin kohdassa, missä suostumusta tietojen luovuttamiseen kysytään. KARA-mittarin käyttäminen kirjattiin myös varsinaiseen ensihoitokaavakkeeseen. Potilaan luvan saatuaanme voitiin välittää tiedot terveydenhuollon toimijalta sosiaalihuollon toimijalle eli Ikäkeskukselle. Ensihoitotehtävän jälkeen liite tulostettiin ja postitettiin Ikäkeskukselle. Ikäkeskus teki tämän jälkeen omia toimenpiteitä, joista voitiin pilotoinnin jälkeen arvioida muun muassa uudenlaisen mallin vaikuttavuutta potilaiden jatkoa ajatellen. Pilotoinnin aikana geriatrian poliklinikka sai ensihoidon päivystysyksiköltä tiedot puhelimitse soittamalla. Tämä katsottiin tietosuojallisesti eettisimmäksi tavaksi toimia. Geriatrian poliklinikan oli hyvä saada tietoa pilotoinnin

aikaisista tapahtumista alueella. Puheluita täytetyistä mittareista ei heille kuitenkaan soitettu. Geriatrian poliklinikka tulee saamaan tiedot tutkimuksen julkaisun jälkeen. Käytännössä erillisten puheluiden ja oikeiden henkilöiden kiinni saaminen kesken työpäivien osoittautui haastavaksi. (Kuvio 23).

Pilotoinnista on lisäksi huomioitava se, että pilotoitavana oleva malli ei tule suurella todennäköisyydellä olemaan lopullinen siksi, että vielä ei tunneta mallin hyviä tai huonoja puolia. Tutkimuksen aikana on myös odotettavissa tietojärjestelmiin uudistuksia, joiden antamia mahdollisuuksia kehittämisen kohteen kannalta ei kyetä ennakoimaan. Esimerkkinä tästä vaikutukset tiedon siirtämiseen terveydenhuollosta sosiaalialalle. Yhtenä tavoitteena kuitenkin on saada mittari toimimaan lopulta täysin sähköisesti.



Kuvio 23. Mindmap mittarin pilotoinnin toteuttamisesta tiedonkulun osalta elosyyskuussa 2019

## 6.7 Hyödyllisyys ikäihmisten näkökulmasta

Lähtökohtana koko työlle oli muotoutunut tutkijan omassa päässä ajatus ”hiljaisten ihmisten puolustaja”. Tästä johtuen hyödyllisyyttä eettisesti ikäihmisten

näkökulmasta lähestytään kahden tärkeän teeman kautta. Nämä teemat ovat elämänlaadun paraneminen ja turvallisuuden lisääntyminen. Ensihoitajat kohtaavat työssään paljon vanhuksia, joilla kontaktit ulkomaailman kanssa ovat vähäiset ja kotona oleminen pelottaa. Näihin seikkoihin on tavoitteena pureutua yhteiskunnan, asiakkaan sekä moniammatillisen yhteistyön kautta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli nostaa esiin lähitulevaisuudessa meitä odottava suuri haaste, johon on pakko kyetä vastaamaan useammalla rintamalla. Se on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2019) mukaan väestöennusteen mukainen tilanne, joka tulee vallitsemaan jo 2030. Silloin 25% suomalaisista on yli 65-vuotiaita. Tästä seuraa tavanomaiseen ikääntymiseen liittyvien haasteiden lisääntyminen. Haasteisiin vastaamiseen on kyettävä panostamaan hyvään ravitsemukseen, mitä pidetään toimintakyvyn ylläpitämisen edellytyksenä jokapäiväisessä elämässä. Elämänlaatuun on myös mahdollisuus vaikuttaa ravitsemuksella. Hyvällä ravitsemuksella on vaikutusta sairauksien puhkeamiseen sekä niiden puhkeamisen viivästyttämiseen.

Ikäihmisten tai muuten vajaakuntoisten kaatumisen ehkäisyssä ravitsemuksen lisäksi olennaista on toimintakykyä ylläpitävästä liikunnasta huolehtiminen. Ylipaino ikäihmisellä on haitallista, koska lihaksisto heikkenee ja ylipainosta seuraa liikuntakyvyn heikentyminen. Todennäköisyys ylipainosta johtuville liikkumisen hankaluuksille kasvaa, mikäli ikäihminen on jo nuorempina kärsinyt ylipainosta. Liikkumista tulee haittaamaan myös erilaiset kivut esimerkiksi alaraajoissa. Merkittävää laihduttamista ei kuitenkaan suositella, koska siinä lihasmassa vähenee samalla. Liikunnan lisääminen yksilöllisten kykyjen mukaan pidetään tärkeämpänä. Ruokailuun voidaan puuttua siten, että tavoitteeksi asetetaan painon pysyminen samassa tai lievän vähentämisen. Suositeltavaa olisi harjoittaa kestävyttä, lihaksistoa, ketteryyttä ja tasapainoa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

## **6.8 Tutkimuksen eettinen näkökulma tutkittavien kannalta**

Tutkimuksessa huolehdittiin siitä, että koko prosessin ajan noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia hyviä toimintatapoja. Niitä ovat rehellisyys, laaja huolellisuus ja tarkkuus tulosten hankinnassa, käsittelemisessä sekä arvioinnissa.

Lisäksi tiedonhankinnassa painotettiin eettisesti kestäviä arviointi- ja tutkimusmenetelmiä. Muiden tutkijoiden arvostaminen huomioitiin viittaamalla asianmukaisesti käytettäessä lähdemateriaalia raporttia kirjoittaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen käytännön toteuttamisessa oli syytä huomioida tutkittavien kannalta muutamia eettisesti tärkeitä seikkoja. Lähtökohtaisesti tutkittavien sairaskertomustietoja ei tarkasteltu. Tämä johtui siitä, että kehitettävällä mittarilla saatava tieto kerättiin havainnoimalla toimintakykyä sekä tiedustelemalla ravitsemukseen liittyviä seikkoja henkilökohtaisesti ensihoidon potilaalta itseltään tai omaiselta. Mittarina toimivaan kaavakkeeseen oli myös lisätty kohta, jolla kyettiin ruksi lisäämällä todentamaan suostumus tietojen luovuttamiselle kolmannelle osapuolelle. Tässä tutkimuksessa kolmantena osapuolena toimi Seinäjoen kaupungin Ikäkeskus. Yhteistyökumppanina toimiva geriatrian poliklinikka sai tarvittaessa tiedon mittarin käyttämisestä menemällä kyseisen potilaan papereihin hänen tullessa vastaanotolle. Tämä johtuu siitä, että ensihoitokertomukset tallentuvat potilastietojärjestelmään automaattisesti ja ovat sieltä tarkasteltavissa muiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten kohdatessa potilas.

Kehittämistyössä kehitetty uusi toimintatapa liittyy eettisessä mielessä ihmistieteisiin. Tätä koskevat periaatteet Kuula (2011, 231) on jakanut kolmeksi erilliseksi kohdaksi. Niitä ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä tietosuojan ja yksityisyyden kunnioittaminen.

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan muun muassa vapaaehtoisuutta osallistua tutkimukseen riittävän tiedon tutkimuksen tarkoituksesta saatuaan. Tutkittavan tulee antaa suostumus joko suullisesti tai kirjallisesti. (Kuula 2011, 231-232.) Tässä kehittämistyössä suostumus annettiin suullisesti ja se ilmaistaan rastilla mittarissa, kun asia on ensihoitajan toimesta kerrottu potilaalle ja/tai kohteessa olevalle omaiselle. Leino-Kilpi (2015, 153) muistuttaa, että suullinen suostumus pitää aina kirjata potilasasiakirjoihin.

Vahingoittamisen välttäminen erityisesti henkisellä tasolla oli tärkeää huomioida mittarin pilotointivaiheessa. Pilotointiin liittyi vuorovaikutusta ensihoitajien ja potilaiden välillä kerättyä tietoa havainnoimalla ja kyselemällä asioita. Näin ollen

eettiset asiat tuli huomioida kohteliaalla käyttäytymisellä ja kunnioittamalla potilaiden ihmisarvoa (Kuula 2011, 237-238). Lisäksi ensihoitajien tuli välttää tilannetta, jossa potilas kokee olonsa kiusaantuneeksi, vaivautuneeksi tai pelokkaaksi. Mittarin käytön täytyi siis edetä yhteisymmärryksessä.

Kolmantena kohtana Kuula (2011, 239-241) mainitsee yksityisyyden ja tietosuojan kunnioittamisen. Yksityisyyden periaate kuuluu jo Suomen perustuslaissa suojattuihin oikeuksiin ja on näin ollen tutkimuseettisestikin tärkeä periaate. Asia korostuu tietosuojassa, jonka toteutuminen on tärkeää aineistoa kerätessä, käsiteltäessä ja tulosten julkaisemisen yhteydessä. Erityistä huomiota tulee kiinnittää tunnisteellisten aineistojen suojaamiseen.

Eettiseen tarkasteluun nostetaan vielä toimiminen potilastilanteessa tutkimuksen yhteydessä. Tähän aiheeseen Leino-Kilpi (2015, 284) on pureutunut ikääntyneiden kotihoidossa olevien ihmisten kannalta. Hoidon jatkuvuus on kotihoidossa vaihtuvien hoitajien varassa. Tämä edellyttää luottamuksellista tiedonsiirtymistä. Koti ympäristönä on poikkeuksellinen paikka, jossa hoitotyöntekijä voi saada tietoonsa muutakin, mikä ei liity itse hoitotyöhön. Näissä olosuhteissa korostuu vaitiolovelvollisuus sekä se, että välitettävä tieto koskee vain hoitotyöhön liittyviä seikkoja, eikä mitään muuta asiaan kuulumatonta. Kodeissa toimiessa saattaa paikalla olla myös omaisia tai tuttavvia. Potilas ei välttämättä halua heidän tietävän omaan terveydentilaansa liittyviä asioita.

Voidaan siis päätellä, että mikäli kohteessa on muitakin henkilöitä kuin potilas, täytyy toimia korostuneen hienovaraisesti selvittäessä voivatko paikalla olevat muut henkilöt seurata KARA-mittarin käyttöä. Tarvittaessa voi pyytää muita poistumaan, mikäli tuntee potilaan niin haluavan. Tilanteessa oleva ensihoitaja on kuitenkin yhtä lailla kotihoidon työntekijän kanssa samalla viivalla potilasta varten. Ensihoitajien etuna voidaan eettisessä mielessä pitää sitä, että työ on pääsääntöisesti ihmisten kotona vierailua. Tällöin uuden mittarin tuominen heidän työhönsä ei muuta työtä itsessään, vaan se antaa siihen uuden työkalun, jolla viestiä tarvittaessa esiin noussutta huolta eteenpäin.

Tämän asetelman suunnitteluun käytettiin yhteistyökumppaneiden kanssa paljon aikaa. Suunnittelun pohjalta saatiin valmiiksi malli elo-syyskuussa 2019 toteutettuun

pilotointiin. Pilotoinnin jälkeen kyettiin paremmin pohtimaan lopulliseen käyttöönottoon liittyvää mallia saatuihin kokemuksiin perustuen.

## 6.9 Tulosten yhteenveto

Tutkimuksella saavutettiin tavoitteeksi asetettu uuden mittarin kehittäminen, jolla ensihoito kykenee jatkossa havainnoimaan suurentunut kaatumisenriski sekä vajaanavitsemuksen riskin lisääntyminen. Mittari mahdollisti havaintojen tekemisen kiireettömällä ensihoitotehtävillä yli 75-vuotiaiden ja/tai muuten vajaakuntoisten omassa kodissa asuvien henkilöiden kohdalla. Havainnointi tapahtui suoritettun pilotoinnin perusteella todennetusti muutamassa minuutissa tehtävän yhteydessä. Potilaskontaktien yhteydessä tehtyjen havaintojen perusteella yhteistyökumppanina toiminut Seinäjoen Ikäkeskus kykeni kohdentamaan tarpeellisia interventioita tukemaan kotona selviytymistä. Mittarilla koettiin myös löytyvän sellaisia seikkoja, jotka ilman mittarin hyödyntämistä olisivat jääneet kokonaan havainnoimatta. Tällöin merkittäväkin uhka esimerkiksi vajaanavitsemukselle olisi voinut pahentua rauhassa aiheuttaen suurempaa uhkaa hyvinvoinnille lähitulevaisuudessa.

Mittarin kehittämisen lisäksi tutkimuksessa keskityttiin moniammatillisen ja verkostomaisen yhteistyön kehittämiseen toiminta-alueella. Tavoitteena oli parantaa ikäihmisten selviytymistä omassa kodeissaan sekä luomaan järjestelmä, missä tieto huolesta liikkuisi ammattilaiselta toiselle. Tutkimuksen aikana kyettiin luomaan pohja, jonka avulla voidaan jatkossa kehittää yhteisiä prosesseja yhteistyökumppaneiden kesken. Yhteisesti nähtiin tarve sille, että ensilinjan toimijana ensihoito on tärkeässä roolissa havainnoimassa ikäihmisten tilaa omilla tehtävillään. Nykyiset tietojärjestelmät yhdessä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan lainsäädännön kanssa taas aiheuttavat haasteita moniammatillisessa toiminnassa sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Niitä haasteita onnistuttiin kuitenkin vähentämään tutkimuksen aikana. Tätä edesauttoi yhteinen näkemys siitä, mitä se tavoiteltava tulevaisuus voisi pitää sisällään.

Tutkimuksella saavutettiin uutta tietoa siitä, mitä koulutusta ensihoitajat tarvitsevat uuden KARA-mittarin käyttöönoton yhteydessä. Tätä tietoa voidaan pitää merkittävänä, koska vain motivoimalla itse käyttäjät on mahdollista juurruttaa mittari

käytäntöön. Tätä ajatusta tukee Halonen (2019, 9, 26), joka pitää tärkeänä kutsua lopulliset käyttäjät mukaan kehittämiseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Näin toimimalla uusien käytänteiden vakiinnuttaminen toimintaympäristöihin helpottuu. Halonen nostaa esiin piirteitä, joita voidaan pitää tunnusomaisena uusille hyville käytänteille. Niillä tulee olla aitoa kysyntää ja tarvetta, näyttöä toimivuudesta ja tuloksellisuudesta, taloudellisesti mahdollisia, kyky skaalata toisiin organisaatioihin ja kykyä aktivoida käyttäjiä sovellusten kehittämisessä toisiin ympäristöihin.

Tässä tutkimuksessa tutkija pyrki koko prosessin ajan pitämään yhteyttä aktiivisesti tuleviin mittarin käyttäjiin. Se on tapahtunut työvuoroissa keskustelujen yhteydessä. Lisäksi tutkijalla on ollut mahdollista oman työnsä lomassa osallistua useisiin erilaisiin kehittämiseen liittyviin hankkeisiin. Tämä on mahdollistanut KARA-mittarin esiin tuomisen erilaisissa yhteyksissä. Toivottavaa olisikin, että juurruttamisen kannalta näillä seikoilla olisi vaikutusta jatkossa. Tutkimuksen yhteydessä on kyetty osoittamaan tarve uudelle moniammatilliselle toiminnalle. Mittarin toimivuus on kyetty osoittamaan, vaikka miinuksena mainittakoon pilotointijakson aikana saatujen kokemusten vähäisyys. Taloudellisia panostuksia uusi toimintamalli vaatii jatkossa lähinnä mittarin digitaaliseen muotoon saattamisessa. Tähän on resurssit osoitettuna. Mallia kyettäneen myös kokemusten kautta skaalaamaan muihin organisaatioihin, mikäli halukkuutta löytyy ja jatkokehittämään käyttäjiltä saadun palautteen pohjalta.

Ensihoitajille pidettyä kyselyä voidaan pitää myös eräänlaisena tiedon antona tulevasta toimintamallista. Heille muodostui käsitys mihin tutkimuksella pyrittiin, jota he kykenivät peilaamaan omaan työhönsä sopivaksi. Voidaan todeta tutkijan käyttäneen hyödyksi piilo-opetussuunnitelmaa kyselyä suunnitellessaan tutkimuksen empiiriseksi osuudeksi.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin kahteen pääteemaan. Ensimmäinen luomaan uutta moniammatillista yhteistyötä ensilinjan toimijan sekä muun terveydenhuollon ja sosiaalialan välille. Tavoitteena löytää keinoja kohdentaa tarvittavia interventioita niitä tarvitseville kotona asuville yli 75-vuotiaille tai muuten vajaakuntoisille kansalaisille. Toisena teemana oli kehittää tähän toimintaan apuvälineeksi mittari, minkä päätarkoituksena on olla apuväline ensihoitajille erilaisilla kiireettömillä

ensihoidotehtävillä. Tämän avulla kyetään havainnoimaan tutkimuksen teeman mukaisia seikkoja. Näitä ovat vajaanavitsemuksen sekä kaatumisenriskin lisääntyminen.

Jatkotutkimushaasteeksi nouseekin ilmiselvästi se, millaisia muita mahdollisuuksia havaintojen tekoon ensihoidolla voisi tulevaisuudessa olla. Olisi siis syytä kartoittaa erilaisten havaintojen tekemisen mahdollisuutta yhteistyössä muidenkin tahojen kanssa ja tarvittaessa luoda uusia helppokäyttöisiä mittareita niiden tekoon ensihoidotehtävien yhteydessä. Tämän toteutuminen vaatii uusien organisaatioiden mukaan ottamisen moniammatilliseen yhteistyöhön ensihoidon kanssa. Vain tällä tavalla toimimalla voidaan jatkossa pyrkiä käyttämään yhteiskuntamme varoja tehokkaasti kansalaistemme hyväksi – kohdentamalla tarvittavat palvelut oikea-aikaisesti niitä tarvitseville kansalaisille. Esihoitajien eduksi havaintojen tekoon voidaan laskea se, että he näkevät ihmisten arkea autenttisimmillaan päivittäisillä tehtävillään. Lisäksi nykyaikaiset koulutusvaatimukset yhdessä ensihoitoon erikoistuneiden ammattikorkeakoulututkintojen kanssa mahdollistavat kyvyn havaintojen tekoon.

## LÄHTEET

- All European Academies. 2017. The European Code of Conduct for Research Integrity – Revised Edition. [Verkkojulkaisu]. ALLEA Berlin 2017. [Viitattu 13.2.2020]. Saatavana: <https://www.allea.org/wp-content/uploads/2017/05/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017.pdf>
- Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2017. Oireista työdiagnoosiin. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Berg, A., Hildén, M. & Lahti, K. 2014. Kohti kokeilukulttuuria – analyysi Jyväskylän resurssiviisaista kokeiluista strategisen kehittämisen työkaluina. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomen itsenäisyyden juhlarahasto. [Viitattu 3.3.2020]. Saatavana: <https://media.sitra.fi/2014/05/19151623/Selvityksia77.pdf>
- Brydges, M, Denton, M., Agarwal, G. 2016. The CHAP-EMS Health Promotion Program: a Qualitative Study on Participants` Views of the Role of Paramedics. [Verkkolehtiartikkeli]. BMC Health Services Research 16, 435. [Viitattu 19.2.2020]. Saatavana Ebscohost-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- DIGMA. Avoin yhteisöllinen oppimisympäristö. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Aivorihi. Tampereen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 27.05.2019]. Saatavana: [http://www2.amk.fi/mater/viestinta\\_ja\\_media/ryhmatyotaidot/files/ideointimenetelmia/aivorihi.htm](http://www2.amk.fi/mater/viestinta_ja_media/ryhmatyotaidot/files/ideointimenetelmia/aivorihi.htm)
- Dufva, M. 2019. Sosiaali- ja terveystieteen tulevaisuuden trendit. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Luentoesitys. Kliininen asiantuntija kehittäjänä -seminaari. 27.3.2019. Julkaisematon.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2019. Ensihoito, tehtävät alueen kohdekuntiin jäsenkuntien alueella tammi-joulukuu 2018. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 25.02.2019]. Saatavana: <http://www.epshp.fi/files/8156/enh6.pdf>
- Guigoz, Y., Laugue, S., Vellas, BJ. 2002. Identifying The Elderly At Risk Of Malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. [Verkkolehtiartikkeli]. Clinics in Geriatric Medicine 18 (4), 737-757. [Viitattu 18.2.2020]. Saatavana PubMed -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Halonen, K. 2019. Juurruttamisen 4v:tä, viesti, varioi, valtavirtaista, vakiinnuta. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. [Viitattu 24.2.2020]. Saatavana: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/139371/2017\\_halonen\\_juurruttamisen\\_4vta\\_ERILLISJULKAISU.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/139371/2017_halonen_juurruttamisen_4vta_ERILLISJULKAISU.pdf?sequence=1)
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.

Hiltunen, P. 2009. Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. [Verkkolehtiartikkeli]. Suomen Lääkärilehti 64 (42), 3552. [Viitattu 25.2.2019]. Saatavana Seinäjoen korkeakoulukirjaston tietokannoista. Vaatii käyttöoikeuden.

Innokylä. Ei päiväystä. SWOT. [Verkkosivu]. Innokylä.fi. [Viitattu 28.05.2019]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/web/malli111751>

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. [Viitattu 01.03.2019]. Saatavana: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf)

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T., Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. [Verkkolehtiartikkeli]. Suomen Lääkärilehti 70 (14-15), 981. [Viitattu 20.2.2019]. Saatavana Seinäjoen korkeakoulukirjaston tietokannoista. Vaatii käyttöoikeuden.

Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. [Verkkojulkaisu]. Kelan tutkimusosasto. [Viitattu 15.01.2020]. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. 8.-10. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mascarenhas, M., Hill, K., Barker, A., Burton, E. 2019. Validity of the Falls Risk for Older People in the Community (FROP-Com) tool to predict falls and fall injuries for older people presenting to the emergency department after falling. [Verkkolehtiartikkeli]. European Journal of Ageing 16 (3), 377-386. [Viitattu 24.2.2020]. Saatavana EBSCOhost-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Mylläri, E., Kirsi, T., Valvanne, J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. [Verkkajulkaisu]. Kuntaliitto. [Viitattu 17.02.2020]. Saatavana: [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=3032](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3032)
- Nuotio, M. 2018. Iäkkään ihmisen yleistilan heikkeneminen: geriatriset oireyhtymät ja virtsainfektioiden osaava hoito. Luentomateriaali. 9.4.2018. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Ensihoitopalvelu. Ensihoidon päivystysyksikön perehdytys. Julkaisematon.
- Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät – uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Oksa, H., Siljamäki-Ojansuu, U. 2014. Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet. Duodecim (130), 2225-2227.
- Pajala, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. [Verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 21.02.2019]. Saatavana: <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/1555-IKINa-opas.pdf>
- Poskela, J., Kutinlahti, P., Hanhike, T., Martikainen, M. & Urjankangas, H-M. 2015. Kokeileva kehittäminen. [Verkkajulkaisu]. Työ- ja elinkeinoministeriö. TEM raportteja 67/2015. [Viitattu 3.3.2020]. Saatavana: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75056/TEMrap\\_67\\_2015\\_web\\_18112015.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75056/TEMrap_67_2015_web_18112015.pdf)
- Russel, M., Hill, K., Day, L., Blackberry, I., Gurring, L. & Dharmage, S. 2009. Development of the Falls Risk of Older People in the Community (FROP-Com) screening tool. [Verkkolehtiartikkeli]. Age and Ageing 38 (1), 40-46. [Viitattu 14.5.2019]. Saatavana: <https://academic.oup.com/ageing/article/38/1/40/40566>
- Salminen-Tuomaala, M. 2018. Foresight Framework – konkreettinen väline kliinisen toiminnan kehittämiseen. Luentoesitys. 26.10.2018. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, kliinisen asiantuntijuuden koulutusohjelma. Julkaisematon.
- Salminen-Tuomaala, M. 2019. Salutogeeninen lähestymistapa. Luentoesitys. 3.1.2019. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, kliinisen asiantuntijuuden koulutusohjelma. Julkaisematon.
- Salminen-Tuomaala, M. 2019. Resilienssi ja selviytymiskykyisyys. Luentoesitys. 3.1.2019. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, kliinisen asiantuntijuuden koulutusohjelma. Julkaisematon.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. [Verkkajulkaisu].

[Viitattu 25.02.2019]. Saatavana:

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Suomen virallinen tilasto (SVT). 17.12.2018. Kuolemansyyt: Tapaturmaisiin kaatumisiin kuolleita yli 1200 – suurin osa yli 75-vuotiaita. [Verkkajulkaisu].

Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu 21.02.2019]. Saatavana:

[https://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt\\_2017\\_2018-12-17\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_tie_001_fi.html)

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2018. Terveysthuollon menot ja rahoitus 2017. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 21.02.2019].

Saatavana: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos (THL). 11.1.2019. Elintavat ja ravitsemus – iäkkäät. [Verkkosivu]. [Viitattu 15.1.2020]. Saatavana:

<https://thl.fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/suomalaisten-ravitsemus-ja-ruokailu/iakkaat>

Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos (THL). 17.10.2019. Vanhuspalvelujen tila. [Verkkosivu]. [Viitattu 17.2.2020]. Saatavana:

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 14.5.2019]. Saatavana:

[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 12.2.2019]. Saatavana:

[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Valtiovarainministeriö julkaisu–24a (VM). 2018. Taloudellinen katsaus, syksy 2018. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Valtiovarainministeriö. [Viitattu 21.02.2019]. Saatavana:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjEi9OGwM3gAhXJ4KYKHYYBCroQFjAAegQIChAC&url=https%3A%2F%2Fvm.fi%2Fdocs-portal%2Fdocument%2F0%2F576347&usq=AOvVaw05jBoDH4lNUpPK7qdlf5v>

## **LIITTEET**

Liite 1. KARA-mittari

Liite 2. Saatekirje ensihoitajille

Liite 3. Kyselylomake ensihoitajille

**Liite 1. KARA-mittari****EP:N ENSIHOITOPALVELUN KARA-ARVIOINTI LOMAKE****Nimi:****Henkilönnus:****Lupa tietojen välittämiseen:** **KAATUMISVAARAN ARVIOINTI:**

<p>1. KAATUMISHISTORIA</p> <p>Kaatumiset edeltävän 12kk aikana</p>	<p>Ei yhtään</p> <p>Yksi kaatuminen</p> <p>Kaksi kaatumista</p> <p>Kolme kaatumista tai enemmän</p>	<p>0p.</p> <p>1p.</p> <p>2p.</p> <p>3p.</p>
<p>2. PÄIVITTÄINEN TOIMINTAKYKY</p> <p>Kuinka paljon henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toimissa kotona? (ruuanlaitto, siivous, pyykki yms. kotityöt)</p> <p>Jos kaatunut, kirjataan tilanne ennen kaatumista.</p>	<p>Täysin itsenäinen</p> <p>Selviytyy vähäisen avun turvin</p> <p>Tarvitsee paljon apua</p> <p>Tarvitsee apua lähes kaikissa toiminnoissa</p>	<p>0p.</p> <p>1p.</p> <p>2p.</p> <p>3p.</p>
<p>3. TASAPAINOKYKY</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Henkilöä pyydetään nousemaan istumasta seisomaan, kävelemään muutaman metrin eteenpäin, kääntymään ja palaamaan takaisin istumaan.</li> <li>- Jos apuväline käytössä, tehdään suoritus sen kanssa.</li> <li>- Jos tasapaino vaihtelee suorituksen eri vaiheissa, pisteytys heikoimman vaiheen mukaan.</li> </ul>	<p>Ei havaittavaa tasapainon heikkoutta</p> <p>Jonkin verran tasapainon heikkoutta</p> <p>Selvästi heikentynyt tasapaino (Tarvitsee hieman apua tai käyttää apuvälinettä)</p> <p>Tarvitsee jatkuvasti apua tai ei pysty lainkaan suoritukseen.</p>	<p>0p.</p> <p>1p.</p> <p>2p.</p> <p>3p.</p>

**HAVAINNOT KOTIYMPÄRTÖSTÄ:**


---



---



---

**TULKINTA: Jos pisteitä tulee 6 tai yli tulosta lomake ja toimita Ikäkeskukseen**

**RAVITSEMUKSEN ARVIOINTI**

<p>1. Onko pot. ravinnonsaanti laskenut viimeisen 3kk aikana? 0: Kyllä, paljon 1: Kyllä, jonkin verran 2: Ei muutosta</p>	<p>2. Onko paino laskenut viimeisen 3kk aikana 0: &gt; 3kg 1: Ei tiedossa 2: 1-3kg 3: Ei painonlaskua</p>
<p>3. Pot. liikkuminen 0: Vuode- tai pyörätuolipotilas 1: Pääsee ylös sängystä tai pyörätuolista → ei ulkoile 2: Käy ulkona</p>	<p>4. Onko potilaalla ollut psyykkistä stressiä tai akuuttia sairautta viimeisen 3kk aikana 0: Kyllä 2: Ei</p>
<p>5. Neuropsykologiset ongelmat 0: Vaikea/keskivaikea muistihäiriö tai masennus 1: Lievä muistihäiriö 2: Ei neuropsykologisia ongelmia</p>	<p>6. BMI (<a href="#">BMI-laskuri</a>) 0: BMI &lt; 19                      1: BMI 19 tai &lt; 21 2: BMI 21 tai &lt; 23            3: BMI &gt; 23</p>

**MITEN RAVINNONSAANTI ON TÄLLÄ HETKELLÄ JÄRJESTETTY?**


---



---



---

***TULKINTA: Jos pisteitä < 8 tulosta lomake ja toimita Ikäkeskukseen***

***KIRJAA LOMAKKEEN KÄYTTÖ MYÖS ENSIHOITOKERTOMUKSEEN***

## Liite 2. Saatekirje ensihoitajille

### SAATEKIRJE

Arvoisa ensihoitoalue 1 ja tilannekeskuksen työntekijä

Lähestyn teitä ylemmän ammattikorkeakoulun opintoihini liittyvän opinnäytetyöni tiimoilta lyhyen kyselyn merkeissä.

Opinnäytetyöni koostuu kahdesta osasta. Ensimmäisen osan tarkoituksena on kehittää moniammatillisessa yhteistyössä helppokäyttöinen mittari ensihoitajille työkaluksi tehtäville. Mittarin antaman tiedon perusteella voidaan puuttua tutkimuksen kohderyhmänä olevan yli 75-vuotiaiden tai muuten vajaakuntoisten kansalaisten kotona pärjäämiseen. Mittarin avulla on tarkoitus havainnoida vajaanavitsemusta sekä kaatumisen riskitekijöitä kohderyhmään kuuluvien henkilöiden kotona kiireettömien ensihoitotehtävien aikana. Tutkimuksen toisena osana on kehittää yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa mallia tiedon saattamiseen oikeille instansseille ja sitä kautta erilaisten tukimenetelmien luomiseen kotona pärjäämisen parantamiseksi.

Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa teidän tämän hetkisiä ajatuksia ensihoitotehtävillä tehtävien havaintojen tekoon, jotka eivät liity suoranaisesti hälytyksen syyhyn. Tämä tieto on tärkeää ja antanee hyvää kokonaiskuvaa siitä, miten jatkossa esimerkiksi koulutuksen avulla valmiuksia voitaisiin lisätä.

Pyydän teitä ystävällisesti ottamaan osaa opinnäytetyöhöni. Kyselyyn vastaaminen kulunee aikaa n. 5 minuuttia. Kysymykset ovat monivalintakysymyksiä ja ne tullaan analysoimaan SPSS-ohjelman avulla.

Osallistumisenne on täysin vapaaehtoista. Takaan kaikille osallistujille täydellisen anonymiteetin sekä käsittelen saadun aineiston luottamuksellisesti. Vastauksenne tulevat olemaan osa opinnäytetyötäni, joka tullaan valmistumisen jälkeen luovuttamaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun, geriatrian poliklinikan ja Seinäjoen kaupungin Ikäkeskuksen käyttöön.

Mikäli haluatte osallistua opinnäytetyöhöni, niin pyydän täyttämään lomakkeen viimeistään 19.01.2020 mennessä. Vastaamisen jälkeen laita lomake kahvihuoneessa sijaitsevaan laatikkoon. Mikäli teille heräsi kysymyksiä opinnäytetyöhöni liittyen, vastaan niihin mielelläni.

Ystävällisin terveisin

Kosti Tuokkola

[kosti.tuokkola@epshp.fi](mailto:kosti.tuokkola@epshp.fi)

**Liite 3. Kyselylomake ensihoitajille**

1. SUKUPUOLI	MIES NAINEN MUU
2. IKÄ VUOSINA	____V
3. SIVILISÄÄTY	NAIMISSA AVOLIITTO NAIMATON MUU
4. KOULUTUKSESI	LH SH SH+30 OP. EH AMK L4 YAMK
5. TYÖKOKEMUS HOITOALALTA (VUOSIA/KUUKAUSIA)	____V____KK
6. TYÖKOKEMUS ENSIHOIDOSTA (VUOSIA/KUUKAUSIA)	____V____KK
7. OLETKO KOSKAAN TYÖSKENNELLYT YKSIKÖSSÄ, JOSSA HOIDETTAVANA ERITYISESTI IKÄIHMISIÄ?	KYLLÄ EN

Vastaa seuraaviin kysymyksiin näkemystäsi vastaava vaihtoehto

Vaihtoehdot ovat:

- 1.= Vähän
2. = Melko vähän
3. = Kohtalaisesti
4. = Melko paljon
5. = Paljon

8. KUINKA MOTIVOITUNUT OLET TEKEMÄÄN HAVAINTOJA YMPÄRISTÖSTÄ ENSIHOITOTEHTÄVILLÄ?	1   2   3   4   5
9. KUINKA HYVIN KOET HUOMAAVASI POTILAAN KOTONA PÄRJÄÄMISEEN LIITTYVIÄ SEIKKOJA?	1   2   3   4   5

10. KUINKA HYVIN KOET OSAAVASI "LUKEA" SANANTONTA VIESTINTÄÄ?	1	2	3	4	5
11. KYKENETKÖ OTTAMAAN OMAISTEN MIELIPITEEN HUOMIOON PÄÄTÖKSENTEOSSA?	1	2	3	4	5
12. KYKENETKÖ OTTAMAAN MUIDEN AMMATTILAISTEN (KOTIHOITO, KOTISAIRAAHOITO JNE.) MIELIPITEET HUOMIOON PÄÄTÖKSENTEOSSASI?	1	2	3	4	5
13. KUINKA HYVIN TUNNISTAT VAJAARAVITSEMUKSEN MERKKEJÄ POTILAISSASI?	1	2	3	4	5
14. KUINKA HYVIN TUNNISTAT LISÄÄNTYNEITÄ KAAATUMISEEN LIITTYVIÄ RISKEJÄ TEHTÄVILLÄ?	1	2	3	4	5
15. KOETKO OMAAVASI TAILOJA, JOILLA VAJAARAVITSEMUSTA JA KAAATUMISRISKIÄ VOISI HAVAINNOIDA?	1	2	3	4	5
16. KYSYTKÖ POTILAALTASI SYÖMISESTÄ JA JUOMISESTA SÄÄNNÖNMUKAISESTI?	1	2	3	4	5
17. SELVITTELETKÖ SUUSANALLISESTI POTILAAN LIIKUNTAKYKYYN TAI KAAATUMISHISTORIAAN LIITTYVIÄ ASIOITA TEHTÄVILLÄ?	1	2	3	4	5
18. KUINKA TARKEÄNÄ PIDÄT ENSIHOIDON ROOLIA KOTONA SELVIITYMISEN HAVAINNOINNISSA?	1	2	3	4	5
19. KUINKA SUURENA KOET HYÖDYN, MINKÄ ENSIHOITO VOI ANTAA IHMISTEN KOTONA SELVIITYMISEEN?	1	2	3	4	5
20. KUINKA PALJON MIELESTÄSI OLISI KEHITETTÄVÄÄ ENSIHOITOPALVELUSSA LIITTYEN IÄKKÄIDEN JA/TAI MUUTEN VAJAAKUNTOISTEN KANSALAISTEN KOTONA SELVIITYMISEN TUKEMISESSA?	1	2	3	4	5
21. KUINKA SUURTA PELKOA KOET TULEVAISUUTTA KOHTAAN TYÖSSÄSI LIITTYEN IÄKKÄIDEN JA VAJAAKUNTOISTEN LAITOSTEN ULKOPUOLELLA ASUVIEN MÄÄRÄN LISÄÄNTYMISEEN?	1	2	3	4	5