

IKINÄ-mittarin käyttöönotto Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3 – kysely hoitajille

Sari Lappalainen ja Niina Mönkkönen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Sari Lappalainen ja Niina Mönkkönen			
Työn nimi IKINÄ-mittarin käyttöönotto Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3 – kysely hoitajille			
Päiväys	12.5.2014	Sivumäärä/Liitteet	52/4
Ohjaaja(t) Tiina Mäkeläinen ja Merja Jokelainen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä/Ellen Hiltunen			
Tiivistelmä Opinnäytetyössä selvitettiin, kuinka IKINÄ-mittari on otettu käyttöön Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3. Lisäksi otettiin selvää hoitajien IKINÄ-mittari kokemuksista ja konkreettista kaatumisen ehkäisytoimenpiteistä osastoilla. Samalla kerättiin kehitysehdotuksia ja palautetta mittarin toimivuudesta sekä selvitettiin hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen tarve. Opinnäytetyössä tehtiin määrällinen tutkimus. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella vuodeosastojen 1 ja 3 sairaanhoitajilta sekä lähi- ja perushoitajilta (n=16) helmikuussa 2014. Kyselyn vastausprosentti oli 47. Aineisto kerättiin ja analysoitiin Webropol-ohjelmalla. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että IKINÄ-mittarin käyttöönotto oli saanut vastaajat pohtimaan kaatumisten merkitystä laajemmin. Vastaajat myös kokivat IKINÄ-mittarin antaneen lisää valmiuksia kaatumisten ehkäisyyn. Perehdytys oli ollut onnistunutta, ja osastoilla vallitsi myönteinen yhdessä tekemisen ilmapiiri, koska vastaajien mielestä kaatumisten ehkäisy kuului kaikille työyksikössä. Tulosten perusteella hoitajat tarvitsevat enemmän työaikaa IKINÄ-mittarin täyttämiseen ja arkistointiin. Hoitajien tulisi myös antaa potilasohjausta mittarin antamien suositusten pohjalta nykyistä useammin. Potilaiden kanssa tulisi keskustella suuresta kaatumisvaarasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, kuten alkoholin käytöstä. IKINÄ-mittarin käytettävyydessä on vielä kehitettävää, koska vastaajat eivät koe mittarin helpottavan työtään. Vastaajien mielipiteet jakoutuivat tarvittavan lisätiedon suhteen. Täten osastojen voisi olla hyvä järjestää vapaaehtoista lisäkoulutusta sitä tarvitseville.			
Avainsanat ennaltaehkäisy, ikääntyneet, kaatuminen, kaatumistapaturmat, mittarit, riskitekijät, IKINÄ-mittari			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Sari Lappalainen and Niina Mönkkönen			
Title of Thesis Implementation of IKINÄ-meter at Iisalmi health care center in-patient wards 1 and 3 – enquiry to nurses			
Date	12.5.2014	Pages/Appendices	52/4
Supervisor(s) Tiina Mäkeläinen and Merja Jokelainen			
Client Organisation/Partners Ylä-Savo SOTE joint municipal authority in social and health care/Ellen Hiltunen			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to clarify how nurses had started to use the IKINÄ-meter at Iisalmi health care center in-patient wards 1 and 3. One purpose was also to get knowledge about nurses' experiences of IKINÄ-meter and what fall prevention methods they had used. At the same time improvement suggestions and feedback about the meter's functionality was collected. The study also clarified the nurses' need for further training.</p> <p>The method of this study was quantitative survey. The data was collected with a structured questionnaire in February 2014 from nurses (n=16) who work at in-patient wards 1 and 3. The response rate was 47. The data was collected and analysed with Webropol.</p> <p>Results of this study showed that implementation of IKINÄ-meter had made respondents to reflect more the meaning of fall prevention. The respondents also told that IKINÄ-meter had given more preparedness to fall prevention. The introduction was successful and the atmosphere at the wards was very positive. All respondents told that fall prevention is part of everybody's work at the wards.</p> <p>Results show that nurses need to use more working time to complete and archive IKINÄ-meter. Nurses should give more guidance to the patients in future based on the meter's recommendations. Nurses should discuss with patients great risks of fall and causes that affect falling e.g. alcohol abuse. Usability of IKINÄ-meter should be developed further because the respondents did not think that the meter eases their work. The opinions of the respondents were different concerning the kind of additional information they needed about IKINÄ-meter. Because of that the ward should offer voluntary further training to those who need it.</p>			
<p>Keywords prevention, ageing, fall, fall accidents, indicator, risks, IKINÄ-meter</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	KAATUMISTAPATURMAT SUOMESSA	9
2.1	Erilaiset kaatumistapaturmat	9
2.2	Väestön ikääntymisen vaikutus kaatumistapaturmiin	10
3	KAATUMISTAPATURMIA AIHEUTTAVAT SAIRAUDET	12
3.1	Aivoverenkierron häiriöt	12
3.2	Muistisairaudet	13
3.3	Parkinsonin tauti.....	14
3.4	Diabetes	14
3.5	Muut sairaudet	15
4	KAATUMISTAPATURMIEN EHKÄISY	17
4.1	Sisäiset tekijät kaatumisten ehkäisyssä	17
4.2	Ulkoiset tekijät kaatumisten ehkäisyssä	19
4.3	Kaatumispelon arviointi	20
5	IKINÄ-MITTARI.....	21
5.1	IKINÄ-mittarin taustaa	21
5.2	IKINÄ-mittarin tarpeellisuus.....	23
5.3	IKINÄ-mittari Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3.....	23
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	25
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	26
7.1	Aineiston kerääminen.....	27
7.2	Aineiston analyysi	29
7.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	31
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	34
8.1	IKINÄ-mittarin käyttökokemukset.....	36
8.2	Kaatumisten ehkäisytoimenpiteet.....	39
8.3	Kehitysehdotuksia IKINÄ-mittarista	41
9	POHDINTA	43
9.1	Kaatumisten ehkäisy IKINÄ-mittarin avulla.....	43
9.2	Osastojen toiminnan kehittämisehdotuksia.....	44
9.3	IKINÄ-mittarin käytettävyys.....	45
9.4	Opinnäytetyön hyödyt.....	46
9.5	Ammatillinen kasvu.....	47

9.6 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet ja kehitysehdotukset.....	49
LÄHTEET	50

LIITTEET

- Liite 1 IKINÄ-mittari
- Liite 2 Tutkimuslupa
- Liite 3 Saatekirje
- Liite 4 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Iäkkäiden kaatumiset ovat yksi suurimmista terveysongelmista Suomessa. Kaatumisten vaaratekijät jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin vaaratekijöihin, mutta yleensä kaatuminen johtuu useamman tekijän summasta. Suomessa kotona asuvista yli 65-vuotiaista joka kolmas kaatuu vähintään kerran vuodessa, laitoksessa asuvista iäkkäistä jopa yli puolet (STM 2006, 50). Kaatumistapaturmat aiheuttavat suurempaa vahinkoa iäkkäille kuin nuoremmalle väestölle, koska ihmiskeho haurastuu iän myötä, eikä parantuminen ole enää yhtä nopeaa. Kaatuminen voi myös aiheuttaa ikääntyneelle epävarmuuden tunteita liikkumista kohtaan ja pakottaa iäkkään lähtemään kotoaan hoitolaitokseen asumaan. Terveystieteille kaatumiset aiheuttavat lisäkustannuksia lisääntyneinä terveydenhuollon kuluina ja pitkittyneinä hoitajaksoina. Suomen väestö ikääntyy, joten myös kaatumiset lisääntyvät. (Pajala 2012, 7–9.)

IKINÄ-mittari on työkalu iäkkäiden kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyyn koti- ja laitoshoidossa, ja sen tarkoituksena on selvittää iäkkään kaatumisriski sekä ennaltaehkäistä tulevia kaatumisia. IKINÄ-mittarin avulla selvitetään muun muassa iäkkään kaatumishistoria ja lääkitys. Mittarin avulla on mahdollista kiinnittää erityistä huomiota niiden potilaiden ohjaamiseen, joilla on suuri kaatumisriski ja siten ennaltaehkäistä kaatumisia. Moniammatillinen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ryhmä tekee potilaalle jatkosuunnitelman kaatumisen ehkäisyyn käytännön toimenpiteistä. Suunnitelmaan kirjataan myös, miten kaatumisten ehkäisyä seurataan ja arvioidaan. (Pajala 2012, 15–17.) IKINÄ-mittari pohjautuu Australiassa käytössä olevaan kaatumisten ehkäisymalliin, eli samankaltaisia mittareita on käytössä myös kansainvälisesti.

Kaatumistapaturmista ja niiden ehkäisystä on tehty aiempia tutkimuksia. Vanhatalo (2011, 43) on tutkinut pro-gradu tutkimuksessaan kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvän suosituksen käyttöönottoa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) sisätautiosastolla 6 sekä syöpätautien ja vanhuspsykiatrian osastoilla. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla osastojen avainhenkilöitä. Tutkimuksessa kaatumistapaturmien ehkäisyä toimintamalli todettiin toimintaa selkeyttäväksi. Tässä opinnäytetyössä toteutettiin samankaltainen tutkimus, mutta kohderyhmänä olivat lisalmen terveyskeskuksen vuodeosastot 1 ja 3.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän lisalmen terveyskeskuksen vuodeosastot 1 ja 3, joissa IKINÄ-mittari on otettu käyttöön maaliskuussa 2013. Opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien kokemuksia IKINÄ-mittarin käytöstä. Samalla selvitettiin, millaisia toimenpiteitä he olivat tehneet, kun potilas on saanut korkeat riskipisteet IKINÄ-mittarista. Hoitajilta kerättiin myös IKINÄ-mittarin käyttöön liit-

tyviä kehitysehdotuksia. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osastojen toiminnassa ja IKINÄ-mittarin kehittämisessä toimeksiantajan tarkoituksia paremmin vastaavaksi.

Opinnäytetyön aihe on hyvin monipuolinen ja työelämälähtöinen, ja se kiinnostaa molempia opinnäytetyön tekijöitä. IKINÄ-mittarin käyttäminen hoitotyössä on näyttöön perustuvaa toimintaa. Opinnäytetyöstä on hyötyä toimeksiantajalle, koska he saavat tietoa osastojen toimintamenetelmistä ja hoitajien suhtautumisesta IKINÄ-mittarin käyttöönottoon. Vuodeosastojen hoitajat saavat myös konkreettista tietoa tekemästään työstä ja mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhönsä. Opinnäytetyön tuloksien perusteella on mahdollista huomata esimerkiksi hoitajien lisäkoulutuksen tarve. Opinnäytetyöstä on hyötyä myös opinnäytetyön tekijöille myöhemmin työelämässä, koska kaatumisten ehkäisyyn kiinnitetään entistä enemmän huomiota työelämässä väestön ikääntymisen vuoksi.

2 KAATUMISTAPATURMAT SUOMESSA

Suomessa koti- ja vapaa-ajan tapaturmakuolleisuus on asukaslukuun verrattuna yleisempää kuin muualla Euroopassa. Suomessa tapaturmat ovat suurin ennenaikaisen kuoleman aiheuttaja, ja yleisin tapaturmien aiheuttaja on kaatuminen. Kaatumis- ja putoamistapaturmat ovat hieman yleisempiä miehillä kuin naisilla. Suomessa tapahtui vuonna 2007 arviolta noin 47 kuolemaan johtanutta tapaturmaa 100 000 ihmistä kohden, kun taas Ruotsissa vastaava luku oli 27 ja Saksassa 16. Vertailu Euroopan maiden välillä on kuitenkin haastavaa, koska eri maiden tapaturmien rekisteröintikäytännöt eroavat toisistaan. (Kostiainen & Haukonen 2010, 4.)

Suomessa 80 prosenttia yli 65-vuotiaiden tapaturmista aiheutuu kaatumisesta tai matalalta putoamisesta. Myös valtaosa kuolemaan johtavista tapaturmista aiheutuu kaatumisesta, miehillä 65 prosenttia ja naisilla 77 prosenttia tapaturmakuolemista. Osa vammoista hoidetaan itse kotona, mutta ihmisen ikääntyessä kaatumisista aiheutuu useammin vammoja, jotka vaativat sairaalahoitoa tai käyntiä lääkärillä. (Pajala 2012, 7.) Suomessa kaikkien potilaiden pääsystä hoitoon on säädetty laissa. Potilaan asemaa ja oikeuksia puolustavan lain 4 § määrittää, että potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Potilasta on myös hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan pykälän kuusi mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

2.1 Erilaiset kaatumistapaturmat

Vuonna 2010 Suomessa kuoli tapaturmissa yhteensä 2 856 ihmistä. Yleisin tapaturmaisesta kuoleman aiheuttajaksi oli kaatuminen tai putoaminen. Kuten taulukosta 1 on nähtävissä, kaatumisen syitä on ollut monia. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) mukaan Pohjois-Savossa kaatumisen tai putoamisen aiheuttamia hoitajaksoja on ollut vuosina 2006–2010 yhteensä 16 880, joka on neljä prosenttia enemmän kuin Suomen keskiarvo. (THL 2012, 5 ja 24.) Vuonna 2004 tehdyn ikä- ja sukupuolivakioituneen vertailun mukaan Suomen 21 maakunnasta Pohjois-Savossa oli kuudenneksi eniten tapaturmien hoitajaksoja. Tilastojen mukaan eniten tapaturmien aiheuttamia hoitajaksoja on Lapissa ja Kainuussa, vähiten taas Ahvenanmaalla ja Uusimaalla. (STM 2006, 19.)

TAULUKKO 1. Kaatumisen tai putoamisen aiheuttamat hoitajakset vuosina 2006–2010 Pohjois-Savon kunnissa (THL 2012, 24).

Kunta	Jää- tai lumikelillä	Samalta tasolta	Portailta	Putoaminen, hyppääminen	Määrittelemätön	Yhteensä
Koko alue	1 290	12 070	740	1 250	1 540	16 880
Iisalmi	119	973	68	89	106	1 360
Kuopio	470	3 589	220	383	520	5 180
Kiuruvesi	59	642	48	65	60	870
Lapinlahti	40	640	26	79	116	900
Vieremä	19	196	12	24	22	270

2.2 Väestön ikääntymisen vaikutus kaatumistapaturmiin

Väestön nopea ikääntyminen on haaste kaatumis- ja putoamistapaturmien ehkäisyssä. Terveysthuollon ja erityisesti ikäihmisten palveluissa täytyy panostaa kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyyn, koska ikääntyneiden määrän kasvaessa ei hoitopalveluja riitä kaikille. (Lehtola 2002, 7.) Myös eliniän odote on kasvanut sekä Suomessa että muualla maailmassa. Maailmalla yli 60-vuotiaiden määrän odotetaan kaksinkertaistuvan seuraavien kahden vuosikymmenen aikana. (Frankenberg & Thomas 2011, 73.)

Ennusteen mukaan Suomessa vuoteen 2030 mennessä 80-vuotiaiden suhteellinen osuus väestöstä kaksinkertaistuu, kun taas 85-vuotiaiden määrä kolminkertaistuu verrattuna nykyhetkeen. Myös yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa huomattavasti tulevina vuosina. Vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä arvioidaan olevan noin 1,4 miljoonaa. (Lehtola 2002, 7.) Yli 65-vuotiaita oli vielä vuonna 2000 15 prosenttia koko Suomen väestöstä, kun vastaavan luvun on arvioitu olevan 26 prosenttia vuonna 2030 (Jyrkämä 2003, 13).

Vuosittain kaatumis- ja putoamistapaturmat aiheuttavat 75 vuotta täyttäneille yli 25 000 sairaalan vuodeosastohoitajakset. Tämän vuoksi iäkkäiden kaatumiset aiheuttavat huomattavia kustannuksia terveyden- ja sairaanhoidon alalle. Vuosittain Suomessa murtuu kaatumisten seurauksena yli 7 000 lonkkaa, ja yhden lonkkamurtuman perushoito maksaa arviolta 20 000 euroa. Mikäli lonkkamurtuma aiheuttaa komplikaatioita tai murtuma johtaa pysyväan laitoshoidon, maksaa se vielä huomattavasti

enemmän. Tämän vuoksi on tärkeää ennaltaehkäistä kaatumis- ja putoamistapaturmia jo etukäteen. (Pajala 2012, 7–8.)

3 KAATUMISTAPATURMIA AIHEUTTAVAT SAIRAUDET

län myötä sairaudet yleistyvät ja yli 85-vuotiaista jopa 90 prosentilla on jokin pitkäaikais sairaus, joka hyvin hoidettuna ei kuitenkaan välttämättä heikennä iäkkään toimintakykyä tai terveydentilaa. Sen sijaan akuutit, lyhytaikaiset sairaudet voivat lisätä iäkkään kaatumisalttiutta heikentämällä yleiskuntoa. Sairauden aikana sekä toipilasvaiheessa tulee huolehtia iäkkään turvallisesta liikkumisesta, ravitsemuksesta ja riittävästä nesteensaannista. Jopa lyhytaikainen vuodelepo heikentää iäkkään tasapainoa ja kykyä hallita pystyasentoa, jonka vuoksi on tärkeää nousta vähintäänkin istumaan useita kertoja päivässä, myös sairaana ollessa. Voinnin mukaan kannattaa myös seisoa useita kertoja päivässä, jotta tasapainokyky säilyisi mahdollisimman hyvänä. (Pajala 2012, 62.)

Useat iäkkäät kärsivät monisairaudesta eli comorbiditystä, joka tuo kaatumisten ehkäisyyn useita haasteita. Kaatumisvaaraa arvioitaessa tulee huomioida kaikki iäkkään sairaudet, niiden merkitys kaatumisvaaraan sekä mahdolliset yhteisvaikutukset, jotka saattavat merkittävästi lisätä kaatumisvaaraa. Esimerkiksi Parkinsonin tautia sairastavan iäkkään riski kaatua on 2–3 kertaa niin suuri kuin iäkkäällä, jolla ei ole kaatumisvaaraa lisäävää sairautta. Sen sijaan iäkkäällä, jolla on Parkinsonin taudin lisäksi muistisairaus, riski kaatua saattaa olla jopa 20-kertainen. (Pajala 2012, 62.)

3.1 Aivoverenkierron häiriöt

Aivoverenkiertohäiriöllä eli AVH:lla tarkoitetaan joko paikallista aivokudoksen iskemia eli hapenpuutetta tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa eli hemorrhagiaa. Häiriöt verenkierrossa voivat aiheuttaa keskushermostolle hapen tai sokerin saannin puutoksen, jolloin keskushermosto voi vaurioitua pysyvästi. (Ahonen ym. 2012, 353.) AVH-potilailla kaatumisvaara on suuri, ja siksi kaatumisen ehkäisy on aloitettava välittömästi potilaan tullessa osastolle ja sen on jatkuttava koko potilaan sairaalajakson ajan. Aivoverenkierron häiriöt heikentävät iäkkään toimintakykyä ja nostavat kaatumisvaaran 2–4 kertaa suuremmaksi kuin terveellä iäkkäällä. Mikäli iäkkäällä on huomattavia vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa AVH:n vuoksi, voi kaatumisvaara hänen kohdallaan nousta jopa yhdeksänkertaiseksi. (Pajala 2012, 63.)

Aivoverenkierron häiriöitä sairastavan iäkkään kaatumisalttiutta lisäävät muun muassa vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisessa, jotka aiheutuvat sairauteen liittyvästä tasapainovaikeudesta tai heikentyneestä asennonhallinnasta. Lisäksi AVH-potilailla esiintyy neglect-oireyhtymää, jossa toispuoleinen kehon havainnointi ja käyt-

tö on häiriintynyt. Tämäkin lisää iäkkään kaatumisvaaraa. Vaikeus tuottaa oikeanlaisia ja oikein ajoitettuja liikemalleja, apraxia eli vaikeus suunnitella ja tuottaa motorisia suorituksia, motoriset puutokset toisella puolella kehoa tai muutokset aistitoiminnoissa kuten näkökyvyssä, alentunut kognitio, joka tarkoittaa älyllisten ja psykologisten toimintojen heikentymistä, lisäävät riskiä kaatumiselle. Kaatumisalttiutta lisäävät myös AVH:n aiheuttamat käyttäytymisessä ja huomiontarkkuudessa tapahtuvat muutokset kuten impulsiivisuus, sairauden lääkehoito esimerkiksi mielialalääkkeillä tai nesteenpoistajilla eli diureeteilla, kaatumispelko sekä inkontinenssi eli virtsankarkailu. (Pajala 2012, 63–64.)

3.2 Muistisairaudet

Useat muistisairauden oireet kuten muistamattomuus, vireystilan vaihtelu, sekavuus ja sairauden hoitoon käytettävät lääkkeet lisäävät iäkkään kaatumisvaaraa. Muistisairauksia diagnosoidaan Suomessa vuosittain noin 13 000 henkilöllä ja niiden esiintyvyys kasvaa iän myötä. Lieväkin muistisairaus saattaa heikentää tasapainokykyä, motoriikkaa ja reaktiokykyä sekä aiheuttaa kävelyvaikeuksia. Muistisairauksia on useita erilaisia ja suurin kaatumisvaara on niillä iäkkäillä, jotka sairastavat Lewyn kappale -tautia tai Parkinsonin tautiin liittyvää muistisairautta. Esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastava kaatuu yli kaksi kertaa todennäköisemmin kuin terve iäkäs. (Pajala 2012, 67.) Jo muistisairauden varhaisvaiheessa on mahdollista havaita neurologisia muutoksia, jotka nostavat iäkkään riskiä kaatua. Muun muassa Lewyn kappale -taudissa toiminnanohjaus ja näönvaraiset toiminnot saattavat heikentyä jo varhaisessa vaiheessa. Koska näkökyky ja sen mukana ympäristön havainnointi heikkenee eikä iäkäs kykene ohjaamaan toimintaansa kuten ennen, kasvaa hänen riskinsä kaatua. (Muistisairaudet: Käypä Hoito -suositus 2010.)

Muistisairaahan vuorokausirytmä on usein sekaisin, ja hänellä voi olla vaikeuksia orientoitua aikaan ja paikkaan. Sen vuoksi muistisairaahan usein vaeltelevat kotia ja tuttuja ympäristöjä etsien, jolloin riski kaatua kasvaa heidän päätyessään esimerkiksi portaisiin, joissa itsenäisesti turvallisesti liikkuminen on vaikeaa. Jokaisen muistisairaahan kaatumisvaara tulisikin arvioida aina ympäristön muuttuessa ja kaatumisen ehkäisyyn tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Pajala 2012, 67.)

3.3 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti on tila, jossa aivojen dopamiinin tuotanto on heikentynyt. Dopamiini on keskushermoston välittäjäaineena toimiva hormoni. Ensimmäiset taudin oireet ilmenevät, kun dopamiinipitoisuus on pienentynyt 60–80 prosenttiin lähtötilanteesta. (Ahonen ym. 2012, 382.) Parkinsonin taudin edetessä ja sen oireiden pahentuessa kaatumisriski kasvaa liikkumisvaikeuksien lisääntyessä. Tautiin sairastuneet kaatuvat usein ja terveisiin iäkkäisiin verrattuna sitä sairastavilla potilailla on kaksinkertainen murtumariski. Loppuvaiheen Parkinson-potilas kykenee harvoin huonon vointinsa vuoksi liikkumaan, jolloin kaatumisalttiuskin pienenee. Arvion mukaan tautia sairastaa yksi sadasta yli 70-vuotiaasta ja se on etenevä sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa. Arvioiden mukaan jopa 80 prosentille Parkinsonin tautiin sairastuneista kehittyy dementia, jolloin kaatumisvaara nousee erittäin suureksi. (Pajala 2012, 76.)

Jähmettyminen eli freezinggait on Parkinsonin taudin oire, joka lisää merkittävästi iäkkään kaatumisvaaraa. Jähmettyminen ilmenee yleensä vaikeutena lähteä liikkeelle tai paikoilleen jumiutumisenä kesken liikkeen. Sairauden edetessä keskushermostossa tapahtuu muutoksia, jolloin potilaan kyky selvitä kahta toimintaa samanaikaisesti vaativista tilanteista heikkenee ja kaatumisriski kasvaa. Kaatumispelko on yleistä Parkinsonin tautia sairastavilla potilaalla, sillä muun muassa jähmettyminen tapahtuu yllättäen eikä sitä voi ennakoita. (Pajala 2012, 76.)

3.4 Diabetes

Iäkkään diabeetikon kaatumisvaaraa lisäävät alaraajojen huono lihasvoima, heikentynyt tasapaino- ja tuntoaisti, vaikeudet kävellä sekä perifeerinen neuropatia. Perifeerinen neuropatia aiheuttaa muutoksia ääreishermostossa niin, että kehon kosketus- ja asentotunto heikentyvät. Murtuman syntymisriski kaatumisen seurauksena on tyypin 2 diabeetikolla kaksi kertaa suurempi kuin terveellä, tyypin 1 diabetes puolestaan nostaa riskin kuusi kertaa suuremmaksi. Diabetesta sairastaa 65–75-vuotiaista joka viides ja yli 80-vuotiaista 40 prosenttia. Useat tuhannet sairastavat diabetesta tietämättään. (Pajala 2012, 80.)

Diabetespotilaan oireet ja diabeteksen liitännäissairaudet lisäävät potilaan kaatumisriskiä. Tällaisia liitännäissairauksia ovat esimerkiksi ortostaattinenhypotensio, jolloin verenpaine laskee nopeasti esimerkiksi istumaan noustessa. Se aiheuttaa potilaalle huimausta, joka voi johtaa kaatumiseen liikkeelle lähdeäessä. Diabetespotilaalle ortostaattistahypotensiota voi aiheuttaa joko autonomisen hermoston neuropatia,

heikentynyt barorefleksin eli verenpaineensäätelyn herkkyys tai verenpainelääkitys. Muita diabeteksen liitännäissairauksia ovat muun muassa alaraajojen heikko lihasvoima liikapainoisilla potilailla ja diabetekseen liittyvät ääreishermoston sairaudet, kuten perifeerinen neuropatia ja polyneuropatia eli monihermosairaus. Edellä mainitut sairaudet aiheuttavat kipuja, tunnottomuutta ja alaraajojen pistelyä sekä epämuodostumia eli deformiteetteja varpaissa. Diabeteksen liitännäissairauksiin yhdistetään myös etenkin iäkkäitä naisia vaivaava virtsainkontinenssi eli virtsankarkailu pidätyskyvyttömyyden vuoksi. Myös diabeteksen liitännäissairauksien ja niiden oireiden hoitoon käytettävät lääkkeet kohottavat kaatumisriskiä. (Pajala 2012, 80.)

3.5 Muut sairaudet

Muita sairauksia jotka vaikuttavat potilaan kaatumisriskiin, ovat muun muassa osteoporoosi eli luukato ja osteopenia eli luun lujuuden heikentymä. Nämä sairaudet lisäävät luunmurtumien riskiä kaatumisen yhteydessä, joten kaatumisten ehkäisy on todella tärkeää. Yli 50-vuotiaista naisista noin 15 prosenttia sairastaa osteoporoosia, miehillä vastaava luku on viisi prosenttia. (Pajala 2012, 83.) Luun määrä kasvaa noin 30 ikävuoteen saakka. Luun määrä pysyy melko muuttumattomana 40-vuotiaaksi, mutta siitä eteenpäin se alkaa vähentyä. Naisilla menopaussi kiihdyttää luun määrän vähenemistä. (Ahonen ym. 2012, 682.)

Myös heikentyneet aistit, kuten heikentynyt näkö tai kuulo, nostavat kaatumisen riskiä. Esimerkiksi näön heikentyminen vaikeuttaa ympäristön havaitsemista ja tasapainon hallintaa, jolloin muun muassa kävelyvaikeudet ovat tavallisia. Heikko näkö nostaa kaatumisriskin kaksinkertaiseksi normaalisti näkevään verrattuna. Suomalaisessa tutkimuksessa on havaittu, että heikosti kuulevan ja näkevän iäkkään kaatumisriski on jopa neljä kertaa suurempi kuin terveellä väestöllä. Pelkän kuulon heikentymisen ja kaatumisten välillä ei ole havaittu yhteyttä, mutta heikon kuulon sekä tasapaino- ja toimintakyvyn välillä on selvä yhteys, joten kuulo tulee tutkia aina kaatumisvaaraa arvioitaessa. (Pajala 2012, 92–94.)

Krooninen kipu ja siihen käytettävät kipulääkkeet voivat lisätä iäkkään riskiä kaatua. Kipu vaikuttaa usein myös iäkkään mielialaan, jolloin masennuksen riski kasvaa. Mieliala- ja masennuslääkkeet puolestaan lisäävät kipupotilaan alttiutta kaatumiselle, joten kipu tulisi hoitaa ennen kuin se ehtii muuttua krooniseksi. Kivun vuoksi iäkäs saattaa liikkua vähemmän, jolloin lihaskunto ja tasapaino heikentyvät ja kaatumisriski kasvaa. (Pajala 2012, 97.) Koska kipu on henkilökohtainen kokemus, tulee hoitohenkilökunnan arvioida kipua sen perusteella, kuinka paljon se vaikuttaa potilaan toimin-

takykyyn. Kroonista kipupotilasta hoitaessa tulee varoa käyttämästä ilmaisuja, jotka mahdollisesti lisäävät potilaan pelkoa tai avuttomuuden tunnetta. (Facultas 2008.)

Alaraajojen valtimosairautta, *Peripheral Arterial Disease* eli PAD:ia arvioidaan esiintyvän joka kolmannella yli 65-vuotiaalla. PAD:n aiheuttajana on useimmiten hoitamaton sydän- ja verisuonisairaus. PAD:ssa ääreisverenkierto heikkenee, koska verisuoniin kertyy kolesterolia. Tyypillistä PAD-potilaalle on katkokävely, heikko tasapaino ja alaraajojen toimintakyky sekä hidas kävelynopeus, joiden vuoksi PAD-potilaan kaatumisvaara on suuri. Oireet tulevat usein esiin vasta rasituksessa, joten sairaus voi jäädä huomaamatta, mikäli iäkäs liikkuu vähän. (Pajala 2012, 103.)

Nivelrikkoo eli osteoartriittia ja nivelreumaa eli reumatoidi artriittia sairastavilla alaraajojen lihasvoima ja nivelten asentotunto heikkenee, tasapainokyky huononee ja nivelissä tuntuva kipu, turvotus ja jäykkyys vaikeuttavat liikkumista altistaen näin kaatumisille. Nivelrikkopotilas turvautuu huonon tasapainokyvyn vuoksi enemmän näön kautta saamaansa tietoon ympäristöstä ja sen vuoksi näkökyvyn säännöllinen tarkastaminen on tärkeää kaatumisten ehkäisyssä. Polven keinonivelleikkaus on yleinen artriittipotilaan hoitokeino, mutta se ei poista kohonnutta riskiä kaatua. (Pajala 2012, 104.) Aktiivin reumatulehduspotilaan toimintakyky alenee niissä tehtävissä, joissa vaaditaan nivelten toimintaa. Esimerkiksi pinsettiote saattaa olla nivelreumapotilaalle mahdoton, jolloin päivittäisistä toiminnoista selviytyminen vaikeutuu. Alaraajojen nivelissä nivelreuma uhkaa potilaan liikuntakykyä. Jos liikuntakyvyn alenemiseen ei puututa ajoissa, nivelreumaa sairastava potilas todennäköisesti kaatuu liikkeessaan. (Hakala 2010, 134.)

4 KAATUMISTAPATURMIEN EHKÄISY

lökkäiden kaatumisten ehkäisyn tärkeimpänä muotona on poistaa kaatumisia aiheuttavat tekijät. Lisäksi on tärkeää ohjata iäkkäitä ja heidän omaisiaan ottamaan käyttöön nykyaikainen hälytysjärjestelmä, jolla iäkäs saa hälytettyä apua tarvittaessa. Kaatumistapaturmien ehkäisyssä pyritään tunnistamaan kaatumisriskit ja ylläpitämään iäkkään omatoimisuutta. Omatoimisuus vähentää iäkkään kaatumisen pelkoa ja rohkaisee häntä ylläpitämään kuntoaan. Iäkkään henkistä vireyttä tulee ylläpitää, sekä hoitaa mahdollinen masennus, jotta iäkäs jaksaisi lähteä liikkeelle ja pitää huolta kunnostaan. Kaatumisen jälkeen tulee aina selvittää kaatumistilanne ja kaatumisen syy. (Jämsén 2012.)

Iäkkään kaatumistapaturmien ehkäisyn tulee olla laaja-alaista, koska kaatumisetkin ovat yleensä monen eri osa-alueen summa. Laaja-alaisella kaatumisten ehkäisyllä tarkoitetaan ehkäisyytoimia, jotka kohdistuvat useaan kaatumisen vaaratekijään samanaikaisesti. Kaatumisvaaraa on mahdollista vähentää tekemällä lääketieteellinen arvio iäkkään kaatumisen vaaratekijöistä ja puuttamalla niihin. Myös säännöllisen liikuntaharjoittelun, toimintaterapeutin kotikäyntien ja kodin vaaranpaikkojen selvittämisen on todettu merkittävästi vähentävän kaatumisvaaraa. (Vaapio 2009, 25.) Erilaisia kaatumisten ehkäisyyn tähtäviä toimenpiteitä yhdistelemällä on mahdollista vähentää iäkkäiden kaatumisia jopa 20–40 prosenttia (STM 2006, 50).

Iäkkäiden kaatumistapaturmien ehkäisy voidaan jakaa sisäisiin tekijöihin eli elimistössä olevien vaaratekijöiden ehkäisyyn sekä ulkoisiin tekijöihin eli iäkkäästä riippumattomien tekijöiden ehkäisyyn. Iäkkäiden sisäisistä tekijöistä johtuvat kaatumistapaturmat ovat yleisempiä, jos iäkäs kaatuu toistuvasti lyhyen ajan sisällä. Tällöin kaatumisia aiheuttava häiriö elimistössä on voinut aiheuttaa kaatumiset, ja siihen täytyy aina puuttua. Iäkkään sisäisien tekijöiden tutkimisen ohella on aina syytä ottaa huomioon myös ulkoiset tekijät. (Kivelä 2012, 91.)

4.1 Sisäiset tekijät kaatumisten ehkäisyssä

Yleisin kaatumisia ehkäisevä toimenpide on liikuntaharjoittelu, joka tukee potilaan liikkumiskykyä ja tasapainoa sekä vahvistaa lihaskuntoa. Kestävyyskuntoa tulisi harjoittaa liikkumalla viikossa ainakin 2,5 tuntia. Hyviä liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kävely, marjastus, kotityöt ja muu hyötyliikunta. Lisäksi tulisi harjoittaa lihaskuntoa ja liikehallintaa vähintään kaksi kertaa viikossa esimerkiksi tanssimalla, jumppaamalla tai venyttelemällä. (Pajala 2012, 19–20.) Lihassoima ja lihasten ja hermoston yhteis-

toiminta ovat edellytyksiä hyvälle tasapainolle. Tämän vuoksi varsinkin iäkkään tulisi harjoittaa alaraajoja sekä selkä- ja vatsalihaksia. Nämä harjoitukset tukevat myös seisoma- ja istuma-asentoa ylläpitäviä lihaksia. (Kivelä 2012, 85.)

läkistä on kannustettava liikuntaharjoitteluun, koska liikkumis- ja kävelykyvyn heikkeneminen ennakoi suurempaa riskiä kaatua tulevaisuudessa. Iäkkäälle olisi myös hyvä tehdä oma henkilökohtainen liikuntaohjelma. Iäkäs tarvitsee liikunnanohjausta siinä missä muutkin ikäryhmät, jotta liikkeet toteutetaan oikein ja harjoittelusta on mahdollisimman paljon hyötyä. Harjoittelun säännöllisyyteen ja jatkuvuuteen tulisi myös kiinnittää huomiota liikunnanohjauksessa. Haasteellista iäkkään liikkumisen ohjauksesta tekevät mahdolliset kivut ja motivaation puute. Lyhytkin sairauden aiheuttama vuodelepo heikentää iäkkään lihaskuntoa ja toimintakykyä. (Pajala 2012, 19 ja 21.)

Vanhetessa iäkkään keho muuttuu. Kudokset rappeutuvat ja elimistön solumäärä vähenee. Nämä tekijät aiheuttavat yleiskunnon huononemista ja erilaisia sairauksia, joita yleensä hoidetaan lääkkeillä. (Finne-Soveri 2006, 65.) Suomessa iäkkäillä, jotka asuvat kotonaan, on käytössä keskimäärin 3–4 resepti- tai käsikauppalääkettä. Kodin ulkopuolella asuvilla lääkkeitä on käytössä keskimäärin 5–10. Iäkkään käytössä olevien lääkkeiden yhteisvaikutuksia tulisi arvioida enemmän, koska jo kolmen lääkkeen yhtäaikainen käyttö lisää potilaan kaatumisvaaraa. Jos iäkkäällä on käytössä 10 tai useampia lääkevalmisteita, on lonkkamurtuman riski yli kahdeksankertainen yhtä lääkettä käyttävään verrattuna. Lääkkeiden vaikutus voimistuu iäkkäiden elimistössä, koska elimistön nesteiden ja rasvakudosten määrä alenee. Muistin heikkeneminen voi johtaa myös lääkkeiden tahattomaan väärinkäyttöön. (Pajala 2012, 35.)

Monipuolinen ravinto ja riittävä nesteiden saanti ovat iäkkään terveyden kannalta tärkeitä. Iäkkään elimistö kestää nestehukkaa huonommin kuin nuoremman elimistö. Tämä johtuu siitä, että iäkkään elimistössä on vähemmän vettä, kuin nuoremmalla, joten kuivumistilan oireet tulevat esiin nopeammin. (Kivelä 2012, 36.) Ravitsemustottumukset on käytävä iäkkään kanssa läpi, koska osa vanhuksista kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta, jotka heikentävät potilaan kuntoa. Aliravitsemus voi aiheuttaa hui- mausta, sekavuutta ja väsymystä, jotka voivat omalta osaltaan lisätä kaatumisten riskiä. (Pajala 2012, 40.) D-vitamiinin puutokseen iäkkäällä tulisi kiinnittää suurta huomiota. D-vitamiinin puutos vaikuttaa haitallisesti tuki- ja liikuntaelimistön toimintaan, koska kalsiumin imeytyminen luustoon heikkenee. D-vitamiinin puutos aiheuttaa ongelmia myös hermoston ja aivojen toiminnassa, koska D-vitamiinia tarvitaan hermosolujen kehittämisessä. (Pajala 2012, 43.)

lääkkäiden alkoholinkäyttö on yleisempää kuin ennen. Eläkkeelle jääminen ja runsas vapaa-aika saattavat lisätä alkoholin kulutusta. Toisaalta hoitohenkilökunta saattaa myös olettaa virheellisesti, ettei iäkäs käytä alkoholia. (Kivelä 2012, 46.) Alkoholin käytön vähentäminen tai lopettaminen on tehokas keino ehkäistä iäkkään kaatumisia. Iäkkään suositeltu kohtuukäytön raja on korkeintaan seitsemän annosta viikossa tai kaksi annosta kerralla. Alkoholi vaikuttaa keskushermostoon siten, että tasapaino- ja reaktiokyky alenevat, jolloin kaatumisriski suurenee. Alkoholilla ja lääkkeillä on todettu olevan monia yhteisvaikutuksia. Alkoholi lisää verenpainelääkkeen tehoa, joka saattaa aiheuttaa huimausta. Uni-, mieliala- ja psyykelääkkeiden sekä alkoholin yhteiskäyttö puolestaan saattaa aiheuttaa sekavuutta. Alkoholin käyttöä voidaan arvioida AUDIT-C -testilomakkeella. (Pajala 2012, 46–47.)

4.2 Ulkoiset tekijät kaatumisten ehkäisyssä

Ulkoiset tekijät muodostavat suurimman osan kaatumiselle altistavista vaaratekijöistä. Kaikkiin ulkoisiin tekijöihin, kuten sääolosuhteisiin, eivät terveydenhuollon ammattilaiset pysty vaikuttamaan. Kodin muutostöihin ja apuvälineiden saatavuuteen puolestaan pystytään vaikuttamaan. Paras käsitys iäkkään päivärutiineista ja vaaranpaikoista saadaan häntä havainnoimalla. Kaatumisille altistavat paikat kuten kynnykset, matot, portaat ja rappuset muokataan iäkkään käyttöön sopivaksi. Kaiteet, liukuesteet ja tavaroiden uudelleen asettelu voivat auttaa kaatumisten ehkäisyssä. Lisäksi iäkkäällä voi olla kävelysauvat, rollaattori tai hälytinranneke turvaa tuomassa. (Pajala 2012, 50–51.)

Iäkkään apuvälineiden käyttämisen hyödyt eivät ole täysin kiistattomia. Nurmen (2000, 9) tutkimuksessa neljässä eri hoitolaitoksessa asuvan, iäkkäistä henkilöistä koostuvan kohderyhmän kyky liikkua itsenäisesti ja käyttää rollaattoria tai kävelykelkkaa apuvälineenä katsottiin olevan kaatumisia lisäävä tekijä. Pitkäaikaispotilaiden kyky liikkua itsenäisesti oli kaatumisia aiheuttava vaaratekijä, kun taas lyhytaikaisessa hoidossa olevan potilaan kaatumisvaara ei ollut lisääntynyt apuvälineitä käytettäessä. Kävelykepin käyttö koettiin turvallisimmaksi, mutta kaikista paras kaatumista ehkäisevä tekijä oli avustettuna liikkuminen. Apuvälineen käyttäminen on arvioitava aina potilaskohtaisesti.

Iäkkäiden säännöllinen näön sekä silmälasien tarkastaminen on tärkeää, jotta iäkäs näkee mahdolliset kaatumisia aiheuttavat vaaranpaikat hyvin. Myös riittävä valaistus päivisin ja öisin ennaltaehkäisee kaatumisia. Iäkkään päivittäinen yhteydenpito edes

yhteen henkilöön tuo turvallisuuden tunnetta ja luo mahdollisuuksia esimerkiksi kauppa-asioinnin helpottamiseksi, etenkin jos iäkäs on väsynyt tai ulkoilukeli on huono. Jos iäkkäällä ei ole sukulaisia, ystäviä tai naapuria turvana voi terveydenhuollon ammattilaisen, esimerkiksi kotisairaanhoidon säännöllinen käynti iäkkään luona, olla tarpeellista. (Tiirikainen 2004.)

4.3 Kaatumispelon arviointi

Jo ensimmäinenkin iäkkään kaatuminen tulisi ehkäistä, sillä suurin kaatumista ennustava tekijä on aiempi kaatuminen. Kaatumisen jälkeen on yleistä, että pelko kaatumisia kohtaan kasvaa ja vaikuttaen iäkkään toimintakykyyn heikentävästi. (Pajala 2013.) Pelko kaatumisesta voi syntyä myös ilman aiempaa kaatumista, ja sitä on mahdollista arvioida kaatumispelon arviointiin tarkoitetuilla apuvälineillä, kuten *The Activities-specific Balance Confidence scale* -asteikolla eli ABC-asteikolla tai *Falls Efficacy Scale International* -asteikolla eli FES-I:llä. ABC-asteikko on iäkkään henkilön tasapainon hallinnan heikentymisen tunnistamiseen kehitetty mittari (THL 2010a). FES-I on puolestaan kaatumispelkojen kartoitukseen kehitetty mittari (UKK-instituutti 2013).

Jotta iäkkään kaatumispelko helpottaisi ja hän uskaltaisi liikkua ulkona paremmin, tulisi asiasta keskustella ja luoda asiakkaalle yksilöllinen kaatumisten ehkäisy-suunnitelma. Suunnitelmaa laadittaessa on tärkeää hyödyntää iäkkään omia voimavaroja kaatumisilla ja tapaturmilla pelottelun sijaan. Keskustelut on hyvä kirjata muistiin, jotta tehtyjä toimenpiteitä ja keskustelun vaikutuksia on mahdollista arvioida myöhemmin. (Pajala 2013.)

5 IKINÄ-MITTARI

IKINÄ-mittari (liite 1) on THL:n kehittämä mittari, joka pohjautuu australialaiseen *FRAT-screening component* -mittariin. FRAT on lyhenne sanoista *Falls Risk Assessment Tool* ja sen on kehittänyt Peninsula Health Falls Prevention Service, joka sijaitsee Australiassa. THL on jo usean vuoden ajan koonnut Internet-sivuilleen materiaalia kaatumistilastoista ja kaatumisten ehkäisystä. Vuonna 2011 julkaistiin IKINÄ-opas sekä perusterveydenhuoltoon tarkoitettu kaatumisvaaran arviointilomake. (Tervo-Heikkinen 2011b.) IKINÄ-mittarin perusteet ja tarpeellisuus on esitelty IKINÄ-oppaassa, joka on tehty koti- ja laitoshoidossa olevien iäkkäiden parissa työskenteleville ammattilaisille (Pajala 2012, 17).

IKINÄ-mittari on yhden A4-sivun mittainen lomake, jonka liitteeksi täytetään ravitsemuksen MNA eli *Mini Nutritional Assessment* -testi (THL 2014). Mittarissa kysytään muun muassa kaatumisolosuhteet, potilaan kaatumisen ajankohta ja kauanko hän on ollut osastolla ennen kaatumista. Myös mahdollinen kaatumispelko selvitetään. Lisäksi potilaan lääkkeitä käydään läpi onko hänellä käytössä tiettyihin ryhmiin kuuluvia lääkkeitä tai perussairauksia ja selvitetään, onko hänellä oireita, jotka nostavat kaatumisvaaraa. IKINÄ-mittarilla selvitetään myös potilaan avuntarve, kotona liikkuminen ja asumismuoto. Samalla kirjataan myös potilaan arvio omasta terveydestä ja mahdollinen avunpyytäminen: yliarvioiko potilas omat kykynsä vai uskaltaako hän pyytää apua.

5.1 IKINÄ-mittarin taustaa

Turun yliopistossa toteutettiin 2000-luvun alkupuolella 12 kuukauden mittainen kaatumisten ehkäisyohjelma, joka perustui yksilölliseen kaatumisten vaaratekijöiden arviointiin seitsemällä eri osa-alueella. Ohjelmassa oli mukana myös vertailuryhmä, jotta kaatumisten ehkäisyä voitiin arvioida luotettavasti. Kaatumisten ehkäisyohjelman jälkeen lähes kaikki iäkkäät pitivät ohjelmaa tarpeellisena. Tämän ohjelman mukaan kaatumisten ehkäisymenetelmä tulisi ottaa käyttöön perusterveydenhuollossa. Siksi kehitettiin IKINÄ-mittari, jonka tarkoituksena on ennaltaehkäistä iäkkäiden kaatumisia ja niistä aiheutuvia seurauksia. Ohjelman seitsemän eri osa-alueita tarkkailivat samoja asioita kuin IKINÄ-mittari, kuten esimerkiksi iäkkään lääkitystä, lihasvoimaa, näkökykyä sekä ravitsemustilaa. (Vaapio 2009, 35–39 ja 72.)

IKINÄ-mittaria pilotoitiin KYS:ssa vuosina 2009–2011. Kaatumisten ja putoamisten määrät laskivat pilotin aikana 47,6 prosenttia vuositasolla eli IKINÄ-mittari on ollut

hyödyllinen apuväline kaatumisvaaran arvioinnissa ja sillä on ollut suuri vaikutus potilasturvallisuuden paranemisessa käytännössä. Pilotointiin osallistui kolme osastoa: sisätautiosasto 6, syöpätautien osasto ja vanhuspsykiatrian osasto. Sen pohjalta pidettiin elokuussa 2011 kokous, jossa asetettiin tavoitteet IKINÄ-mittarin käytölle. Yksi tärkeimmistä mittarille asetetuista tavoitteista oli, että seulontamittaus toteutettaisiin ensimmäisen hoitovuorokauden aikana jokaiselle vuodeosastolle tulevalle potilaalle. Osastolla olevien potilaiden mittaukset tulisi myös tarkistaa kerran viikossa, jotta kaikille tulee varmasti tehtyä mittaus. Mittauksen tulos tulisi kirjata yhtenäisesti hoitokertomukseen, jossa sille on varattu oma tila. (Tervo-Heikkinen 2011a.)

Pilotoinnissa käytetty IKINÄ-mittari kehitettiin Hoitotyön tutkimussäätioss eli Hotuksessa ja se kehitettiin yhtenäisiä, näyttöön perustuvia hoitotyön tuloksia mukaillen. Mittarilla pyrittiin löytämään ne potilaat, jotka ovat kaatumisvaarassa sairaalahoidon aikana. Iäkkäällä, joiden kaatumistapaturmia IKINÄ-mittarilla on tarkoitus ennaltaehkäistä, tarkoitetaan yli 65-vuotiasta miestä tai naista. (Pajala 2012, 7.) Helppokäyttöisyyden vuoksi mittarin tuli olla lyhyt, selkeä ja yksiselitteinen. Myös mahdollisuus viestiä se sähköiseen hoitokertomukseen oli yksi mittarin vaatimuksista, jotta sen tulokset olisivat helposti kaikkien ikäihmisen kanssa työskentelevien saatavilla. (Tervo-Heikkinen 2011b.)

IKINÄ-mittarista on olemassa kolme versiota: pitkä versio, perusterveydenhuoltoon ja laitoshuoltoon tarkoitettu lyhyempi versio sekä lyhyt seurantakortti akuuttisairaanhoidon. Kaikkien mittarien käyttöönottoa tulee edeltää henkilökunnan koulutus mittarin käyttämiseen sekä kaatumisiin liittyen. Lisäksi jokaisessa yksikössä tulee olla suunnitelma siitä, millaisia toimenpiteitä mittarin tulokset aiheuttavat. (Tervo-Heikkinen 2011b.) Tässä opinnäytetyössä IKINÄ-mittarilla tarkoitetaan lyhyttä versiota, joka on käytössä perusterveydenhuollossa.

Pilotoinnit osoittavat, että IKINÄ-mittari ehkäisee kaatumisia, tulisi se ottaa käyttöön laajemmin (Tervo-Heikkinen 2011a). Osaston, jossa mittari aiotaan ottaa käyttöön, toimintayksikön johdon tulee päättää kaatumisten ehkäisyn nostamisesta yhdeksi toiminnan kehittämisen painopisteeksi. Kaatumisten ehkäisyssä tarvitaan usean eri ammattiryhmän osaajia, joten se vaatii moniammatillista yhteistyötä. Toimintayksikön henkilökunta tulee kouluttaa, ja heille on annettava käytännön harjoitusta uusien toimintatapojen noudattamiseksi. Iäkkäät tulee aktivoida itse miettimään niitä riskitekijöitä, jotka vaikuttavat heidän kaatumisriskiinsä. (Pajala 2012, 18.) Aikaisempia tutkimuksia IKINÄ-mittariin liittyen on vähän, koska mittari on uusi. Nyt suurten ikäluokkien ikääntyessä mittarille on entistä enemmän tarvetta. (Tervo-Heikkinen 2011a.)

5.2 IKINÄ-mittarin tarpeellisuus

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 nimeää tavoitteiksi muun muassa hallita potilasturvallisuutta ennakoivasti ja oppimalla, raportoida ja oppia vaarapahtumista sekä edistää potilasturvallisuutta suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin. Myös potilaan osallistumista potilasturvallisuuden parantamiseen ja potilasturvallisuuden huomioimista terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa on haluttu nostaa esille vuosien 2009–2013 ohjelmassa. (STM 2009.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sellaisia toimintoja, joilla pyritään varmistamaan hoidon turvallisuus ja suojataan potilasta vahingoittumiselta. IKINÄ-mittarin tarkoituksena on toimia apuvälineenä suuren kaatumisriskin potilaiden tunnistamisessa ja näin ollen ennaltaehkäistä kaatumisia. Tämän vuoksi IKINÄ-mittari lisää potilasturvallisuutta osastoilla. Potilasturvallisuusstrategian yhdeksi keskeiseksi sisällöksi on kirjattu tutkimukseen ja kokemukseen perustuvat käytännöt, kuten IKINÄ-mittarin käyttäminen kaatumisten ehkäisyssä. (STM 2009.)

5.3 IKINÄ-mittari Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3

Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastot 1 ja 3 kuuluvat Ylä-Savon SOTE kuntayhtymään, joka toimii tämän opinnäytetyön toimeksiantajana. Molemmat osastot sijaitsevat Iisalmen terveyskeskuksen tiloissa, toisessa kerroksessa. Osastot tekevät paljon yhteistyötä, sillä niissä muun muassa käytetään yhteistä henkilökuntaa ja niitä johtaa yhteinen osastonhoitaja. Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosasto 1 on 26-paikkainen akuutti- ja lyhytaikaishoitoa tarjoava yksikkö. Vuodeosasto 3 on 22-paikkainen potilaan toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä yksikkö. Molemmilla osastoilla hoidetaan päivystyksestä, muistipoliklinikalta ja erikoissairaanhoidosta tulevia potilaita ja niillä työskentelee lähi-, perus- ja sairaanhoitajia sekä lääkäreitä. Moniammatillinen ote hoitotyössä korostuu osastoilla, koska niillä työskentelee tarvittaessa myös fysio-, ravitsemus- ja puheterapeutti sekä kuntahoitaja. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2013a; Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2013b.)

IKINÄ-mittarin lyhyttä versiota käyttävät edellä mainittujen osastojen kaikki lähi- ja perushoitajat sekä sairaanhoitajat. Mittari on otettu käyttöön maaliskuussa 2013 osana suurempaa tutkimusta, jota osastoilla tehdään. Tähän tutkimukseen kuuluu IKINÄ-mittarin lisäksi täyttää ravitsemuksen MNA-testi, mitata potilaalta ortostaattinen paine kaatumistapaturman jälkeen sekä tehdä kaatumisesta HaiPro-

haittatapahtumailmoitus (Hiltunen 2013). HaiPro on terveydenhuollon vaaratilanteiden sähköinen raportointijärjestelmä (THL 2010b). HaiPro-ilmoitukseen merkitään potilaan IKINÄ-mittarista saamat pisteet ensimmäisen kaatumisen yhteydessä.

Ennen IKINÄ-mittarin käyttöönottoa kaksi hoitajaa molemmilta osastoilta kävi IKINÄ-mittarin käyttöönottokoulutuksen KYS:ssä. Nämä neljä hoitajaa antoivat koulutusta muille osastoilla työskenteleville hoitajille, joten kaikki työntekijät osaavat käyttää IKINÄ-mittaria. Myös osastoilla työskentelevät sijaiset koulutetaan käyttämään mittaria. IKINÄ-mittarin käyttöönottovaiheessa se täytetään osastoilla jokaiselle potilaalle, joka kaatuu osastolla ensimmäistä kertaa. Uusintamittauksiin ja kaikkien osastoille tulevien potilaiden kaatumisriskin arviointiin henkilökunnalla ei ole tässä vaiheessa resursseja. Osastoilla on kuitenkin aloitettu marraskuussa 2013 tekemään IKINÄ-mittari kaikille tiistaisin ja torstaisin osastolle kirjautuville potilaille. Näistä potilaista kootaan vertailuryhmä osaksi osastoille tehtävää laajempaa tutkimusta. (Hiltunen 2013.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tässä opinnäytetyössä selvitetään, kuinka IKINÄ-mittari on otettu käyttöön lisälmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3. Koska osastot ovat käyttäneet paljon aikaa ja resursseja IKINÄ-mittarin käyttöönottoon ja mittarin täyttämiseen potilaiden kanssa, on tärkeää selvittää, kuinka hoitajat ovat ottaneet IKINÄ-mittarin vastaan. Hoitajien tekemiä konkreettisia kaatumisten ehkäisytoimenpiteitä on myös tärkeää tutkia, koska ne vaikuttavat potilasturvallisuuteen.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

- 1) Millaisia kokemuksia hoitajilla on IKINÄ-mittarista?
- 2) Kuinka hoitajat ovat konkreettisesti toimineet potilaan saatua korkeat pisteet mittarista, eli millaisia kaatumisten ehkäisytoimenpiteitä osastoilla on tehty?
- 3) Millainen IKINÄ-mittari on käytettävyydeltään?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa opinnäytetyön toimeksiantajalle ja työyhteisölle tietoa siitä, kuinka IKINÄ-mittari toimii tehtävässään heidän osastoillaan. Opinnäytetyön tavoitteena on myös korostaa näyttöön perustuvan hoitotyön vaikutuksia ja tehdä hoitajien tekemää työtä näkyväksi. Tavoitteena on myös selvittää, kokeeko henkilökunta kaipaavansa jatkokoulutusta IKINÄ-mittarista. Yhtenä tavoitteena on myös kehittää osastojen toimintaa kaatumisten ehkäisyssä opinnäytetyön tulosten perusteella ja lisätä osastojen henkilökunnan tietoisuutta kaatumisten ehkäisystä.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Idea tähän opinnäytetyöhön tuli opinnäytetöiden esittelytilaisuudessa, joka järjestettiin Savonia-ammattikorkeakoululla keväällä 2013. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin keväällä 2013 aloituspalaverilla yliopettajan ja toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä ja palaveriin osallistui opinnäytetyön tekijöiden lisäksi Iisalmen terveyskeskuksen ylihoitaja Sirpa Marjoniemi sekä Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastojen 1 ja 3 osastonhoitaja Ellen Hiltunen. Tapaamisessa keskusteltiin kahdesta erilaisesta opinnäytetyön aiheesta, mutta aika- ja resurssikysymyksien pohjalta päätettiin, että tässä opinnäytetyössä keskitytään IKINÄ-mittarin käyttöönotkokokemuksiin ja hoitajien tekemiin konkreettisiin kaatumisten ehkäisymenpiteisiin, joilla on pyritty ehkäisemään iäkkään potilaan kaatumisen.

Aineiston kerääminen aloitettiin keväällä 2013. Aineistoa etsittiin aluksi Internet-sivustoilta käyttäen apuna Nelli-portaalia ja Medic-tietokantaa. Medicistä löytyneet artikkelit auttoivat aiheeseen tutustumisessa, jonka jälkeen tietoa alettiin etsiä käsi- ja kurssikirjoista sekä julkaistuista artikkeleista. Kaikki tässä opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat 2000-luvulta, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Kansainvälisten lähteiden löytäminen oli kuitenkin haastavaa. Tiedonhaussa käytettiin muun muassa hakusanoja: iäkäs, kaatuminen, IKINÄ ja kaatumisten ehkäisy. Kansainvälisiä lähteitä etsittiin hakusanoilla fall accidents, ageing ja fall prevention.

Aineiston keräämisen ohella kirjoitettiin opinnäytetyön aihekuvaus, joka esitettiin ideaseminaarissa toukokuussa 2013. Aihekuvauksen esittelyseminaarissa opinnäytetyön tekijät saivat hyviä näkökulmia sekä tutkimusmenetelmän valintaan että tutkimuskysymyksien muodostukseen. Monia asioita opinnäytetyön tekijät eivät vielä olleet osanneet ottaa huomioon, joten alkuvaiheessa yliopettajan tuki ja neuvot olivat välttämättömiä. Hyvin rajattu ja viimeistelty aihekuvaus oli kuitenkin välttämätöntä, kun tutkimussuunnitelman hahmottelu aloitettiin. Keväällä 2013 opinnäytetyölle nimettiin myös ohjaava opettaja, joka on ollut korvaamaton apu opinnäytetyöprosessin aikana.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli määrällinen tutkimus, koska se oli opinnäytetyön toimeksiantajan toivomus. Tarkoituksena oli koota kahden eri osaston henkilökunnan käyttökokemuksia IKINÄ-mittarista. Pienen kohderyhmän vuoksi osastojen välinen riippuvuustarkastelu päätettiin aineiston analyysivaiheessa jättää pois. Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla saatiin kuitenkin selville hoitajien mielipiteitä ja

konkreettisia toimenpiteitä. Määrällinen tutkimus vastaa kysymyksiin "kuinka moni", "kuinka paljon" ja "kuinka usein" (Vilka 2007, 14).

Tutkimussuunnitelmaa kirjoittaessa yhteistyötä tehtiin opinnäytetyötä ohjaavan opettajan, tutkimusmenetelmien opettajan ja opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa. Näin varmistettiin, että tekijät ovat samaa mieltä toimeksiantajan kanssa esimerkiksi tutkimuskysymyksistä. Tutkimussuunnitelma esitettiin joulukuussa 2013, jolloin tekijät saivat paljon rakentavaa palautetta sekä opponenteilta että ohjaavilta opettajilta. Näiden kehitysehdotusten pohjalta viimeisteltiin tutkimussuunnitelma ja luotiin opinnäytetyön viitekehys.

Opinnäytetyön kyselyn kohderyhmänä oli lisälmen terveyskeskuksen vuodeosastojen 1 ja 3 hoitohenkilökunta (N=34), joten kyseessä oli kokonaistutkimus. Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan sairaanhoitajia ja lähi- tai perushoitajia, sekä edellä mainittujen sijaisia. Opinnäytetyössä käytettiin koko kohderyhmää, jotta saatiin mahdollisimman paljon vastauksia kyselyyn. Tällöin opinnäytetyön tulokset olisivat mahdollisimman hyvin kohderyhmää kuvaavia ja luotettavia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 174–175). Jos opinnäytetyön kohderyhmä jää liian pieneksi, tutkimuksen tulokset voivat vääristyä, eivätkä ne ole enää luotettavia (Vilka 2007, 17).

7.1 Aineiston kerääminen

Ennen kuin aineiston kerääminen voitiin aloittaa, tarvittiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä tutkimuslupa (liite 2). Tutkimusluvan saamisen jälkeen esitettiin kyselylomake. Kyselylomake oli tarkoitus esitellä kolmella lisälmen sairaalan sisätautiosaston sairaanhoitajalla, joista kaikki olivat käyttäneet IKINÄ-mittaria aikaisemmin. Näin ollen he olisivat osanneet arvioida kyselylomakkeen toimivuutta mittarin käyttäjien näkökulmasta. Aikaa esitestaukselle oli varattu kaksi viikkoa. Tänä aikana ei saatu yhtään vastausta, joten esitestausta jatkettiin viikolla. Yhteydenotoista huolimatta esitestaus epäonnistui, koska hoitajat eivät osallistuneet esitestaukseen. Esitestauksen epäonnistuminen heikentää hieman tämän opinnäytetyön luotettavuutta.

Lopulta kyselylomake esitettiin kahdella sairaanhoitajaopiskelijalla, jotka toimivat myös tämän opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin opponoina. Esitestaus sairaanhoitajaopiskelijoilla suoritettiin ennen varsinaista kyselyä lisälmen terveyskeskuksen vuodeosastojen 1 ja 3 hoitajille, jotta esitestauksesta saatujen kehitysehdotusten perusteella oli mahdollista muokata kyselylomaketta tarvittaessa. Tarvetta kyselylomakkeen muokkaamiselle ei kuitenkaan esitestauksen perusteella ilmennyt.

Esitestauksen jälkeen opinnäytetyön tekijät lähettivät toimeksiantajalle sähköpostiviestin, jossa oli mukana saatekirje (liite 3) ja linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen (liite 4). Toimeksiantaja puolestaan välitti viestin omasta sähköpostistaan kaikille osastoilla työskenteleville lähi- tai perus- ja sairaanhoitajille. Opinnäytetyön aineiston kerääminen tehtiin sähköisesti Webropol-kyselynä helmikuussa 2014. Kohderyhmäosastojen kaikilla hoitajilla oli käytössä työ sähköposti, johon kyselylinkki voitiin turvallisesti lähettää.

Kyselyyn vastaaminen onnistui hoitajilta työn ohessa ja se vei noin 10 minuuttia hoitajan aikaa. Aineiston sähköisen keräämismenetelmän ansiosta säästettiin rahaa, resursseja ja luontoa, kun paperia käsiteltiin mahdollisimman vähän. Sähköisen kyselyn avulla saatiin myös säilytettyä vastaajien anonymiteetti, koska kyselyitä ei täytetty käsin eikä vastauksia päässyt katsomaan muut kuin opinnäytetyön tekijät. Tämä lisäsi osaltaan tutkimuksen luotettavuutta, koska paperiset kyselylomakkeet voivat joutua väärin käsiin tai hävitä.

Kyselylomake muodostettiin toimeksiantajan toivomusten ja teoretiedon pohjalta juuri tätä opinnäytetyötä varten, joten se on suunniteltu vastaamaan tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessa kerättiin kohderyhmän kokemuksia, käytännön toimenpiteitä ja kehitysehdotuksia strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös kaksi avointa kysymystä. Strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli valmiit vastausvaihtoehdot helpotettiin vastaajien työtä ja vältettiin analysointivaiheen mahdolliset tulkintavirheet. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 42.)

Kyselylomake ryhmiteltiin viiteen eri osioon. Kyselyn alussa olivat taustakysymykset ja kokemukset IKINÄ-mittarin käyttöön perehdytyksestä. Seuraavaksi kerättiin hoitajien kokemuksia IKINÄ-mittarin käytöstä ja selvitettiin hoitajien omaa toimintaa IKINÄ-mittarin annettua potilaalle korkeat pisteet. Viimeisenä kerättiin hoitajien mahdollisia kehitysehdotuksia IKINÄ-mittarista. Mikään kyselylomakkeen kysymyksistä ei ollut pakollinen, joten jos vastaajalla ei ollut tietoa kyseisestä asiasta, hänen ei ollut pakko vastata kyseiseen kysymykseen. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista, jota voidaan pitää tutkimuksen luotettavuutta kasvattavana tekijänä.

Kyselylomakkeessa käytettiin väittämäkysymyksiä, jotka on tehty neliportaisella Likertin asteikolla (Heikkilä 2007, 53). Kyselyssä käytettiin neliportaista Likertin asteikkoa, jotta vältettiin vastausvaihtoehto "en osaa sanoa". Vastausvaihtoehtoina olivat "täysin samaa mieltä", "jokseenkin samaa mieltä", "eri mieltä" ja "täysin eri mieltä". Hoitajien

kokemuksia kerättiin seuraavilla väittämien vastausvaihtoehdoilla: "erittäin paljon", "paljon", "jonkun verran" ja "vähän". Hoitajien konkreettisia toimia puolestaan tutkittiin vastausvaihtoehdoilla "usein", "joskus", "harvoin", "en ikinä".

Tämän opinnäytetyön tavoitevastausprosentti oli vähintään 50. Tavoitevastausprosenttia kasvattivat tässä opinnäytetyössä tekijöiden ennakkokäynnit yksikköön. Ennakkokäynneillä kohderyhmälle kerrottiin opinnäytetyöstä ja kyselyn tärkeydestä. Opinnäytetyön tulosten perusteella oli muun muassa mahdollista havaita lisäkoulutuksen tarve, jolloin sitä olisi mahdollista järjestää halukkaille. Kyselyn liitteenä oli myös saatekirje, jossa painotettiin tutkimuksen tärkeyttä. Kyselyyn vastaaminen kuului kohderyhmän työaikaan. Jos opinnäytetyön vastausprosentti olisi jäänyt liian alhaiseksi, kyselyn vastausaikaa olisi jatkettu.

Kysely oli auki kaksi viikkoa, jonka puolesta välissä osastonhoitaja lähetti muistutussähköpostin vastaajille. Kyselyn oltua auki kaksi viikkoa vastausprosentti oli 47. Ennen kyselyn sulkemista järjestettiin tapaaminen tutkimusmenetelmien opettajan kanssa, joka hyväksyi saavutetun vastausprosentin ja antoi luvan sulkea Webropol-kyselyn, joten tässä opinnäytetyössä $N=34$ ja $n=16$. Samassa tapaamisessa opinnäytetyön tekijät saivat neuvoja aineiston analyysiä varten. Pienen kohderyhmän vuoksi päätettiin jättää osastojen välinen riippuvuustarkastelu tästä opinnäytetyöstä pois.

Tässä opinnäytetyössä kysymysten tulokset esitetään prosentuaalisessa muodossa. Kappalemäärien esittäminen olisi ollut myös hyvä vaihtoehto, mutta prosentuaalinen havainnointitapa valittiin tutkimusmenetelmien opettajan suositusten pohjalta. Käynnit tutkimusmenetelmien opettajan luona ja toimiminen hänen ohjeidensa pohjalta lisää tämän tutkimuksen luotettavuutta, koska tekijöillä ei ollut juurikaan aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä.

7.2 Aineiston analyysi

Määrällisessä tutkimuksessa voidaan käyttää useaa eri aineiston analyysimenetelmää. Analyysimenetelmää valittaessa tulee huomioida tutkittava asia, jotta käytössä oleva menetelmä olisi tutkittavalle aineistolle ja tutkimuskysymyksille mahdollisimman sopiva. (Vilka 2007, 119.) Tämän opinnäytetyön kyselylomake oli suunniteltu vastaamaan juuri tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, joten tekijät päätyivät analysoimaan koko kyselyaineiston vastauksien prosenttiosuudet, jotta opinnäytetyön tulokset olisivat mahdollisimman monipuoliset ja kattavat. Webropol-ohjelmalla vastauksista saatiin luotua taulukot, jotka sisälsivät jokaisen väittämän vastausvaihtoeh-

tojen prosenttiosuudet. Nämä taulukot kopioitiin Microsoft Excel -ohjelmaan, jossa taulukoista muokattiin kuviot. Kuvioita käytetään tilastotieteessä tutkittavan ilmiön tiivistämiseen pienempään tilaan. Kuvioiden tarkoituksena on myös vertailla, elävöittää ja esitellä totuudenmukaisesti tutkittua kohdetta. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 46.)

Lähdekirjallisuuden perusteella ja tutkimusmenetelmien opettajan ohjeiden mukaan vastauksista luotiin pinotut palkkikuviot, joita muokattiin mahdollisimman loogisiksi ja selkeiksi. Tilastojen graafisessa esittämisessä käytetään yleensä ryhmiteltyjä palkkeja, kun samassa kuviossa esitetään usean muuttujan jakaumat. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 53.) Opinnäytetyössä käytettiin ositettuja palkkeja, koska osien summasta saatiin siten muodostettua kokonaisuus. Ositetut palkit muodostettiin siten, että niiden pinta-alat ovat suoraan verrannollisia väittämien vastausmääriin, jotta lukijalle muodostuu käsitys asiasta palkin pinta-alan perusteella. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 53.) Kuviot päätettiin luoda jokaisesta väittämäkysymyksestä siten, että samassa kuviossa esitettiin enintään neljä väittämää. Opinnäytetyön tekijät kokivat tämän selkeyttävänä menetelmänä tutkimustuloksien kirjoitus- ja esitysvaiheessa.

Kun kuviot olivat valmiita, kirjoitettiin hoitajien kokemuksista, konkreettisista toimista ja kehitysehdotuksista saadut tutkimustulokset. Samalla pohdittiin, mitä tulokset tarkoittavat käytännössä. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysin avulla, jonka tarkoituksena on kuvata joko analysoitavan materiaalin sisältöä, rakennetta tai molempia. Sisällönanalyysi soveltuu käytettäväksi tutkimuksessa, jossa pyritään kuvailemaan sanallisesti tai tilastollisesti dokumenttien sisältöä. Sisältö tarkoittaa tässä yhteydessä aineiston aihetta tai teemaa. Kvantitatiivisessa sisällönanalyysissä tarkastellaan tiettyjen ilmaisujen ja sanojen esiintymistiheyttä ja aineisto koodataan tutkimuskysymyksen kannalta olennaisiin muuttujaluokkiin. Muuttujaluokat luodaan usein jo ennen aineiston analyysiä, eikä niihin tehdä analyysivaiheessa muutoksia. (Seitamaa-Hakkarainen 2000.) Tässä opinnäytetyössä avoimet vastaukset ryhmiteltiin ensin teemoiksi niin, että samankaltaiset vastaukset jaoteltiin samoihin väreihin, jotta vastaukset hahmotettiin paremmin. Tämän jälkeen samankaltaisille vastauksille muodostui yläotsikoita, kuten ”käytettävyys”, ”hyödyt” ja ”soveltuvuus työhön”. Nämä yläotsikot kuvaavat myös opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä, joten ne olisi ollut mahdollista luoda myös ennen aineiston analyysiä.

Viimeisenä osana aineiston analyysiä saatuja tuloksia arvioitiin kriittisesti ja kirjoitettiin pohdinta. Tutkimuskysymyksiä pohdittiin uudelleen ja niihin etsittiin vastauksia saaduista tuloksista. Samalla pohdittiin, mitä tulokset tarkoittavat käytännössä. Tässä

opinnäytetyön vaiheessa oli erityisen paljon hyötyä siitä, että opinnäytetyö tehtiin parin kanssa, koska tulokset voi käsittää usealla eri tavalla. Vilkan (2007, 159) mukaan tutkimusraportin sisällön on aina oltava perusteltua. Tutkimuksen vaikuttavuus ja uskottavuus perustuvat tulosten esittämiseen ja kirjoittamiseen. Lähdekirjallisuuden, tekijöiden työkokemuksen ja keskustelun avulla päädyttiin päätelmiin, jotka esitetään tässä opinnäytetyössä kappaleessa yhdeksän.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta on mahdollista arvioida monin eri tavoin. Tarkkuudella tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyössä ei esiinny satunnaisvirheitä. Tutkimuksen reliabiliteetti puolestaan arvioi tulosten toistettavuutta. Opinnäytetyö on luotettava silloin, kun toistetusta mittauksesta saadaan sama tulos tutkijasta riippumatta. (Vilka 2007, 149.) Tämä tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena, jossa aineisto kerättiin hyvin valmistellulla kyselylomakkeella. Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, ettei kyselylomakkeen tekijöillä ole juurikaan kokemusta kyselyn tekemisestä.

Reliabiliteettia arvioidessa keskitytään varsinkin mittauksen toteutukseen ja tarkkuuteen opinnäytetyön toteutuksessa. On tärkeää arvioida, miten hyvin laatu on tutkimuksessa toteutunut ja mikä on kyselyn vastausprosentti. Vastausprosenttia kasvatettiin tässä opinnäytetyössä selkeällä ja lyhyellä kyselylomakkeella, ennakkokäynnillä kohdeyksikköön, vastausajan kuulumisella työaikaan ja muistutusviestillä kyselyn aukioloajan puolivälissä. (Vilka 2007, 149.)

Tutkimuksen validiteetti on tutkimuksen kyky mitata sitä asiaa, mitä oli tarkoitus mitata. Onnistuneeseen tutkimukseen kuuluu myös teorian onnistunut yhdistäminen käytettyyn kyselylomakkeeseen ja kysymysten onnistunut muotoilu. Validiteetin kannalta on tärkeää, että tutkija ja tutkittavat ymmärtävät esitettävät kysymykset samalla tavalla eikä systemaattisia virheitä esiinny. (Vilka 2007, 150.) Tämän opinnäytetyön teoriaosassa käytettiin ainoastaan uusia ja luotettavia suomalaisia ja kansainvälisiä lähteitä. Kyselylomakkeen laadintaan on kiinnitetty suurta huomiota, ja jokainen kysymys on tarpeellinen, perusteltu ja muodoltaan neutraali. Kyselylomakkeen esitestaus ei tässä opinnäytetyössä onnistunut. Kyselylomakkeen toimivuudesta saatiin palautetta vain opinnäytetyön tekijöiltä, opponooijilta ja ohjaavilta opettajilta. Esitestauksen epäonnistuminen heikentää tämän opinnäytetyön luotettavuutta.

Validiteetti ja reliabiliteetti muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuuden katsotaan olevan hyvä, kun valittu otos edustaa tutkimuksen perusjoukkoa hyvin ja mittaamisen satunnaisvirheet ovat vähäisiä tai niitä ei ole ollenkaan. Kokonaisluotettavuutta on mahdollista arvioida uusintamittauksella, jos se on tarpeellista. Tutkimuksessa satunnaisvirheiden mahdollisuutta vähennetään huolellisella työskentelyllä ja tarkastuksilla. (Vilkkä 2007, 152.)

Tämän opinnäytetyön kokonaisluotettavuus on hyvä. Kyseessä oli kokonaistutkimus, jonka vastausprosentiksi saatiin 47, eli tutkimuksen kohderyhmä oli hyvin edustettuna. Aineiston analysointi suoritettiin huolellisesti ja analysoituun aineistoon suoritettiin tarkastuksia. Kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin vastaaminen oli vapaaehtoista. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että strukturoituihin kysymyksiin vastasivat kaikki vastaajat (n=16). Avoimissa kysymyksissä vastaajamäärät on esitetty erikseen.

Tutkimuksen luotettavuus, tulosten uskottavuus ja eettisyys edellyttävät sitä, että tutkimusta tehtäessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Loukkaukseksi tieteellistä käytäntöä kohtaan katsotaan esimerkiksi piittaamattomuus sitä kohtaan tai tutkimusvilppi. Suomessa tutkimuksen eettisestä arvioinnista vastaavat valtakunnallisella tasolla useat neuvottelu- ja lautakunnat, mutta mahdolliset loukkausepäilyt käsitellään aina siinä tutkimusorganisaatiossa, joka on läheisimmin yhteydessä epäiltyyn tutkijaan. Tutkimuksen tekijöillä on aina ensisijainen vastuu tutkimuksen eettisyydestä. (Tenk ym. 2006, 3.) Tämän opinnäytetyön mahdollista loukkausepäilyä käsiteltäisiin Savonia-ammattikorkeakoulussa.

Myös tutkijan kirjoitus- ja ilmaisutyyli on tärkeää. Sen takia tässä opinnäytetyössä käytettiin neutraalia kieltä, joka ei loukkaa tutkimuskohdetta. Kielteistä ilmaisutyyliä on vältetty. Opinnäytetyön tekijät ovat kirjoittaneet työtä tutkijoina, ulkopuolisina tiedon välittäjinä. Tämän opinnäytetyön tekijät ovat perehtyneet tieteellisen kirjoittamisen perusteisiin opinnoissaan, mikä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Tämän opinnäytetyön tuloksia ei ole väärennetty tai jätetty kertomatta, vaan kaikki kyselyssä esille nousseet asiat on kerrottu tämän opinnäytetyön tuloksia analysoitaessa. (Vilkkä 2007, 164–165.)

Saatekirjeen merkitys luottamuksen rakentamisessa on suuri, jotta tutkimukseen osallistuvalla välittyy luottamuksellinen tunne. Tässä opinnäytetyössä saatekirjeen muotoiluun käytettiin paljon aikaa. Saatekirjeen täytyi olla riittävän informatiivinen, mutta se ei saanut olla liian pitkä, jotta vastaajat jaksoivat lukea sen kokonaan. Tässä opinnäytetyössä saatekirje heikentää luotettavuutta, koska vastaajat eivät ilmeisesti luke-

neet koko saatekirjettä. Tämä ilmeni joissakin avoimien kysymyksien vastauksissa, joissa vastaajat viittasivat osastoilla täytettäviin IKINÄ-mittarin liitteisiin, kuten esimerkiksi HaiPro-ilmoitukseen ja ortostaattisten paineiden mittaamiseen.

Tutkimustyössä vastaajien anonymiteetin säilyttäminen on tärkeää. Määrällisessä tutkimuksessa tunnistamisriskiä ei ole, koska tutkimustuloksia ei kirjata yksilöittäin. (Vilkkä 2007, 164.) Avoimissa kysymyksissä yksilön vastauksia tuotiin esille sisällönanalyysin avulla. Toisaalta kyselylomakkeen kysymyksien taustalla olivat potilaiden kaatumistapaukset, joten on tärkeää, että salassapitovelvollisuus täyttyy myös potilaita kohtaan. Tässä opinnäytetyössä yksittäisiä potilastapauksia ei hoitajien vastauksista noussut esiin, joten salassapitovelvollisuus potilaita kohtaan täyttyi kiitettävästi.

Aineistoa analysoidessa huomattiin, etteivät kaikki vastaajat olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin, joten prosentuaalisiin tuloksiin täytyy suhtautua kriittisesti. Tässä opinnäytetyössä yksi vastaaja vastaa noin kolmen prosentin suhteellista osuutta vastauksissa. Tämän vuoksi esimerkiksi väittämässä ”koulutusta ennen IKINÄ-mittarin käyttöönottoa annettiin riittävästi” IKINÄ-mittarin käyttökoulutuksen saaneet neljä vastuuhenkilöä vaikuttavat tuloksiin 12 prosentin verran muuttaen väittämän vastausjakamaa positiivisempaan suuntaan. Opinnäytetyön tekijät eivät voi kuitenkaan olla varmoja siitä, ovatko edellä mainitut vastaajat todella vastanneet tähän kyselyyn, joten kysymys päätettiin hyväksyä aineiston analyysiin.

Aineistoa järjestettäessä tekijät huomasivat yhden satunnaisvirheen väittämässä ”Olen keskustellut potilaan kanssa kotiympäristön vaaranpaikoista ja apuverkostoista”. Siirrettäessä kyselyaineistoa Microsoft Word -ohjelmasta Webropol-ohjelmaan oli yksi väittämä jakautunut kahdeksi eri kysymykseksi, joten kysymys hylättiin kokonaan ennen aineiston analysointia. Muita puutteita aineistossa ei havaittu.

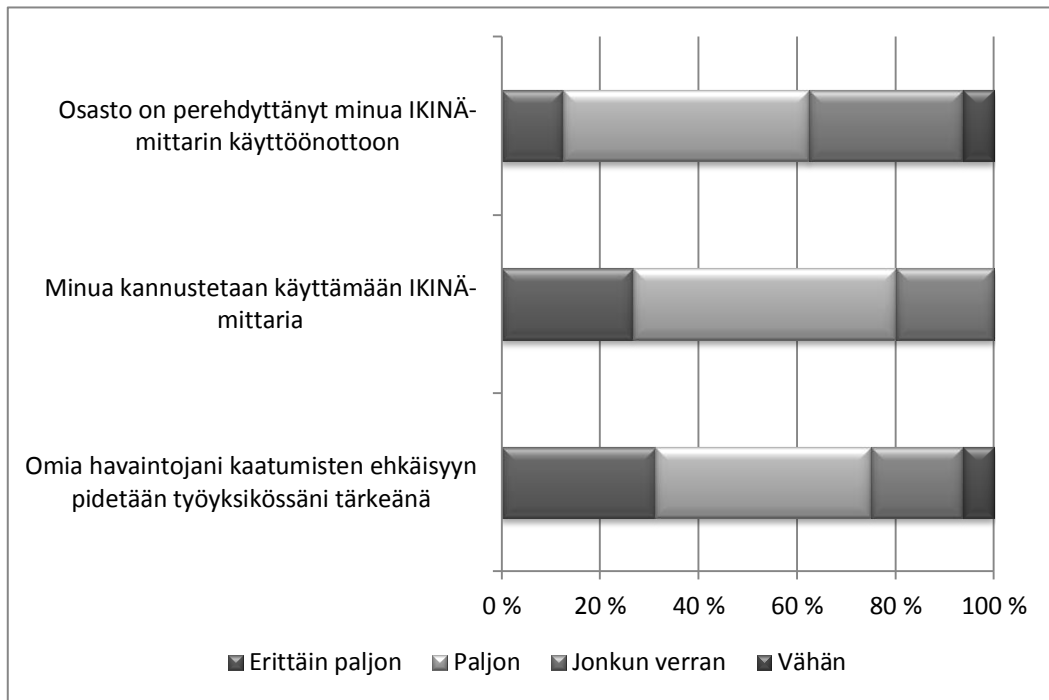
Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastot 1 ja 3 osallistuvat opinnäytetyön ulkopuoliseen laajempaan kaatumisten ehkäisyyn liittyvään tutkimukseen, jonka vuoksi he täyttävät IKINÄ-mittarin lisäksi muitakin liitteitä potilaan kaaduttua. Kyselylomakkeen alussa ja saatekirjeessä kerrottiin, että tässä kyselyssä tarkoitetaan vain THL:n yhden A4-sivun mittaista IKINÄ-mittaria, mutta avointen kysymysten vastausten perusteella osa vastaajista ei ollut huomionnut ohjeistusta. Näin ollen tutkimuksen tulokset eivät ole täysin luotettavia, sillä esimerkiksi IKINÄ-mittarin työlääksi kokoneen vastaajan vastauksesta ei voi päätellä, kokeeko hän työlääksi pelkän THL:n IKINÄ-mittarin vai osastoilla siihen kuuluvat liitteet.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi yhteensä 16 lisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3 työskentelevää hoitajaa, mikä on 47 prosenttia koko kyselyn kohderyhmästä. Vastaajista 44 prosenttia oli ammatiltaan lähi- tai perushoitajia, 56 prosenttia puolestaan sairaanhoitajia. Vastaajista 25 prosenttia oli iältään alle 30-vuotiaita, 25 prosenttia 31–40-vuotiaita, 32 prosenttia 41–50-vuotiaita ja 18 prosenttia vastaajista oli yli 51 vuotta.

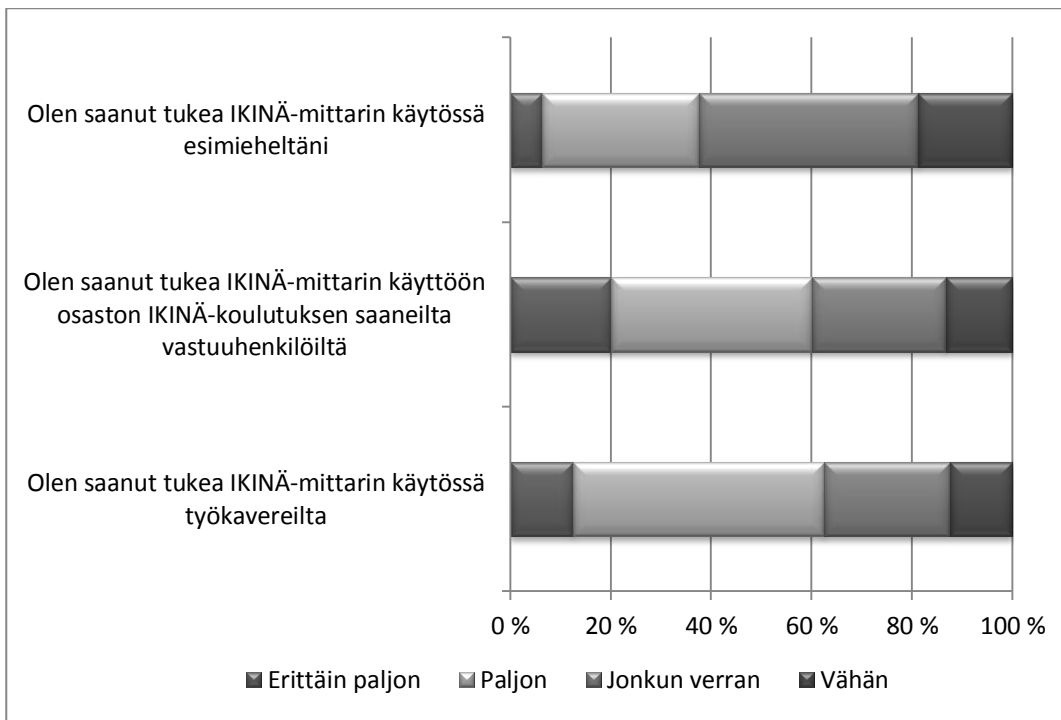
Työskentelyosastoa kysyttäessä oli mahdollista valita molemmat osastot, sillä moni hoitohenkilökuntaan kuuluva työskentelee molemmilla osastoilla. Osastolla 1 työskenteli 69 prosenttia kyselyyn vastanneista, osastolla 3 puolet vastaajista. Suurin osa vastaajista, 38 prosenttia, oli työskennellyt lisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 6–10 vuotta. Alle 5 vuotta työskennelleitä oli 31 prosenttia, 25 prosenttia vastaajista oli työskennellyt osastoilla 11–20 vuotta ja kuusi prosenttia oli työskennellyt vuodeosastoilla yli 21 vuotta.

Vastaajista 62,5 prosenttia oli sitä mieltä, että osasto oli perehdyttänyt työntekijöitään IKINÄ-mittarin käyttöön erittäin paljon tai paljon, kun taas 37,5 prosenttia vastaajista koki saaneensa perehdytystä jonkin verran tai vähän. Vastaajista 80 prosenttia koki saaneensa paljon tai erittäin paljon kannustusta IKINÄ-mittarin käyttöönottoon kohde-ryhmäosastoilla. Vastaajien omia havaintoja kaatumisten ehkäisyssä arvostettiin kohderyhmäosastoilla paljon, koska 75 prosenttia vastaajista koki osaston arvostavan erittäin paljon tai paljon omia havaintoja kaatumisten ehkäisyyn. Vastausten jakautuminen on esitetty kuviossa 1.



KUVIO 1. Työskentelyosaston toiminta (n=16).

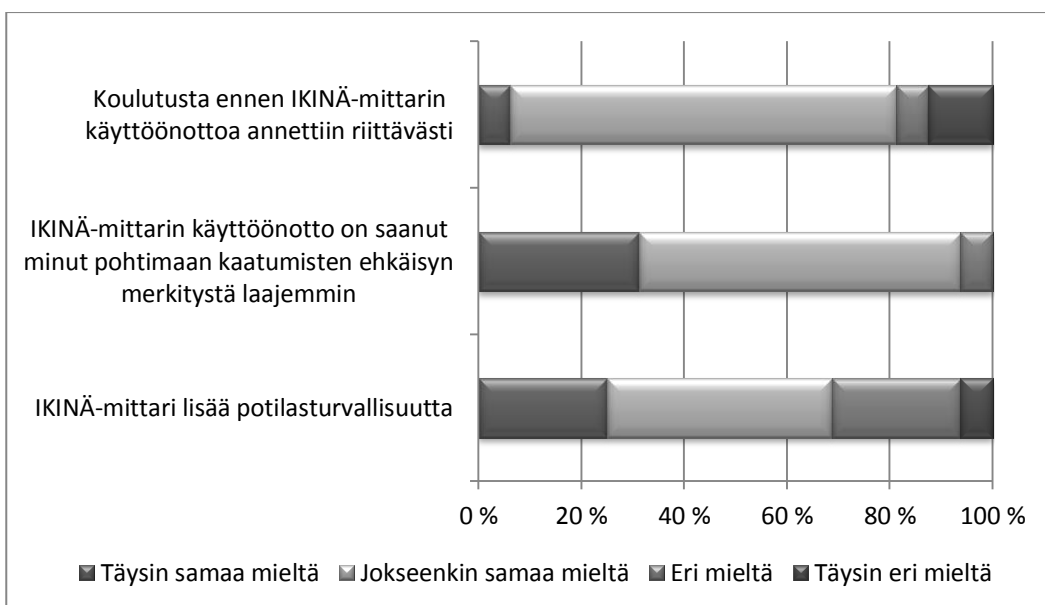
Kuvion 2 mukaan IKINÄ-mittarin käyttöönotossa saadun tuen määrään vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä. Vastaajista 37,5 prosenttia oli saanut tukea esimieheltä erittäin paljon tai paljon, 44 prosenttia koki saaneensa tukea jonkun verran ja vähän tukea oli saanut 18,5 prosenttia vastaajista. Osastoilla työskenteleviltä IKINÄ-mittarin käyttöönottokoulutuksen saaneilta vastuuhenkilöiltä tukea koki saaneensa erittäin paljon tai paljon 60 prosenttia vastaajista, eli 40 prosenttia koki saaneensa tukea jonkun verran tai vähän. Työkavereiltaan puolestaan 62,5 prosenttia vastaajista oli saanut tukea erittäin paljon tai paljon, kun taas jonkun verran ja vähän 37,5 prosenttia vastaajista.



KUVIO 2. Eri tahoilta saatu tuen määrä (n=16).

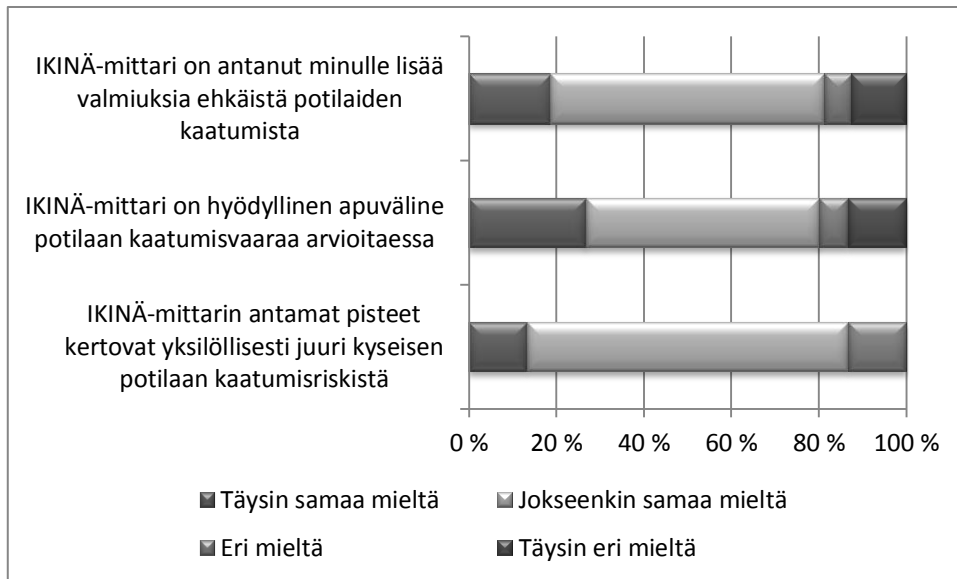
8.1 IKINÄ-mittarin käyttökokemukset

Koulutusta annettiin ennen IKINÄ-mittarin käyttöönottoa vastaajien mukaan riittävästi, koska 75 prosenttia vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista 94 prosenttia koki, että IKINÄ-mittarin käyttöönotto oli saanut heidät pohtimaan kaatumisten ehkäisyn merkitystä laajemmin. IKINÄ-mittarin koki potilasturvallisuutta lisääväksi 68,8 prosenttia vastaajista, kun taas 31 prosenttia vastaajista oli eri mieltä tai täysin eri mieltä. Hoitajien kokemuksia IKINÄ-mittarista on esitetty kuviossa 3.



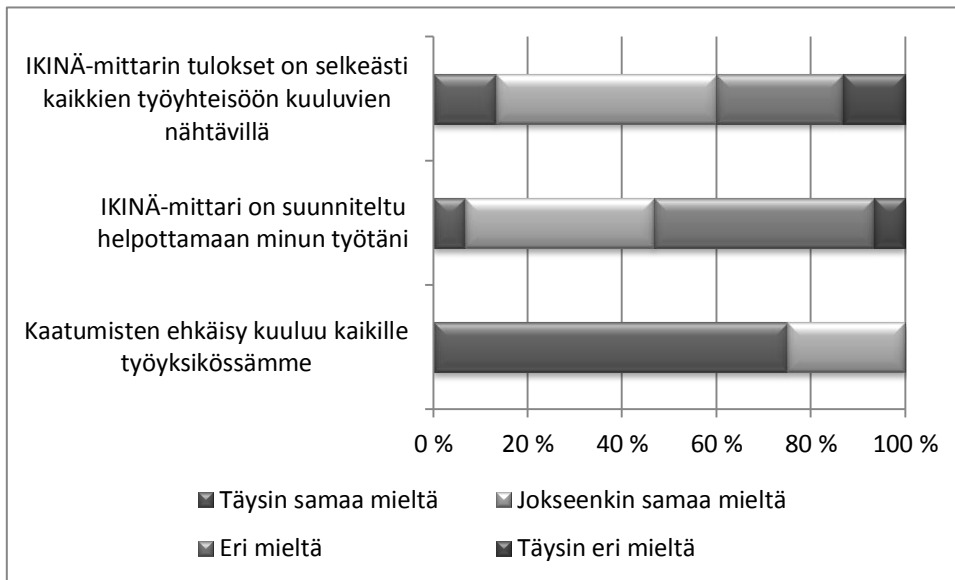
KUVIO 3. Kokemuksia IKINÄ-mittarin käytöstä, osa 1 (n=16).

Kuvion 4 mukaan vastaajista 81,3 prosenttia koki IKINÄ-mittarin antaneen heille lisää valmiuksia ehkäistä potilaiden kaatumisia. IKINÄ-mittari myös koettiin pääosin hyödylliseksi apuvälineeksi potilaan kaatumisvaaraa arvioitaessa, koska 80 prosenttia vastaajista oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä. 86,7 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että IKINÄ-mittarin antamat pisteet kertovat yksilöllisesti juuri kyseisen potilaan kaatumisriskistä. Kuitenkin 13,3 prosenttia vastaajista oli eri mieltä IKINÄ-mittarin vastausten yksilöllisyydestä.



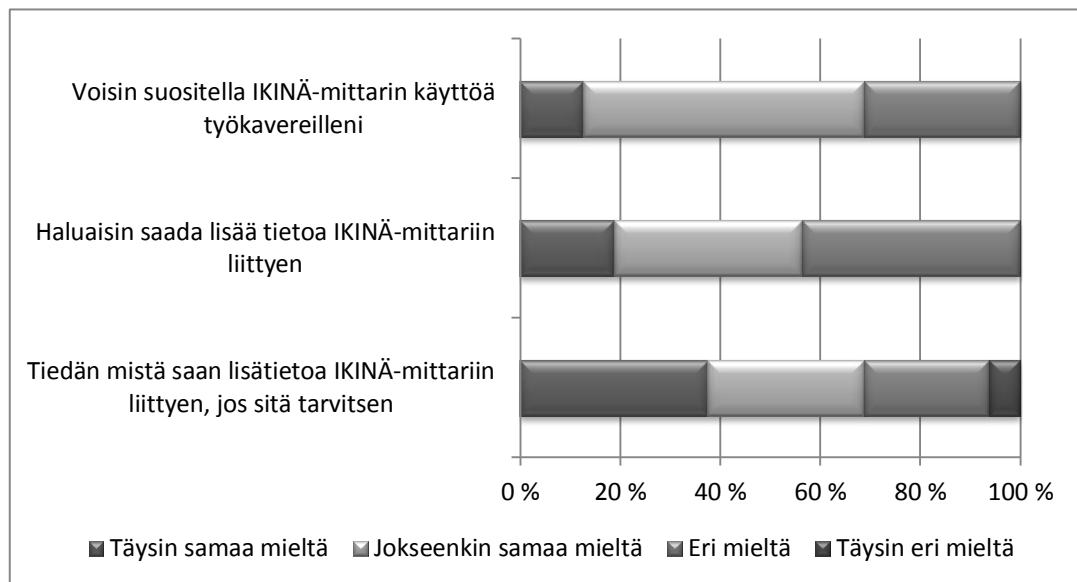
KUVIO 4. Kokemuksia IKINÄ-mittarin käytöstä, osa 2 (n=16).

Kuviosta 5 voi todeta, että vastaajista 60 prosenttia koki IKINÄ-mittarin tulosten olevan selkeästi kaikkien työyhteisöön kuuluvien nähtävillä, kun taas 40 prosenttia oli eri mieltä tai täysin eri mieltä. Vastaajista 46,7 prosenttia koki, että IKINÄ-mittari on suunniteltu helpottamaan juuri hänen työtään, kun taas eri mieltä oli 46,7 prosenttia vastaajista ja täysin eri mieltä 6,6 prosenttia vastaajista. Kaikki vastaajista olivat täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, että kaatumisten ehkäisy kuuluu kaikille työyksikössä.



KUVIO 5. Kokemuksia IKINÄ-mittarin käytöstä, osa 3 (n=16).

Kuvion 6 mukaan enemmistö vastaajista eli 68,8 prosenttia voisi suositella IKINÄ-mittarin käyttöä työkavereilleen. IKINÄ-mittarista oli saatu melko paljon tietoa osastoilla, koska 43,8 prosenttia vastaajista ei halunnut saada lisätietoa IKINÄ-mittariin liittyen. Kuitenkin 56,2 prosenttia vastaajista oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä, että haluaisi saada lisää tietoa IKINÄ-mittariin liittyen. Suurin osa vastaajista, 68,8 prosenttia, tiesi mistä etsiä tietoa IKINÄ-mittarista, jos sitä tarvitsisi. Kuitenkaan 31,3 prosenttia vastaajista ei tiennyt, mistä etsiä tietoa IKINÄ-mittariin liittyen.



KUVIO 6. Kokemuksia IKINÄ-mittarin käytöstä, osa 4 (n=16).

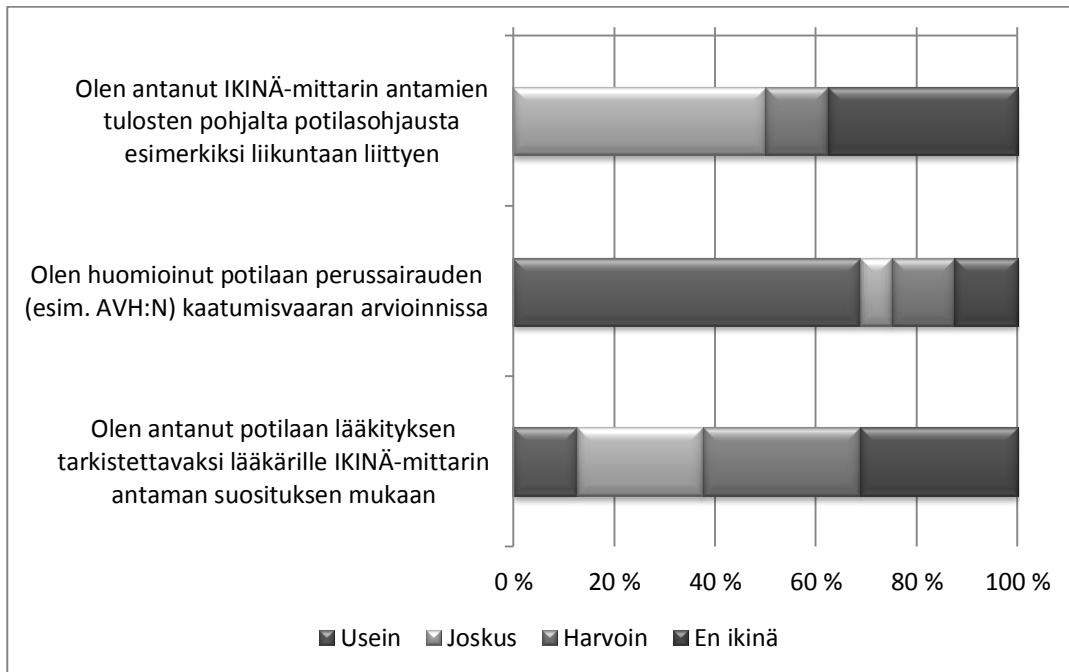
Avoimeen kysymykseen, jolla kysyttiin IKINÄ-mittariin liittyviä käyttökokemuksia, vastasi 56 prosenttia kaikista vastanneista (n=9). Vastaukset olivat hyvin erilaisia, ja niistä käy hyvin ilmi vastaajien oma mielipide. Mittarin käytettävyyttä oli arvioitu sekä helpoksi että monimutkaiseksi. Monimutkaisuutta tuotiin esille muun muassa kertomalla, että ”mittariin kuului monen lappusen täyttämistä, koostekansio osastolla malliesimerkkinä sekava” ja että ”ajoittain ”työllistää” kiireisessä työtahdissa”. Toiset taas kokivat mittarin käytön ”helpoksi” ja ”osaksi omaa työtä”. Mittarin nopeasta täytöstä kertoo kommentti ”eikä siinä mennyt niin paljon aikaa kuin mitä ensin kuvittelin”.

Mittarin hyötyjä vastaajat olivat pohtineet sekä oman ammatillisuutensa että potilas-turvallisuuden näkökulmista. Yhdessä kommentissa tuotiin esille, että mittarin ”täyttäminen vasta kaatumisen jälkeen ei siis ehkäise kyseisen potilaan kaatumista”. Omaa ammatillista kasvua kuvasi kommentti, jonka mukaan ”itsekin osasi jo hahmottaa IKINÄ-mittaria käyttäessä, että tietyn tyyppisillä potilailla riski kaatua on suurempi”. Mittarin soveltuvuutta omaan työhön oli kuvattu muun muassa kommentteilla ”kun oppii käyttämään on osa työtä” ja ”ajan puutteen vuoksi IKINÄ-mittarin tekeminen ei ollut mielekästä”.

8.2 Kaatumisten ehkäisytöimenpiteet

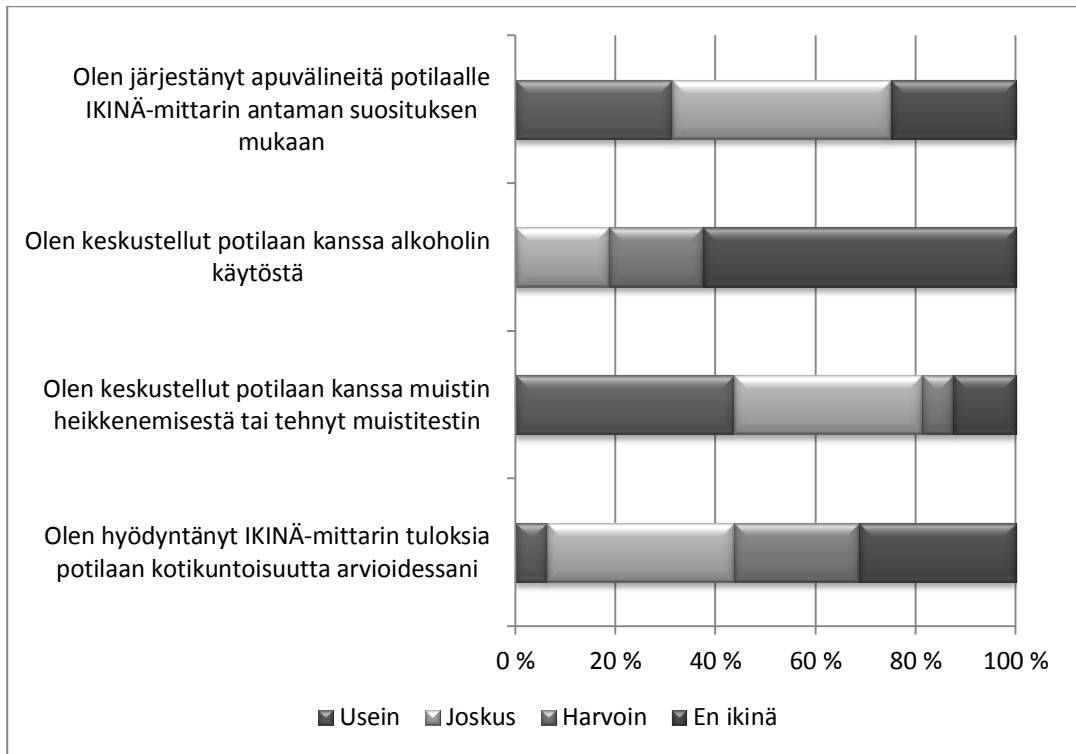
Potilasohjausta esimerkiksi liikuntaan liittyen kertoi antaneensa joskus 50 prosenttia vastaajista, harvoin 12,5 prosenttia ja ei ikinä 37,5 prosenttia. Sen sijaan potilaan perussairausten kaatumisvaaran arvioinnissa oli huomionut usein 68,8 prosenttia vastaajista, joskus 6,2 prosenttia, harvoin 12,5 ja ei ikinä 12,5 prosenttia. Potilaan

lääkityksen oli antanut lääkärin tarkistettavaksi usein 12,5 prosenttia, joskus 25 prosenttia, harvoin 31,3 prosenttia ja ei ikinä 31,2 prosenttia. Väittämien vastaukset on esitetty kuviossa 7.



KUVIO 7. Hoitajien suorittamat toimenpiteet, osa 1 (n=16).

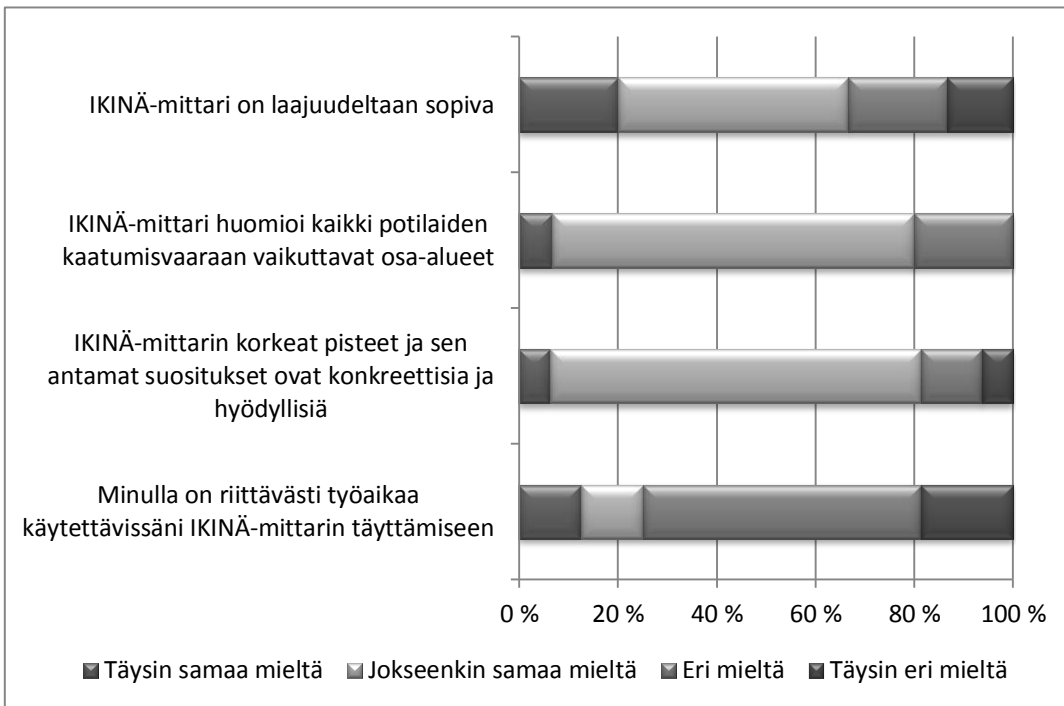
Kuten kuviosta 8 nähdään, potilaalle oli järjestänyt apuvälineitä IKINÄ-mittarin antaman suosituksen mukaan usein 31,3 prosenttia vastaajista, joskus 43,7 prosenttia ja ei ikinä 25 prosenttia. Potilaan alkoholin käytöstä vastaajista 18,8 prosenttia oli keskustellut joskus, 18,7 prosenttia harvoin ja 62,5 prosenttia ei ikinä. Muistin heikkeneemisestä oli keskustellut potilaan kanssa tai tehnyt muistitestin usein 43,8 prosenttia vastaajista, joskus 37,5 prosenttia, harvoin 6,2 prosenttia ja ei ikinä 12,5 prosenttia. IKINÄ-mittarin tuloksia kertoi hyödyntäneensä potilaan kotikuntoisuutta arvioitaessa usein 6,3 prosenttia vastaajista, joskus 37,5 prosenttia, harvoin 25 prosenttia ja ei ikinä 31,2 prosenttia. Yhtenä väittämänä oli myös ”Olen keskustellut potilaan kanssa kotiympäristön vaaranpaikoista ja apuverkostoista”, mutta se oli tuntemattomasta syystä jakaantunut kahdeksi eri väittämäksi. Tämän vuoksi väittämän vastaukset eivät ole luotettavia, siksi niitä ei tässä opinnäytetyössä esitetä.



KUVIO 8. Hoitajien suorittamat toimenpiteet, osa 2 (n=16).

8.3 Kehitysehdotuksia IKINÄ-mittarista

Vastaajista 66,7 prosenttia koki IKINÄ-mittarin laajuudeltaan sopivaksi. 73,3 prosenttia vastaajista koki, että IKINÄ-mittari huomioi kaikki potilaiden kaatumisvaaran vaikuttavat osa-alueet. Enemmistö vastaajista eli 81,3 prosenttia koki myös, että IKINÄ-mittarin antamat suositukset ovat tarpeeksi konkreettisia ja hyödyllisiä. Vastaajista 25 prosenttia koki, että heillä on riittävästi työaikaa IKINÄ-mittarin täyttämiseen, kuten kuviosta 9 on nähtävissä.



KUVIO 9. Hoitajien mielipiteitä IKINÄ-mittarista (n=16).

Avoimella kysymyksellä ”Mitä parannettavaa IKINÄ-mittarissa on?”, haettiin hoitajien kehitysehdotuksia IKINÄ-mittarin käyttöön liittyen (n=3). Vastauksissa toivottiin lyhyempää ja yksinkertaisempaa IKINÄ-mittaria. Vastauksista ei selviä, tarkoittavatko vastaajat vain THL:n kaavaketta vai myös mahdollisia liitteitä, joita kohdeosastoilla on käytössä. IKINÄ-mittari koettiin myös turhaksi, koska se osoittaa kaatumisen jälkeen selviä riskitekijöitä, joihin olisi pitänyt puuttua jo ennen kaatumista. Tämän kysymyksen luotettavuutta vähentää pieni vastaajamäärä, joten tulokset eivät välttämättä kuvaa täysin kohderyhmän mielipiteitä IKINÄ-mittarin parannusehdotuksista.

9 POHDINTA

Kyselyn tavoitevastaajamäärä oli 17 henkilöä eli puolet lisälmen terveystieteiden osastojen 1 ja 3 henkilökunnasta. Kyselyyn vastasi 16 henkilöä, joten tavoitevastausprosenttia ei aivan saavutettu. Kyselyyn odotettiin suurempaa vastausmäärää, jotta tulokset olisivat luotettavampia ja kuvaisivat yksiköiden toimintaa paremmin. Kyselyn vastauksissa nousi esille joitakin mielipide-eroja, mutta pääosin vastaajat olivat samaa mieltä IKINÄ-mittarin toimivuudesta työyksikössään. Koska vastauksissa oli samankaltaisia mielipiteitä, opinnäytetyön tulokset ovat luotettavia.

Vaikka IKINÄ-mittari on suhteellisen uusi kaatumisten ehkäisymenetelmä osastoilla, ovat kyselyyn vastaajat ottaneet sen hyvin vastaan. Myös riittävä perehdytys ja esimiesten positiivinen suhtautuminen voivat vaikuttaa myönteiseen kaatumisten ehkäisyn ilmapiiriin osastoilla. Myönteisestä ilmapiiristä kertoo myös se, että kaikkien vastaajien mielestä kaatumisten ehkäisy kuuluu kaikille työyksikössä. Suurin osa vastaajista oli saanut kannustusta IKINÄ-mittarin käyttämiseen ja koki, että hänen havaintojensa kaatumisten ehkäisyssä pidetään osastoilla tärkeinä.

Eniten tukea IKINÄ-mittarin käyttämiseen vastaajat kokivat saaneensa työkavereilta. Tämä voi selittyä osastojen kiireellisellä päivärytmillä ja työkavereiden vaihtumisella vuorosta toiseen. IKINÄ-mittari koulutuksen saaneet vastuhenkilöt ja oma esimies eivät välttämättä ole aina samassa työvuorossa, joten apua ja tukea saa työkaverilta joka on sillä hetkellä samassa vuorossa kuin vastaaja. Uutena työtapana IKINÄ-mittari on varmasti kohdannut alussa vastustusta. Vastauksista kuitenkin ilmenee, että IKINÄ-mittarin hyödyt ovat tulleet hoitajille esille, koska suurin osa vastaajista voisi suositella IKINÄ-mittarin käyttöä työkavereilleen.

9.1 Kaatumisten ehkäisy IKINÄ-mittarin avulla

IKINÄ-mittarin käyttöönotto on saanut osastojen hoitajat pohtimaan kaatumisten merkitystä laajemmin. Kaatumisten ehkäisy on ollut aina osa hoitajien jokapäiväistä työtä, mutta erillinen IKINÄ-mittari ja siihen saatu koulutus ovat saaneet pohtimaan kaatumisten ehkäisyn merkitystä myös yhteiskunnallisella tasolla. Kaatumisten on todettu lisäävän terveydenhoitoalan kustannuksia, pidentävän hoitajaksoja ja aiheuttavan turhaa kärsimystä potilaille. Vaikka iäkkäiden kaatumisten merkitys on vastaajien mielestä merkittävä, kaikki vastaajat eivät koe IKINÄ-mittarin lisäävän potilasturvallisuutta. Tämän voi osaltaan selittää se, että IKINÄ-mittari on melko uusi kaatumisten

ehkäisymenetelmä, joten sen toimivuus ja tehokkuus potilasturvallisuuden lisääntymiseen nähdään vasta tulevina vuosina.

Kaatumisten ehkäisyn on oltava laaja-alaista, koska kaatumisten syyt johtuvat usein useammasta tekijästä. Vastaajat kokivat IKINÄ-mittarin antaneen lisää valmiuksia kaatumisten ehkäisyyn. IKINÄ-mittari ottaa huomioon useita eri osa-alueita potilaan elämästä, kuten potilaan sairaudet, käytössä olevan lääkityksen sekä mahdolliset liikkumisen apuvälineet. Tämän vuoksi sen koetaan antavan tukea ja uusia näkökulmia, jotta kaatumisvaara voidaan tunnistaa tehokkaammin. IKINÄ-mittari koetaan hyödylliseksi apuvälineeksi potilaan kaatumisvaaraa arvioitaessa ja sen koetaan olevan tarpeeksi monipuolinen ja yksilöllinen, jotta se pystyy tunnistamaan juuri kyseisen potilaan kaatumisriskin aiheuttajat.

IKINÄ-mittarin arkistointi on koettu ongelmalliseksi, koska suurin osa vastaajista koki, että IKINÄ-mittarin tulokset eivät ole selkeästi kaikkien työyhteisöön kuuluvien nähtävillä. Etenkin suuren kaatumisriskin potilaiden pistemäärä tulisi olla kaikkien työyhteisöön kuuluvien tiedossa, jotta kaatumisten ehkäisyyn osattaisiin puuttua. Hoitajien mielipiteet jakoutuivat IKINÄ-mittarin lisätiedon tarpeesta. Puolet vastaajista ei haluaisi saada lisätietoa, kun taas toinen puoli haluaisi saada lisätietoa IKINÄ-mittariin liittyen. Osalle vastaajista ei myöskään ollut täysin selvillä, mitä IKINÄ-mittariin liittyvää tietoa on saatavilla, jos sitä tarvitsisi. IKINÄ-mittarin arkistointia tulisivat kehittää ja sen tulokset tulisivat olla nopeasti ja helposti tarkastettavissa.

IKINÄ-mittarista kaivattiin jonkin verran lisätietoa. Voisi olla hyödyllistä tulostaa THL:n julkaisema IKINÄ-opas hoitajien kansliaan, jotta siitä voi tarkistaa, jos mittarin täytösä tai sen antamissa pisteissä on jotakin epäselvyyttä. IKINÄ-mittari on ollut laajasti kohderyhmäosastojen osastotunneilla esillä, ja kaikki hoitajat ovat saaneet koulutusta sen käyttöön. Koulutuserot voisivat selittyä osittain terveydenhoitoalan työntekijöiden suurella vaihtuvuudella ja sijaisten käyttämisellä. Mikäli osastoilla olisi halukkaita, heille kannattaisi tarjota lisäkoulutusta IKINÄ-mittarin käyttöön liittyen. Esimerkiksi osastojen IKINÄ-mittarikoulutuksen käyneet vastuuhenkilöt voisivat pitää työaikaan kuuluvan koulutuksen IKINÄ-mittarin käytöstä ja sen hyödyistä.

9.2 Osastojen toiminnan kehittämisehdotuksia

Osastolla tehtyjä toimenpiteitä IKINÄ-mittarin antamien tulosten pohjalta kysyttäessä kävi ilmi, ettei yksikään vastaaja antanut potilasohjausta korkean kaatumisvaaran potilaille usein. Etenkin omatoimisesti liikkuvien potilaiden kanssa olisi hyvä keskus-

tella suuresta kaatumisvaarasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, jotta potilas osaa itsekin huomioida näitä asioita liikkueessaan. Potilaan kaatumisvaaraa nostava perussairaus oli kyselyn mukaan huomioitu hyvin, mutta potilaan alkoholin käytöstä ei juuri ollut keskusteltu potilaan kanssa. Etenkin kotiutuvien potilaiden kanssa olisi hyvä ottaa myös alkoholin käyttö puheeksi, sillä alkoholin käyttö lisää kaatumisvaaraa.

IKINÄ-mittarin antamia tuloksia voisi muutenkin hyödyntää jatkossa enemmän potilaan kotikuntoisuutta arvioidessa, nyt vastaajista alle puolet oli hyödyntänyt kotiutuvan potilaan IKINÄ-mittarin tuloksia. IKINÄ-mittari käy läpi monta eri osa-aluetta, joiden pohjalta on hyvä keskustella potilaan kanssa hänen kotona pärjäämisestään. Samalla on mahdollista puuttua IKINÄ-mittarissa mahdollisesti havaittuihin kaatumisriskiä nostaviin tekijöihin ennen potilaan kotiutumista, jos sellaisia on mittarilla havaittu.

Myös apuvälineiden järjestämiseen korkean kaatumisriskin potilailla oli kiinnitetty kyselyn vastauksien mukaan huomiota ja suurin osa vastaajista oli järjestänyt potilaalle apuvälineitä. Apuvälineet mahdollistavat esimerkiksi potilaan omatoimisen liikkumisen, jolloin potilas pääsee halutessaan liikkumaan esimerkiksi yleisiin tiloihin, joissa on mahdollista seurustella muiden ihmisten kanssa. Omatoimisuus tukee näin ollen myös potilaan sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia, joten siihen kannattaa panostaa osastoilla jatkossakin.

IKINÄ-mittarin antamien tuloksien mukaan potilaan lääkitys tulee antaa lääkärin tarkastettavaksi, mikäli potilaalla on käytössään kaatumisriskiä nostavia lääkkeitä. Kaatumisvaaraa nostavat lääkkeet on lueteltu IKINÄ-mittarissa, joten hoitajan on helppo tarkistaa lääkkeiden määrät ja tarvittaessa viedä lääkitys lääkärin arvioitavaksi. Kyselyn vastaajista alle puolet on antanut potilaan lääkityksen lääkärin tarkistettavaksi IKINÄ-mittarin antamien suositusten mukaan. Tähän voi vaikuttaa myös lääkäreiden kiireinen työ, mutta suositeltavaa olisi, että lääkäri tarkistaisi korkeat pisteet lääkityksen osalta saaneen potilaan lääkelistan. Lääkelistan muutoksilla voi olla mahdollista ennaltaehkäistä potilaan kaatumisia, joten niiden tarkistaminen on tärkeää.

9.3 IKINÄ-mittarin käytettävyys

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus kerätä tietoa myös IKINÄ-mittarin käytettävyydestä sekä hoitajien mahdollisia kehitysehdotuksia. IKINÄ-mittarin koettiin ottavan huomioon kaikki kaatumisvaaraa aiheuttavat osa-alueet ja sen antamien suositusten koettiin olevan hyödyllisiä. IKINÄ-mittarin laajuudesta nykyisellään oltiin kuitenkin mon-

taa mieltä. Osa vastaajista piti IKINÄ-mittaria liian laajana, mutta toisten mielestä IKINÄ-mittari oli laajuudeltaan juuri sopiva. Vastaajat voivat halutessaan antaa IKINÄ-mittarista palautetta ja kehitysehdotuksia THL:n Internet-sivuilla olevan palautuslomakkeen välityksellä.

IKINÄ-mittari on tällä hetkellä yhden A4-sivun mittainen, joten sitä on haasteellista tiivistää. Toisaalta kaatumisvaaraa mittaavia osa-alueita karsimalla voitaisiin vaikuttaa myös negatiivisesti mittarin antamien suositusten laatuun. Nykyisessä muodossaan mittari voisi olla toimiva, jos hoitajilla olisi käytettävissä hieman enemmän aikaa täyttää kaavake ja arkistoida mittari. Enemmistö vastaajista koki, että heillä ei ole tarpeeksi työaikaa mittarin täyttämiseen. Osastoilla työtahti voi olla melko kiireinen, mutta mittarin täyttämiseen olisi varattava aikaa, jotta potilasturvallisuutta saataisiin kehitettyä.

Avoimien kysymysten perusteella vastaajat kokivat IKINÄ-mittarin aikaa vieväksi ja vaikeaksi täyttää. Sen käyttö todennäköisesti nopeutuisi ja helpottuisi, mikäli osastoilla otettaisiin käyttöön ainoastaan THL:n IKINÄ-mittari, jonka itsessään pitäisi olla riittävä potilaan kaatumisvaaran arviointiin. Kun mittarin täyttää usein, siitä tulee rutiinia ja aikaa sen täyttämiseen kuluu vähemmän, joten jokaisen työntekijän tulisi opetella mittarin käyttö huolellisesti. Tähän voidaan vaikuttaa huolellisella perehdytyksellä sekä työkavereiden ja esimiehen tuella.

Yksi avoimen kysymyksen vastaaja oli huomionnut sen, ettei mittarin täyttäminen ehkäise potilaan kaatumista, koska se täytetään osastolla vain jo kaatuneille potilaille. Loppuvuodesta 2013 osastoilla on otettu käyttöön kaksi päivää, joiden aikana kaikille potilaille täytetään IKINÄ-mittari osastolle tullessa. Tätä käytäntöä voisi muuttaa niin, että mittari täytetään kaikille osastolle tuleville uusille potilaille tulopäivänä eli ennen kaatumistapaturmaa, jolloin mittarin tulokset voivat ehkäistä tulevia kaatumisia tehokkaammin.

9.4 Opinnäytetyön hyödyt

Tämän opinnäytetyön tulosten avulla toimeksiantaja voi kehittää osastojen toimintaa iäkkäiden kaatumisten ehkäisyssä, millä voisi olla positiivinen vaikutus potilasturvallisuuden lisääntymiseen. IKINÄ-mittarin antamat suositukset ovat todella monipuolisia, ja niitä kannattaa hyödyntää viemällä suositukset käytäntöön asti. IKINÄ-mittarin arkistoinnin myötä suosituksiin on mahdollista palata myös myöhemmin ja tarkastaa,

mitä kaatumisen ehkäisytoimenpiteitä on potilaan kanssa jo tehty. Tämä voisi säästää hoitajien työaika.

Myös IKINÄ-mittari lisäkoulutuksen tarvetta voidaan osastoilla pohtia tämän opinnäytetyön tulosten perusteella. IKINÄ-mittari koulutuksen tulisi olla vapaaehtoista, jotta turhalta ja tarpeettomalta koulutukselta vältyttäisiin, koska osa vastaajista ei kaipaa lisätietoa IKINÄ-mittarista. IKINÄ-mittarin perehdytys on ollut osastoilla pääosin onnistunutta, tähän kannattaa kiinnittää huomiota jatkossakin, kun osastoille rekrytoidaan uusia työntekijöitä. Hoitajien kehitysehdotuksista esille nousi kiireinen työtahti osastoilla, johon voi vaikuttaa muun muassa työnorganisoinnilla. Toinen esille nousut kehitysehdotus koski IKINÄ-mittarin laajuutta.

Tämän opinnäytetyön tuloksista on eniten hyötyä kohderyhmäosastoille, jotka voivat kyselyn vastausten perusteella kehittää omaa toimintaansa. Tässä opinnäytetyössä on annettu joitakin kehitysehdotuksia, mutta kyselyn vastauksia on mahdollista käyttää hoitajien oman pohdinnan tukena esimerkiksi osastotunneilla. Kansallisesti tai kansainvälisesti tästä opinnäytetyöstä ei juuri ole hyötyä, sillä tulokset ovat sidoksissa nimenomaan lisälmen terveyskeskuksen vuodeosastoihin 1 ja 3. Kuitenkin tämän opinnäytetyön yhteydessä muodostettua kyselylomaketta on mahdollista käyttää apuna, kun tutkitaan muiden osastojen kaatumisten ehkäisytoimenpiteitä missä tahansa maailmalla.

9.5 Ammatillinen kasvu

Olimme sopineet jo aiemmin tekevämme opinnäytetyön yhdessä, koska tunsimme toistemme työskentelytavat entuudestaan ja yhteistyö oli sujunut hyvin. Opinnäytetyön aihe valittiin yhdessä yhteisien kiinnostuksen kohteiden pohjalta. Samalla sovimme myös opinnäytetyön tavoiteaikataulusta ja -arvosanasta. Työskentely yhdessä oli alusta asti helppoa ja mutkatonta, vaikka opinnäytetyön tekeminen olikin välillä haastavaa. Yhteistyö opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa oli antoisaa. Opinnäytetyön tekijöinä toivomuksiamme ja mielipiteitämme kuunneltiin kiitettävästi ja meille luvattiin kaikki mahdollinen tuki toimeksiantajan puolelta. Koska opinnäytetyö oli työelämälähtöinen, opimme sen aikana lisää moniammatillisesta työskentelystä sekä useiden henkilöiden aikataulujen yhteensovittamisesta.

Esitestauksen epäonnistuminen kasvatti meitä ammatillisesti, sillä kyselylomakkeen toimivuus oli opponenteilta saadun palautteen lisäksi vain tekijöiden varassa, joten sitä piti osata arvioida kriittisesti. Ammatillisesta kasvustamme kertoo myös se, että

tarkkailimme vastausten määrää koko kyselyn aukioloajan ja kyselyn puolivälissä lähetimme oma-aloitteisesti muistutusviestin kaikille vastaajille osastonhoitajan välityksellä. Näin pääsimme lähemmäs tavoitevastausprosenttiamme, joka oli yhdessä sovittu jo ennen tutkimusluvan saamista. Toimintamme on ollut koko opinnäytetyöprosessin aikataulutettua, vastuullista ja itseohjautuvaa. Ammatillista kasvua kuvaa myös se, että työn loppuvaiheessa osasimme paremmin sovittaa aikataulumme yhteen ja tulosten analysoiminen onnistui huomattavasti helpommin kuin alkuvaiheen teoriaosuuden kirjoittaminen.

Opinnäytetyötä tehdessä perehdyimme erilaisiin kaatumisia aiheuttaviin tekijöihin, kuten sairauksiin ja lääkkeisiin, joita varsinkin iäkkäillä esiintyy paljon. Koska Suomen väestö ikääntyy ja iäkkäitä potilaita esiintyy kaikilla hoitotyön osa-alueilla, tulee tästä ammatillisesta kasvusta sairaanhoitajuuteen olemaan meille suurta hyötyä tulevaisuudessa. Lisäksi työn tekemisen aikana meidän täytyi pohtia kaatumisten ehkäisyn merkitystä laajemmin – vaikka tutkimus toteutettiin osastoympäristössä, IKINÄ-mittari voisi olla hyvä lisä esimerkiksi kotihoidossa työskenteleville. Tulevina sairaanhoitajina voimme hyödyntää tietojamme iäkkäiden parissa toimiessamme, missä terveydenhoitoalan yksikössä tahansa sitten työskentelemmekään.

Prosessina opinnäytetyön tekeminen oli haastava, mutta erittäin antoisa. Meillä ei ollut juurikaan aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä, joten tutkimuksellinen osaamisemme on kehittynyt paljon. Ammatillisen osaamisen kehittymistä kuvaa hyvin tämän opinnäytetyön aikana muodostamamme kyselylomake. Siinä otettiin huomioon useita erilaisia kaatumisiin ja IKINÄ-mittariin liittyviä osa-alueita, joista meillä ei ollut tietoa vielä opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa. Nyt kun tiedämme kuinka paljon työtä kyselyn tekeminen vaatii, myös oma halukkuutemme vastata erilaisiin kyselyihin on kasvanut.

Opinnäytetyöprosessin aikana yksi suurimmista kehittymistä vaativista haasteista on ollut työn aikataulutus ja yhteydenpito kaikkiin opinnäytetyön tekoon osallistuviin tahoihin. Toimeksiantajalta saimme runsaasti ammatillisen kasvun aineksia sekä hyviä lähdevinkkejä. Opinnäytetyön ohjaava opettaja puolestaan antoi paljon rakentavaa palautetta, jonka avulla saimme hiottua työstä entistäkin paremman. Ammatillista kasvuamme oli havaittavissa myös työn eri vaiheissa, kun täytyi päättää, millaisia linjauksia työssä noudatetaan.

9.6 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet ja kehitysehdotukset

IKINÄ-mittari on melko uusi kaatumisten ehkäisymenetelmä. Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3 se oli ollut käytössä 11 kuukautta kyselyn tekemisen aikaan. Tämän vuoksi kysely olisi hyvä uusida myöhemmin, jotta osastojen vastuhenkilöt saisivat tietoa siitä, ovatko hoitajien asenteet ja toimintatavat muuttuneet, kun IKINÄ-mittari on ollut käytössä pidemmän aikaa. IKINÄ-mittari otetaan osastoilla käyttöön asteittain, ja sen käyttöä on lisätty jo tämän opinnäytetyön tekemisen aikana, joten olisi hyvä selvittää onko myös tämä osaltaan vaikuttanut hoitajien kokemuksiin ja tehtyihin toimenpiteisiin, esimerkiksi potilasohjaukseen.

Kyselyyn vastaajat kokivat IKINÄ-mittarin arkistoinnin ongelmalliseksi ja tämä olisi hyvä ottaa esille esimerkiksi osastotunneilla, jotta arkistointiin löytyisi helpompi ratkaisu. Vastaajien mielestä IKINÄ-mittarin tulokset eivät ole selkeästi kaikkien työyhteisöön kuuluvien nähtävillä eikä IKINÄ-mittaria pystytä sen vuoksi hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla. Tähän tarkoitukseen olisi mahdollista kehittää kaikille osaston työntekijöille näkyvä tiedotuskanava potilaan korkeasta kaatumisriskistä esimerkiksi uutena opinnäytetyönä.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Facultas 2008. *Krooninen kipu* [verkkodokumentti]. Duodecim [viitattu 28.10.2013]. Saatavissa: <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>

Finne-Soveri, H. 2006. Hyvä lääketieteellinen hoito. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.). *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Stakes, sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus: Stakes, 65–69.

Frankenberg, E. & Thomas, D. 2011. Global Aging. Teoksessa Binstock, R. & George, L. (toim.). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. London: Academic press, 73–89.

Hakala, M. 2010. Nivelreuma. Teoksessa Bäckmand, H. & Vuori, I. (toim.). *Terve tuki- ja liikuntaelimestö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon* [verkkodokumentti]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 4.10.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d1fa552c-8d7b-4450-92df-2b9605f85604>

Hiltunen, Ellen 2013. Osastonhoitaja. Iisalmi 22.10.2013. Haastattelu.

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

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

Jämsén, S. 2012. *Kaatumistapaturmien ehkäisy* [verkkojulkaisu]. Duodecim [viitattu 24.8.2013]. Saatavissa: https://ssl.savonia.fi/dtk/shk/,DanaInfo=www.terveysportti.fi+koti?p_artikkeli=shk02208&p_haku=kaatumisten%20ehk%C3%A4isy

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

Kostiainen, A. & Haukonen, K. 2010. *Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat tilastokatsaus 2010* [verkkojulkaisu]. Kotitapaturmien ehkäisykampanja [viitattu 12.9.2013] Saatavissa: <http://www.kotitapaturma.fi/wp-content/uploads/2011/08/Tilastokatsaus-2010-Koti-ja-vapaa-ajan-tapaturmat.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 12.9.2013] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search-%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>

Lehtola, S. 2002. *Ikäihmisten asuinympäristö turvalliseksi*. Saarijärvi: Stakes. Oppaita 50.

Muistisairaudet [online]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 [viitattu 10.12.2013]. Saatavissa: www.käypähoito.fi

Nurmi, I. 2000. *Yli 60-vuotiaiden kaatumistapaukset laitoshoidon aikana. Vaaratekijät, kustannukset ja selviytyminen* [verkkojulkaisu]. Helsingin yliopisto. Väitöskirja [viitattu 12.9.2013]. Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/nurmi/yli60vuo.pdf>

Pajala, S. 2012. *lääkäiden kaatumisten ehkäisy* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 25.6.2013]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/1-0024/79998/923b49af-ca1a-4c44a14c505319cac74e.pdf?sequence=1>

Pajala, S. 2013. *Kaatumiset* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 5.8.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvonta-palvelut/teemat/kaatumiset

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2000. *Kvalitatiivinen sisällön analyysi* [verkkojulkaisu]. Academia.edu [viitattu 4.4.2014]. Saatavissa: http://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen_sisallon_analyysi

STM 2006. *Turvallisesti kotona ja vapaa-aikana. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2007-2012*. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien torjuntatyön neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:24.

STM 2009. *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 2009:3 [viitattu 4.12.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Tenk, Etene, Tukija, Kytö, Btk & Gtlk 2006. *Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa* [verkkojulkaisu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto, koe-eläintoiminnan yhteistyöryhmä, biotekniikan neuvottelukunta ja geenitekniikan lautakunta [viitattu 4.4.2014]. Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-529.pdf

Tervo-Heikkinen, T. 2011a. *Kaatumisten ehkäisy KYSissa pilotoinnin käytännön etenemisen kuvaus* [verkkojulkaisu]. Vetovoimainen ja turvallinen sairaala (VeTeVT) - osahanke. Hoitotyön tutkimussätiö HOTUS [viitattu 5.8.2013]. Saatavissa: http://www.vete.fi/Raportit/VT/Loppuraportit/VT_Raportti_R5.pdf

Tervo-Heikkinen, T. 2011b. *Kaatumisten ehkäisy sairaalassa* [verkkojulkaisu]. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto VeTe sekä Kaste [viitattu 15.9.2013]. Saatavissa: http://www.vete.fi/Raportit/VT/PPT-esitykset/VT_PPT_5b.pdf

THL 2010a. *ABC-asteikko: toiminnallisen tasapainon varmuus* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 14.10.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/45/>

THL 2010b. *Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 28.10.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro

THL 2012. *Tapaturmakatsaus 2012. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 12.9.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/tilastoliite/tapaturmat/alueraportit/2012/sairaanhoitopiiri/Pohjois-Savo.pdf>

THL 2014. *Mittarit ja testit* [verkkójulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 26.4.2014]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvonta-palvelut/tyovalineet/mittarit

Tiirikainen, K. 2004. *Ikäihmisten tarkistuslista* [verkkójulkaisu]. Kotitapaturmien ehkäisykampanja [viitattu 12.9.2013]. Saatavissa: <http://www.kotitapaturma.fi/ika-ihmistentarkistuslista/>

UKK-instituutti 2013. *Kaatumispelkokysely FES-I* [verkkójulkaisu]. UKK-instituutti [viitattu 14.10.2013]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/tes-taaminen/kaatumispelkokysely>

Vaapio, S. 2009. *Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy* [verkkójulkaisu]. Turun yliopiston julkaisuja sarja C, osa 280 [viitattu 12.9.2013]. Saatavissa: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf>

Vanhatalo, A. 2011. *Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotto - Case KYS: Kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus* [verkkójulkaisu]. Itä-Suomen Yliopisto. Pro gradu -tutkielma [viitattu 12.9.2013] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub-urn_nbn_fi_uef-20120004/urn_nbn_fi_uef-20120004.pdf

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2013a. *Vuodeosasto 1* [verkkójulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 6.12.2013]. Saatavissa: <http://www.ylasavon-sote.fi/index.asp?link=4955.5&language=1>

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2013b. *Vuodeosasto 3* [verkkójulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 6.12.2013]. Saatavissa: <http://www.ylasavon-sote.fi/index.asp?link=4955.5&language=1>

IKINÄ-MITTARI

Osasto: _____		Päivämäärä: _____			
Potilaan sukupuoli: _____		Potilaan ikä: _____			
Kaatumisen tapahtunut		Liikkuminen kaatuessa:		Kaatumisen syy	
Potilashuone	_____	Omatoiminen	_____	Liikuntaeste	_____
WC/kylpy	_____	Autettuna	_____	Tasapaino	_____
Käytävä/sali	_____	Liikkumisen apuväline	_____	Muu, mikä	_____
Kaatumisen ajankohta:		Kaatumisen osastolle saapumista		Potilaalla kaatumispelkoa	
Aamu	_____	0-1 pv.	_____	Ei	_____
Päivä	_____	2-3pv.	_____	hieman/joskus	_____
ilta	_____	3-4 pv.	_____	useimmiten	_____
yö	_____	pidempi jakso	_____	jatkuvasti	_____
Hoitojakson aikaiset uudet oireet:		Lääkitys: Merkitse jos lääke lisätty (+) tai poistettu (-) hoitojakson aikana			
Kuume yli 38	_____	Antibiotti	_____	Antipsykootit	_____
Infektio	_____	Beetasalpaaja	_____	Muistiläkkeet	_____
Huimaus	_____	Nitraatit	_____	Rauhoittavat	_____
Nivelkivut	_____	Muu verenpainelääke	_____	Nukahtamislääke	_____
Selkäkipu	_____	Tulehduskipulääke	_____	Epilepsialääke	_____
Rytmihäiriöt	_____	PPI-lääke	_____	Opiaatti kipulääke	_____
Hengenahd.	_____	Virtsankarkailulääk.	_____	Parkinsonlääke	_____
RR-ongelmat	_____	Osteoporoosilääke	_____	SSRI/SNRI lääke	_____
Sekavuus	_____	Alfasalpaaja	_____	trisyklinen antidepress.	_____
Levottomuus	_____	Lihasselaksantti	_____	Muu, mikä?	_____
Harhaisuus	_____	Diureetti	_____	Muu, mikä?	_____
Kaatuilu	_____	Kirjaa PKV-lääkevalmisteiden nimet: _____			
Ulkoinen avuntarve		Liikkuminen kotona:		Asumismuoto	
ei tarvetta	_____	Sisätiloissa omat.	_____	Omatoiminen kotona	_____
vähäinen apu	_____	Sisätiloissa apuväline	_____	Omaishoito, kotona	_____
kohtalainen	_____	Sisätiloissa autettuna	_____	Kotisair., kotona	_____
autettava	_____	Ulkona omatoim.	_____	Palveluasuminen	_____
	_____	Ulkona apuväline	_____	Pitkäaikaispotilas	_____
Perussairaudet:		Reuma		Sydänsairaus	
Muistisairaus	_____	RR-tauti	_____	Nivelrikko	_____
Epilepsia	_____	Diabetes	_____	AVH	_____
Parkinson	_____	Huimaus	_____	Ortostatismi	_____
Depressio	_____	Keuhkosairaus	_____	Muu, mikä?	_____
Osteoporoosi	_____				
Arvio omasta terveydestä		Aistiongelmät		Avun pyytäminen	
Hyvä	_____	Huono näkökyky	_____	Pyytää apua	_____
Kohtalainen	_____	Huono kuulo	_____	ei avunpyyntiä	_____
Heikko	_____			Yliarvio kykynsä	_____
Henkilökunnan arvio potilaasta osastolle saapumisen yhteydessä		Osastokurmitustekijät:			
Pidetty omatoimisena	_____	Ylipaik.tilanne osastolla	_____		
Kohtalainen kaatumisriski	_____	Ko. huoneessa ylim. potilas	_____		
Suuren riskin potilas	_____	Yhden hengen huone	_____		
Muuta huomioitavaa tapauksessa:		Ravitsemus:			
		Täytä ja tulosta MNA-testi			
		Testi liitetään aineistoon			

TUTKIMUSLUPA

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

7.1.2014

1 § / 2014

623/13.00/2012

Tutkimuslupa / Sari Lappalainen ja Niina Mönkkönen

Selostus asiasta

Valmistelija ja yhteystiedot: hallintosihteeri Ulla Väisänen, p. 040 712 6736, ulla.vaisanen@ylasavonsote.fi

Savonia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Sari Lappalainen ja Niina Mönkkönen hakevat tutkimuslupaa päättötyö-
leen, jonka aiheena on IKINÄ-mittarin käyttöönotto lisälmen terveyskeskuksen vuodeosasto 1 ja 3:lla – kysely hoitajille. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia IKINÄ-mittarin käyttöönottoa lisälmen terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 3, joissa mittari on ollut käytössä vajaan vuoden. Tarkoituksena on kerätä osastojen hoitajilta käyttökokemuksia ja tutkia mittarin toimivuutta niiden perusteella. Tavoitteena on selvittää mittaria käyttäneiltä hoitajilta, millaisia toimenpiteitä he ovat tehneet potilaan saatua korkeat pisteet mittarista, eli millaisiin kaatumisenehkäisykeinoihin osastolla on ryhdytty. Lisäksi tavoitteena on tuottaa lisälmen terveyskeskuksen vuodeosastojen 1 ja 3 työyhteisölle sekä osastonhoitajalle tietoa mittarin käyttökelpoisuudesta ja hoitajien jatkokoulutuksen tarpeesta mittarin käyttöön. Tutkimus toteutetaan määrällisenä kokonaistutkimuksena ja kohderyhmänä on terveyskeskuksen vuodeosastojen 1 ja 3 hoitohenkilökunta. Tutkimus toteutetaan sähköisen kyselylomakkeen avulla tammi-helmikuun 2014 aikana. Tulokset julkaistaan Theseus-tietokannassa ja kirjallinen tuotos toimitetaan toimeksiantajalle

Päätös

Myönnän tutkimusluvan Sari Lappalaiselle ja Niina Mönkköselle IKINÄ-mittarin käyttöönotto lisälmen terveyskeskuksen vuodeosasto 1 ja 3:lla -kysely hoitajille liitteen mukaisesti. Yhdyshenkilönä toimii osastonhoitaja Ellen Hiltunen.

Päätöksen perustelu

Kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy laitoshoidossa.

Peruste

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 48.

Otto-oikeus

Yhtymähallitus.

Nähtävilläolo

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 15.1.2014.

Muutoksenhaku ja toimielin

Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:
PL 17
74101 Iisalmi

Puhelinvaihe:
017 27 231

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

7.1.2014

1 § / 2014

Eija Jestola
Johtava ylihoitaja

vs.

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuk-
sella.

Jakelu

Saaja:
Sari Lappalainen
Niina Mönkkönen
Tiedoksi:
Sirpa Marjoniemi
Ellen Hiltunen
Tiina Mäkeläinen
Merja Jokelainen
Leila Pekkanen
Yhtymähallituksen puheenjohtaja

SAATEKIRJE

HYVÄ VUODEOSASTO 1:N JA 3:N HOITOTYÖNTEKIJÄ

Opiskelemme Savonia-ammattikorkeakoulussa Iisalmen yksikössä hoitotyötä. Teemme opinnäytetyötä, joka liittyy IKINÄ-mittarin käyttöön osastollanne. IKINÄ-mittari on suunniteltu iäkkäiden kaatumisten ehkäisyyn ja se on otettu käyttöön osastollanne maaliskuussa 2013. Iäkkäiden kaatumiset ovat yksi Suomen suurimmista terveysongelmista ja ne aiheuttavat tarpeettomia sairaalahoitajaksoja, iäkkäiden toimintakyvyn alenemista sekä merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle.

Toivomme, että käyttäisitte noin 10 minuuttia ajastanne kyselyyn vastaamiseen. Vastauksenne käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä tutkimuksen tulosten yhteydessä tuoda esille yksittäisen vastaajan tietoja. Tutkimuksella pyrimme saamaan tietoa siitä, miten IKINÄ-mittari on vaikuttanut Teidän työhönne ja miten IKINÄ-mittari on muuttanut osastonne toimintatapoja korkean kaatumisriskin potilailla.

Tässä tutkimuksessa tutkimme siis Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisemaa IKINÄ-mittaria, joka on yhden A4-sivun kokoinen lomake (sisältäen ravitsemuksen MNA-testin). Muut lomakkeet, kuten koontilomake ja ortostaattisen paineen mittaaminen ovat osa osastollanne tehtävää suurempaa tutkimusta, eikä niitä tarvitse huomioida tätä kyselyä täyttäessänne.

Tutkimuksemme tilaajana toimii Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Tutkimus toteutetaan strukturoituna kyselynä ja kohderyhmäämme ovat kaikki osasto 1:n ja 3:n lähi-, perus- ja sairaanhoitajat. Kyselyyn pääsette vastaamaan sähköpostissanne olevan linkin kautta.

Kävimme osastotunneillanne 19.11.2013 ja 26.11.2013 kertomassa tutkimuksestamme. Kuten jo silloin kerroimme, meihin saa ottaa yhteyttä, mikäli Teillä herää jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen. Myös osastonhoitajanne Ellen Hiltunen on luvannut auttaa tarvittaessa. **Kysely on auki sunnuntaihin 16.2.2014 saakka.** Kyselyyn pääsette vastaamaan alla olevasta linkistä:

<https://www.webropolsurveys.com/S/803B7ABC453A2808.par>

Kiitos jo etukäteen vastauksistanne!

Terveisin
Sari Lappalainen
Sairaanhoitajaopiskelija
0445378125

Niina Mönkkönen
Sairaanhoitajaopiskelija
0407761061

Tiina Mäkeläinen
Ohjaava opettaja
0447856680

KYSELYLOMAKE

Tässä kyselyssä kerätään tietoja vain Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisemasta IKINÄ-mittarista, jonka pituus on yksi A4-sivu. Lomakkeeseen kuuluu myös ravitsemuksen MNA-testi, mutta muita mahdollisesti täyttämienne lomakkeita Teidän ei tarvitse huomioida tässä kyselyssä.

TAUSTATIEDOT:

Ammattinimikkeenne

- Lähi-/perushoitaja
- Sairaanhoidaja

Ikänne

- Alle 30 vuotta
- 31-40 vuotta
- 41-50 vuotta
- Yli 51 vuotta

Millä osastolla työskentelette? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- Osasto 1
- Osasto 3

Työaika yksikössä (vuosina)

- Alle 5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- Yli 21 vuotta

KOKEMUKSET IKINÄ-MITTARIN KÄYTTÖÖN PEREHDYTYKSESTÄ:

Miten arvioisitte työskentelyosastonne toimintaa IKINÄ-mittariin liittyen? Valitkaa se numero, joka vastaa eniten Teidän kokemuksianne.

	Erittäin paljon	Paljon	Jonkun verran	Vähän
Osasto on perehdyttänyt minua IKINÄ-mittarin käyttöön	4	3	2	1

Minua on kannustettu käyttämään IKINÄ-mittaria	4	3	2	1
Omia havaintojani kaatumisten ehkäisyyn pidetään työyksikössäni tärkeinä	4	3	2	1

Miten arvioisitte eri tahoilta saamaanne tuen määrää IKINÄ-mittarin käytössä? Valitkaa se numero, joka vastaa eniten Teidän kokemuksianne.

	Erittäin paljon	Paljon	Jonkun verran	Vähän
Olen saanut tukea IKINÄ-mittarin käyttöön esimieheltä	4	3	2	1
Olen saanut tukea IKINÄ-mittarin käyttöön osaston IKINÄ-koulutuksen saaneilta vastuuhenkilöiltä	4	3	2	1
Olen saanut tukea IKINÄ-mittarin käyttöön työkavereilta	4	3	2	1

KOKEMUKSET IKINÄ-MITTARISTA:

Minkälaisia kokemuksia Teillä on IKINÄ-mittarin käytöstä? Valitkaa se numero, joka vastaa eniten Teidän kokemuksianne.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenk in samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Koulutusta ennen IKINÄ-mittarin käyttöönottoa annettiin riittävästi	4	3	2	1

IKINÄ-mittarin käyttöönotto on saanut minut pohtimaan enemmän kaatumisten ehkäisyn merkitystä	4	3	2	1
IKINÄ-mittari lisää potilasturvallisuutta	4	3	2	1
IKINÄ-mittari on antanut minulle lisää valmiuksia ehkäistä potilaiden kaatumista	4	3	2	1
IKINÄ-mittari on hyödyllinen apuväline potilaan kaatumisvaaraa arvioitaessa	4	3	2	1
IKINÄ-mittarin antamat pisteet kertovat yksilöllisesti juuri kyseisen potilaan kaatumisriskistä	4	3	2	1
IKINÄ-mittarin tulokset on selkeästi kaikkien työyhteisöön kuuluvien nähtävillä	4	3	2	1
IKINÄ-mittari on suunniteltu helpottamaan minun työtäni	4	3	2	1
Kaatumisten ehkäisy kuuluu kaikille työyksikössämme	4	3	2	1
Voisin suositella IKINÄ-mittarin käyttöä työkavereilleni	4	3	2	1
Haluaisin saada lisää tietoa IKINÄ-mittariin liittyen	4	3	2	1
Tiedän mistä saan lisätietoa IKINÄ-mittariin liittyen, jos sitä tarvitsen	4	3	2	1

Minkälaisia kokemuksia Teillä on IKINÄ-mittarin käytöstä?

IKINÄ-MITTARIN ANTAMAT TULOKSET JA OMA TOIMINTA

Valitkaa se numero, joka vastaa parhaiten Teidän toimintaanne.

	Usein	Joskus	Harvoin	En ikinä
Olen antanut IKINÄ-mittarin antamien tulosten pohjalta potilasohjausta esimerkiksi liikuntaan liittyen	4	3	2	1
Olen huomionnut potilaan perussairauden (esim. AVH:N) kaatumisvaaran arvioinnissa	4	3	2	1
Olen antanut lääkityksen lääkärille tarkastettavaksi IKINÄ-mittarin antaman suosituksen mukaan	4	3	2	1
Olen järjestänyt apuvälineitä potilaalle IKINÄ-mittarin antaman suosituksen mukaan	4	3	2	1
Olen keskustellut potilaan kanssa alkoholin käytöstä	4	3	2	1

Olen keskustellut potilaan kanssa muistin heikkenemisestä tai tehnyt muistitestin	4	3	2	1
Olen keskustellut potilaan kanssa kotiympäristön vaaranpaikoista ja apuverkostoista	4	3	2	1
Olen hyödyntänyt IKINÄ-mittarin tuloksia potilaan kotikuntoisuutta arvioidessani	4	3	2	1

KEHITYSEHDOTUKSET:

Mitä mieltä olette IKINÄ-mittarista? Valitkaa se numero, joka vastaa eniten Teidän kokemuksianne.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenk in samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
IKINÄ-mittari on laajuudeltaan sopiva	4	3	2	1
IKINÄ-mittari huomioi kaikki potilaiden kaatumisvaaraan vaikuttavat osa-alueet	4	3	2	1
IKINÄ-mittarin korkeat pisteet ja sen antamat suositukset ovat konkreettisia ja hyödyllisiä	4	3	2	1
Minulla on riittävästi työaikaa käytettävissä IKINÄ-mittarin täyttämiseen	4	3	2	1

Mitä parannettavaa IKINÄ-mittarissa on?

