

# **NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN KÄYTTÖÖNOTTO**

- Case KYS: Kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus

Anne Vanhatalo

Pro gradu -tutkielma

Sosiaali- ja terveydenhuollon

tietohallinto

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen

laitos

Joulukuu 2011

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta  
sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

VANHATALO ANNE: NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TOIMINNAN KÄYTTÖÖN-  
OTTO - Case KYS: Kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvän suositus

Pro gradu -tutkielma, 62 sivua, 1 liite ( 2 sivua)

Tutkielman ohjaajat: Professori Kaija Saranto

Tutkija Virpi Jylhä

Joulukuu 2011

Avainsanat: Näyttöön perustuva hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta, toimintamalli,  
näyttö, hoitotyön suositus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönoton edistymistä Kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvän suosituksen käyttöönoton yhteydessä Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmella osastolla. Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämän toimintamallin pilotointi toteutettiin Kaste-hankkeeseen kuuluvan *Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto*- osahankkeen yhteydessä. Hankkeen tavoitteena on yhtenäistää potilaiden kaatumisen ehkäisyä käytäntöjä sairaalassa. Osastot tutkimukseen valittiin HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään eniten ilmoituksia tehneinä osastoina. Tarkoituksena on saada tietoa siitä, miten hoitotyön suosituksia otetaan käytäntöön yliopistosairaalassa kartoittamalla nykytilannetta ja selvittämällä mitä toimenpiteitä avainhenkilöiksi nimetyiltä työntekijöiltä edellytetään. Lisäksi tarkoituksena on saada tietoa siitä, miten avainhenkilöt kokivat Hoitotyön tutkimussäätiön kehittämän mallin hyödyn suositusten käyttöönotossa. Lisäksi tavoitteena on saada tietoa siitä, mitä asioita organisaation kaatumisten ehkäisystrategiassa tulisi huomioida.

Tutkimuksen aineisto koottiin Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmen valitun osaston pilotoinnin avainhenkilöiltä Focus group- tyypisellä teemahaastattelulla (n=5). Haastateltavat olivat kaikki sairaanhoitajia. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Teemahaastattelurunko koottiin henkilöstölle aiemmin samaan pilotointihankkeeseen kuuluvan kyselytutkimuksen tuloksista niiden kysymysten osalta, jotka liittyivät tämän tutkimuksen kohteena olevaan alkutilanteen kartoitukseen.

Tulokset osoittivat että tutkituilla osastoilla ei ollut ennen suosituksen pilotointia ollut käytössä kaatumisen ehkäisyyn liittyviä suosituksia. Henkilökunnalle ei myöskään ollut tarjolla aiheeseen liittyvää koulutusta. Vastuuhenkilöt olivat avainasemassa suosituksen pilotoinnin tuomisessa käytäntöön muulle henkilökunnalle. Heidän roolinsa korostui yksiköissä, joissa oli yhtäaikaaisesti menossa myös muita uusia kokeiluja. Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämä toimintamalli todettiin toimintaa selkeyttävänä ja pilotointia tukevana. Kaatumisten ehkäisystrategiassa tulisi haastateltavien mielestä huomioida osastojen fyysiset olosuhteet, riittävät ja kunnolliset apuvälineet, henkilöstömitoitukset sekä johdon rooli koko strategiaa koossapitävänä ja eteenpäin vievänä elementtinä.



## SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>JOHDANTO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA .....</b>	<b>9</b>
2.1	Näyttöön perustuva hoitotyö.....	10
2.2	Näytön lähteet.....	13
2.2.1	Terveysthuollon menetelmien arviointitieto ja muita näytön menetelmiä.....	15
2.2.2	Järjestelmälliset katsaukset .....	15
2.2.3	Hoitosuositukset.....	16
<b>3</b>	<b>NÄYTTÖÖN PERUSTUVIEN KÄYTÄNTÖJEN VAKIINNUTTAMINEN .</b>	<b>20</b>
3.1	Edellytyksiä vakiinnuttamisen onnistumiselle .....	20
3.2	Näyttöön perustuvan hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen malli.....	23
<b>4</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....</b>	<b>29</b>
5.1	Tutkimusmenetelmä .....	29
5.2	Tutkimusympäristö ja kohderyhmä.....	30
5.3	Tutkimusaineiston keruu .....	32
5.4	Tutkimusaineiston analyysi.....	35
<b>6</b>	<b>TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>38</b>
6.1	Hoitotyön suositukset kaatumisten ehkäisemiseksi osastoilla ennen suosituksen käyttöönottoa .....	38
6.2	Avainhenkilöiden toiminnan ja toimintamallin tarkastelu .....	42
6.3	Kaatumisten ehkäisystrategiassa huomioitavat asiat .....	44
<b>7</b>	<b>POHDINTA.....</b>	<b>49</b>
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys .....	49
7.2	Tutkimuksen eettisyys .....	50
7.3	Tutkimustulokset ja jatkotutkimusaiheet.....	51
	<b>LÄHTEET.....</b>	<b>56</b>

## LIITTEET

## **KUVIOT**

KUVIO 1. Näyttöön perustuvan päätöksenteon malli.....	21
KUVIO 2. Tutkimusnäytön hyödyntäminen.....	24
KUVIO 3. Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen toimintamalli.....	27
KUVIO 4. Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen toimintamalli .....	31
KUVIO 5. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen.....	36

## **TAULUKOT**

TAULUKKO 1. Käypä hoito -suositusten näytönasteen tai -tason luokitus .....	17
TAULUKKO 2. Näytön aste 1998 (JBI) .....	19
TAULUKKO 3. Näytön asteet 2010(JBI).....	19
TAULUKKO 4. Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen vastuutahot.....	26
TAULUKKO 5. Kyselytutkimuksen vastaajien taustatiedot.....	32
TAULUKKO 6. Malli aineiston analyysistä.....	37
TAULUKKO 7. Hoitotyön ohjeistukset ja kaatumisriskin kirjaus.....	39
TAULUKKO 8. Raportointi, lisäkoulutus ja suositusten käyttö.....	39
TAULUKKO 9. Toiminnan kehittäminen .....	42
TAULUKKO 10. Kaatumisriskin huomioiminen ympäristössä ja henkilöstömitoituksessa.....	45

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa käytettävien menetelmien ja toimintatapojen olisi perustuttava parhaaseen reaaliaikaiseen tietoon hoitotyössä olevien resurssien puitteissa. Tämä on tärkeää nimenomaan terveydenhuollon vaikuttavuuden kannalta. Kuitenkin edelleen terveydenhuollossa on hyvin vaihtelevia hoitokäytäntöjä, jotka eivät perustu tutkittuihin parhaisiin käytäntöihin. Käytettävän hoidon tulisi perustua luotettavaan, yhtenäiseen sekä arvioituun tutkimustietoon kaikissa kulloinkin kyseistä hoitoa antavissa yksiköissä. Tämän vuoksi on tarpeen saada tutkimusnäyttöä joka perustuu haettuun, arvioituun, järjestelmällisesti koottuun ja luotettavaan tutkimustietoon. Näytön perusteella voidaan laatia hoitotyön suosituksia. Hoitotyön suosituksilla on keskeinen asema käytäntöjen yhtenäistämässä ja näin potilaalla on mahdollisuus saada aina yhtä hyvää hoitoa hoitopaikasta riippumatta. (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2010.)

Parhaan saatavissa olevan tutkimustiedon käyttö hoitotyöntekijän oman ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi vaatii oman ammattialan jatkuvaa seuranta. Jatkuva kehittäminen lisää työntekijän valmiutta mm. ongelmien havaitsemiseen. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohtana on potilaan hoitotilanteessa esiin noussut ongelma tai kysymys, johon lähdetään sitten hakemaan ratkaisua tutkimustiedon tai muun näytön perusteella. (Elomaa & Mikkola 2008, 11.) Silloin kun käytettävissä on parasta ajantasaista tietoa, voidaan monia jopa vakavia ongelmia terveydenhuollossa pystyä ehkäisemään. Ehkäistävissä olevia ongelmia ovat esimerkiksi hoitovirheet, hoidon huono laatu, hoitokäytäntöjen perusteeton vaihtelu, potilaiden huonot kokemukset, turhat hoidot sekä sellaisten hoitomenetelmien käyttö joilla ei ole vaikuttavuutta. (Malmivaara 2005,7-9.)

Kansainväliset tutkimus- ja kehittämisorganisaatiot, kuten Cochrane- verkosto ja Joanna Briggs Instituutti tuottavat tiivistelmiä lääketieteellisestä, terveystieteellisestä ja hallinnollisesta tutkimustiedosta sekä järjestelmällisiä katsauksia ja näyttöön perustuvia suosituksia. Cochrane- katsauksiin on koottu kaikki mahdollinen saatavissa oleva tutkimustieto kulloisestakin tarkkaan rajatusta aiheesta (Rosén 2011). Kansainvälinen tutkija- verkosto on perustettu vuonna 1993 ja verkosto ulottuu noin sataan maahan. Cochrane- katsauksia käytetään Suomessa mm. kliinisen ja terveystieteellisen päätöksenteon tuke-

na, lisäksi menetelmien arviointiraporttien ja hoitosuosituksen laatijat hyödyntävät katsauksia lähdeaineistonaan. (Cochrane-yhteistyö 2011.)

Joanna Briggs Instituutti (JBI) toimii säätiöperustaisesti, eli on voittoa tavoittelematon organisaatio, joka on perustettu vuonna 1996. JBI:n tavoitteena on tarjota tutkimusta, puolueettomia konsultointipalveluita sekä kehittämistä tavoitteenaan auttaa terveydenhuollon tulosten parantamista koko maailmassa. Toiminta keskittyy näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen ja tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvia valmiita suosituksia ja järjestelmällisiä katsauksia terveydenhuollon toimijoiden käyttöön. Terveydenhuollon yksiköillä on mahdollista saada myös juuri omaan yksikköön suunniteltuja palveluita helpottamaan yksiköiden kehittämis- ja ylläpitotyötä näyttöön perustuviin käytäntöihin liittyen. (The Joanna Briggs Institute 2011.)

*Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi*-toimintamalli on kehitetty Hoitotyön Tutkimussäätiössä yhtenäistämään hoitotyön käytäntöjä sekä hoitosuosituksen käyttöönottoa hoitoa antavissa yksiköissä. Malli kuuluu KASTE-ohjelman ”Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa”-toimintaohjelmaan (STM 2009) osaohjelmassa ”Vetovoimainen ja turvallinen sairaala”. (Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010.) Toimintamallin pilotointi tapahtuu Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja sen avulla otetaan käyttöön potilaiden kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus. Pilotoinnissa on tavoitteena luoda toimintamalli siitä, miten potilaan kaatumisriski arvioidaan ja miten kaatumistapaturmia voitaisiin ehkäistä sairaalan osastoilla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida pilotoinnin alkutilanteessa, miten hoitotyön suosituksia otetaan käytäntöön yliopistosairaalassa, erityisesti minkälainen tilanne vuodeosastoilla on ollut ennen suosituksen käyttöönottoa sekä kuvata niitä toimenpiteitä, joita avainhenkilöt ovat tehneet uuden toimintamallin käyttöönoton yhteydessä. Tarkoituksena on myös saada tietoa *Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi*-toimintamallin käytökelpoisuudesta suosituksen käyttöönoton yhteydessä. Lisäksi tarkoituksena on saada tietoa avainhenkilöiltä siitä, minkälaisia asioita kaatumisen ehkäisystrategian tulisi sisältää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon paradigmaan ja sen tutkimuskohteisiin kysymykset näyttöön perustuvasta toiminnasta sijoittuvat entiteettien *Toimijat* ja *Mene-*

*telmät* – väliseen tutkimuskenttään, jossa tiedon hallinnan osaaminen ja tiedolla johtaminen ovat tutkimuskohteina (Kuusisto-Niemi & Saranto 2009). Tieteenalan näkökulmasta tämä tutkimus tuottaa tietoa toimintamallin merkityksestä käytännön toiminnan kehittämisessä.



## 2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA

Näyttöön perustuva käytäntö ei ole ainoastaan oikeiden asioiden tekemistä, vaan se on oikeiden asioiden tekemistä oikein (Gray 2009,48). Tämä ei tarkoita ainoastaan tekemästä asioita tehokkaammin ja parhaan standardin mukaan, vaan myös varmistamista, että se mitä on tehty, on tehty oikein ja niin että tuloksena on enemmän hyviä kuin huonoja tuloksia (Craig & Smyth 2007,4). Sen lisäksi että näyttöön perustuva toiminta tähtää potilaan mahdollisimman hyvään hoitoon, on tavoitteena myös kustannusten hallinta terveydenhuollossa. Kustannusten hallintaan katsotaan päästävän myös sillä, että potilaalle on valittu oikea hoito. (Elomaa & Mikkola 2010,4-6.)

Sekä yksilö- että ympäristötekijät vaikuttavat näyttöön perustuvaan toimintaan. Prosesina toiminta on monisäikeistä ongelmanratkaisua. Yksilötekijöihin voidaan sisällyttää mm. hoitotyöntekijän kyky määrittää tarpeellisen tiedon laajuus, omaksua tarpeellinen tieto tehokkaasti ja vaikuttavasti. Yksilön on pystyttävä myös arvioimaan tietoa ja sen lähteitä kriittisesti sekä käyttämään tietoa tehokkaasti tietyn tarkoituksen saavuttamiseksi. Yksilön on myös ymmärrettävä taloudellisia, lakiin perustuvia ja sosiaalisia näkökulmia joita liittyy tiedon käyttämiseen ja käytettävä tietoa myös laillisesti ja eettisesti. (Association of College and Research Libraries 2000, 2-3.)

Nordic Cambell Collaborationin määritelmän mukaan ”*näyttöön perustuva toimintapolitiikka ja käytäntö on parhaan olemassa olevan tutkimustiedon perusteellista, täsmällistä ja kriittistä käyttämistä silloin, kun tehdään ihmisten hyvinvointia koskevia ratkaisuja*” (Nordic Campbell Center 2010). David Sackettin määritelmän mukaan ”*näyttöön perustuva toiminta on parhaan mahdollisen tiedon vastuuntuntoista ja kriittistä käyttöä yksilöllisissä asiakastapauksissa*” (Sackett ym.1996, 71-72 ). Stetlerin (2001) ja Estabrooksin (1999) mukaan tutkimustiedon käyttö on prosessi, jonka yhteydessä tutkittua tietoa pyritään tuomaan käytäntöön. Tutkimustiedon käyttöön oton tarkastelu tapahtuu potilaan hoitamisen, hoitohenkilöstön ammattitaidon ylläpidon sekä hoitotyön kehittämisen kautta. (Stetler 2001, 272-279; Estabrooks 1999, 203-216.)

Haynesin ym. (1996) mukaan ”*näyttöön perustuva toiminta on tunnontarkkaa, harkittua parhaan mahdollisen kliinisen tutkimustiedon käyttöä yksittäisen potilaan hoidos-*

sa.” **Tunnontarkkuudella** tarkoitetaan sitä, että tietoa käytetään jokaisen sopivan potilaan kohdalla järjestelmällisesti. **Harkittu** tarkoittaa sitä, että vaihtoehtoisten hoitojen sekä diagnostisten kokeiden hyödyt ja haitat arvioidaan aina kliiniseen asiantuntemukseen perustuen ja jokainen potilas otetaan yksilönä huomioon lähtökohtineen ja toivomuksineen. Parhaan mahdollisen kliinisen tutkimustiedon käyttämisessä hoitavan henkilön on kyettävä erottamaan hyvä tieto huonosta tiedosta. Lisäksi hoitavalla henkilöllä on oltava mahdollisuus saada tarpeensa mukaan ajantasaista ja luotettavaa tietoa käyttöönsä. (Haynes ym.1996, 196 -198.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että näyttöön perustuva toiminta on parhaan mahdollisen tiedon kriittistä käyttämistä tilanteissa, joissa on tehtävä ihmisen hyvinvointiin liittyviä ratkaisuja. Näyttöön perustuvan toiminnan perustana ovat olemassa olevat, vaikuttavaksi osoitetut työmenetelmät ja väliintulomenetelmät. Kyse on siis aina parhaasta, sen hetkisestä käytettävissä olevasta tutkimustiedosta. Näistä vaikuttavista työmenetelmistä ja väliintulon menetelmistä hyödynnetään ja sovelletaan kriittisesti parasta saatavana olevaa tietoa. Samalla on otettava huomioon asiakkaan omat toiveet, mieltymykset ja arvot sekä hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja kliiniset kokemukset, joista kaikista yhteensä muodostuu ehyt kokonaisuus. Näyttöön perustuva toiminta ei tuo yhteen ainoastaan parhaan saatavilla olevan näytön ja viimeisimmän tiedon, vaan se sitoo tutkimukseen myös hiljaisen tiedon käytön mahdollisuuden. Näyttö ei kuitenkaan ole koskaan lopullista vaan uusia vakuuttavampia näyttöjä on jatkuvasti etsittävä ja myös luovuttava vanhoista käytännöistä. Marja-Leena Perälän mukaan tavoitteena on *tehdä oikeita asioita oikealla tavalla oikeille potilaille oikeaan aikaan*. (Closs & Cheater 1999; 10-17; Korteniemi ym. 2008, 11;Lauri 2003,45;Pekkala 2007,48; Perälä 1999,53.)

## 2.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Terveystieteiden tutkimuksessa tapahtuu paljon muutoksia niin rakenteellisesti kuin toiminnallisesti. Muutoksien käytäntöön saattaminen edellyttää aina hoitotyön toimintatapojen jatkuvaa kehittämistä ja uudistamista sekä hoitotyöntekijöiden tehtävien laajentamista. (STM 2003,13.) Hoitotyössä toteutettavien käytäntöjen vaikuttavuuden arviointi ja hyöty potilaalle on vaikeasti mitattavissa, koska kaikista hoidon menetelmistä ei ole tieteellis-

tä näyttöä. Potilaat saavat näin ollen hyvin erilaista ja eritasoista hoitoa palvelun tarjosta ja sijainnista riippuen. (Holopainen ym. 2010,39.)

Arvoja koskeva tieto, kokemusperäinen tieto ja tutkittu tieto tulee muuttumaan siten, että tutkitun tiedon rooli korostuu entistä enemmän. Käypä Hoito-suositusten määrän lisääntyminen on tästä hyvä esimerkki lääketieteessä. Hoitotyön tutkimusnäyttö on myös lisääntynyt voimakkaasti 1990-luvulta lähtien. Tutkimuspolitiikassa tarvitaan kuitenkin muutoksia, että koko hoitotieteen ala saadaan tutkimusten piiriin. (Leino - Kilpi 2002,158.)

Tutkimustulosten luotettavuudella on suora yhteys siihen, miten tuloksia käytetään työssä hyödyksi. Jos tutkimustuloksia ei pidetä tarpeeksi luotettavina tai uskottavina, niitä ei haluta hyödyntää käytännön työssä. Hyödyntämisen varmistamiseksi on oltava tietoa siitä, minkälaisella näytön tasolla liikutaan eli mitä luotettavampia tiedot ovat, sitä enemmän niitä myös käytetään. (Jacobson ym. 2006, 49.) Näyttöön perustuvan tiedon lisäksi jokaisen potilaan hoidossa tarvitaan myös kokemuksen mukanaan tuomaa kliinistä asiantuntemusta (Roine 1997,22).

Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohta on se, että oma toiminta pystytään perustelemaan ja että toiminta on julkista ja avointa. Toiminta, joka ei perustu näyttöön on epävarmaa ja sattumanvaraisempaa. Silloin kun toiminta perustuu näyttöön, meillä on arvioitua ja julkistettua tietoa, jonka perusteella toiminta voidaan todistaa oikeaksi, paikkansa pitäväksi ja yleistettäväksi. Tällöin toiminta on mahdollisimman totuudenmukaista ja siihen voidaan luottaa. Parhaaksi näytöksi luokiteltava tieto on saatu useiden eri tutkimusten pohjalta. (Pelkonen 2002, 11-13.)

Pearsonin ym. (2007) mukaan näyttöön perustuva hoitotyö on huomattavasti laajempi kokonaisuus kuin pelkkä kvantitatiivinen, satunnaistettuun koe-kontrollitutkimukseen perustuva näkemys. Näyttöön perustuva hoitotyö sisältää eri muodoissa olevaa näyttöä ja sisältää myös muitakin täsmällisiä tutkimuksia kuin pelkästään satunnaistetut koe-kontrollitutkimukset, asiantuntijoiden mielipiteet ja substanssin asiantuntijoiden kokemukset. Joanna Briggs-instituutin kehittämä malli näyttöön perustuvasta terveydenhuollosta määrittelee näyttöön perustuvan toiminnan kliiniseksi päätöksenteoksi jossa huo-

mioidaan parhaan saatavilla olevan näytön lisäksi myös tilannekonteksti, potilaan omat mieltymykset sekä hoitotyöntekijän oma näkemys. (Pearson ym.2007, 85-88.)

Hoitotyön opetuksessa näyttöön perustuva hoitotyö mielletään myös yhdeksi osaksi opetussuunnitelmaa ja oletetaan, että hoitotyön opetus itsessään on myös näyttöön perustuvaa. Opetuksen sisältönä ovat opetukselliset strategiat ja suunnitelmalliset mallit, mutta suurin osa tiedosta on hiljaiseen tietoon ja käytäntöön perustuvaa. Hoitotyön opetuksessa on myös kehitettävä hoitotiedettä laadullisen ja määrällisen tutkimuksen kautta. Hoitotyön opetuksen voidaan sanoa olevan näyttöön perustuvaa sitten, kun hoitotieteen opetus on kehittynyt riittävästi täsmällisen tutkimuksen avulla. (Ferguson & Day 2005, 107-115.) Hoitotyöntekijän valmiuksiin kuuluu näyttöön perustuvan tiedon käytännön rakenteen hallinta ja osaaminen. Kuitenkin esimerkiksi sairaanhoitajista vain harva on saanut koulutusta näyttömenetelmistä ja käytännössä asia on hoitotyön johtajien vastuulla. (Sams ym. 2004,413.) Hoitotyöntekijöiden tulisi lisäksi olla kannustamassa ja opastamassa tutkitun tiedon käyttöä hoitotyön opiskelijoiden käytännön harjoittelujaksoilla. Harjoittelujakson aikana opiskelijat saavat hyvän kuvan siitä, miten hoitotilanteita pystytään analysoimaan tai ennakoimaan tutkimustiedon perusteella ja näin myös ohjaamaan päätöksentekoa kulloisessakin tapauksessa. On tärkeätä ohjata ja opettaa opiskelijoita ottamaan huomioon tutkittu tieto. (Heikkilä 2005, 75.)

Hoitotyöntekijöiden omaamat valmiudet näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöönotossa koostuvat taidoista, tiedoista ja asenteista. Että hoitotyöntekijä pystyisi hyödyntämään tutkimustuloksia, on hänellä oltava tieto siitä, mihin hänen toimintansa perustuu. Hoitotyöntekijän on myös tiedettävä, mistä tietoa voi hakea ja miten voidaan kaikkea saatua tutkimustietoa arvioida kriittisesti hoitotilanteissa sekä miten tieto voidaan yhdistää potilailta saatuun tietoon. (Stetler 2001, 272-279; Rycroft - Malone ym. 2004, 913-924.)

Hoitotyön johtaja luo myös edellytykset näyttöön perustuvalla toiminnalla ollen keskeisenä toimijana (Shirey 2006, 252 - 265). Rosemarie Parsen (2008) mukaan johtamisen elementteihin kuuluvat olennaisesti sitoutuminen visioon sekä halukkuus riskien ottamiseen. Lisäksi johtamiseen kuuluu olennaisesti myös toisten kunnioittaminen ja huomiointi. Hoitotyön johtajalla on mahdollisuus vaikuttaa työilmapiiriin ja yhteistyön vahvistamiseen huomioimalla ja ymmärtämällä toisten näkemyksiä. (Parse 2008,369 -

375.) Kivisen (2008) mukaan terveydenhuollon organisaation on määriteltävä strategiat ja suuntaviivat yritykselle. Näiden avulla henkilöstöä voidaan ohjata oikeaan suuntaan. Henkilöstön kehittämis- ja osaamistavoitteiden on käytävä selkeästi ilmi strategiasta. (Kivinen 2008, 190-203.) Hoitotyön johtamisessa keskeisiä kokonaisuuksia ovat mm. asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen, henkilöstön hyvinvoinnin ja osaamisen johtaminen sekä toiminnan laadun, vaikuttavuuden ja kustannus seurannan johtaminen. Yksi tärkeä keskeinen kokonaisuus on myös näyttöön perustuvan toiminnan johtaminen, eli hoitotyön on perustuttava tutkittuun tietoon josta on näyttöä. (Tervaskari 2004,4.)

Hoitotyön tutkimuksen vaikutus käytännön toimintaan on vähäinen, jos yleisiä suosituksia ei ole laadittu joko kansallisella tai paikallisella tasolla. Kokemukseen perustuvan tiedon ja julkaistun tutkimustyön yhteen sitomisen vahvistaminen on tärkeitä hoitajan tietotason kohottamiseksi, ja hoitotyön johdon olisi omalta osaltaan oltava mukana prosessissa. Monien tietokantojen käyttömahdollisuudet parantavat huomattavasti näyttöön perustuvien suositusten ja parhaiden käytäntöjen löytämistä. Ohjeita on siis löydettävissä, mutta ongelma on pikemmin se, että ohjeita ei toteuteta käytännössä. (Marchionni-Ritchie 2008,267; Rolfe ym.2008,440.)

Järjestelmällisen tutkimustiedon käyttö Suomessa on lisääntynyt hitaasti. Näyttöön perustuvaa toimintaa on kehitetty asteittain pääasiallisesti vain suuremmissa sairaaloissa. Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2004 -2007 ajoittuneen kansallisen toimintaohjelman tavoitteena onkin ollut tietoisuuden lisääminen hoitotyön kehittämisestä ja näyttöön perustuvasta toiminnasta koko hoitotyön alueella. (Perälä ym.2008,23.)

## **2.2 Näytön lähteet**

Toiminnan vaikuttavuutta on viime vuosien kuluessa entistä enemmän korostettu jo pelkästään siksi että terveyspalveluiden tuottamiseen käytetään julkisia varoja ja toimintaa ei voida tehdä pelkästään hyvään tahtoon ja empaattisuuteen perustuen. Yksittäiset kokemukset ja perustelemattomat mielipiteet jätetään huomioimatta ja siirrytään näyttöön perustuvaan käytäntöön. (Pekkala 2007,48.) Sitä mukaa kun näyttöön perustuva

toiminta on kehittynyt, tietoa on alettu tuottaa muodossa, jonka perusteena on parhaan mahdollisen näytön käyttämisen helpottaminen hoitotyössä (Elomaa & Mikkola 2010,17).

Asiantuntijoiden lausumia verrataan edelleen näyttöön perustuviin käytäntöihin. Asiantuntijan mielipide ei kuitenkaan ole näyttöä, vaan se voidaan määritellä yhdistelmäksi tiettyjä tosiasioita ja johtopäätöksiä, jotka voivat perustua näyttöihin. Näytössä luotettavuuden aste ei ole riippuvainen siitä kuka sanoo, vaan se millä perusteella asiasta puhutaan. Järjestelmällisesti kootun tiedon on oltava läpinäkyvää, jotta se voidaan tarkistaa koska tahansa ja selvittää tehtyjen päätösten perusteet. (Oxman, 2011.) Jos saatavilla on tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa paremmista hoitovaihtoehdoista, on sitä käytettävä, eikä tällaisessa tilanteessa kokemukseräisen tiedon hyödyntäminen ole myöskään eettisesti hyväksyttävää. Hoitamisen taitojen on perustuttava luotettavaan ja tuoreeseen tietoon kulloisenkin toiminnan perusteluista ja vaikuttavuudesta. (Elomaa & Mikkola 2010,4-6.)

**Kokemukseen perustuva näyttö** perustuu hoitotyön ammattilaisen käytännön kautta saamaan tietoon, johon hoitotyössä tukeudutaan koska niin on aina tehty. Toimintaa ei välttämättä pystytä perustelemaan muutoin kuin esimerkiksi potilaan kokemuksella hoidon vaikuttavuudesta. Kokemukseen perustuva tieto pohjautuu paljolti ns. hiljaiseen tietoon ja sen siirtämiseen kokeneelta hoitajalta kokemattomalle hoitajalle. Vaikka tieto ei perustukaan systemaattiseen kriteeriin, sillä saattaa silti olla vaikuttavuutta. **Hyväksi havaitussa toimintanäytössä** puolestaan käytetään hyödyksi esimerkiksi laadunarviointiin kerättyä tietoa, joka ei kata tutkimustiedon tieteellisiä kriteerejä, mutta on luotettavasti ja systemaattisesti kerättyä tietoa. **Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö** voidaan sijoittaa viitekehyksen vahvan ja korkean näytön lokeroon. Näyttö on tuolloin saatu tieteellisin kriteerein tutkimuksen avulla. Tieteellisesti havaittua tutkimusnäyttöä käyttävät ensisijassa ammattilaiset, mutta myös potilailla on mahdollisuus tiedon käyttöön. Tieto on lisäksi oltava helposti saatavilla. (Leino – Kilpi & Lauri 2003, 7-9.)

### **2.2.1 Terveydenhuollon menetelmien arviointitieto ja muita näytön menetelmiä**

Terveydenhuollon menetelmät ovat kaikki terveydenhuollossa käytettävät ehkäisevät, diagnostiset, hoitavat ja kuntouttavat menetelmät sekä lääkkeet, laitteet, toimenpiteet ja hallinnolliset menetelmät (Partanen & Perälä 2000, 41; Semberg-Konttinen 2000,49). Terveydenhuollon menetelmiä arvioidaan yhdessä eri tieteenalojen kanssa systemaattisesti selvittämällä menetelmien lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutuksia. Arviointitoimintaan sisältyy mm. menetelmien kliinisen vaikuttavuuden, kustannusvaikuttavuuden, yhteiskunnallisten sekä lainsäädännöllisten näkökohtien selvittäminen. Menetelmien arvioinnin tavoitteena on toimia siltana tieteen ja käytännön välillä. (Semberg-Konttinen 2000,49.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteydessä toimiva Finohta tuottaa, tukee ja koordinoi terveydenhuollon menetelmien arviointia Suomessa. Finohta välittää lisäksi myös ulkomailla tuotettua arviointitietoa Suomen terveydenhuolloseksi. Tämänkin toiminnan tavoitteena on edistää hyvien ja tieteelliseen näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä terveydenhuollossa ja saada aikaan tehokkuutta ja vaikuttavuutta. (THL 2011.) INAH-TA (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment) puolestaan on kansainvälinen, eri maissa toimivien arviointiyksiköiden toimintaa koordinoiva yhteistyöjärjestö (Elomaa & Mikkola 2010, 21).

Terveydenhuollon menetelmien arviointiprosessin lähtötilanteessa ongelmat ja menetelmät tunnistetaan, jonka jälkeen edetään esiselvityksiin sekä varsinaiseen arviointitutkimukseen. Tämän prosessin kautta päästään tiedon synteysiin, jonka jälkeen pelkkä tiedon levittäminen ja käyttöönotto ei riitä, vaan myös arvioidun menetelmän vaikuttavuutta seurataan. (THL 2011.) Menetelmien arviointia voidaan tehdä esimerkiksi ennalta ehkäisyyn, hoidon tai kuntoutuksen alalta (Elomaa & Mikkola 2010, 21).

### **2.2.2 Järjestelmälliset katsaukset**

Tieteellisen tutkimuksen määrän lisääntymisen myötä tietoa on ryhdytty kokoamaan katsauksiin ja käytännön työntekijöiden työn helpottamiseksi parhaista katsauksista laa-

ditaan tiivistelmiä. Järjestelmällisten katsausten ero muihin katsauksiin on niiden tarkka menetelmäkuvaus toistettavuuden, tarkistamisen ja päivittämisen varmistamiseksi. (Anttila ym.2007,8.) Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen voidaan sanoa olevan toisen asteen tutkimusta, siinä tutkitaan jo tehtyjä tutkimuksia. Järjestelmällisen katsauksen tarkoituksena on lisätä tietoa hoitomuotojen tehokkuudesta ja olla näin avuksi potilaille. Katsaukset auttavat niin päätöksentekijöitä kuin ammattilaisia tekemään hoitoratkaisuja ja terveystieteellisiä ratkaisuja. (Pekkala 2007,51.) Tavanomaisessa kirjallisuuskatsauksessa tehty tiivistelmä jostakin rajatusta aiheesta tehdään ilman tutkimusprotokollaa, kun järjestelmällisestä kirjallisuuskatsauksesta on tarkoituksena tehdä toistettava ja katsaukseen liittyvän harhan riskiä vähentävä. Tutkimussuunnitelmassa määritetään kriteerit hyväksyttävälle artikkelille ja kirjallisuushaku kuvataan mahdollisimman kattavasti. Lisäksi kuvauksessa on mukana katsaukseen hyväksytyjen tutkimusten menetelmällisen laadun arviointi ja mahdollisen informaation yhdistämissuunnitelma. (Malmivaara 2002, 877.)

Järjestelmälliset katsaukset ovat tärkein osa näyttöön perustuvaa toimintaa. Järjestelmällisen katsauksen tuoma tulos perustuu useisiin tieteellisesti tasokkaisiin tutkimuksiin ja näytön asteissa se vastaa vahvinta tieteellistä näyttöä. Asiantuntijaryhmät kokoavat kriteerit täyttävät tutkimukset pääosin viitetietokannoista. Seulontaan otetaan mukaan myös julkaisemattomia tutkimuksia sekä myös muunkielisiä tutkimuksia kuin englanti. Tällä toimintamallilla pyritään välttämään ns. julkaisuharhaa, joka tarkoittaa sitä että vain positiiviset tulokset julkaistaan, sekä kieliharhaa, joka tarkoittaa että vain englanninkieliset artikkelit julkaistaisiin. (Elomaa & Mikkola 2010,20.) Cochrane-kirjasto on järjestelmällisten katsausten pääasiallinen julkaisija lääketieteessä, mutta erityisesti hoitotyön ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön sopivia katsauksia on koottu ja tiivistetty esimerkiksi Joanna Briggs -instituutissa (Anttila ym.2007,8).

### **2.2.3 Hoitosuositukset**

Lääkäriseura Duodecimin vuonna 1994 aloittamassa Käypä hoito -projektissa aloitettiin tieteelliseen näyttöön perustuvien valtakunnallisten Käypä hoito -suositusten laatiminen. Hoitosuosituksen perustana on asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima ja tie-



teelliseen näyttöön perustuva kannanotto jonkin tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Hoitosuosituksessa selvitetään ne asiat, joita voidaan ja kannattaa tehdä tietyn sairauden ehkäisemiseksi, toteamiseksi ja hoitamiseksi. (Mäntyranta ym. 2003, 5-7; Vainikainen 2006,2530.) Käypä hoito –suositukset perustuvat järjestelmällisiin kirjallisuushakuihin, joihin perustuen annetaan vastaukset kliinisesti tärkeisiin kysymyksiin muun suositustekstin lisäksi. (Mäntyranta ym. 2003, 10). Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) on esitetty Duodecimin Käypä hoito –suositusten näytönasteen luokitukset.

TAULUKKO 1. Käypä hoito -suositusten näytönasteen tai -tason luokitus

	Näytön taso	Merkitys
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia

(Mäntyranta ym. 2003,10)

Suosituksen käyttöönottoa ja käyttämistä on myös arvosteltu, koska on esitetty että suositusten käyttöönoton johdosta lääkärin yksilöllinen potilaskohtainen päätöksenteko siirtyykin yhä enemmän ammattikunnan ryhmäpäätöksiksi. (Pasternack 2002,2176.) Käypä hoito –suosituluetteloon on kuitenkin lisätty vastuun rajausteksti, jossa korostetaan ammattilaisen yksilöllistä ja potilaskohtaista harkintaa hoitopäätöksissä: ”*Käypä hoito -suositukset ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta ja hoidosta hoitopäätöksiä tehtäessä.*” (Käypä hoito 2011.)

Hoitotyön suosituksia Suomessa tekee ja julkaisee Hoitotyön Tutkimussäätiö. Hoitotyön suosituksia laativat hoitotyön asiantuntijat ja he laativat järjestelmällisesti ja tieteellisesti perusteltuja kannanottoja eri hoito- ja tutkimusmahdollisuuksiin sekä niiden käyttö-

kelpoisuuteen ja vaikuttavuuteen. Hoitotyön suositusten tavoitteena on antaa potilaalle oikein ajoitettua, inhimillistä sekä oikeaa ja vaikuttavaa hoitoa. (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2011.) Duffin ym.(1996) mukaan hoitosuositukset ovat systemaattisesti tuotettuja lausumia, joiden avulla terveydenhuollon henkilöstö yhdessä potilaan kanssa pystyy tekemään päätöksiä aina kulloiseenkin kliiniseen tilanteeseen parhaasta mahdollisesta hoidosta. (Duff ym.1996, 889). Suosituksen tekeminen lähtee yleensä johonkin hoitotyössä esiintyvän ongelman ratkaisutarpeesta. Sairaanhoidajan rooli oman tietoperustansa, sekä potilaan tilan ja kokonaishoidon arvioinnissa on tärkeitä arvioitaessa sitä, onko tutkimustuloksia mahdollista hyödyntää tietyssä hoitotilanteessa. (Lauri 2007,128-129.)

Hoitotyöntekijät ovat perustaneet hoitokäytäntöjä pitkälti kokemustietoon. Tarve hoitotyön toiminnan kehittämiseen näyttöön perustuvaksi toiminnaksi on lisääntynyt hoitotieteellisten tutkimusten lisääntymisen myötä. Suositusten on voitu todeta auttavan sairaanhoidajien asiantuntijuutta sekä itsenäisyyttä sen lisäksi että ammatillinen päätöksenteko on saanut vahvistusta suositusten ansiosta. (Lehtomäki 2009, 17.)

Tämän tutkimuksen kohdeosastojen pilotoima suositus on kehitetty Australian JBI-keskuksen toimesta ja käännetty suomeksi Hoitotyön Tutkimussäätiössä. ”Kaatumiset sairaalassa” (Falls in Hospitals) - suositus on kehitetty potilaiden kaatumista koskevan järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Suositus on ollut arvioitavana JBI-keskuksissa useassa maassa ja se sisältää tietoa kaatumisriskiä aiheuttavista tekijöistä, arvioinnista sekä menetelmistä, joiden avulla potilaan kaatumisriski voitaisiin minimoida. Kyseinen suositus on kehitetty australialaisissa sairaaloissa, joissa haittatapahtumailmoituksista peräti 38 % liittyi kaatumistapaturmiin. Useat osatekijät vaikuttavat kaatumisten suureen määrään. Tällaisia vaikuttavia tekijöitä ovat mm. potilaan ikä, mielentila, sairauden heikentämä yleiskunto, traumat, ympäristön vaaratekijät sekä sairaalahoidon pituus. (Best Practice 1998,1-6.)

Kaatumistapaturmia koskevan tutkimuksen laatua koskevia ongelmia kohdattiin useita suosituksen laadinnan yhteydessä, tutkimusraportit olivat puutteellisia esim. käytetyistä menetelmistä, joka vaikeutti laadun arviointia. Tutkimusraporteista osassa tulosten kuvaukset olivat liian vähäisiä. Yleensäkin kaatumistapaturmia oli tutkittu vähän täsmällisin tutkimusmenetelmin, joten koko suositus on alla olevan taulukon (Taulukko 2) näytön asteen arvioinnissa luokiteltu tasolle IV. (Best Practice 1998,1.)

TAULUKKO 2. Näytön aste 1998 (JBI)

Taso I	Näyttö saatu systemaattisesta katsauksesta, joka perustuu relevantteihin satunnaisesti tuihin kontrolloituihin kokeisiin (RCT)
Taso II	Näyttö saatu vähintään yhdestä hyvin suunnitellusta RCT tutkimuksesta.
Taso III.1	Näyttö saatu hyvin suunnitelluista kontrolloiduista kokeista, joissa ei randomisointia.
Taso III.2	Näyttö saatu hyvin suunnitelluista kohortti tai tapaus-kontrolli analyttisistä tutkimuksista mieluummin useamman kuin yhden tutkimusryhmän.
Taso III.3	Näyttö saatu seurantatutkimuksesta interventiolla tai ilman interventiota. Dramaattiset tulokset, jotka saatu kontrolloimattomalla koeasetelmalla
Taso IV	Näyttö perustuu arvostettujen auktoriteettien sanomaan, kliiniseen kokemukseen, kuvailevaan tutkimukseen tai raportoituun asiantuntijoiden komiteapäätöksiä

(Best Practice 1998,1.)

Edellä oleva arviointiasteikko on JBI-suosituksissa aiemmin käytetty asteikko. Nykyinen näytön asteen arviointiasteikko on ollut JBI-suosituksissa käytössä vuodesta 2006 lähtien, ja käsittää kolme luokkaa A-C, jotka on havainnollistettu alla olevassa taulukossa (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Näytön asteet 2010(JBI)

Luokka A	Vahva tuki soveltamiselle
Luokka B	Kohtalainen tuki soveltamiselle, jonka vuoksi soveltamista kannattaa harkita
Luokka C	Ei tukea

(Best Practice 2010,1)

### 3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVIEN KÄYTÄNTÖJEN VAKIINNUTTAMINEN

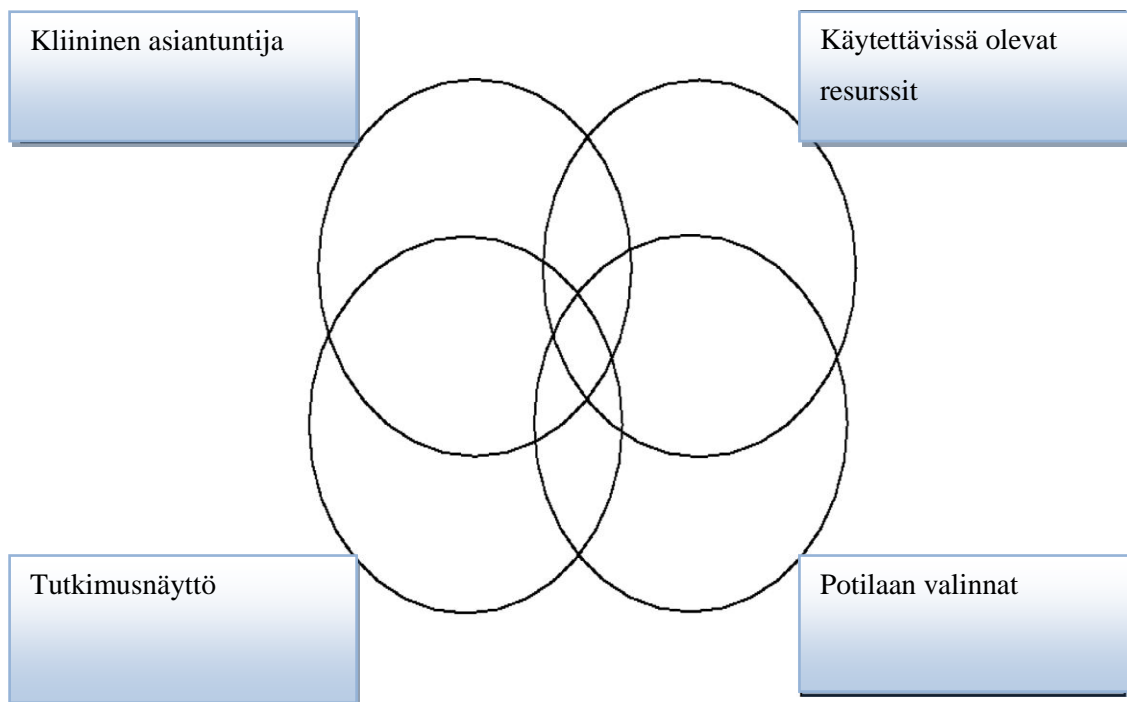
Näyttöön perustuvien käytäntöjen vakiinnuttaminen hoitohenkilöstön käyttöön konkreettiseksi työkaluiksi on ehdottoman välttämätöntä, koska siten varmistetaan käytäntöjen yhtenäistyminen. Samalla mahdollistetaan suositusten mukaisten menetelmien vaikuttavuuden arviointi. Menetelmiä voidaan arvioida järjestelmällisemmin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

#### 3.1 Edellytyksiä vakiinnuttamisen onnistumiselle

Näyttöön perustuvien käytäntöjen vakiinnuttaminen hoitotyön tutkimuksessa on puutteellista siksi, että hoitajat eivät ole tietoisia tutkimustuloksista, eivätkä ymmärrä niitä. Hunt kuvaa, että hoitajat eivät usko tutkimustuloksiin eivätkä välttämättä tiedä miten niitä tulisi käyttää. (Hunt 1996,426-425; Pearcey 1995,33-39.) Huntin (1996) mukaan hoitajien ei kaiken edellä mainitun lisäksi anneta hyödyntää tutkimustuloksia. Hoitotyön tutkimuksessa esiintyy lisäksi tilanteita, jossa hoitajat eivät osaa tuottaa löydöksiään käytettävään muotoon eivätkä pysty vakuuttamaan muita niiden painoarvosta. Lisäksi on havaittu, että hoitajilla ei ole riittävää auktoriteettia tutkimustulosten eteenpäin viemiseen. (Hunt 1996,426-425.)

Hoitotyöntekijän on nähtävä tutkimuksen arvo käytännön työssä, voidakseen kokea hyötyvänsä siitä. Tutkimustiedon käyttöön saaminen on siis tutkimuksen ja käytännön hoitotyön kohtaamisen välillä ensiarvoinen asia. Tutkimustulosten vaikutusten hyödyntäminen käytännössä edellyttää selviä tuloksia ja tieto on oltava helposti saatavilla sekä nopeasti perehdyttävissä. Hoitotyöntekijä tarvitsee taitoja ja resursseja voidakseen arvioida, yhdistää ja levittää parasta näyttöä käytäntöön. Hoitohenkilökunnalla ei ole aina edes tietoa kulloinkin meneillään olevista tutkimuksista ja nimenomaan sairaanhoitajien oman arvioinnin mukaan he kokevat olevansa kykenemättömiä tutkimusten laadun arvioinnissa. Tutkimustuloksien arviointiin ei ole riittävästi valmiuksia ja tilastollisten analyysien ymmärtämisessä on vaikeutta, jolloin tutkimustiedon hyödyntäminen estyy. (Oranta ym. 2002,205-213; Rosswurm & Larrabee 1999, 317-322. )

Harjoittaessaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä, hoitajan on pystyttävä päättämään, onko näyttö tarkoituksenmukaista aina kulloisenkin potilaan kohdalla. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 1) on kuvattu malli näyttöön perustuvalla kliiniselle päätöksenteolle.



KUVIO 1. Näyttöön perustuvan päätöksenteon malli (mukaellen Haynes ym 1996, DiCenso ym. 1998, 38-39).

Kuviossa on kuvattuna yksinkertainen malli kliiniselle päätöksenteolle sisältäen 4 osatekijää, jotka voivat vaikuttaa potilaan ongelmien käsittelyyn ja päätöksentekoon. On tärkeää huomata, että esimerkiksi potilaan valinnat voivat syrjäyttää ratkaisuntekovaikheessa mallin muut osatekijät. Potilaan valinta ratkaisee esimerkiksi tilanteessa, jossa hän luultavasti heikentyisi hoidosta, joka kliinisten olosuhteiden ja tutkimusnäytön valossa olisi kuitenkin parasta hänen terveydelleen. Kaikki tekijät on otettava huomioon myös siinä valossa, että terveydenhuollon resurssit ovat rajoitetut. (DiCenso ym.1998, 38-39.)

Hoitotyön johtajat ja kliinisen hoitotyön asiantuntijat ovat vastuussa käytäntöjen yhtenäistämisestä alueellisten linjausten ja paikallisten erityistarpeiden perusteella. Hoito-

työn johtajan vastuulla on myös varmistaa, että tiedon välityskanavat ovat toimivia ja tieto saavuttaa kaikki työyksiköt ja niiden työntekijät. (Holopainen ym. 2010,41.) Hoitotyön johtajien tehtävänä on kehittää myös näyttöön perustuvaa käytäntöä johtamisen lisäksi. Myös perustyötä tekevän ammatillisen hoitohenkilöstön perusvalmiudet tutkimustiedon hyödyntämiseen ja näyttöön perustuvan toiminnan ymmärtämiseen on sisällytettävä osaamisen perustaitoihin. (Partanen & Perälä 1997,21) Hoitotyön kehittäminen edellyttää työstä kiinnostunutta johtajaa, jolla on kykyä ja tietoa synnyttää kehittämissankkeita, koordinoitukykyä ja taito tukea henkilökuntaa (Simoila 2001,4-7). Sinkkonen (2000) mukaan hoitotieteellistä osaamista johtamisen lisäksi löytyy nykyisten hoitotyön johtajien joukosta, eli hoitotieteellisen tutkimuksen käytön tukemiseen on olemassa edellytykset (Sinkkonen 2000, 4-14).

Hoitotyön johtajien vastuulla on saada näyttöön perustuva toiminta osaksi hoitotyön käytännön kieltä. Näytön metodiikan siirtyessä organisaation prosesseihin ja infrastruktuuriin, hoitotyö asemoituu paremmin mittaamaan potilaan hoidossa tapahtuneiden muutosten vaikutuksia. Hoitajilla on oltava valmiudet näyttöön perustuvan toiminnan rakenteen ymmärtämiseen. Tämä lisää hoitotyön johtajien työtä koska edelleen harvat hoitajat ovat saaneet koulutusta näyttömetodeista. Johtajien tehtävänä on luoda uudistavia tapoja saada henkilöstö mukaan näyttöön perustuvaan systemaattiseen ajatteluun. (Sams ym.2004,407-414.) Esimiehen omalla esimerkillä on suuri vaikutus muutostilanteessa. Jos esimies on itse epävarma ja epäilee muutoksen tarpeellisuutta, melko varmasti muutosprosessi ei onnistu. (Stenvall & Virtanen 2007,87.)

Näyttöön perustuvan päätöksenteon ansiosta päätöksentekoprosessia voidaan informoida tehtäväkohtaisten päätösten kannalta olennaisilla tiedoilla sekä soveltaa tietoja käytäntöön. Tähän liittyykin saumattomasti vaatimus päätöksentekijöiden sekä tutkimuksen tekijöiden välisestä yhteistyöstä, että tutkijat voisivat tutkia päätöksenteon näkökulmasta merkityksellisiä asioita ja että saatu tutkimustieto pystyttäisiin myös siirtämään käytäntöön. (Voutilainen 2000,108-109.)

Terveydenhuollon yhdeksi isoksi kehittämiskohteeksi on otettu näyttöön perustuva toiminta sekä erilaisten hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman 2004 - 2007 tavoitteiksi asetettiin mm. hoito-

työn osaamisen hyödyntäminen nykytilannetta paremmin, sekä hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen. Näyttöön perustuva toiminta koostuu useista osa-alueista, joiden kehittäminen ja yhteen saattaminen saa aikaan näyttöön perustuvan toiminnan. Hoitotyön yhtenäistämisen seurauksena on, että potilas saa siis parasta mahdollista näyttöön perustuvaa hoitoa hoitopaikasta ja paikkakunnasta riippumatta. (STM 2003, 13-14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2009 – 2011 laatimassa hoitotyön toimintaohjelmassa yhtenä kehittämisehdotuksena on hoitotyön johtamisen tueksi muodostettavat alueelliset verkostot, joiden avulla alueen toimijat voivat jakaa toisilleen tietoa hyvistä käytännöistä sekä paikallisista kehittämistarpeista (STM 2009,82). Alueellisen tason koordinointi käytäntöjen yhtenäistämiseksi sovitaan strategiassa, jolla kansalliset linjat integroidaan toimintaan sairaanhoitopiireissä. Kansallisella tasolla hoitotyön johtajat ja kliinisen hoitotyön asiantuntijat ovat terveystieteiden asiakirjojen, kuten esimerkiksi Kaste-ohjelman, laadinnassa mukana. Näillä linjauksilla ohjataan tutkimusten painopistealueiden valintaa. Kansallisen tason toimijat vastaavat terveysalan koulutuksen kehittämisestä ja tukevat sitä niin, että koulutuksella tuotetaan käytäntöjen yhtenäistämiseksi tarvittavaa osaamista. (Holopainen ym. 2010, 41-42.)

### **3.2 Näyttöön perustuvan hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen malli**

Tämän tutkimuksen viitekehyksenä on Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämä tutkimusnäytön hyödyntämisen malli, joka on esitetty seuraavassa kuviossa (Kuvio 2). Mallin perusteella käytännön yhtenäisyys muodostuu sitä vahvemmaksi, mitä enemmän systemaattista ja arvioitua tutkimusnäyttöä on. Jos päätöksenteon pohjana on tiivistetyn tutkimustiedon käyttö, eikä esimerkiksi henkilökohtaiset kokemukset tai mahdollisesti vanhentunut tieto, sitä korkeammalle voidaan olettaa esimerkiksi potilasturvallisuuden nousevan. Samoin voidaan verrata suoraan käytäntöjen yhtenäistämistä, jossa asteikko on heikosta vahvaan. Esimerkiksi henkilökohtaiset kokemukset ja vanhentunut tieto ovat kaikkein heikointa käytännön yhtenäisyyden kannalta kun taas systemaattisesti koottu ja arvioitu tutkimusnäyttö on yhtenäisten käytäntöjen edellytys. (Korhonen T. ym.2010; Fineout-Overholt & Johnston 2005,157-160.)



KUVIO 2. Tutkimusnäytön hyödyntäminen (mukaellen Korhonen ym.2011)

Näytön asteen luokittelun yleisimmät kriteerit ovat tutkimusasetelman vahvuus ja tehtyjen tutkimusten määrä ja laatu. Lisäksi kriteereihin voidaan luokitella sellaiset tekijät kuin tutkimusten kliininen merkittävyys ja sovellettavuus sekä tutkimustulosten yhdenmukaisuus. Tuloksien tarkastelussa useat samansuuntaisia tuloksia antavat tutkimukset antavat vahvemman näytön kuin ristiriitaisia tuloksia antavat tai yksittäiset tutkimukset. Myös kokeellisten tutkimusten näytön aste katsotaan vahvemmaksi kuin kuvailevien tutkimusten tulokset. (Elomaa, Mikkola 2010, 14-15.)

Viitekehyksen mukaisesti tässä tutkimuksessa pyritään perustelemaan tutkimusnäytön hyödyntämisen tarpeellisuutta hoitotyössä. Järjestelmällisesti kootun ja arvioitun tutkimusnäytön perusteella aikaansaatu käytännön hoitotyön yhtenäisyyden lisääntyminen vaikuttaa positiivisesti potilaan saaman hoidon laatuun. (Korhonen ym. 2011.)

Hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen on ensisijaisesti hoitotyön johtajien sekä kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden vastuulla. Kehittämisessä kuitenkin jokainen hoitotyöntekijä vastaa omalta osaltaan siitä, että yhtenäisiä käytäntöjä noudatetaan toimintayksiköissä. Hoitotyön tutkimussäätiön *Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi* - malli kehitettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin järjestelmällinen kirjalli-



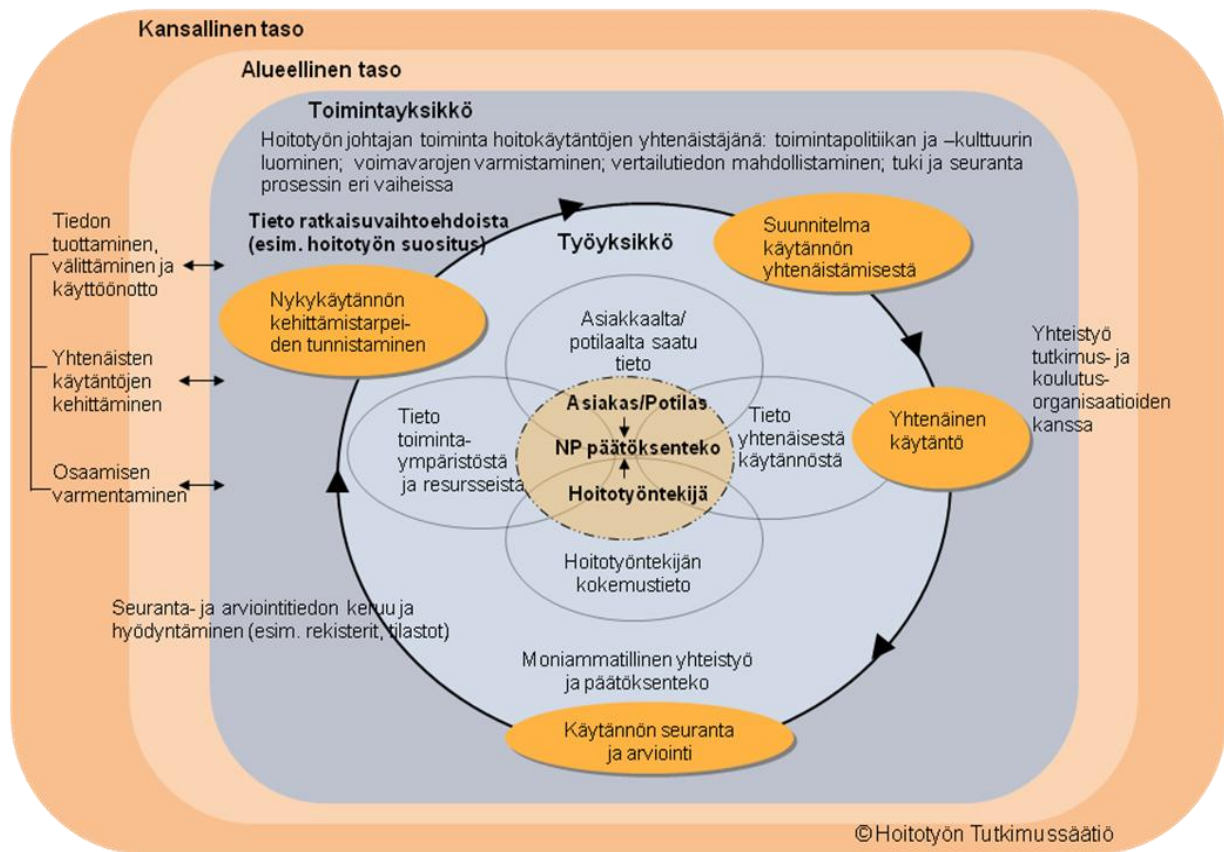
suuskatsaus, jonka jälkeen haastateltiin käytännön hoitotyötä tekeviä henkilöitä sekä lisäksi hoitotyön opettajia. Toisessa vaiheessa tavoitetta tarkennettiin koskemaan niimenomaan näyttöön perustuvien, yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittäminen. (Holopainen ym. 2010, 39-40.)

Toimintamallin osia on havainnollistettu taulukon ja kuvion avulla. Mallin ensimmäisessä osassa (Taulukko 4) on kuvattu työntekijän ja toimintayksikön alueellisen ja kansallisen tason vastuut yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämisen rakenteiden luomiseksi. Toiminta- ja työyksiköillä on keskeinen vastuu käytäntöjen yhtenäistämässä. Toiminta- ja työyksikkötasolla tarkoitetaan koko organisaatiota, tiettyä vastuualuetta tai yksittäistä työyksikköä. Alueelliseen tasoon on määritelty erityisvastuualueiden terveydenhuollon toimijat. Kansallisen tason toimijoita ovat esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos, Hoitotyön Tutkimussäätiö sekä tutkimuskeskukset. Hoitotyöntekijän on arvioitava myös omaa osaamistaan suhteessa työyksikön ja oman tehtävän edellyttämiin vaatimuksiin. (Holopainen ym. 2010,40-41.)

TAULUKKO 4. Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen vastuutahot (Holopainen ym. 2010)

Sisällöt	Kansallinen taso	Alueellinen taso	Toiminta- ja työk- sikön taso	Hoitotyöntekijä	Valkutavat yhtenäiset käytännöt
Tiedon tuottaminen, välittäminen ja käyttöön-otto	<u>Sovitaan:</u> - tiivistetyn tiedon tuottamisesta - tutkimuksen painopistealueista - hyvien käytäntöjen tunnistamisesta ja arvioimisesta	<u>Sovitaan:</u> - menettelyistä tiivistetyn tiedon saamiseksi ja hyödyntämiseksi, kehittämishaasteiden tunnistamiseksi ja hyvien käytäntöjen kehittämiseksi - alueellisesti verkostoitumisesta - tiedon välittämisen kanavista	<u>Osallistutaan:</u> - asiantuntijaverkostoihin <u>Varmistetaan:</u> - tiedon välittämisen toimivuus - tiivistetyn tiedon saata- vuus <u>Tuetaan:</u> - tiivistetyn tiedon ja hyvien käytäntöjen käyt- töä ja levittämistä	- tiedon välittä- seen luotujen kana- vien seuranta - yhtenäisten käy- täntöjen sisäistämi- nen - tiedon hyödyntäminen	
Käytäntöjen yhtenäisyys	<u>Tuetaan:</u> - tiedon tiivistämistä (esim. suositukset, katsaukset) - tutkimusta ja koulu- tusta - kehittämishank- keita - käytäntöjen yhtenäisyyden arviointia ja seurantaa	<u>Sovitaan:</u> - käytäntöjen yhtenäistämisen menettelyistä ja vastuista - suositusten käyttöö- notosta - hoitoketjujen kehittä- misestä - käytäntöjen yhtenäisyyden seurannasta ja arvioinnista	<u>Sovitaan:</u> - yhtenäisistä käytännöistä ja niiden kehittämisestä - käytäntöjen yhtenäisyyden seurannasta ja arvi- oinnista <u>Osallistutaan:</u> - kehittämishankkeisiin - vertailutiedon hyödyntämiseen	- toiminta yhtenäis- ten käytäntöjen mukaan - hoidon vaikutusten arviointi ( esim. rakenteisen kirjaa- misen avulla) - osallistuminen käytäntöjen yhtenäisyyden arviointiin	
Osaamisen varmentaminen	<u>Sovitaan:</u> - näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisvaatimuksista - kansallisista tukira- kenteista osaamisen vahvistamiseksi - asiantuntija- rakenteista	<u>Sovitaan:</u> - näyttöön perustuvan hoitotyön edellyttämän asiantuntijuuden vahvistamisesta - täydennyskoulutus- käytännöistä alueen koulutus- ja tutkimus- organisaatioiden kanssa	<u>Sovitaan:</u> - henkilöstön osaamisen arviointikäytännöistä - asiantuntijuuden vahvistamisesta - perehdytys- ja täyden- nyskoulutuskäytännöistä paikallisten koulutusorga- nisaatioiden kanssa	- oman asiantunti- juuden ylläpitämi- nen ja kehittäminen - oman osaamisen arviointi	

*Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi* - mallissa kuvataan näyttöön perustuvan käytännön toimintamallia koskien nimenomaan hoitotyön johtajia sekä klinisen työn asiantuntijoi-  
ta. Hoitotyössä toimivilla on oltava käytettävänäään valmiiksi koottua ja arvioitua tut-  
kimusnäyttöä, joka on edellytys kehittämiselle. Toimintamallia tullaan kehittämään  
edelleen erityisesti näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen toimintamallin osalta.  
Seuraavana vaiheena on tarkoitus tarkentaa kuvausta yhtenäisten käytäntöjen kehittämi-  
sistä. Lisäksi toimeenpanon prosessia ja potilaan hoitoprosessia kuvataan tarkemmin.  
(Holopainen ym. 2010,43-44.) Toimintamalli yhtenäisten käytäntöjen kehittämis- ja  
toimeenpanoprosessista toimintayksikkötasolla on kuvattu alla olevassa kuviossa (Ku-  
vio 3).



KUVIO 3. Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen toimintamalli (Holopainen ym.2009.)

Uuden käytännön kehittämisprosessiin sisältyy nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen, suunnitelman laatiminen käytännön yhtenäistämistä sekä yhtenäisen käytännön luomisen toimintayksikköön. Lisäksi prosessiin kuuluu toiminnan käytännön seuranta ja arviointi. Seuranta- ja arviointitiedon tuloksia hyödynnetään toiminnan edelleen kehittämisessä. Toimintayksiköissä on oltava käytössään tiivistettyä tutkimusnäyttöä. Johtajien vastuulla on luoda toimintayksikköön edellytykset (esim. riittävät voimavarat) näyttöön perustuva toiminnan kehittämiselle ja tukemiselle. Kaikilla hoitotyöntekijöillä on vastuu yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseen ja käyttöönottamiseen. (Holopainen ym. 2010,42.) Mallia on muokattu Hoitotyön Tutkimussäätiössä pilotoinnin edetessä hankkeeseen liittyvänä ja muokattu malli esitellään jäljempänä.

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida, miten hoitotyön suosituksia otetaan käyttöön yliopistosairaalassa, erityisesti minkälainen tilanne on ollut ennen suosituksen käyttöönottoa sekä kuvata niitä toimenpiteitä, joita avainhenkilöt ovat tehneet uuden toimintamallin käyttöönoton yhteydessä. Tarkoituksena on myös saada tietoa Hoitotyön tutkimussäätiön kehittämän toimintamallin käyttökelpoisuudesta suosituksen käyttöönoton yhteydessä. Lisäksi tarkoituksena on kuvata avainhenkilöiden näkemyksiä siitä, minkälaisia asioita kaatumisen ehkäisystrategian tulisi sisältää.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälainen ohjeistus on osastoilla ennen suosituksen käyttöönottoa kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi?
2. Minkälaisia toimenpiteitä suosituksen käyttöönotto edellyttää avainhenkilöiltä huomioiden myös *Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi* -toimintamallin käyttökelpoisuus suosituksen käyttöönoton yhteydessä?
3. Mitä asioita kaatumisten ehkäisystrategiassa on huomioitava?

Tutkimus tuottaa lisäksi tietoa suositusten käyttöönoton edistämiseksi sekä helpottamiseksi käytännön hoitotyössä.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus toteutetaan laadullisena tapaustutkimuksena. Tapaustutkimuksessa (case study) keskitytään yksityiskohtaisemmin johonkin yksittäiseen tapaukseen. Laadullisessa tapaustutkimuksessa tutkimuksen tavoitteena ei ole tehdä tilastollisia yleistyksiä, koska kyseessä on vain yhden määritellyn kohdejoukon lähtötiedot. (Hirsjärvi 2007, 130–131; Eskola & Suoranta 1998, 61.) Tapaustutkimus perustuu tutkittavien omiin kokemuksiin ilmiöstä, ja tapauksen ymmärtäminen on olennaisempaa kuin tapauksen yleistämisen mahdollisuus. Kuitenkin yleistyksetkin sallitaan tapaustutkimuksissa ja toiminnallisten tapaustutkimusten tuloksia voidaan soveltaa myös käytännössä. Tapaustutkimuksessa halutaan myös optimoida enemmänkin tapauksen ymmärtäminen kuin yleistäminen. (Metsämuuronen 2001, 17-18.)

Tutkimus toteutettiin Focus group-haastatteluna pilotoinnin avainhenkilöille. Focus group-haastatteluun tutkittavat voidaan valita asiantuntijuuden perusteella ja heillä voidaan olettaa olevan myös vaikutusta tutkittavaan asiaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62.) Focus group-haastattelussa aiheen perussisältö on jo tuttua, mutta haastateltavien vastauksia ei voida ennustaa. Näin tutkijalla on mahdollisuus saada tutkimuskohteesta kaikki mahdollinen tieto. (Field & Morse 1985, 81.) Teemahaastattelussa on pyrkimys löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymyksiin, teemat perustuvat jo aiemmin tiedettyihin asioihin tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Kun halutaan tutkia, miten osallistujat reagoivat uusiin ajatuksiin, on focus group-menetelmä käyttökelpoinen. Focus group on laadullinen menetelmä, jota voidaan käyttää itsenäisenä tutkimusmenetelmänä tai yhtenä tiedonkeruun muotona. Focus group-menetelmä on parhaimmillaan silloin, kun tutkimuksen kohteena oleva konsepti tai idea on uusi ja silloin kun paras arviointi tulee annettaessa kohderyhmän nähdä konsepti suoraan. (Edmunds 1999, 2-3; Chioncel ym. 2003, 495–517.)

Focus group-menetelmä haastattelumuotona on kuuntelemista ja huomion antamista. Se on myös avointa kuuntelemista siitä, mitä ihmisillä on sanottavana. Focus group-haastattelussa on myös tavoitteena luoda miellyttävä ympäristö haastateltaville. Oikein käytettynä menetelmä parantaa kuuntelemista ja tuloksia voidaan käyttää hyödyntämään

niitä työntekijöitä jotka ovat tietoa jakaneet. Ryhmän jäsenet vaikuttavat jokainen toisiinsa kommentoimalla ja reagoimalla toisten ryhmäläisten ajatuksiin. Teemahaastattelun avulla saadaan lisäksi usein sellaista tietoa, jota tutkittavat kirjoittaisivat vain harvoin kyselylomakkeisiin. (Krueger 2000,3-4;Sorrel & Redmond 1995,1117-1122.) Focus group- haastattelussa, jota kutsutaan myös täsmäryhmähaastatteluksi, kutsutaan yleensä 6-8 henkilöä haastateltavaksi. Näillä henkilöillä oletetaan olevan asiantuntemusta tutkittavasta asiasta. On myös oletettavaa, että he omalla käyttäytymisellään ja asenteillaan voivat saada aikaan muutosta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61-62.)

## 5.2 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä on Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) kolmen eri osaston pilotointiin valitut avainhenkilöt.

Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämän toimintamallin pilotointi toteutetaan Kuopion yliopistollisessa sairaalassa Kaste-ohjelman Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto (VeTe)-hankkeen osana sekä myös perusterveydenhuollon näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämishankkeissa (STM 2009). Kaatumisen ehkäisy- hankkeen tavoitteena on yhtenäistää potilaiden kaatumisen ehkäisyn käytäntöjä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Hankkeen aikana otetaan käyttöön Joanna Briggs Instituutissa (JBI) laadittu, tutkittuun ja arvioituun tietoon perustuva suositus. Kaatumisriskin arviointiin käytetään The Peninsula Health Falls Prevention Servicen vuonna 1999 kehittämää arviointilomaketta *Falls Risk Assessment Tool* (FRAT) sekä Muistin ja ajatustoimintojen testiä (The Abbreviated Mental Test Score AMTS). Pilotointiprosessin tavoitteena on, että Hoitotyön Tutkimussäätiössä kehitetty toimintamalli otetaan osaksi osastojen pysyvää toimintaa. (Korhonen ym. 2011.)

Seuraavassa kuviossa (Kuvio 4) on esitetty muunneltu toimintamalli, johon on nyt sijoitettu toimintayksikössä toteutettavat toimenpiteet kaatumisen ehkäisy-suosituksen käyttöönotossa. Tämä tutkimus sijoittuu Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämän toimintamallin ensimmäiseen kohtaan ”Mitkä ovat osastojen nykykäytännöt kaatumisen ehkäisyssä”. Lisäksi tutkimuksella pyritään saamaan tietoa myös prosessin kolmanteen

vaiheeseen, jossa tullaan laatimaan yhtenäinen suositukseen perustuva käytäntö kaatumisten ehkäisemiseksi kyselemällä haastateltavien mielipiteitä kaatumisen ehkäisystrategia-asiakirjaan tarvittavista asioista.



KUVIO 4. Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen toimintamalli *Kaatumisten ehkäisy* (mukaellen Holopainen ym.2010)

Kaatumisten ehkäisy-suosituksen käyttöönottoa pilotoidaan Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmella eri osastolla, jotka valikoituivat mukaan HaiPro- järjestelmään tehtyjen ilmoitusten perusteella. Yksiköistä ilmoitettiin kaatumistapauksista aktiivisesti ja osastot olivat halukkaita kehittämään ehkäisyä kaatumistapaturmien osalta. Hoitohenkilöstölle järjestettiin marraskuussa 2010 koulutuksia, joissa käytiin läpi toimintamallin lisäksi kaatumisriskin arviointiin ja kaatumisten ennaltaehkäisyyn liittyvä suositus. Kolmelta mukaan otetulta osastolta valittiin kaksi avainhenkilöä, joiden tehtäväksi tuli kaatumisten ehkäisytoimintamallin kehittäminen osastoilla. Avainhenkilöiden tehtävänä on siis perehdyttää osastojen henkilökunta uuden toimintamallin käyttöön ja pyrkiä luomaan uusi toimintatapa, jonka avulla toimintamallin vaikuttavuutta osastoilla voidaan arvioida. (Korhonen ym. 2011.)

### 5.3 Tutkimusaineiston keruu

Varsinaisen haastattelututkimuksen taustamateriaalina käytetään osastoilla marraskuussa 2010 VeTe- hankkeen yhteydessä suoritettua taustakyselyä, jonka taustatietoja on myös kuvattu niiltä osin, kun ne koskevat haastattelututkimukseen käytettyjä osaluoteita. Taustakyselyyn vastanneiden taustatiedot on myös kuvattu, koska heidän vatsauksiensa perusteella koottiin teemahaastattelun aiheet varsinaista haastattelututkimusta varten. ”Käytännöt potilaiden kaatumisten ehkäisemiseksi” - kyselytutkimus järjestettiin sähköisen vastauslomakkeen avulla ja kohderyhmänä oli osastojen hoitohenkilöstö (N = 69). Kyselyyn vastasi 55,1 prosenttia (n = 38) lomakkeen saaneista. Ikäjakauma oli 25 - 58 vuotta keski-ään ollessa 43,8 vuotta. Vastaajista 77,8 prosenttia oli sairaanhoitajia ja 22,2 prosenttia perus-, lähi- ja mielenterveyshoitajia. Työkokemus nykyisellä osastolla vaihteli 0 ja 26 vuoden välillä työkokemuksen keskiarvon ollessa 7,5 vuotta. Hoitoalan työkokemus kokonaisuudessaan vaihteli 1 ja 37 vuoden välillä, keskiarvon ollessa 17 vuotta. Taulukossa 5 on havainnollistettu kyselyyn vastaajien taustatiedot.

TAULUKKO 5. Kyselytutkimuksen vastaajien taustatiedot (n=38)

Vastaajien keski-ikä	43,8 vuotta
Sairaanhoitajat	77,8 %
Perus-,lähi- ja mielenterveyshoitajat	22,2 %
Työkokemus nykyisellä osastolla/ka	7,5 vuotta
Hoitoalan työkokemus/ ka	17 vuotta

Kyselyyn oli laadittu taustakysymysten lisäksi 13 kysymyssarjaa, joiden aiheet oli jaettu seuraaviin kategorioihin:

- Koulutus, osaston ohjeet ja kaatumiset osastolla, lisäksi tarkentava avoin lisäkysymys, jos raportointia ei ole suoritettu
- Suositukset
- Potilaiden kaatumisten ehkäisyn huomioiminen osastoilla
- Kaatumisriskin säännöllinen arviointi, sekä tarkentavana avoimena lisäkysymyksenä kaatumisriskin arviointeja erilaisissa tilanteissa
- Potilaan ja omaisten ohjaus
- Ympäristön turvallisuus
- Potilaiden liikkumisessa huomioitavat asiat
- Desorientoitunut potilas



- Potilaan vuodelevon aikana huomioitavat seikat
- Pyörätuolien ja tuolien käytössä huomioitavat asiat
- Riskitekijöiden poistaminen
- Kaatumisten ennaltaehkäisyn kehittäminen
- Vapaamuotoiset kommentit potilaan kaatumisiin ja niiden ennaltaehkäisyyn.

Kyselylomakkeella kartoitettiin osastojen nykytilannetta ennen suosituksen käyttöönottoa, eli miten osastoilla toimitaan nyt kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi. Jokaiselta kolmelta osastolta valittiin 2 avainhenkilöä pohtimaan tarkemmin suositusmallia ja vertaamaan sitä nykytilanteeseen. Avainhenkilöiden tehtävänä on lisäksi miettiä, mitä uusi suositus käytännössä tarkoittaa. Heidän tehtävänä on myös suunnitella, miten käytäntöä tulisi muuttaa JBI-suosituksen mukaisesti ja miten uudet käytännöt kirjataan. Osastojen henkilökuntaa informoitiin lisäksi tulevasta pilotoinnista marraskuun yhteisissä tilaisuuksissa.

**Tähän tutkimukseen** liittyvään haastattelututkimukseen valittiin mukaan pilotoinnin avainhenkilöt, joille tehtiin haastattelu taustakyselyn vastauksiin perustuen. Näin aineistoon saatiin mahdollisimman kattavasti mukaan koko henkilöstön näkemykset. Tutkimusluvut tähän tutkimukseen saatiin lupahakemuksen (Liite1) perusteella Kuopion yliopistollisen sairaalan hallintoylihoitajalta sekä henkilöstöpäälliköltä. Haastattelu suoritettiin työntekijöiden työajalla, kestoltaan 2 tuntia.

Tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeella saatuihin tuloksiin perustuen Focus group- haastattelulla, johon osallistuivat pilotoinnin avainhenkilöt (n = 5) kolmelta osastolta. Kaikki haastatteluun osallistuneet ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia, jotka olivat ilmoittautuneet vapaaehtoisesti avainhenkilöiksi sekä myös halukkaiksi tähän teemahaastatteluun. Yksi alun perin haastatteluun mukaan sovittu avainhenkilö ei päässyt haastatteluun osaston työkiireen vuoksi.

Haastattelu järjestettiin helmikuussa 2011 yliopistosairaalan tiloissa. Haastateltavilta kysyttiin lupa nauhurin käyttöön sekä selvitettiin haastattelusta saatujen tietojen luottamuksellinen käsittely sekä asianmukainen hävittäminen. Haastattelussa käytettiin varmuuden vuoksi kahta nauhuria teknisten ongelmien minimoimiseksi. Haastateltavat olivat kaikki valmiita antamaan myös nimensä lähdeluetteloon, vaikka luottamuksisuuden vuoksi niitä ei sinne olekaan laitettu. Haastatteluteemat koottiin kyselytutki-

muksen tuloksista, koska tarkoituksena oli nimenomaisesti syventää alkutilannetta osastoilla ennen pilotointia. Haastattelun teemoina olivat:

- osastojen mahdolliset ohjeistukset kaatumistapaturmiin liittyen
- potilasturvallisuudesta saatu lisäkoulutus
- kaatumisten ennaltaehkäisyyn liittyvä koulutus
- kaatumistilanteet ja niistä aiheutuneet toimenpiteet
- hoitotyön suositusten tunnettavuus ja käyttöhalukkuus
- kaatumisriskin arviointi potilaan tullessa osastolle
- potilasturvallisuuden keskeiset periaatteet ja niiden ilmeneminen osastoilla
- kaatumisriskin kirjaaminen
- ympäristön turvallisuus
- potilaan liikkumisen turvallisuus
- kaatumisten ennaltaehkäisyn kehittäminen
- hoitajan kiinnostuksen merkitys
- pilotointiprosessin anti haastattelutilanteessa
- ajatustavan mahdolliset muutokset
- prosessin mahdollisuudet tuottaa yhtenäistä mallia käytäntöön vietäväksi
- Hoitotyön tutkimussäätiön toimintamallin käyttökelpoisuus.

Haastattelutilanteen alussa käytiin läpi yleisesti kyselytutkimuksen tuloksia ja selvitettiin sitä, miten haastatteluteemat oli johdettu kyselyn perusteella. Haastatteluteemojen etsiminen kyselytutkimuksen tuloksista perustui vastausprosentteissa olleisiin mielenkiintoisimpiin jakauksiin. Esimerkiksi kysymykseen aiheeseen liittyvän lisäkoulutuksen hankkimisesta antoi vastaajista lähes 92 prosenttia ( $n = 35$ ) kieltävän vastauksen ja kolme hoitajaa ilmoitti hankkineensa lisäkoulutusta. Haastattelun avulla haluttiin saada syvällisempää tietoa nimenomaan koulutuksen vähäiseen määrään. Vastaajista 55,3 prosenttia ilmoitti käypähoitosuosituksen olevan heille tuttuja. Tätä vastausta haluttiin myös haastattelun avulla syventää, miten suositukset todellisuudessa osastoilla ovat tiedossa. Suositusten käyttöhalukkuuden osalta 97,3 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että he käyttäisivät suosituksia, mikäli sopivia suosituksia olisi saatavilla. Lisäksi kysymykseen kaatumisriskin arvioinnista asiakkaan tullessa osastolle vain 10,5 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä että arviointi tehdään. Tähän alhaiseen lukuun haluttiin myös avainhenkilöiltä lisää tietoa. Haastattelurunko toimi keskustelun pohjana ja ohjaajana, että pystyttiin mahdollisimman hyvin pysymään tutkimuskysymysten ympärillä.

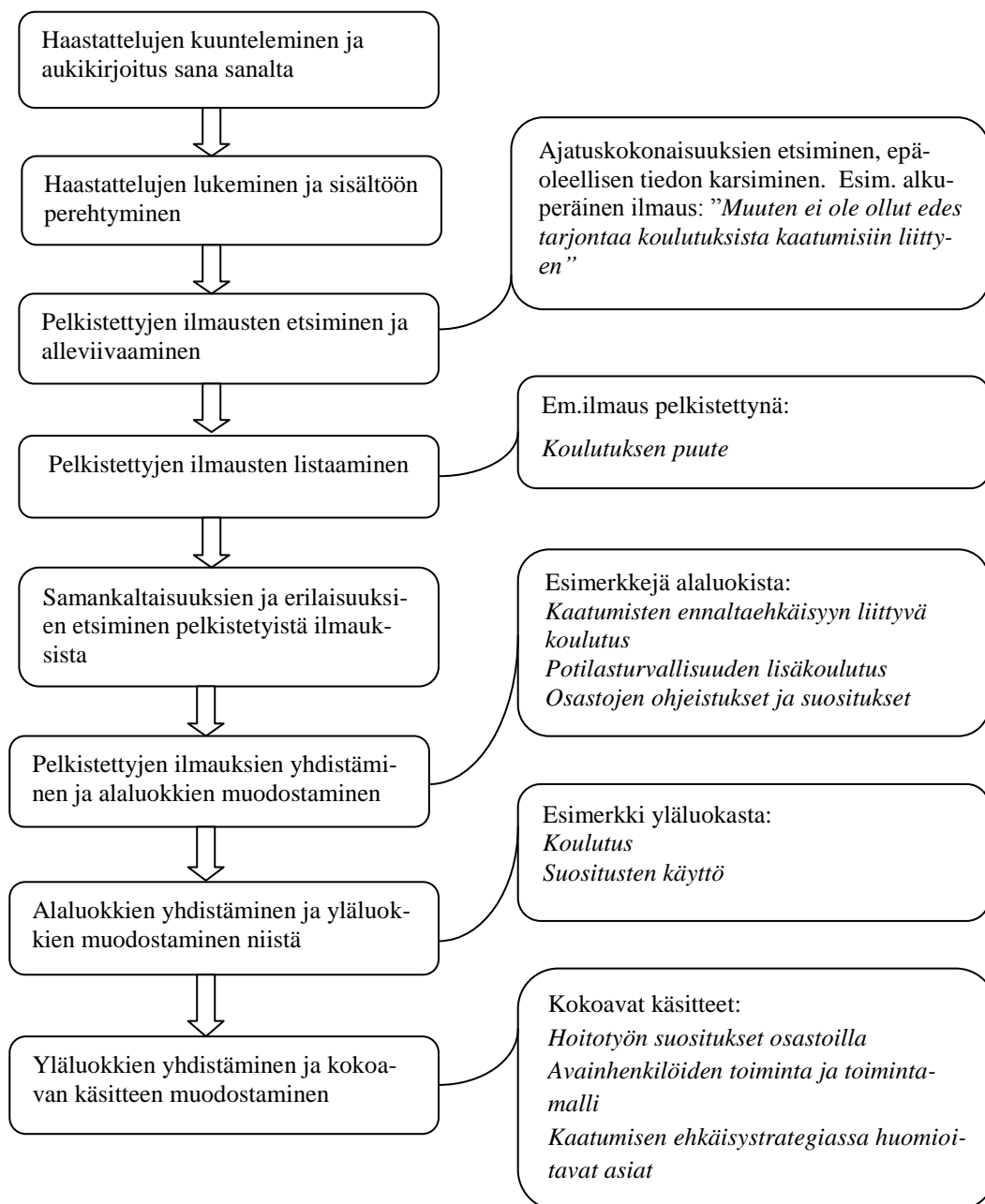
## 5.4 Tutkimusaineiston analyysi

Taustakysely oli suoritettu 2010 ja se toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella VeTe-hankkeen toimijoiden toimesta ja kyselyn vastaukset saatiin raportin muodossa käyttöön tämän tutkimuksen pohjaksi. Kyselyssä oli käytetty pääosin 4-portaista Likertin asteikkoa, jonka lisäksi käytettiin muutamaa avointa kysymystä tarkennuksiin. Aineisto oli analysoitu kuvailevin tilastollisin menetelmin. Kyselytutkimuksen vastaukset koottiin ryhmiä tätä tutkimusta varten tutkimuskysymysten aiheiden mukaisesti ja ne koottiin taulukoiksi saatujen vastausprosenttien perusteella.

Laadullisen tutkimuksen Focus group- haastattelun analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on kaikkiin laadullisiin tutkimuksiin soveltuva perusanalyysimenetelmä. Menetelmän avulla pyritään mahdollisimman tiivistetty ja yleinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009,91-103.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston laatu painottuu määrää enemmän, koska tutkittavaa ilmiötä kuvataan aineistosta käsin. Kvalitatiiviseen tutkimukseen osallistujien määrä voi olla pieni ja heidät valitaan tutkimukseen soveltavuuden perusteella. (Green 2000, 125-129.)

Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan laadullisen aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja teoreettisten käsitteiden luomiseen (Miles & Huberman 1994). Aineiston pelkistämisessä analysoitava tieto voi olla esimerkiksi aukikirjoitettu haastatteluaineisto. Aineistoa pelkistetään litteroimalla tutkimustehtävään liittyvät olennaiset ilmaukset. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta kootut alkuperäiset ilmaukset käydään läpi etsimällä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimukseen liittyvä olennainen tieto ja tämän valikoidun tiedon pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009,109-111.)

Seuraavassa kuviossa (Kuvio 5) on esitetty tutkimusaineiston analyysin eteneminen vaiheittain, sekä esimerkkejä luokittelusta.



KUVIO 5. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen. (Mukaellen Tuomi & Sarajärvi 2009,109)

Aineisto purettiin litteroinnilla, eli nauhoitettu teksti kirjoitettiin puheeksi. Kirjoittaminen tapahtui kahteen kertaan, ensiksi yleisemmällä tasolla ja sitten sana sanasta kirjoittaen ja myös puheen sävyjä kirjatun. Aineistoa jälkimmäisellä litterointikerralla kertyi 12 liuskaa (A4-kokoa, fontti 12, riviväli 1). Alla olevaan taulukkoon (Taulukko 6) on koottu malliesimerkki aineiston analyysistä.

TAULUKKO 6. Malli aineiston analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Kokoava käsite
<i>"Tarkistin kun olen ollut 3 vuotta tällä osastolla ja etsin ohjeita mutta niitä ei ollut"</i>	Ei ole ohjeita	Osastojen ohjeistukset kaatumistapaturmiin liittyen	Suositusten käyttö	Hoitotyön suositukset osastoilla
<i>"Ainoastaan HaiPron ohjeistuksen ovatt olemassa, niitä on sovellettu kaatumistapauksiin"</i>	Ei ole ohjeita			
<i>"HaiProssa ollaan muutenkin tarkkoina, kaikki läheltä-pititapauksetkin kirjataan"</i>	HaiPron käyttö			
<i>"Mitään ohjeistuksia eikä suosituksia ole ollut aiemmin"</i>	Ei ole ohjeita			
<i>"Ainut jos sitä ei voi katsoa, että Avekki -koulutuksessa ainoastaan ollaan oltu, Avekissa käytiin läpi hankalia potilastilanteita"</i>	Saatu koulutus	Potilasturvallisuuden lisäkoulutus		
<i>"Siinä mielessä kyllä siinä käytiin läpi erilaisia potilastilanteita. Enemmähän se on kehitetty psykiatrisille asiakkaille ja potilastilanteille väkivaltatilanteisiin. Meillähän se eteni myös muihin tilanteisiin kun se oli osastolle sovitettu"</i>	Saatu koulutus			
<i>"Henkilökunta ei ole omaehtoisesti saanut mitään kaatumisiin liittyvää koulutusta"</i>	Koulutuksen puute	Kaatumisten ennaltaehkäisyyn liittyvä koulutus	Koulutus	
<i>"Lisäkoulutusta ei ole meille tarjottu tähän aiheeseen liittyen"</i>	Koulutuksen puute			
<i>"Muuten ei ole ollut edes tarjontaa koulutuksista kaatumisiin liittyen"</i>	Koulutuksen puute			
<i>"En muista mitään lisäkoulutusta, paitsi onhan meillä ollut se Avekkikoulutus viime vuonna. Päivän koulutus, joka oli lähinnä aggressiivisen potilaan kohtaamista. Siinä sai kuitenkin vinkkiä kaatumisen ehkäisemiseen kun annettiin talutusohjeita joita voidaan soveltaa kaatumisvaarassa olevaan"</i>	Saatu koulutus	Potilasturvallisuuden lisäkoulutus		

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset on jaettu kahteen osaan: kyselytutkimuksen tuloksiin sekä haastattelun tuloksiin. Tuloksissa on kuvattava myös taustakyselyn tuloksia siksi, että tutkimuksen tarkoituksena oli haastattelussa painottaa aiemmassa taustakyselyssä ilmenneisiin mielenkiintoisimpiin vastausjakauksiin niiden vastausten osalta, jotka liittyvät tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Tutkimustulosten painopisteenä ovat kuitenkin haastattelun tulokset, joiden tuloksia halutaan vahvistaa kyselytutkimuksesta saaduilla tuloksilla.

### 6.1 Hoitotyön suositukset kaatumisten ehkäisemiseksi osastoilla ennen suosituksen käyttöönottoa

**Kyselytutkimuksessa** kysyttäessä osastojen kirjallisia ohjeistuksia kaatumisten ehkäisemiseksi, vastaajista yhteensä 10,8 prosenttia oli joksikin (8,1 %) tai täysin (2,7 %) sitä mieltä, että ohjeistuksia on olemassa. Lähes 8 prosenttia (7,9 %) vastaajista oli sitä mieltä, että kaatumisriski kirjataan aina selvästi näkyviin potilaan asiakirjoihin ja yli puolet (68,4 %) vastaajista taas oli täysin tai joksikin eri mieltä kirjaamisen intensiteetistä. 10,5 prosenttia vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että osastolla arvioidaan kaikkien potilaiden kaatumisriski vuorokauden sisällä sairaalaan tulosta, kun 68,5 prosenttia oli asiasta joksikin (47,3 %) tai täysin eri mieltä (21,1 %).

Kaatumistapausten kirjaaminen HaiPro-tilastoihin toteutui hyvin, peräti 85,7 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä että raportointi tehdään. Vastaajista vain 8,1 prosenttia ilmoitti hankkineensa lisäkoulutusta kaatumisten ennaltaehkäisystä. Erilaiset käypähoitosuositukset olivat tuttuja 55,3 prosentille vastaajista ja 97,3 prosenttia vastaajista olisi valmiita käyttämään hoitotyön suosituksia, mikäli sopivia olisi tarjolla.

Seuraaviin taulukoihin (Taulukot 7-8) on koottu vastaukset hoitotyön ohjeistuksista, niiden käytöstä, kaatumisriskin kirjaamisesta, raportoinnista sekä lisäkoulutuksesta.

TAULUKKO 7. Hoitotyön ohjeistukset ja kaatumisriskin kirjaus (n=38)

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Osastolla on käytössä yhteiset kirjalliset ohjeet potilaan kaatumisten ehkäisemiseksi	62,2 %	27 %	8,1 %	2,7 %
Kaikkien potilaiden kaatumisriski kirjataan vrk:n sisällä sairaalaan tulos-ta	21,1 %	47,3 %	21,1 %	10,5 %
Kaatumisriski kirjataan näkyvästi potilaan asiakirjoihin	36,8 %	31,6 %	23,7 %	7,9 %
Osastolla on potilaille ja omaisille annettavia kirjallisia ohjeita kaatumis-riskin ennaltaehkäisemiseksi	78,4 %	18,9 %	0 %	2,7 %

TAULUKKO 8. Raportointi, lisäkoulutus ja suositusten käyttö (n=38)

	Ei	Kyllä
Tilanteet raportoidaan HaiPro- tilas-toihin	14,3 %	85,7 %
Lisäkoulutuksen hankkiminen kaatu-misten ennaltaehkäisystä	91,9 %	8,1 %
Käypähoitosuositukset ovat tuttuja	44,7 %	55,3 %
Sopivien hoitosuositusten käyttö jos niitä olisi tarjolla	2,7 %	97,3 %

**Haastattelun perusteella** saadut vastaukset ensimmäiseen tutkimuskysymykseen olivat kaikkien kolmen osaston haastateltavilta samansuuntaisia kyselyn vastauksiin nähden. Kukaan haastateltavista ei muistanut, että nimenomaan kaatumisen ehkäisyyn olisi ollut olemassa tai käytettävissä suositusta aiemmin eikä niitä ollut nykyäänkään käytössä. Vaikka kyselylomakkeen perusteella jotkut työntekijät olivat ohjeistuksia mielestään osastoilla havainneet, ei niitä haastateltavien mielestä kuitenkaan ollut. Erään sairaanhoitajan mielestä kyselyyn vastaajat olivat saattaneet sekoittaa HaiPro-raportoinnin ohjeistukset kaatumisten ehkäisyohjeisiin. HaiPro- järjestelmään kirjataan jo tapahtuneet tilanteet tai ”läheltä piti” –tilanteet. Kaatumiseen liittyvänä sairaalakohtaisena ohjeena on levottomien tai kaatumisvaarassa olevien potilaiden lepositeiden käytön toimintaohjeet, jotka eivät ole perustuneet tutkittuun näyttöön vaan enemmänkin lainsäädäntöön ja kokemukseen. Vastausten tulkinta perustuu esimerkiksi haastateltavien seuraaviin lausumiin:

*”Tarkistin, kun olen ite ollut vaan 3 vuotta osastolla ja etsin ohjeita, mutta niitä ei ollut.”*

*”Enpä muista että meillä olis ollu kaatumisiin varsinaista kirjallista ohjeita, sitomisiin on ollut.”*

HaiPro- järjestelmä mainittiin useaan otteeseen kaatumistapaturmien yhteydessä, mutta ennalta ehkäisevästi ei siis kirjallista ohjeistusta ollut osastoilla. Kun HaiPro- järjestelmään oli kirjattu jo tapahtunut kaatumistapaus, tapaukset käsiteltiin järjestelmän vaatimalla tavalla ja toimenpiteenä kirjattiin asiakkaan papereihin kaatumisriski. Tutkimuksessa mukana olevilla osastoilla on kuitenkin kiinnitetty erityisesti huomiota myös ns. ”läheltä piti”-tapauksiin, jotka on myös kirjattu HaiPro- järjestelmään sekä potilaan hoitokertomukseen. Potilaskohtaista jälkipuintia on ollut tapahtuman jälkeen ja osastoilla on hyödynnetty hyvin hoitotyön suunnitelmaa, johon kaatumisriski on kirjattu ja myös esim. huimaustaipumus. Kirjaamista ei kuitenkaan automaattisesti tehdä siinä muodossa, että asiakkaalla olisi nimenomaan kaatumisriski. Jos esimerkiksi kotisairaanhoidon tai omaisten taholta tuli tieto aiemmista kaatumisista, tieto kirjattiin kyllä raporttiin korostaen. Toisen vastaajan mielestä tällaisessakin tapauksessa tieto kyllä tuodaan esiin, mutta ilman mitään erityistä korostamista, se on yksi huomio monien muiden huomioiden joukossa.

*”Kyllä meillä on ollut vaan noita HaiPron ohjeita, niitä ollaan sitten sovellettu kaatumistapauksiinkin.”*

*”HaiProssa ollaan muutenki tarkkoina, kyllä kirjataan kaikki läheltä piti-tapauksetki, vaikka ei muut osastot taia niitä kirjailla.”*

Kuopion yliopistollisen sairaalan osastoilla oli toteutettu *Avekki*- koulutus, jota haastateltavat pohtivat, voisiko sitä luonnehtia myös kaatumistapaturmien ehkäisykoulutukseksi ja siten myös ei-kirjalliseksi suositukseksi. Koulutuksessa annettiin ensisijaisesti ohjeita ja erityisesti psykiatristen sairauksien johdosta aiheutuviin väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Koulutuksessa kuitenkin ohjattiin myös henkilöstöä oikeanlaiseen taluttamistekniikkaan, jotta potilas säilyttäisi tasapainonsa paremmin hoitajan tukemana.

*”Ainut, jos sitä ei voi kattoo, että Avekki- koulutuksessa käytiin läpi henkilöiden tilanteiden lisäksi myös sitä taluttamista.”*



Aiheeseen liittyvää tai edes kaatumisen ehkäisyä sivuavaa muuta koulutusta ei haastateltavien muistissa ollut sellaisellakaan sairaanhoitajalla, jonka työura oli 20 vuoden pituinen. Koulutusta ei ole ollut tarjolla työnantajan puolelta, eikä henkilöstö ole omaehtoisestikaan tämän aihepiirin koulutuksiin hakeutunut ainakaan niin, että tieto olisi tullut osastoilla esiin. Kyselytutkimukseen vastanneista pieni osa oli ilmoittanut kuitenkin hankkineensa lisäkoulutusta kaatumisten ennalta ehkäisystä, mutta haastateltavien mukaan se ei ole ilmennyt osastolla ainakaan niin, että heillä olisi siitä ollut jotakin tietoa.

Ohjeistuksen puuttumiseen haastateltavien mielestä saattoi yhtenä selityksenä olla, että akuutimmassa hoitopaikassa eivät potilaat ole aiemmin olleet yleiskunnoltaan niin huonoja ja iältään niin vanhoja kuin 2000-luvun asiakaskunta on alkanut olla. Potilaiden toimintakyky on radikaalisti muuttunut huonompaan suuntaan viimeisten 20 vuoden aikana. Käytännössä melkein kaikilla osastojen potilailla on olemassa kaatumisriski.

*”Yheksänkymmentä yheksän prosenttisesti potilaat on kaatumavaarassa, eli siellä joudutaan kaikkien kohdalla miettimään sitä asiaa.”*

Hiljaisen tiedon merkitystä kaatumistapaturmien ehkäisyssä haastateltavat myös korostivat, eli kokeneemmilla hoitajilla on ikään kuin automaattisesti ja sisään kasvaneena jo tieto ja näkemys mahdollisista vaaroista, jotka voivat johtaa kaatumisiin, ilman että mitään ohjeistusta on kirjallisena tuotettu. Yleinen valppaus ja ammattitaidon käyttäminen oli haastateltavien mielestä myös olennaista, eivätkä pelkästään ohjeistukset ja mittarit.

Yliopistollisessa sairaalassa tuotetaan paljon tutkimusta ja kokeillaan monia hoitomuotoja ja tällaisessa ympäristössä uuden suosituksen oikeanlainen tuonti yksikköön ja käyttöönotto on erittäin oleellinen asia. Innokkuus hoitohenkilöstön keskuudessa riippuu paljon siitä, miten uusi suositus ”markkinoidaan” henkilöstölle. Hoitotyöhön itsessään menee aikaa niin paljon, että hoitohenkilöstö vaatii selviä perusteluita siihen, miksi joku uusi ja tutkittu toimintatapa on parempi kuin se vanha jota on vuosia noudatettu. Uutta suositusta ei voi vain määrätä käytettäväksi. Hyvät perustelut ja uuden asian esittelijän innokkuus siis vaikuttavat vastaanottoon.

Hoitotyön suositukset ja niiden merkitys ei haastateltavien mielestä ole edelleenkään hoitohenkilöstölle selvää.

*”Olen ite näyttöön perustuvassa neuvostossa ja minusta tuntuu että on kuitenkin vielä pitkässä juoksussa, että tiedetään että näitä hoitotyön suosituksia on, että jos puhutaan ihan virallisista hoitotyön suosituksista.”*

## 6.2 Avainhenkilöiden toiminnan ja toimintamallin tarkastelu

**Kyselytutkimuksen** perusteella 78,8 prosenttia vastaajista olisi täysin valmiita ja 18,4 prosenttia jokseenkin valmiita sitoutumaan toimimaan uuden toimintamallin mukaisesti, jos sellainen osastolla otetaan käyttöön. Lisäksi 86,1 prosenttia vastaajista on lisäksi halukkaita osallistumaan kaatumisen ennaltaehkäisyn kehittämiseen osastoilla (Taulukko 9). Tutkittuun tietoon perustuvien käytäntöjen kehittäminen on vastaajista 97,4 prosentin mielestä tärkeitä, kun vain 2,6 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä että tämä kehittäminen ei ole tärkeitä.

TAULUKKO 9. Toiminnan kehittäminen

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Uuteen toimintamalliin sitoutuminen	0 %	2,6 %	18,4 %	78,8 %
Osallistuminen kaatumisen ennaltaehkäisyn kehittämiseen osastolla	2,8 %	11,1 %	25 %	61,1 %

**Haastattelun** perusteella avainhenkilöiden on oltava asiastaan innostuneita toimintamallin sisärajossa ja heidän on saatava innostus tarttumaan myös muuhun henkilöstöön. Jos uusia hankkeita osuu samalle osastolle yhtä aikaa useampia, se vaikuttaa selvästi henkilöstön motivaatioon. Perustyöhön ei myöskään yleensä myönnetä pilotointivaiheeseen lisähenkilöstöä, vaan uudet testilomakkeet ja arvioinnit kirjataan normaalin hoitotyön ohessa.

*”Nytkin on kaksi ohjeistusta menossa yhtä aikaa, eli nyt minusta tuntuu että on näkyvissä pientä väsymystä ja että joko taas.”*

*”Aika paljon siitä napinaa, että kansion päällä tämmönen pino erilaisia hankkeita.”*

Pilotin avainhenkilöt ovat itse mielestään mieltäneen roolinsa ja he itse ovat jo alkaneet kiinnittää enemmän huomiota kaatumisvaaraan liittyviin asioihin osastolla. Vaikka asia on aiemminkin ollut heillä tiedossa, ei sitä ole ehkä tullut ennen tätä hanketta tiedostettua. Avainhenkilöt ovat alkaneet antaa enemmän informaatiota kaatumisvaarasta myös sidosryhmille (esim. kotisairaanhoido). Hoitosuunnitelman teon yhteydessä on kaatumistapaturmavaara nyt herkemmin esille kuin ennen.

Haastattelun ajankohtana varsinainen suosituksen pilotointi-aika oli alkanut ja henkilöstö ei avainhenkilöiden mielestä ollut vielä mainittavasti noteerannut uutta hanketta. Kuitenkin osastopalavereissa oli jo aloitettu suosituksen käsittely. Psykiatrian osastolla avainhenkilöt olivat ehtineet käydä täytettävät lomakemallit läpi henkilöstön kanssa ja lomakkeista oli annettu palautetta, jonka johdosta lomakkeita oli muutettu. Kaksisivuinen lomake muutettiin henkilöstön palautteen perusteella nopeammin täytettäväksi yksisivuiseksi versioksi. Itse lomakkeiden täyttö ei ole avainhenkilöiden mielestä erityisen aikaa vievää. Heidän roolinsa korostuu alkuvaiheessa ja tuntuu osin työläältä, jos henkilöstö ei ole kaikin osin mukana. Henkilöstön saataville on huolehdittava kaikki tarpeelliset lomakkeet ja täyttöohjeet sekä annettava paljon informaatiota. Lisäksi lomakkeen täytöstä on alkuvaiheessa muistutettava, jotta siitä tulisi normaali osa potilaan hoitosuunnitelmaa. Avainhenkilöiden oma innokkuus on kuitenkin vaikuttanut positiivisesti pilotoinnin vastaanotossa. Haastatteluvaiheessa oli käynnissä kahden kaatumisriskin arviointiin tarkoitetun lomakkeen testaus.

*”Vaikka lomakkeen täyttö ei ole iso juttu, tää työstämisen vaihe on työläin.”*

Jos pilotoitava malli osoittautuu käyttökelpoiseksi, voidaan sitä haastateltavien mielestä käyttää missä hoitotyössä tahansa. Potilaasta täytetään ensin kaatumisvaaran arviointilomake ja jos lomakkeen tuloksena on iso kaatumisriski, otetaan suositus käyttöön.

Hoitotyön Tutkimussäätiön malli on haastateltavien mielestä selkiyttänyt asiaa, tiedostaminen on parantunut, vaikka sinänsä käytännössä toimiessaan ei ole mieltänyt toimivansa jonkun mallin mukaan. Malli koettiin kuitenkin selkeäksi ja ymmärrettäväksi sen jälkeen, kun se oli esitelty. Mallin eri vaiheet koettiin jaksottavan pilotointia sopivasti siten, että ei jäädä liiaksi yhteen vaiheeseen, vaan tapahtumat todella etenevät pala palalta. Yhtenäisen toimintamallin tuottaminen niin että päästäisiin tilanteeseen, jossa kaatumiset olisi saatu kokonaan pois, ei haastateltavien mielestä ole realistista, koska potilaat tulevat tarvitsemaan entistä enemmän tutkimuksia ja ovat iäkkäämpiä. Mallin sisäänajo nyt käynnissä olevalla pilotoinnilla tuo kuitenkin kokemusta ja on toivottavaa että henkilöstö ottaa mallin omakseen.

*”Kyllä tämä malli on selkiyttänyt toimintaa ja ajattelua.”*

*”Ideaali olisi, että potilas ei koskaan kaatuisi, mutta siihen ei koskaan päästä.”*

### **6.3 Kaatumisten ehkäisystrategiassa huomioitavat asiat**

Kyselytutkimuksen osalta strategiaan liittyviä asioita tuli strukturoiduissa kysymyksissä muutamassa esille sekä viimeisessä kysymyksessä, jossa yksittäiset kyselyyn vastanneet antoivat sanallisia kommenttejaan. Kysyttäessä, oliko osastojen tiloissa huomioitu potilaiden kaatumisriski esim. kahvoin ja lattiamateriaalein, 5,3 prosenttia oli sitä mieltä että ne oli huomioitu, 57,8 prosentin mielestä ne oli huomioitu ainakin osittain. 36,9 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä että näitä seikkoja oli huomioitu vain vähän tai ei ollenkaan. 13,1 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä että potilaiden kaatumisriski oli huomioitu yksikön henkilöstömitoituksessa täysin (2,6 %) tai jokseenkin (10,5 %). Vastaajista 39,5 prosenttia oli henkilöstömitoituksen huomioimisesta jokseenkin eri mieltä ja 47,5 prosenttia vastasi, että sitä ei ollut huomioitu mitenkään (Taulukko 10).

TAULUKKO 10. Kaatumisriskin huomioiminen ympäristössä ja henkilöstömitoituksessa

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Yksikössä on huomioitu potilaiden kaatumisriski	5,3 %	31,6 %	57,8 %	5,3 %
Yksikön henkilöstömitoituksessa on huomioitu potilaiden kaatumisriski	47,4 %	39,5 %	10,5 %	2,6 %

Avoimissa vastauksissa käsiteltiin lisäksi koulutuksen sekä riittävän henkilöstömitoituksen merkittävyyttä tapaturmien ehkäisyssä. Osastojen vanhanaikaiset ja ahtaat tilat aiheuttavat myös vastaajien mielestä tapaturmariskin sekä potilaalle että hoitajalle. Myös henkilöstön kuulemista saneerausten yhteydessä toivottiin.

**Haastattelun** tulokset täydensivät kyselytutkimuksen tuloksia. Apuvälineiden puute tai niiden huonokuntoisuus mainittiin yhdeksi selväksi epäkohdaksi osastoilla, jolla nimenomaan on suurta vaikutusta kaatumisten ennaltaehkäisyssä. Potilashuoneen jokaisella potilaalla saattaa olla jo jonkinlainen apuväline, jolloin tilojen ahtaute voi aiheuttaa myös riskitekijöitä, joten huoneiden pieni koko tuottaa siis myös ongelmia. Turvakahvat ovat usein täysin väärässä paikassa siihen nähden, miten potilas niistä voisi hyötyä, koska rakentamisen yhteydessä ei tällaisia riskitekijöitä ole huomioitu. Vaikka sairaalan remontointien yhteydessä on pyritty aina parantamaan myös turvallisuustekijöitä, on sairaalan osastoilla edelleen paljon vaaranpaikkoja, joiden vuoksi kaatumistapaturmia voi tulla. Liikuntaesteiden, kuten kynnysten, kapeiden ovien ja liukkaiden lattiamateriaalien korjaaminen edesauttaisi vahinkojen ennaltaehkäisyssä.

*”Apuvälineistähän on aina tietynlainen pula ja tämmönen fyysinen ympäristö, kolme rollaattoria ei kerta kaikkiaan mahu olemaan huoneessa... olisi minulle tärkeätä kirjata strategioihin, että huomioitaisiin tällaiset tärkeät asiat.”*

*”Kun ajatellaan vessojen ripoja ja kahvoja, kyllä musta tuntuu että ne on väärissä paikoissa ja rakennussysteemi on ollu semmonen että ne on kyllä milloin missäkin.”*

Fyysisten olosuhteiden parantamisen lisäksi henkilöstömitoitusten parantamisella voitaisiin saada paljon parannusta aikaan. Vaikka hoitoympäristö olisikin turvallinen, niin henkilöstölläkin ja erityisesti henkilöstömäärällä on merkitystä. Myös ylemmän johdon olisi tiedostettava nämä tarpeet, koska potilaan kaatumisesta aiheutuvat kustannukset voivat olla hyvinkin suuria. Henkilöstön mukaan ottaminen osastojen suunnittelussa auttaisi saamaan osastot käyttökelpoisemmiksi. Psykiatrian osastolla oli hankittu potilaskäyttöön turvallisempia tossuja kuin perinteiset sairaalatossut. Oikean vaatetuksen merkitystä myös korostettiin ennalta ehkäisevänä tekijänä, toivottiin siihenkin asiaan riittävää panostusta kun toimintoja ja kustannuksia suunnitellaan.

*”Me ollaan toki tukena ja turvana potilaalle, mutta emme voi olla sitä koko aikaa, eli rakenteet pitää olla kunnossa myös.”*

*”Potilaan kaatumisesta aiheutuvat kustannukset ovat valtavat, eli jos ne kustannukset saataisiin päättäjien tietoon, voisi olla enemmän vaikutusta.”*

*”Ylimmän tahon mukaan ottaminen on erittäin tärkeää, niistähän riippuu ne rakennemuutokset ja henkilöstöressurit.”*

Sähköisen potilaskertomuksen ongelma on, että asioita voi helposti kadota potilaan asiakirjoihin, koska näytöllä käsitellään normaalisti aina viimeisintä lehteä hoitokertomuksessa. Rakenteinen kertomuskaan ei välttämättä auta, jos avainsanoja on paljon. Monikertaista kirjaamista tapahtuu edelleen, eli tietoa kirjataan useaan paikkaan (erikoisalalehdet jne.) ja tiedon luotettavuus kärsii. Potilastietojärjestelmien parantaminen pitäisi ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon myös strategiatyössä.

*”Jos halutaan kaikki asiat sinne laittaa, niin nehän hukkuu sinne joukkoon, vaikka tarkoituksena on saada nimenomaan ne olennaiset asiat nousemaan esille.”*

*”Pitkälle meneviä suunnitelmia tehdessä pitäis myös nämä järjestelmien aiheuttamat ongelmat ottaa huomioon.”*

Henkilöstömitoituksissa ei ole huomioitu asiakasaineksen huonontumista, levottomien potilaiden valvontaa on vaikea järjestää kun henkilökuntaa on vähän. Valvonnan avulla

kaatumisriskiä voitaisiin pienentää, haastateltavien mielestä kaatumisen aiheuttamat kustannukset ovat moninkertaiset hoitajan palkkaan verraten.

*”Neljä henkilöä lepositeissä joita ei saisi edes pitää ja yksi hoitaja, siinä on hirveä riski, vähintään kaksi hoitajaa pitäisi olla.”*

*”Kaatumispotilaalle joudutaan tekemään monenlaisia kalliita tutkimuksia, päänkuvauksia ja niin edelleen ja kaatumisen vuoksi joutuu jäämään osastolle vaikka olisikin jo alunperäisen syyn vuoksi voitukin kotiuttaa.”*

Koulutuksen lisääminen auttaisi kaatumisten ehkäisyssä huomattavasti. Henkilökunnan tietoisuuteen pitää saada paremmin potilaan mahdolliset kaatumisen riskitekijät. Yhteistyötä omaisten ja avohoidon kanssa pitää lisätä, että tieto kulkee varmasti. Henkilökunta varmasti sitoutuu asiaan paremmin mitä enemmän asiasta on tietoa. Myös opiskelijoille jo koulussa olisi tuotava asiaa esille enemmän, koska nuorella hoitajalla ei ole välttämättä heti samanlaisia ammatillisia valmiuksia huomiointiin kuin kokeneemmalla hoitajalla. Myös opiskelijavastaavat osastoilla voisivat hyvin ottaa asian jo heti mukaan opiskelijoiden ohjaukseen.

*”Nuori hoitaja ei välttämättä automaattisesti silmällään pysty arvioimaan kaatumisriskiä automaattisesti, vain kokemus tuo sitä taitoa mukanaan, jos asian opettaminen on koulussa ollut vähäisempää.”*

*”Jos potilaalla on aiemmin ollut kaatumisia, kyllä sitä tietoo voi tulla kotisairaanhoidolta tai omaisilta, ja silloin kyllä asiaa korostetaan raporttilakin. Mutta sitä yhteistyötä saisi olla paljon enemmän, koska sitten voitais saada arvokasta tietoo kaikkien hyväksi.”*

Yhteenvetona tutkimustuloksista voidaan todeta, että kyseessä olevilla osastoilla ei ole ollut ennen suosituksen pilotointia käytössä kaatumisen ehkäisyyn liittyviä suosituksia. Koulutusta aihepiiriin liittyen ei ollut myöskään tarjolla. Vastuuhenkilöt kokivat olevansa avainasemassa suosituksen pilotointivaiheessa kannustamassa muuta henkilöstöä sen käyttöön otossa. Rooli korostui erityisesti siksi, että kyseisissä yksiköissä oli myös samaan aikaan menossa muitakin kokeiluita. Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämää toimintamallia haastateltavat pitivät tämän tyyppistä toimintaa selkeyttävänä ja tukeva-

na. Haastateltavien näkemyksen mukaan kaatumisen ehkäisystrategioissa tulisi huomioida niin fyysiset olosuhteet kuin riittävät ja kunnolliset apuvälineet. Henkilöstön määrää ja johdon roolia pidettiin tärkeinä osina laajempaan strategiaan.



## 7 POHDINTA

Pohdinnassa on keskitytty tässä tutkimuksessa toteutetun haastattelututkimuksen tulosten pohdintaan. Taustakyselyn tutkimustuloksia ei ole otettu mukaan pohdintaosioon muulta osin kuin tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa. Taustakyselyn käytön pääasiallinen tarkoitus oli löytää tutkimuskysymyksiin liittyvät aihepiirit haastattelua varten ja syventää sitä kautta avainhenkilöiltä haastattelututkimuksessa saatuja vastauksia sekä lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä.

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Tieteellisessä tutkimuksessa on tarkoituksena tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa siitä ilmiöstä jota tutkitaan. Luotettavuuden arviointi tarkastelee tiedon luotettavuuden toteutumista. Kaikessa tutkimustoiminnassa tutkimustoiminnan ja tiedon luotettavuuden arviointi on ensisijaisen tärkeitä tiedon hyödyntämisen näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007,127.) Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa mitataan tulosten tarkkuutta, eli toistettavuutta ja ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sama tutkimustulos olisi oltava saatavissa tutkijasta riippumatta. Tutkijan on otettava tutkimustekstissä myös rehellisesti kantaa tutkimuksen mahdollisiin satunnaisvirheisiin. (Vilka 2005, 161-162.)

Kun on kyse laadullisesta tutkimuksesta, on pääasiallinen luotettavuuden kriteeri tutkija itse. Lisäksi tutkimusanalyysi olisi pystyttävä kuvaamaan niin, että lukijalla on mahdollisuus seurata tutkijan ratkaisuja ja ratkaisujen loogisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2003,135-137). Tässä tutkimuksessa aineiston kuvauksessa on pyritty mahdollisimman suureen objektiivisuuteen siten, että tutkijan omat käsitykset eivät ole ohjanneet tutkimustuloksia. Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan niin tarkkaan kuin mahdollista, että tutkimuksen lukija voisi seurata vaivattomasti tutkimuksen etenemistä aina tutkimustuloksiin asti.

Tutkimuksessa oli tarkoituksena kartoittaa pilottiosastojen lähtötilannetta sinä hetkenä kun Kaatumisen ehkäisy- suositus osastolla otetaan käyttöön. Haastattelu suoritettiin ajankohtana, jolloin suositus oli tuotu osastoille ja avainhenkilöt olivat juuri aloittaneet mallin sisäänajon osastoilla. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada mahdollisimman

tarkka kuva osastojen käytännöistä ennen suositusta. Tässä tutkijan mielestä onnistuttiin, haastateltavilta saatu tieto täydensi myös kyselytutkimuksesta saatuja tuloksia (validiteetti). Tutkimustehtävä ja tutkimusmenetelmät on kuvattu siten, että niiden pohjalta tutkimuksen toistettavuus (reliabiliteetti) on mahdollista.

Tutkimus on kuvattu laadulliseksi tutkimukseksi, jossa menetelminä käytettiin focus-group-haastattelua sekä saadusta aineistosta sisällönanalyysiä. Focus-group-haastattelun luotettavuutta lisää haastattelun nauhoittaminen ja näin ollen litterointi sanasta saanaan oli mahdollista ja tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Kun on kyseessä Case-tyyppinen tutkimus, yleistettävyys ei ole välttämättä niin laaja kuin ei-kohdistetussa tutkimuksessa, mutta tämän tutkimuksen tuloksia voitaneen käyttää kyseisen suosituksen yhteydessä myös muualla vastaavanlaisissa yksiköissä.

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä on pyritty lisäämään kuvaamalla taustakyselyn tuloksia yhdessä haastattelun tulosten kanssa, vastausten perusteella haastattelun teemat olivat päämäärän mukaiset. Tutkimuksen tulokset vastaavat hyvin tutkimukselle asetettua tutkimuskohdetta ja tutkimuksessa saatiin myös vastaukset tutkimuskysymyksiin.

## **7.2 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkija vastaa myös eettisesti tekemästään tutkimustyöstä. Saatuja tietoja on käytettävä asianmukaisesti, tutkittavien anonymiteettiä on suojeltava ja tutkimuksen lukijalle on välitettävä luotettavaa tietoa. (Heikkilä 2008,178-179.) Tutkimuksen tulokset esitetään myös täysin samanlaisina kuin haastateltavat ovat niihin vastanneet (Tuomi & Sarajärvi 2003,129). Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistuvalla on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta. Haastatteluun perustuvassa tutkimuksessa haastateltaville kuvataan tutkimuksen aihe ja osallistumisen merkitys sekä tutkimuksen kesto. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4-6.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin focus group-haastattelumenetelmää, jossa pieni avainhenkilöryhmä oli haastattelun kohteena, tutkija ei voinut vaikuttaa haastatteluun osallistuvien valintaan vaan haastateltavat olivat ilmoittaneet kiinnostuksensa pilotoinnin vastuhenkilöiksi ja tiedusteltaessa myös halukkaiksi tämän tutkimuksen haastatteluun. He

olivat myös valmiita antamaan nimiensä käyttöön lähdeluettelossa, nimiä ei ole kuitenkaan eettisistä syistä käytetty lähdeluettelossa. Tutkija ei itse työskentele tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa. Haastateltaville kerrottiin haastattelutilanteen alussa haastattelun kestosta sekä tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkija kirjoitti itse auki nauhoitetun haastattelun, jonka jälkeen nauhoitteet (kaksi eri tallenninta) tuhottiin. Kirjoitettu aineisto säilytettiin asianmukaisesti toisten ulottumattomissa. Haastattelutilanteen nauhoittaminen helpotti huomattavasti tulosten käsittelyä ja purkua, koska vastauksia pystyi kuuntelemaan useampaan kertaan. Haastattelun ilmapiiri oli avointa ja haastateltavat olivat asiasta innostuneita.

### **7.3 Tutkimustulokset ja jatkotutkimusaiheet**

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoa kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvän suosituksen käyttöönoton yhteydessä yliopistosairaalan kolmella eri osastolla. Tutkimuskysymykset liittyivät osastojen olemassa oleviin ohjeistuksiin kaatumistapaturmiin liittyen, avainhenkilöiden toimintaan ohjeen käyttöönoton yhteydessä, Hoitotyön Tutkimussäätiön toimintamallin käyttökelpoisuuteen sekä kaatumisen ehkäisystrategian laatimisessa huomioon otettavia asioita. Haastateltavina olivat kolmen osaston pilotointiin valitut avainhenkilöt.

Hoitotyön suosituksia kaatumistapaturmiin liittyen ei ole osastoilla ollut aiemmin käytävissä tai ylipäättään olemassa. Yksittäisten työntekijöiden havainnot ohjeiden olemassaolosta saattoivat olla oletuksia siitä, että esim. haitta- ja vaaratapahtumien kirjaimiseen käytetty HaiPro- järjestelmä miellettiin tällaiseksi kaatumisen ehkäisy-suositukseksi koska myös kaatumistapaturmia kirjataan järjestelmään. Tällöin on kuitenkin kyseessä jo tapahtunut kaatuminen tai vaaratilanne, ei kaatumista ennalta ehkäisevän toiminnan tapahtuma. Myös lepositeiden käyttö levottomille potilaille saatetaan mieltää ehkäiseväksi toimenpiteeksi kaatumisvaarassa olevalle, jota se toki onkin mutta perusteet tälle toimintatavalle eivät tule tutkitun näytön perusteella suosituksesta, vaan pääasiassa osastojen henkilöstön tai laajemmin organisaation sisällä sovituista toimintatavoista. Henkilöstö piti ilmeisen mielekkäänä koko sairaalassakin toteutettua koulutusta väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen, koska ko. koulutuksen yhteydessä annetut ohjeet potilaan oikeaan taluttamiseen koettiin myös ennalta ehkäisevänä toimenpiteenä kaatu-

misvaarassa oleviin potilaisiin nähden. Myös Oxmanin (2011) mukaan on yleistä että asiantuntijoiden lausumia verrataan näyttöön perustuviin käytäntöihin, vaikkakin näitä mielipiteitä ei voida verrata niihin (vrt. Oxman 2011).

Vaaratapahtumien kirjaamiseen HaiPro- järjestelmään olivat kuitenkin tutkimuksessa mukana olevat osastot kiinnittäneet huomiota erityisesti myös ”läheltä piti”- tapausten kirjaamisessa. Tämä toimintatapa on saattanut tuoda osastoille herkkyyttä myös kaatumistapaturmien ennakoimiseen. Lisäksi tapahtumien läpikäynti osastoilla edesauttoi hoitotyön suunnitelman kirjauksia ja ajantasaisuutta. Ennaltaehkäisevää otetta oli toimien ansiosta havaittavissa vaikka näyttöön perustuvaa ohjeistusta ei ollut vielä kokeiltukaan. Kokemuksellista hiljaista tietoa on pitkään työtä tehneillä hoitajilla, heillä on näkemys potilaan mahdollisista riskitekijöistä heti potilaan tullessa osastolle. Tätä näkemystä ei välttämättä ole vielä kokemattomalla juuri valmistuneella hoitajalla. Tästä johdun yhtenäisiä ohjeistuksia osastoille tulisi olla, eikä tulisi tyytyä vanhoihin ohjeistuksiin vaan olisi haettava aina tuoreita, parhaaseen näyttöön perustuvia suosituksia, joiden avulla toiminnan tasalaatuisuus ja paras laatu voitaisiin taata potilaalle. Closs ym. esittivät myös samansuuntaisia päätelmiä siitä, että näyttöön perustuva toiminta sitoo yhteen parhaan saatavilla olevan näytön, viimeisimmän tiedon sekä hiljaisen tiedon käytön mahdollisuuden. (vrt. Closs & Cheater 1999, 10-17;Korteniemi ym. 2008, 11;Lauri 2003,45;Pekkala 2007,48; Perälä 1999,53.)

Uusien ohjeistusten ja suositusten tuonti käytännön työhön osastolle vaatii osaamista ja henkilöstön huomioimista. Henkilöstölle tuodut selkeät perustelut jonkin toimintatavan muutoksen tarpeellisuudesta edestauttavat ohjeistuksen hyväksymistä ja omaksumista. Suosituksia ei voida juurruttaa osaston arkirutiiniin pelkkinä johdon määräyksinä, vaan henkilöstö on saatava innostumaan asiasta ja sen tärkeydestä. Avainhenkilöiden rooli tässä työssä korostui osastoilla. Avainhenkilöt olivat lähteneet liikkeelle varovasti hoitohenkilöstön tuntemuksia kuunnellen. Koska he itse olivat jo pilotin alkuvaiheen aikana muuttaneet käsityksiään kaatumisten ennaltaehkäisyn mahdollisuuksien suhteen, oli odotettavaa että myös henkilöstö oikean suosituksen sisäänajon jälkeen olisi halukas käyttämään suositusta. Hoitotyön suositusten tunnettavuus ja käyttömahdollisuudet eivät ole edelleenkään vielä kovin yleistä hoitohenkilöstön keskuudessa. Siksi tiedon antamisen tavallakin on merkitystä. Henkilöstön on ymmärrettävä miksi jotakin kannattaa

tehdä toisin kuin ennen, muutoin suosituksella ei ole tulevaisuutta. Kun asia on tuttu ja perusteet selkeät, voidaan suosituksen käyttöönotolle ennustaa positiivista vastaanottoa ja näin ollen myös käyttöönottoa ja ohjeistuksen juurruttamista osaston normaaliksi toimintatavaksi. Perälän (2008) mukaan järjestelmällisen tutkimustiedon käyttö on lisääntynyt Suomessa hitaasti. Haynes ym. (1996) tulivat tutkimuksissaan siihen tulokseen, että hoitotyötä tekevällä on oltava tieto siitä, mihin hänen toimintansa perustuu. Hoitotyöntekijän on tiedettävä tiedon kanavat ja se miten tietoa voidaan yhdistää potilailta saatuun tietoon. (vrt. Perälä ym.2008,23;Haynes ym.1996,196-198;Stetler 2001, 272-279; Rycroft & Malone ym. 2004, 913-924.)

Hoitotyön suositusten saaminen todella käytännön työkaluksi vaatii suositukseltakin ymmärrettävyyttä, luotettavuutta ja ajanmukaisuutta. Suosituksen on saatava sekä hoitohenkilökunta että potilaat vakuuttuneiksi suosituksen käyttökelpoisuudesta. Koko organisaation on sitouduttava suositusten käyttöön, ei pelkästään hoitotyötä tekevien. Työnjohto ja ylempi johto ovat vastuussa koulutusten järjestämisestä sekä suositusten saatavuudesta. Kannustus, muutostarpeen herättäminen sekä osallistumisen mahdollisuus suositusten tekemiseen on johdon tehtävä. (Laaksonen 2000,84-85.)

Hoitohenkilöstö on otettava mukaan prosessiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta heillä on myös mahdollisuus vaikuttaa pilotoinnin etenemiseen. Tässä pilotointihankkeessa lomakemalleja oli käyty henkilöstön kanssa yhdessä läpi, ja saatujen palautteiden johdosta lomakkeistoa oli muutettu henkilöstön toivomusten mukaisesti. Henkilöstön mukana olo on ehdottoman tärkeätä, muutoin avainhenkilöiden tai muiden pilotoinnista vastuussa olevien rooli muodostuu liian raskaaksi. Uusien lomakkeiden ym. on oltava lisäksi helposti saatavilla ja täyttöohjeiden on oltava selkeitä, että käyttöönotossa onnistuttaisiin. Kaatumisten ehkäisy-suositus- malli oli avainhenkilöiden mielestä sellainen, että mallin osoittautuessa käyttökelpoiseksi, olisi malli helppo ottaa käyttöön missä yksikössä tahansa.

Hoitotyön tutkimussäätiön kehittämä toimintamalli näyttöön perustuvan hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämiseen koettiin selkiyttävän pilotointiprojektia. Toimintamallin avulla hahmotettiin myös se, missä vaiheessa oikeasti esim. henkilöstön käyttämä HaiPro-järjestelmä tulee mukaan tässä mallissa ja on nähtävissä että tämä järjestelmä ei ole en-

naltaehkäisyyn liittyvä vaan tapahtuneen kaatumisen jälkeinen analyysi. Kaatumisten määrät ja kaatumiseen johtavien syiden analyysi tehdään aina uudelleen ja uudelleen, jonka ansiosta kaatumisen ehkäisy-suositusta voidaan aina tarpeen mukaan muuttaa ja parantaa. Tämän toiminnan avulla on mahdollista päästä optimaaliseen kaatumisen ehkäisy-suositukseen. (vrt. Holopainen ym.,2010.)

Kaatumisen ehkäisystrategia on jo aina isompi kokonaisuus kuin yksittäinen hoitotyön suositus, joka on osa laajempaa strategiaa. Hoitotyön suosituksen laatiminen kulkee oman tieteellisen menetelmän kautta tavoitteena vaikuttava yhtenäinen käytäntö ja suositus kyseisestä asiasta ja strategiaan on koottu kaikki mahdolliset toimenpiteet, joilla katsotaan olevan vaikutusta suosituksen onnistumiseen.

Osastojen fyysisten tilojen merkitys on suuri. Pienet ja epäkäytännölliset potilashuoneet ja saniteettitilat aiheuttavat jo itsessään vaaratilanteita. Erilaiset turvallisuuteen liittyvät apuvälineet (seinäkahvat, tukikaiteet) ovat myös välttämättömiä apuvälineitä kuten kaikki potilaan henkilökohtaiset apuvälineetkin (pyörätuolit, kävelykepit, kengät). Kaikkien edellä mainittujen seikkojen parantaminen on iso parannus kaatumisten ehkäisyssä. Kun luodaan laajempia strategioita tulevaisuutta varten, henkilöstö olisi otettava mukaan osastojen saneeraussuunnitelmia tehtäessä. Tiloissa toimiva henkilökunta on paras asiantuntija kertomaan tilojen vaatimista tarpeista potilaisiin nähden. Riittävä panostus apuvälineisiin voi tuoda pidemmällä tähtäimellä säästöjä, jos kaatumisten määrä ja niistä aiheutuneet jälkihoidot saadaan pieneneväksi.

Kaatumisten ehkäisystrategiassa tulisi huomioida myös hoitohenkilökunnan mahdollisuudet koulutautumiseen sekä opiskelijaohjaukseen. Koulutussuunnitelman tulisi olla osana strategiaa. Henkilöstömitoitukset tulisi tarkistaa strategiassa potilasaineksen mukaisesti, pienellä henkilöstölisäyksellä saattaa olla myös kokonaiskustannuksia pienentävä vaikutus, jos valvonnan lisäämisellä voidaan ehkäistä kaatumistapaturmia. Myös käytössä olevat tietojärjestelmät tulisi huomioida strategiassa. Erityisesti tiedon parempi saatavuus sekä varmistus tiedon pysyvyydestä olisi oltava nykyistä parempaa. Kaikelle toiminnalle on myös oltava johdon tuki ja strategiatyön onkin lähdeittävä etenemään johdon taholta, koska johdon tehtävänä on suunnitella kaikkia toimintoja ja esittää niihin myös tarvittavat resurssit. (vrt. Partanen & Perälä 1997; Simoila 2001, 4-

7.) Myös Tervaskarin (2004) mukaan asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen sekä toiminnan laadun ja vaikuttavuuden johtaminen ovat hoitotyön johtamisen keskeisiä kokonaisuuksia. (Tervaskari 2004,4).

Kuopion Yliopistollisen sairaalan kaatumisten ehkäisy –suosituksen pilotointi jatkuu vuoden 2012 alkupuolelle. Jatkotutkimusehdotuksena tuon esiin uusintahaastattelun avainhenkilöille ja toimintatapojen vertailun ja käsitysten mahdollisen muuttumisen vuoden sisällä. Myös kaatumisen ehkäisystrategian kehittämiseen liittyvän tutkimuksen tekeminen on tämän tutkimuksen aiheeseen sopiva jatkotutkimus, samoin kuin näyttöön perustuvaan toimintaan liittyvät tutkimukset hoitohenkilöstön tietoisuuteen ja hoitotyön suositusten käyttöön nähden, sopivat myös tämän tutkimuksen jatkotutkimusaiheiksi.

## LÄHTEET

Anttila Heidi, Saalasti-Koskinen Ulla, Hovi Sirpa-Liisa & Isojärvi Jaana 2007. Mistä löydän tutkimustietoa hoitotyössä? Impakti (6)2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lehti. Finohta.

Association of College and Research Libraries 2000. A division of the American Library Association. Information Literacy Competency Standards for Higher Education. Chicago, Illinois. <http://www.ala.org/ala/mgrps/divs/acrl/standards/standards.pdf>. Viitattu 12.7.2011.

Best Practice 1998. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Volume 2, Issue 2. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing, Royal Adelaide Hospital, South Australia.

Best Practice 2010. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009. Vol.2010; 14(5), 1-4. <http://www.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=5389>. Viitattu 21.10.2011

Chioncel N.E., van der Veen R.G.W., Wildemeersch D. & Jarvis P. 2003. The validity and reliability of focus groups as a research method in adult education. Int.J. of Lifelong Education. Vol.22 (5) 2003, 495-517.

Closs S.J. & Cheater F.M. 1999. Evidence for Nursing Practice: a Clarification of the issues. Journal of Advanced Nursing, 30 (1), 10-17.

Cochrane-yhteistyö 2011. <http://finnishbranch.cochrane.org/fi/cochrane-yhteisty%C3%B6>. Viitattu 14.10.2011.

Craig Jean V. & Smyth Rosalind L. 2007. The Evidence-Based Practice Manual for Nurses. Churchill Livingstone Elsevier, China.

DiCenso Alba, Cullum Nicky & Ciliska Donna 1998. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. Evidence Based Nursing. 1998 (1), 38-39.

Duff Lesley, Kitson Alison, Seers Kate & Humphris Debra 1996. Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. Journal of Advanced Nursing 23, 887-895.

Edmunds Holly 1999. The Focus Group Research Handbook. NTC Business Books in conjunction with the American Marketing Association. Printed in the United States of America.

Elomaa Leena & Mikkola Hannele 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulu, Turku.



Eskola Jari & Suoranta Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Tampere, Vastapaino.

Estabrooks Carole A. 1999. The Conceptual Structure of Research Utilization. *Research in Nursing & Health*. 22, 203-216.

Ferguson Linda & Day Rene A. 2004. Evidence based Nursing Education: Myth or Reality? *Journal of Nursing Education* 44(3), 107 – 115.

Field Peggy A. & Morse Janice M. 1985, Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Kirjayhtymä, Helsinki.

Fineout-Overholt Ellen & Johnston Linda 2005. Teaching EBP: asking searhable, answerable questions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2 (3), 157-160.

French Peter 1999. The development of evidence-based nursing. *Journal of Advanced Nursing* 29(1), 72-78.

Gray Muir 2009. Evidence-based Healthcare and Public Health: How to make decisions about health services and public health. Churchill Livingstone Elsevier. China.

Green Jackie 2000. The role of theory in evidence-based health promotion practice. *Health Education Research* 15 (2), 125-129.

Haynes Brian R, Sacket David L, Gray Muir J.A, Cook Deborah J & Guyatt Gordon H. 1996. Transferring evidence from research into practice The role of clinical care research evidence in clinical decisions, *Evidence Based Medicine* (1), 196-198.

Heikkilä Asta 2005. Ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden tutkitun tiedon käyttö. Akateeminen väitöskirja. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turun yliopiston julkaisuja C 237.

Heikkilä Tarja 2008. Tilastollisen tutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Hirsjärvi Sirkka 2007. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hirsjärvi, Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula (toim.) . Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki, Tammi, 119–162.

Hirsjärvi Sirkka & Hurme Helena 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki, Gaudeamus Helsinki University Press.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2010. Näyttöön perustuva toiminta. <http://hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/nayttoon-perustuva-toiminta>. Viitattu 29.10.2010

Hoitotyön tutkimussäätiö 2011. Hoitotyön suositukset. <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/hoitotyon-suositukset>. Viitattu 8.9.2011.

Holopainen Arja, Korhonen Teija, Miettinen Merja, Pelkonen Marjaana & Perälä Marja-Leena 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi- toimintamallit näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. *Premissi* (1)2010, 38-45. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hunt John M. 1996. Barriers to research utilization. Guest editorial. *Journal of Advanced Nursing* 23 (3), 423-425.

Jacobson Nora & Goering Paula 2006. Credibility and credibility work in knowledge transfer. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, Volume 2, Number 2, May 2006, Policy Press. s. 151-165.

Kivinen Tuula 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa. Väitöskirja nro 158. Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopio, Kuopion yliopisto.

Korhonen Teija, Holopainen Arja, Korhonen Anne & Jylhä Virpi 2011. Tutkimusnäytön hyödyntäminen, kuvio. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönotoksi- materiaali. Hoitotyön Tutkimussäätiö.

Korhonen Teija, Tervo-Heikkinen Tarja, Holopainen Arja & Miettinen Merja 2011. Kaatumisen ehkäisy: suosituksesta toimintamalliksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa Honkanen Virpi, Härkönen Mikko, Jylhä Virpi, Saranto Kaija (toim.). Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011. Esitysten tiivistelmät. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Itä-Suomen yliopisto.

Korteniemi Pekka & Borg Pekka 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? *Stakes, Työpaperit* 23/2008. Helsinki.

Krueger Richard A. & Casey Mary Anne 2000. *Focus Groups 3rd edition. A practical guide for applied research.* Sage Publications Ltd. London. United Kingdom.

Kuusisto-Niemi Sirpa & Saranto Kaija 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinta-Paradigma tieteenalan perustana. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. FinJeHeW 1(1), 2009.

Kylmä Jari & Juvakka Taru 2007. *Laadullinen terveystutkimus.* Edita Prima Oy, Helsinki.

Käypä hoito 2011. Vastuun rajaus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/vastuunrajaus>. Viitattu 8.9.2011.

Laaksonen Katriina 2000. Hoitotyön suositukset käytäntöä ohjaamassa. Teoksessa: Voutilainen Päivi, Leino-Kilpi Helena, Mikkola Taru & Peiponen Arja. *Hoitotyön vuosikirja 2001.* Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Lauri Sirkka (toim.) 2003. *Näyttöön perustuva hoitotyö.* Werner Söderström Oy, Helsinki.

Lauri Sirkka 2007. *Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen.* Porvoo, Helsinki, WSOY Oppimateriaalit.

Lehtomäki Leila 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteen laitos.

Leino-Kilpi Helena 2002. Hoitotyön tulevaisuus – tutkimuksen käyttämisen välttämättömyys. Teoksessa: Voutilainen Päivi, Saranto Kaija, Peiponen Arja & Mikkola Taru (Toim.) Hoitotyön Vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 158.

Leino-Kilpi Helena & Lauri Sirkka 2003. Näyttöön perustuvat hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa: Lauri Sirkka (toim.), Näyttöön perustuva hoitotyö. Werner Söderström Oy, Helsinki, 7-9.

Malmivaara Antti 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. Systemaattisuudella lisätään katsausten luotettavuutta. Duodecim 2002 (118),877-879.

Malmivaara Antti 2005. Doing the right things right. Health policy can be evidence-based. Impakti 2005 (2), 7-9.

Marchionni Caroline & Ritchie Judith 2008. Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. Journal of Nursing Management 16 (3), 266-273. Blackwell Publishing, UK.

Metsämuuronen Jari 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 2. painos. Helsinki, International Methelp Ky.

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

Miles Matthew B & Huberman A. Michael 1994. Qualitative data analysis : an expanded sourcebook. Thousand Oaks : Sage Publications. California.

Mäntyranta Taina, Kaila Minna, Varonen Helena, Mäkelä Marjukka, Roine Risto P. & Lappalainen Jarmo 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Käypä hoito –suosituksesta käytäntöön. Kansallinen Lääkäriseura Duodecim. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Nordic Campbell Center. <http://www.sfi.dk/sw31208> . Viitattu 29.10.2010

Oranta Olli, Routasalo Pirkko & Hupli Maija 2002. Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. Journal of Clinical Nursing. 2002 (11), 205-213.

Oxman Andy 2011. Näyttöön perustuva tieto voi tuoda säästöjä. Impakti 2011 (2). <http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/impakti/Uutiskirjeet2011/01uuti.htm>. Viitattu 12.7.2011

Parse Rosemarie 2008. The Humanbecoming Leading-Following Model. Nursing Science Quarterly 21 (4), 369-375. USA. Sage Publications.

Partanen Pirjo & Perälä Marja-Leena 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. FinOHTAN raportti 7. Stakes. Verkkoraportti. <http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/raportit/raportti7.htm>.

Viitattu 19.9.2011.

Partanen Pirjo & Perälä Marja-Leena 2000. Hoitotyön menetelmien arviointi. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2001. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Pasternack Amos, 2002. Oikea ja väärä lääketieteessä. *Duodecim* 2002(118), 2173–82.

Pearcey Patricia A. 1995. Achieving research-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 22 (1), 33-39.

Pearson Alan, Wiechula Rick, Lockwood Cragi & Court Anthea 2007. A re-consideration of what constitutes “evidence” in the healthcare professions. *Nursing Science Quarterly* 20 (1), 85-88. USA. Sage Publications.

Pekkala Eila 2007. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Soininen Anna-Liisa (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY Oppimateriaalit.

Pelkonen Marjaana 2002. Mitä on näyttö hoitotyössä? Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. *Sairaanhoitaja* 75 (4), 11-13.

Perälä Marja-Leena 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila Riitta, Kangas Riitta & Ranta Jouko (toim.). Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Perälä Marja-Leena, Toljamo Maisa, Vallimies-Patomäki Marjukka & Pelkonen Marjaana 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman (2004 - 2007) arviointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, raportti 28. Verkkodokumentti. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>. Viitattu 5.09.2011.

Roine Risto 1997. Näyttöön perustuva terveydenhuolto. *TAinfo* 1/97. [http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/CE00A508-1C9A-4730-9202-2FC1B79BD8D7/0/1997\\_TAinfo\\_1.pdf](http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/CE00A508-1C9A-4730-9202-2FC1B79BD8D7/0/1997_TAinfo_1.pdf). Viitattu 12.7.2011.

Rolfé Gary, Segrott Jeremy & Jordan Sue 2008. Tensions and contradictions in nurses' perspectives of evidence-based practice. *Journal of Nursing Management* 16 (4), 440-451. Blackwell Publishing, UK.

Rosén Måns 2011. Näyttöön perustuva tieto voi tuoda säästöjä. *Impakti* 2011 (2). <http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/impakti/Uutiskirjeet2011/01uuti.htm>. Viitattu 12.7.2011

Rosswurm Mary Ann & Larrabee June.H. 1999. A model for change to evidence-based practise. *Image: Journal of nursing Scholarship* 31 (4), 317-322.

Rycroft-Malone Jo, Harvey Gill, Seers Kate, Kitson Alison, McCormack Brendan & Titchen Angie L. 2004. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing* 13, 913-924.

- Sackett DL, Rosenberg W., Gray J., Haynes R. & Scott, W. 1996- Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*. 312 (7023), 71-72.
- Semberg-Konttinen Virpi 2000. Terveysthuollon menetelmien arviointi. Teoksessa Voutilainen Päivi (toim.), *Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Shirey Maria R. 2006. Evidence-based practice: How nurse leaders can facilitate innovation. *Nursing Administration Quarterly* 30(3), 252-265.
- Sams Lisa, Penn Barbara & Facticeau Lorna 2004. The Challenge of Using Evidence-Based Practice. *Jona* 34 (9), 407-414.
- Simoila Riitta 2001. Hoitotyön johtaja näyttöön perustuvan hoitotyön mahdollistajana. *Ylihoitaja-lehti*. 29 (2), 4-7.
- Sinkkonen Sirkka 2000. Näyttöön perustuvan hoitotyön haasteet ylihoitajille. *Ylihoitaja-lehti* 28 (5), 4-14.
- Sorrell, J.M. & Redmont G.M. 1995. Interviews in Qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing* 21 (6), 1117-1122.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 – 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009(18).
- Stenvall Jari & Virtanen Petri 2007. *Muutosta johtamassa*. Helsinki, Edita Publishing Oy.
- Stetler Cheryl B. 2001. Updating the Stetler Model of Research Utilization to Facilitate Evidence-Based Practice. *Nursing Outlook*. 49(6), 272-279.
- Tervaskari Hilka (toim.) 2004. Sairaanhoidajaliitto.. Hoitotyön johtaminen ja johtamiskoulutus. Ehdotus hoitotyön johtamiskoulutukseksi. [www.shks.fi/mp/db/fi-le.../shksjohtamiskoulutusselvitys0](http://www.shks.fi/mp/db/fi-le.../shksjohtamiskoulutusselvitys0). Viitattu 18.8.2011.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL 2011). *Finohta*. Menetelmien arviointiyksikkö. <http://finohta.stakes.fi/FI/yleista/index.htm>. Viitattu 8.9.2011
- The Joanna Briggs Institute 2011. <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/Research%20and%20Consultancy>. Viitattu 17.11.2011
- Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2003. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Jyväskylä.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi.Helsinki.

[http://www.tenk.fi/eettinen\\_ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf](http://www.tenk.fi/eettinen_ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf). Viitattu 18.9.2011.

Vainikainen Tuula 2006. Käypä hoito –suositus syntyy innostuksesta ja yhteistyöllä. Duodecim 2006 (122),2530-3.

Vilka Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Voutilainen Päivi & Vaarama Marja 2000. Näyttöön perustuva päätöksenteko: esimerkkinä vanhuspalvelut. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö,108-119.

## LIITTEET

## LIITE 1

Anne Vanhatalo

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS  
13.12.2010

Henkilöstöpäällikkö Pekka Poikolainen  
Kuopion Yliopistollinen sairaala

## TUTKIMUSLUPA- ANOMUS/Henkilöstötutkimus

Opiskelen Itä-Suomen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksella, pääaineena sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Teen pro gradu- tutkielmaa aiheesta, jossa tutkin sosiaali- ja terveydenhuollon näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoa.

Hoitotyön Tutkimussäätiössä kehitetyn toimintamallin avulla otetaan käyttöön potilaiden kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus. Mallin sopevuutta ja suositusten käyttöönottamista pilotoidaan Kuopion Yliopistollisen sairaalan syöpätautien (2651), sisätautien (2106) ja vanhuspsykiatrian (2705) osastoilla. Tutkimus toteutetaan osana VeTe-hanketta, jossa sairaalanne on mukana.

Kultakin osastolta on pilotointihankkeeseen valittu 2 vastuuhenkilöä, jotka on perehdytetty syvällisemmin mallin toimintaan. Tutkimustehtävääni kuuluu näiden avainhenkilöiden haastattelu alkutilanteen kartoittamiseksi. Tarkoituksena on saada mahdollisimman kattava kuva osastojen tilanteesta pilotoinnin alussa. Kuuden vastuuhenkilön yksi haastattelu tulisi tapahtumaan v.2011 tammi-helmikuun vaihteessa ja haastatteluun tulisi varata maksimissaan 2 tuntia. Olen tavannut vastuuhenkilöt edellä mainitun tutkimuksen tiedotustilaisuudessa ja he ovat itse suostuvaisia haastatteluun. Haastattelun pohja-aineistona tulisi toimimaan marraskuussa 2010 henkilöstölle aiheesta VeTe-hankkeen toimesta suoritettu Webropol - kyselylomake vastauksineen.

Tutkimukseni tulokset ovat käytettävissä vuoden 2011 aikana ja toimitan tutkimuksen myös tutkittaville osastoille. Kaikki tutkimuksessa käytetty ma-

teriaali käsitellään täysin luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen.

Työtäni ohjaavat Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan sosi-aali- ja terveystieteiden laitoksen professori Kaija Saranto ja projektitutki- ja Virpi Jylhä. Teen yhteistyötä myös Hoitotieteen tutkimussäätiön tutkijan, Teija Korhosen kanssa, joka on myös mukana näyttöön perustuvien käytän- töjen pilotointihankkeessa sairaalassanne. Vastuuhenkilönä VeTe- hank- keesta toimii projektipäällikkö Tarja Tervo-Heikkinen, jonka kanssa sovin tutkimuksen käytännön järjestelyistä tutkimusluvan saatuni.

Pyydän kohteliaimmin lupaa saada suorittaa tutkimus Kuopion yliopistolli- sen keskussairaalan henkilöstöön kuuluville kuudelle pilotoinnin vastuu- henkilölle mukaan valituilta osastoilta, sekä käyttää haastattelun pohja- aineistona henkilöstölle jo aiemmin suoritettua kyselyä ja sen tuloksia.

Ystävällisesti

Anne Vanhatalo

Liitteet: Tutkimussuunnitelma