

FRAT-ARVIOINNIN KÄYTTÖNOTTO KAATUMISTEN
ENNALTAEHKÄISEMISEKSI VARKAUDEN SAIRAALAN
SISÄTAUTI-KIRURGISELLA OSASTOLLA

Anu Lehtinen, Helena Manninen ja

Pauliina Metsävuori

Syksy 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

SISÄLLYS

1 NÄKÖKULMIA KAATUMISRISKIN ENNALTAEHKÄISEMISEKSI.....	2
2 POTILASTURVALLISUUDEN HUOMIOINTI HOITOTYÖSSÄ.....	4
2.1 Kansallisia strategioita potilasturvallisuuden edistämiseksi	4
2.2 Kaatumisriskin ennakoimisen merkitys ikääntyneen hoitotyössä	5
2.3 Kaatumisten ennakkoinnin merkitys aiempien tutkimustulosten valossa.....	7
2.4 FRAT-arviointi ja IKINÄ-toimintamalli	9
2.5 Vaaratapahtumien raportointi	11
3 LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI FRAT-ARVIOINTIMITTARILLA..	13
3.1 Kaatumishistoria	13
3.2 Lääkitys	13
3.3 Psyykinen hyvinvointi.....	14
3.4 Kognitio ja muisti.....	15
4 KAATUMISTAPATURMAT TUTKIMUSTEN MUKAAN	16
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTO	21
6.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	21
6.2 Kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä	22
6.3 Tutkimuksen eettisyys.....	23
6.4 Aineiston analysointi.....	24
6.5 Tutkimuksen luotettavuus	24
7 TUTKIMUSTULOKSET	26
7.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia Frat-arviointimittarin käytöstä	26
7.2 Toimenpiteet kaatumisten ehkäisemiseksi	28
7.3 Frat-arviointimittarin käyttöön liittyvä kirjaaminen	30
7.4 Vastaajien kehittämissuhteita FRAT-arvioinnista	32

8 JOHTOPÄÄTÖKSET	33
8.1 Hoitohenkilökunnan kokemukset Frat-arvioinnin käytöstä.....	33
8.2 Toimenpiteet kaatumisten ehkäisemiseksi.....	34
8.4 Kehittämisehdotuksia.....	35
9 POHDINTA	37
9.1 Tutkimuksen eettisyyden arviointi.....	37
9.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	38
9.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi	38
LÄHTEET.....	40
LIITTEET	44
LIITE 1: Frat-kaatumisvaaran arviointilomake	44
LIITE 2. Frat-arvioinnin käyttöohjeet.....	46
LIITE 3. Toimintaohjeet henkilökunnalle	47
LIITE 4. Haastatteluteemat	48
LIITE 5. Sähköinen kysely	49
LIITE 6. Litteroidut haastattelut	54

TIIVISTELMÄ

Lehtinen, Anu; Manninen, Helena & Metsävuori, Pauliina. Frat-arvioinnin käyttöönotto kaatumisten ennaltaehkäisemiseksi Varkauden sairaalan sisätauti-kirurgisella osastolla. Diak, Pieksämäki, syksy 2016, 58 s., 6 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

Kaatumisten ehkäiseminen nousi toimeksiantajan halusta parantaa potilasturvallisuutta sekä vähentää potilaiden kaatumisia osastolla. Kaatumiset tai putoamiset ovat yleisin syy kuolemaan johtavissa tapaturmissa. Ihmisen ikääntyessä riski kaatumiseen lisääntyy huomattavasti. Tilastojen mukaan yli 65-vuotiaista joka kolmas kaatuu kerran vuodessa ja joka seitsemäs kaatuu useamman kerran vuodessa. Lyhyt FRAT-arviointimenetelmä on yksi kaatumisvaaran arviointiin käytettävistä mittareista sairaaloissa. FRAT muodostuu sanoista Falls Risk Assessment Tool ja sen on kehittänyt alun perin australialainen Peninsula Health Falls Prevention Service. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämä ikääntyvien kaatumisen ehkäisy toimintamalli eli IKINÄ pohjautuu kyseiseen FRAT-mittariin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää FRAT-arviointimenetelmän käyttöä kaatumistapaturmien ennaltaehkäisemiseksi Varkauden sairaalan sisätauti-kirurgisella osastolla. FRAT-arviointi tehtiin yli 70-vuotiaille. Opinnäytetyön tavoitteina oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia FRAT-arvioinnin käytöstä sekä niistä toimenpiteistä, joilla kaatumisia on pyritty ehkäisemään. Lisäksi kartoitettiin kaatumisriskipotilaan pisteiden ja toimenpiteiden kirjaamista hoitotietojärjestelmään. Tavoitteina oli myös tuottaa kehitysehdotuksia, joilla osasto voi tehostaa potilasturvallisuuttaan. Tutkimusmenetelmänä käytettiin sähköistä kyselyä sekä teemahaastattelua. Kyselyyn vastasi neljä henkilöä. Lisäksi haastateltiin kolmea henkilöä.

Tutkimuksessa ilmeni, että FRAT-arviointimittari ei ollut kenellekään entuudestaan tuttu. FRAT-arviointimittarin käyttö koettiin helpoksi käyttää ja se auttoi havaitsemaan kaatumisriskipotilaat. Kaatumista ehkäisevinä toimenpiteinä käytettiin yleisimmin rollaattoria. Lisäksi potilaita kannustettiin avunpyyntiin mm. soittokellon turvin. FRAT-arvioinnista saadut riskipisteet yleensä kirjattiin, mutta potilaalle suunniteltuja yksilöllisiä, kaatumista ehkäiseviä toimenpiteitä kirjattiin sen sijaan vaihtelevasti. Tieto riskipisteistä ei aina kulkenut vuorosta toiseen tai jatkohoitopaikkaan. Kaatumistapahtumasta tehtiin harvoin HaiPro-ilmoitus.

Asiasanat: ennaltaehkäiseminen, FRAT-arviointi, haastattelu, IKINÄ-toimintamalli, ikääntynyt, kaatuminen, kaatumisriski, kysely, potilasturvallisuus

ABSTRACT

Lehtinen Anu, Manninen Helena and Metsävuori Pauliina. Using FRAT-evaluating prevention against falling in the medical-surgical ward of Varkaus hospital. Diak, Pieksämäki, Autumn 2016. 58 pages, 6 attachments. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Health Care. Bachelor of Health Care.

For patient safety the Principal has needs to prevent falling at ward. Falling are main reasons for the accidents leading to death. The risk of falling down increases for the elderly people. According to statistics, as for over 65 year old persons, every third falls down once a year and every seventh person falls down more than once a year. The short FRAT-evaluation is one of the used methods for evaluation of the risk of falling. The word stands for Fall Risk Assessment Tool and it was originally developed by Peninsula Health Falls Prevention Service in Australia. The model method IKINÄ for prevention of falling down of elderly people based on a meter of FRAT has been developed by National Institute for Health and Welfare (THL).

The purpose of the thesis was to describe using FRAT-evaluating prevention against falling in the medical-surgical ward of Varkaus hospital. FRAT-evaluation was carried out for over 70 year old people. The target of the thesis was to describe the experience of healthcare personnel using Frat-evaluation and the arrangements for the prevention of falling down. We also measured the patient for the risk of falling down with documentation on the health care documentation data system. Our target is also to produce suggestions of evolution which can intensify patients safety at the ward. The method of our study was an electrical data survey and theme interview. Four members of the personnel responded to the survey and three members of the personnel were interviewed.

The results showed that FRAT-evaluation indication was not well-know. FRAT-evaluation indices proved to be easy to use and helped recognizing the risk of falling down patients. The commonly used arrangement against falling was a rollator. The patient were encouraged to use alarm and asked help when needed. The risk assessment of FRAT-evaluation recorded mainly but individual arrangements for prevention of falling down were variable. The information of risk assessment did not always reach from one shift to another or another health care place. Falling down incidents were hardly ever reported to the HaiPro reporting system.

Keywords: elderly, evaluation, falling down, Fall Risk Assessment Tool (FRAT-evaluation), interview, *IKINÄ* -model, patient safety, risk of falling, survey

1 NÄKÖKULMIA KAAATUMISRISKIN ENNALTAEHKÄISEMISEKSI

Kaatumiset tai putoamiset olivat vuonna 2014 yleisimpiä tapaturmaisten kuolemien syitä Suomessa. Niistä aiheutuu noin puolet kaikista tapaturmaisista kuolemista. (Suomen virallinen tilasto 2015.) Yli 65-vuotiaista yli kolmas kaatuu ainakin kerran vuodessa ja joka seitsemäs kaatuilee useamman kerran vuodessa (Saarelma 2016). Lonkkamurtumia tapahtuu vuosittain noin 7000, joista suurin osa johtuu kaatumisista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Suomen sairaaloissa hoidetuista aivovammoista 65 % on johtunut kaatumisista tai putoamistapaturmista (Käypä hoito -suositus 2008). Kaatumista tai putoamista voidaan pitää siis vakavana tapaturmana.

Vertailtaessa tapaturmaisista kuolemaan johtavia kaatumisia tai putoamisia, tapahtuu niitä Pohjois-Savossa enemmän verrattuna koko maan arvoon. Vuonna 2014 tapahtui koko maassa 100 000 asukasta kohden 20,9 tapaturmaisiin kaatumisiin ja putoamisiin tapahtuvaa kuolemaa. Pohjois-Savon alueella niitä tapahtui 30,6 kappaletta 100 000 asukasta kohden. Samoin kaatumisiin ja putoamisiin liittyvät hoitajakset vuonna 2014 olivat Pohjois-Savon alueella pidempiä. Määrä oli 149,1 hoitajaksoa 10 000 asukasta kohden. Koko maassa määrä oli 110,8 hoitajaksoa 10 000 asukasta kohden. Kaatumisten ja putoamisten tapaturmatilastot sisältävät myös matalalta putoamiset, esimerkiksi sängystä putoamiset. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2004 aloittama IKINÄ-ohjelma on tarkoitettu ehkäisemään kaatumisia. Tämän ohjelman myötä on kehitetty FRAT (Falls Risk Assessment Tool) eli lyhyt kaatumisvaaran arviointi. Tätä arviointia on suositeltu otettavan käyttöön hoivapalvelulaitoksissa sekä sairaaloissa. (Pajala 2012.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää FRAT-arviointimenetelmän käyttöä kaatumisriskien arvioimiseksi Varkauden sairaalan sisätauti-kirurgisella osastolla. Opinnäytetyömme tavoitteina on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia FRAT-arvioinnin käytöstä sekä niistä toimenpiteistä, joilla kaatumisia on pyritty ehkäisemään. Lisäksi kartoitamme riskipisteiden ja toimenpiteiden kirjaamista hoitotietojärjestelmään.

Opinnäytetyömme tutkimustulosten pohjalta tuotamme kehittämissuhteita, joilla osasto voi tehostaa potilasturvallisuuttaan.

Idea opinnäytetyöhömmä tuli Varkauden sairaalan sisätauti-kirurgiselta osastolta, jolla on tarve ehkäistä ja vähentää kaatumistapahtumia osastollaan. Tutkiessamme kaatumisista tutkimuksia, saimme ajatuksen FRAT-arviointimenetelmän käyttöönotosta, joka on käytössä useassa Pohjois-Savon eri sairaanhoitoyksikössä. Kaatumiset ovat hyvin yleisiä tapaturmia, ja meitä kiinnosti mahdollisuus vaikuttaa niihin ehkäisevästi.

Tutkimuksemme antaa Varkauden sisätauti-kirurgiselle osastolle lisää tietoa kaatumisriskeistä ja auttaa arvioimaan potilaiden kaatumisriskiä sekä tekemään tarkoituksenmukaisia ehkäiseviä toimenpiteitä kaatumisriskissä olevien potilaiden hyväksi. Esimerkiksi Liettuassa tehty Janusonisin tutkimus (2015) osoittaa, että puolet kaatumistapaturmista olisi voitu välttää käyttämällä ennaltaehkäisevää mittaria. Tieteellinen näyttö ennakoimisen tärkeydestä on vahvaa ja voi kannustaa sisätauti-kirurgista osastoa toteuttamaan kaatumisriskin arviointia jatkossakin, jotta tulevaisuudessa päästäisiin näkemään arvioinneista saatava hyöty. Osaston ohella arvioinneista hyötyy tietenkin potilaat. Potilailla on sairaalaan tullessaan jokin sairaus, joten on tärkeää, etteivät he saa sairaalassaoloaikanaan enää ylimääräisiä haittoja. Kun osastolla panostetaan kaatumisten ehkäisyyn ja annetaan tietoa myös potilaille, hyödyttää se potilaita myös heidän kotiutuessaan, jolloin he pystyvät hyödyntämään saamaansa tietoa kotioloissakin.

Tutkimuksemme osoittaa, että osaston henkilökunta on ainakin osittain alkanut pohtimaan potilaiden kaatumisriskejä, ja tutkimus on saanut aikaan keskustelua. Monia ennakoivia toimenpiteitä on opinnäytetyömme myötä otettu osastolla käyttöön. Olimme opinnäytetyön tekemisen ammatillisena haasteena, sillä paneuduimme tärkeään ajankohtaiseen ongelmaan. Opinnäytetyötä tehdessämme pääsimme tekemään tiivistä yhteistyötä osaston kanssa ja olemaan yhtenä motivoivana tahona, kun uutta toimintatapaa otettiin käyttöön.

2 POTILASTURVALLISUUDEN HUOMIOINTI HOITOTYÖSSÄ

2.1 Kansallisia strategioita potilasturvallisuuden edistämiseksi

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hyvää, korkeatasoista ja vaikuttavaa hoitoa. Se pitää sisällään turvallisen, laadukkaan hoidon lisäksi lääkitys- ja laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuuden tarkoituksena on varmistaa paitsi hoidon turvallisuus myös potilaan suojaaminen vahingoittumiselta hoidon aikana. Potilasturvallisuus ja sen kehittyminen on noussut kansainvälisesti erittäin tärkeään ja näkyvään asemaan. Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta Suomessa käynnistettiin vuosina 2006–2009 potilasturvallisuushanke, jonka tavoitteiden pohjalta on luotu suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 29–38.) Potilasturvallisuutta työstämme nimenomaan haittatapahtuman, tässä tapauksessa kaatumisten ennaltaehkäisyn ja potilaan turvallisen ja laadukkaan hoidon näkökulmasta.

Vuonna 2009 julkaistun kansallisen potilasturvallisuusstrategian taustalla on Euroopan unionin linjaukset. EU:ssa terveydenhuollon haittatapahtumat on koettu terveysongelmiksi ja sen myötä Euroopan komission kehotuksesta jäsenvaltiot ovat kehittäneet ja käyttöönottaneet omat kansalliset potilasturvallisuusstrategiansa. Tällä tavalla potilaiden turvallinen hoito halutaan taata joka puolella Eurooppaa. Tehtyjen tutkimusten mukaan monissa maissa hoitovirheitä tapahtuu jopa kymmenessä prosentissa tapauksista, joissa potilas on ollut sairaalahoidossa. (Autti & Keistinen 2013, 141.)

STM:n laatiman kansallisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteena oli ”potilaan osallisuuden ja potilaslähtöisyyden lisääminen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti ja oppimalla sekä vaaratilanteiden raportointi ja näistä tilanteista oppiminen.” Potilasturvallisuuden pitäisi olla suunnitelmallista ja sitä varten pitäisi olla riittävästi voimavaroja. Potilasturvallisuudessa tärkeää on myös riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet ja toiminnan jatkuva kehittäminen. Jotta näihin

päästäisiin, tarvitaan avuksi yhdessä sovittuja tutkimukseen ja kokemukseen perustuvia käytäntöjä. (Autti & Keistinen 2013, 146.)

STM:n laatimat tavoitteet on onnistuttu saavuttamaan monella tavalla. Sen alaiset laitokset ovat aloittaneet potilasturvallisuuden kehittämisen strategian mukaisesti. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on käynnistänyt vuonna 2011 Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelman, jonka tavoitteena on haittatapahtumien ja hoitoon liittyvien kuolemien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. Ohjelman tavoitteena on lisäksi se, että terveydenhuollon ammattilaiset tietävät tarpeeksi potilasturvallisuudesta ja ymmärtävät kuinka se liittyy omaan työhön. Paljon työtä on kuitenkin vielä edessä hyvän potilasturvallisuuden saavuttamiseksi. Valtakunnallisella tasolla esimerkiksi vaaratapahtumien raportointi on puutteellista eikä sattuneita vaaratapahtumia analysoida. (Autti & Keistinen 2013, 148–151.) Opinnäytetyössämme hyödynnämme tuoreita tuloksia ennakoinnin merkityksestä kaatumistapahtumien vähentämisen kannalta

2.2 Kaatumisriskin ennakoimisen merkitys ikääntyneen hoitotyössä

Ikääntyminen on yksilöllistä ja monimuotoista, johon kuuluu erilaisia vaiheita. Ikääntymiseen vaikuttavat monet erilaiset seikat kuten toimintakyky ja sairaudet. (Kivelä 2012, 9–14.) Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa ovat antaneet mm. laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata mahdollisimman toimintakykyinen ja terve ikääntyminen, jota tuetaan laadukkailla ja vaikuttavilla palveluilla. Palveluiden tulee vastata ikääntyneen palvelun tarpeeseen. Suositus pohjautuu olemassa oleviin tutkimusnäyttöihin, joita löytyy mm. riskiryhmien tunnistamisen tueksi, esimerkiksi kaatumisvaarassa olevien henkilöiden tunnistamiseksi. Riskiryhmien tunnistamisen merkittävyyttä lisää se, että toimiessaan se kaventaa ikääntyneiden terveyseroja ja vähentää palvelujen tarvetta. Laatusuositus koskee koko ikääntyvää väestöä, joka käsittää 65-vuotiaista ylöspäin olevat henkilöt. Tämän väestön osuus on reilu miljoona kokonaisväestöstämme. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11, 10–26.) Koska iäkkään väestön osuus tulee kasvamaan huomattavasti, kaatumistapaturmat

nousevat sen myötä merkittäväksi kansanterveydelliseksi haasteeksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

Kaatumisen ehkäisytyössä ennakoinnin merkitys on erityisesti noussut keskiöön. Toimintakyvyn ylläpitäminen on yksi tärkeimpiä iäkkään kaatumisen ehkäisytöitä. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kokonaisvaltaista selviytymistä omassa elinympäristössään. Iäkkään ihmisen selviytyminen itsenäisesti arjestaan perustuu hyvään fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Ikääntyminen tuo usein tullessaan sairauksia. Kaatumisten ehkäisyn näkökulmasta pitkäaikaissairauden hyvästä hoidosta huolehtiminen on olennainen tekijä. Iäkäs keho on osaltaan haurastunut eikä luonnollisesti kestä samalla tavalla kehoon kohdistuvia paineita, kuten kaatumisia, samoin kuin nuorena. Lisäksi iäkkäät toipuvat saamistaan vammoista huomattavasti hitaammin. Olennaista hoitohenkilökunnan toimesta on huolehtia sekä sairauden että toipilasvaiheen aikana iäkkään turvallisesta liikkumisesta, unohtamatta käytettävissä olevan lääkehoidon tarkistamista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.)

Cameron, Gillespie, Robertson, Murray, Hill, Cumming & Kerse (2012) ovat tutkineet ennaltaehkäisevien toimenpiteiden vaikutuksia iäkkäiden ihmisten hoidossa hoitolaitoksissa ja sairaaloissa. Kaatumiset hoitolaitoksissa ja sairaaloissa ovat yleisiä ja ne aiheuttavat huomattavia haittoja sekä kuolleisuutta iäkkäille ihmisille. Tutkimus osoittaa, että moninkertaisesti riskitekijöihin kohdennetut toimenpiteet voivat olla tehokkaita kaatumisten määrän vähentämisessä sairaaloissa. Kuntoutusosastoilla fysioterapian lisääminen vähensi kaatumisia.

Opinnäytetyössämme ikääntyvällä tarkoitamme yli 70-vuotiaita ihmisiä. Rajauksemme perustuu yhtenäiseen käytäntöön Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin (KYS, Kysteri) kanssa, jossa FRAT-arviointi tehdään jokaiselle yli 70-vuotiaalle osastohoitoon tulevalle potilaalle (Kuopion yliopistollinen sairaala, i.a).

2.3 Kaatumisten ennakoinnin merkitys aiempien tutkimustulosten valossa

Kaatumisia voidaan tehokkaimmin estää tunnistamalla niiden riskitekijät. Riskitekijöitä on niin sisäisiä kuin ulkoisia. Sisäisiin riskitekijöihin lukeutuu ihmisen ominaisuudet, esimerkiksi sairaudet ja liikkumiskyky. Ulkoisiin riskitekijöihin puolestaan ihmisestä itsestään riippumattomat, fyysisen ympäristön tuomat puitteet. Kaatumistapaturmiin altistavia tekijöitä ovat mm. lihasvoiman ja tasapainon heikkeneminen ja reaktionopeuden hidastuminen, sairaudet ja niiden lääkinnällinen hoito sekä alkoholin käyttö. Epävarmuus ja pelko kaatumisesta lisäävät osaltaan riskiä, koska pelko voi johtaa aktiivisuuden vähenemisen kautta toiminta- ja liikuntakyvyn heikkenemiseen. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 204–205.) Työssämme keskitymme kaatumistapahtumien ehkäisyyn sairaalaympäristössä, jolloin olennaista on huomioida myös terveydentilassa tapahtunut muutos.

Ennakoimalla saadaan poistettua tai vähennettyä kaatumisia aiheuttavia tekijöitä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014) on koonnut tehokkaita kaatumisen ehkäisytöitä, joihin kuuluu tasapainokyvyn ja lihaskunnan harjoittaminen, liikkumis- ja toimintakyvyn harjoittaminen, hyvän terveydentilan ylläpitäminen ja sairauksien hyvä hoito. Myös sopiva ja riittävä ravinto sekä riittävä nesteiden nauttiminen on tärkeää sekä tietenkin sopiva lääkehoito ja lääkehoidon säännöllinen seuranta. Mahdollisimman hyvästä näkökyvystä ja kuulosta huolehtiminen sekä tarvittavien turva- ja apuvälineiden käyttö kuuluvat myös ehkäisytöihin. Ympäristöön liittyvät vaaranpaikat täytyy myös poistaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Joanna Briggs Instituutti (2010) on julkaissut hoitosuosituksen iäkkäiden aikuispotilaiden kaatumistapahtumien vähentämiseksi. Suositus esittää parhaan saatavilla olevan tutkimusnäytön sellaisten kaatumisten ehkäisytöiden tehokkuudesta, joilla voitaisiin vähentää iäkkäiden potilaiden kaatumisia sairaaloissa. Suosituksessa suositellaan moniammatillista kaatumisten ehkäisyohjelmaa, johon kuuluu kaatumisen riskitekijöiden arviointi, kaatumisriskistä varoittava kortti, liikuntaohjelma, opetusohjelma sekä lonkkasuojuksen käyttö. Lisäksi suositellaan koulutusohjelmopakettia, joka sisältää tietoa kaatumisen riskitekijöistä ja ehkäisevistä

toimenpiteistä. Potilaan neuvonta on tärkeää ja siksi asiat käydään potilaan kanssa yhdessä läpi. Suositus korostaa yksilöllistä kaatumisvaaran arviointia ja yksilöllisesti räätälöityjä toimintoja kaatumisten ehkäisemiseksi. (Joanna Briggs Institute 2010.)

Ikääntyneen hoitotyössä jatkuvuuden merkitys on suuri. Tämä mahdollistuu huomioimalla potilaan sekä omaisten tarvitsema tiedonsaanti ja ohjaus hoidon kannalta. Parhaimmillaan toteutuessaan potilasohjaus edistää terveyttä ja toimii voimaannuttavasti. Potilaan ymmärrys omaa sairauttaan kohtaan lisääntyy ja ohjauksen kautta potilas oppii itsensä hoitamisen taitoja. Potilasohjausta annettaessa ikääntyneelle on erityisesti huomioitava potilaan kyky vastaanottaa tietoa. Hoidon jatkuvuuden kannalta olennaista on tiedon siirtyminen kotiutusvaiheessa joko omaisille tai muulle tukitaholle. (Hiltunen 2015, 20, 23.)

Varkauden sisätauti-kirurgisen osaston hoitotyön tavoitteena on

edistää potilaan terveyttä ja toipumista hoitajakson aikana sekä tukea potilaan voimavaroja ja toimintakykyä hänen elämäntilanteessaan kuntoutumista edistävien keinoin (Varkauden kaupunki 2015).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tukea osaston laatiman tavoitteen toteutumista.

Kaatumisten onnistuneeseen ehkäisyyn tarvitaan tiedon lisäksi uudenlaista asennetta. Vaikka kaatumisten ehkäisyn mahdollisuuksista on olemassa tutkittua, vahvaa näyttöä, elää iäkkäiden, heidän omaistensa ja ammattilaisten keskuudessa yhä vahvana ajatus siitä, että kaatumiset kuuluvat luonnollisena osana ikääntymiseen. Tärkeää onkin motivoida sekä iäkäs itse, että omaiset, sekä hoitava henkilökunta mukaan toteutukseen. (Pajala 2015, 6–7.)

Jämsen ym. (2015) käsittelevät iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn heikkenemistä heidän joutuessaan syystä tai toisesta sairaalahoitoon. Kun potilas tulee sairaalaan, olisi tärkeää selvittää hänen sairaalahoitoa edeltävä toimintakykynsä. Sairaalahoidon tavoitteena on sairauden hoito, mutta myös toimintakyvyn palauttaminen aiemmalle tasolle on tärkeää. Toimintakyvyn heikentyessä on tärkeää tunnistaa siihen johtaneet syyt, kuten aiemmin diagnosoimattomat tilat, esim. masennus, vajaaravitsemus tai hairaus-raihnausoireyhtymä. Tarpeetonta vuodelepoa on vältettävä ja potilasta on ohjattava ja kannustettava itsenäisesti niihin päivittäistoimintoihin, joihin hän on ennen

sairaalahoitoakin pystynyt. Sairaalahoitoon joutuneista iäkkäistä potilaista noin kolmanneksen toimintakyky ei palaa sairaalahoitoa edeltävälle tasolle, vaikka akuutti sairaus olisi hoidettu onnistuneesti. Näistä potilaista yli kolmannes menehtyy sairaalahoitoa seuraavan vuoden aikana. Lisäksi useimmat potilaat joutuvat uudelleen sairaalaan kotiutumista seuraavan vuoden aikana. Suurin riski joutua uudelleen sairaalahoitoon on potilailla, joiden toiminnan vajeen kehittymistä ei ole huomattu. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015.)

Iäkkäiden sairastuneiden potilaiden hoitaminen vaatii aktiivista, kokonaisvaltaista ja kuntouttavaa työtettä koko hoitohenkilökunnalta. Tarpeetonta sairaalahoitoa on syytä välttää ja akuutti sairaus on todettava ja hoidettava mahdollisimman nopeasti. Potilaan toimintakykyä ja erityisesti liikuntakykyä on ylläpidettävä sairaalahoidon aikana. Riskitekijöitä toimintakyvyn heikentymiselle ovat aiemmat toiminnan vajeet, palvelutalossa asuminen, vajaaravitseminen, syöpäsairaus, muistisairaus, monisairastavuus ja monilääkitys (yli 8 lääkettä) sekä aiemmat kaatumiset. On yleistä, että potilaan muut sairaudet vaikeutuvat hoidon aikana, esim. infektio voi laukaista sydämen vajaatoiminnan pahenemisen. Sairastuminen voi aiheuttaa myös masennusoireita. Monien potilaiden toimintakyky on heikentynyt hiljalleen pidemmän ajan kuluessa, mutta se saatetaan havaita vasta akuutin sairauden yhteydessä. (Jämsen ym. 2015.)

2.4 FRAT-arviointi ja IKINÄ-toimintamalli

Kaatumisvaaran arvioinnin tarkoituksena on tunnistaa iäkkään alttius kaatumisille sekä kartoittaa vaaratekijät, jotka sitä lisäävät. Lyhyt FRAT-arviointimenetelmä on yksi kaatumisvaaran arviointiin käytettävistä mittareista sairaaloissa. FRAT muodostuu sanoista Falls Risk Assessment Tool ja sen on kääntänyt suomeksi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL. FRAT-mittari on THL:n hallinnoima. Potilaan kaatumisvaara on suuri tämän joutuessa sairaalahoitoon, koska usein potilaan tila on heikentynyt tai sekava akuutin sairauden vuoksi. Siksi toimet iäkkään potilaan kaatumisten ehkäisemiseksi on aloitettava välittömästi. FRAT-arviointilomakkeella selvitetään iäkkään potilaan kaatumishistoria, lääkitys, henkinen tila sekä kognitio/muisti. (Pajala 2012, 147.) Kaatumisvaaran arviointitulokset ja suunnitellut toimenpiteet kaatumisen

ehkäisyksi on aina kirjattava ylös sähköiseen potilastietojärjestelmään. FRAT-arviointi pyritään tekemään aina vaikka sairaalajaksot olisivatkin lyhyitä. (Pajala 2012, 106, 125–126.) THL:n esittämien ehdotuksien sekä Pajalan (2012) ”Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy”-oppaan pohjalta olemme tehneet Varkauden sisätauti-kirurgiselle osastolle listauksen toimenpide-ehdotuksista, joita voi hyödyntää, kun potilaan kaatumisvaara on arvioitu (LIITE 3).

FRAT-mittari on käytössä jo useissa Suomen sairaanhoitopiireissä. Kuopion yliopistollinen sairaala on ollut mukana Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto-hankkeessa, jonka myötä kaatumisten ehkäiseminen on siellä alkanut. FRAT-mittari otettiin pilottikäyttöön jo vuonna 2010. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä on perustettu vuonna 2012 AKE eli Alueellinen kaatumisten ehkäisyverkosto. Verkostoon kuuluu 27 jäsentä (3/2016) ja sen tavoitteena on vähentää kaatumisia sekä yhtenäistää käytäntöjä ja ohjeita Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja sen erityisvastuualueella. AKE toimii Hoitotyön tutkimussäätiön Hoitotyön näyttöön perustuvien käytäntöjen levittäminen-hankkeessa. AKE on julkaissut vuonna 2013 tarkistuslistan kaatumisriskin tunnistamiseen ja yksilölliset toimenpiteet korkeassa kaatumisvaarassa oleville. (Tervo-Heikkinen & Siltanen 2015, 13.) HUS otti mittarin käyttöön vuonna 2012 pilotoimalla sitä ensin monilla osastoilla ja mittari on osoittautunut siellä nopeaksi ja helpoksi tavaksi arvioida kaatumisriskiä. HUS:n työryhmä korostaa, että kaatumisten ehkäisyssä tarvitaan koko henkilökunnan panostamista asiaan. (Heiskanen-Haarala 2014, 36.)

Pajala (2012) on kirjoittanut IKINÄ-oppaan iäkkäiden kaatumisten ehkäisemisestä. Oppaassa käsitellään monipuolisesti kaatumisiin vaikuttavia osatekijöitä ja se sisältää tietoa ja käytännön työvälineitä iäkkäiden kaatumisten ehkäisyn toteuttamiseksi sekä käytäntöjen käyttöönottamiseksi. Opas perustuu uusimpaan tutkimustietoon ja kliinisessä käytännössä testattuihin hyviin toimintatapoihin. (Pajala 2012, 3.) Oppaasta on hyötyä opinnäytetyössämme. Varkauden sisätauti-kirurgisella osastolla voidaan hyödyntää IKINÄ-mallia, joka kuvaa kaatumisten ehkäisyn toimintapolun siitä alkaen, kun potilas saapuu osastolle. Malli soveltuu millaiseen toimintaympäristöön tahansa. (Pajala 2012, 15.) Oppaan sisällöstä hyödynnämme erityisesti kaatumisriskin arviointiin käytettävää FRAT-mittaria, joka on kehitetty sairaalaympäristöön (Pajala 2012, 106). Kyseisen mittarin on vuonna 1999 kehittänyt australialainen Peninsula Health Fall

Prevention Service -organisaatio (Victoria state government i.a). IKINÄ-malli pohjautuu kyseiseen FRAT-mittariin.

lääkäiden ihmisten kaatumisvaaraa arvioitaessa ja toimenpiteitä suunniteltaessa, toimii IKINÄ-toimintamalli hyvänä viitekehyksenä. Mallin mukaan potilaalta selvitetään onko hän kaatunut viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kun tähän on saatu vastaus, lähdetään jatkoselvittämään hänen riskiään kaatumiselle yksilöllisin lisäkysymyksin. Kaatumisvaara saadaan arvioitua, kun selvitetään kaatumisalttiutta lisäävät tekijät ja todennäköisyys niihin kunkin potilaan kohdalla yksilöllisesti. Arvioinnin perusteella tehdään jokaiselle potilaalle suunnitelma toimenpiteistä kaatumisille altistavien vaaratekijöiden poistamiseksi. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

2.5 Vaaratapahtumien raportointi

Potilasturvallisuuden näkökulmasta vaaratapahtumien raportoinnilla on tärkeä tehtävä. Terveysturvallisuudessa tapahtuu paljon vaaratapahtumia, jotka olisivat ehkäistävissä. Edellytyksenä ehkäisemiselle on ottaa tapahtumista opiksi. Vaaratapahtumista oppiminen johtaa parhaillaan yhteiseen pohdintaan työyhteisössä, kun mietitään miksi vaaratapahtuma syntyi ja kuinka se jatkossa voitaisiin ennaltaehkäistä. Vaaratapahtumien raportointi on tärkeä osa potilasturvallisuutta, mutta se ei yksinään riitä, vaan raportoinnin lisäksi on oltava myös palautejärjestelmä, jotta ilmoituksista saatua tietoa saadaan hyödynnettyä. Monesti työyhteisöissä tapahtunutta vaaratapahtumaa ei käsitellä henkilökunnan eikä potilaan kannalta. Tällöin sattuneen virheen syyt jäävät selvittämättä ja sama virhe pääsee toistumaan jatkossa uudelleen. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 257–258.)

Raportoimalla vaaratapahtumista tavoitellaan parempaa potilasturvallisuutta kehittämällä toimintaa. Kun virheitä sattuu, on toiminnassa tällöin puutteita. Jotta vaaratapahtumia saadaan vähennettyä, täytyy huomio kiinnittää näiden puutteiden korjaamiseen. Syyllistäminen ja salailu virheen sattuessa ei johda mihinkään. Raportoimalla vaaratapahtumista saadaan apua vaaratilanteiden tunnistukseen, tavoitteellisiin suunnitelmiin sekä työtapojen kehittämiseen. Jokaisen työntekijän tulisi

osata käyttää vaaratapahtumien raportointijärjestelmää ja olla tietoinen siitä, kuka tietoja käyttää ja mihin tarkoitukseen. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 258–259.)

Varkauden sisätauti-kirurgisella osastolla käytetään HaiPro vaaratapahtumien raportointijärjestelmää. Lyhenne tulee sanoista ”haittatapahtumien raportointiprosessin kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa”. Nykyään puhutaan vaaratapahtumista haittatapahtumien sijaan ja ne käsittävät sekä haittatapahtumat että läheltä piti-tilanteet. Ruuhilehto (2011) on tutkinut HaiPron käyttöä ja järjestelmä on käytössä lähes kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä. Tutkimuksen mukaan tapaturmien ja tiedonvälityksen puutteiden osuus oli noin neljäsosa kaikista ilmoitetuista tapahtumista. Yleensä potilaalle ei ollut aiheutunut haittaa. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 260.)

Vaaratapahtumien raportoinnin vaiheet ovat vaaratilanteiden tunnistus, ilmoituksen teko, ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi, jatkotoimista päättäminen sekä seuranta ja arviointi. Vaaratilanteiden huomaaminen vaatii henkilökunnalta rutiinien tarkastamista. Ilmoitusta tehtäessä on oltava yhteiset säännöt, jotta tulevat kehittämistoimet saadaan kohdennettua oikein. HaiPro-ilmoituksen vastaanottaa yleensä osastonhoitaja tai vastuulääkäri. Kun tapahtunutta analysoidaan, selvitetään miksi tilanteessa toimittiin tietyllä tavalla ja mitkä tekijät vaikuttivat tilanteeseen. Mietitään käytössä olleita toimintatapoja ja käytäntöjä, fyysisiä mekanismeja sekä teknisiä järjestelmiä. Jatkotoimista päätettäessä mietitään kuinka saatua tietoa hyödynnetään ja mahdollista muutosta seurataan. Vaaratapahtumista oppimisen kulmakiviä ovat avoimuus ja luottamuksellinen ilmapiiri, johdon sitoutuminen ja esimiehen tuki, tapahtumien rakentava käsitteleminen sekä tarpeellisten muutosten toteuttaminen. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 260–263.)

FRAT-arvioinnin käyttäminen potilasturvallisuuden lisäämisessä on oleellinen keino henkilökunnalle, koska käytettäessä kaatumisriskin arviointiin lyhyttä FRAT-arviointia, selvitetään potilaan tila kokonaisvaltaisesti edellä avattujen neljän (kaatumishistoria, lääkitys, psyykinen hyvinvointi ja kognitio/muisti) osa-alueen mukaisesti.

3 LYHYT KAAATUMISVAARAN ARVIOINTI FRAT-ARVIOINTIMITTARILLA

FRAT-arviointimittarilla tehdään lyhyt kaatumisvaaran arviointi. Arviointi on neljäosainen ja niiden avulla selvitetään potilaan kaatumishistoriaa, lääkitystä, psyykkistä hyvinvointia sekä kognitiota ja muistia. (LIITE 1.) Näitä asioita voi kysyä potilaalta itseltään, mikäli hän on kykeneväinen itse vastaamaan tai monet tiedoista voi saada myös potilastietojen perusteella tai vaikka läheisten kanssa keskustelemalla.

3.1 Kaatumishistoria

Potilaan saapuessa osastolle häneltä kysytään, onko hän kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana. Iäkäs ihminen ei välttämättä halua tai muista omatoimisesti kertoa kaatumisestaan, joten on tärkeää kysyä siitä suoraan. Riskipisteitä potilas saa kahdesta kahdeksaan sen mukaan, onko hän kaatunut kerran vai useampia kertoja ja onko kaatumisesta aikaa alle kolme kuukautta vai enemmän. Vaikka kaatumista ei olisi tapahtunut, pisteitä saa silti kaksi ja potilaalle annetaan ohjeita ja neuvoja kuinka ehkäistä itse kaatumisia. Tärkeimpiä ohjeita ovat säännöllinen liikunta ja terveelliset elämäntavat. (Pajala 2012, 17, 147.)

3.2 Lääkitys

Käytössä olevan lääkityksen tarkastamiseen ja päivittämiseen voi apuna käyttää käytössä olevaa sähköistä järjestelmää. Pisteitä lääkityksestä saa yhdestä neljään sen mukaan, minkä verran lääkkeitä on käytössä. Jos potilaalla ei ole yhtään lääkettä käytössään, pisteitä saa silti yhden. Lääkeryhmät, joita arvioinnissa tarkastellaan, ovat rauhoittavat-, mieliala-, Parkinson-, nesteenpoisto-, verenpaine- sekä uni- tai nukahtamislääkkeet. Suomalaisilla iäkkäillä ihmisillä on keskimäärin käytössään kolmesta neljään lääkettä, sisältäen sekä resepti- että käsikauppalääkkeet. Iäkkäiden monilääkitys on yleistä, ja se tarkoittaa viittä tai useampaa samaan aikaan käytössä olevaa reseptiläkettä. Ikääntyessä lääkkeiden vaikutukset ja haitat voimistuvat, koska

elimistössä tapahtuu monia muutoksia, kuten nestepitoisuuden ja rasvakudoksen määrän väheneminen. Iäkkäillä voi olla myös heikentynyt ravitsemustila, toimintakyky ja muistiongelmia. Eniten kaatumisvaaraa lisäävät keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, mielialalääkkeet, sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksiin käytettävät lääkkeet, opioidiset kipulääkkeet sekä epilepsialääkkeet. Kaatumisalttiutta lisäävät lääkkeet, joiden haitta- tai sivuvaikutukset tai yhteisvaikutus toisen lääkkeen kanssa heikentävät vireystilaa, huonontavat lihastoimintaa, tasapaino- ja reaktiokykyä tai koordinaatiota tai aiheuttavat muutoksia verenpaineeseen tai nestetasapainoon. Kaatumisvaaraa lisääviä lääkehoidon vaikutuksia on siis monenlaisia. Lääkkeet voivat aiheuttaa huimausta pystyyn noustessa, heikkoutta, sekavuutta, lihasjäykkyyttä, vapinaa, uneliaisuutta tai väsymystä. Rauhoittavina ja unilääkkeinä käytetyt bentsodiatsepiinit ovat merkittävä kaatumisriskin lisääjä. Iäkkäitä ihmisiä hoidettaessa näitä lääkkeitä käytetään, kun on kyse ahdistuksesta, masennuksesta tai “häiritsevästä käyttäytymisestä”. Aina lääkitykselle ei ole kunnan perustetta. (Pajala 2012, 35–37, 147.)

Keskeisenä kaatumisten ehkäisyn toimenpiteenä iäkkäiden ihmisten lääkitys tulisi tarkastaa säännöllisesti ja aina, kun terveydentilassa tapahtuu muutoksia, uuden lääkkeen käyttö aiotaan aloittaa tai henkilö on kaatunut. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää lääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutuksiin, mahdollisesti tarpeettomiin tai päällekkäisiin lääkkeisiin sekä sopiviin lääkemuotoihin. Lääkehoidon seuranta ei myöskään tule unohtaa. (Pajala 2012, 37.)

3.3 Psyhykinen hyvinvointi

Psyhykinen hyvinvoinnin selvittelyssä kysytään ja kiinnitetään huomiota levottomuuteen, masentuneisuuteen, vaikeuksiin kommunikoida tai tehdä yhteistyötä sekä vaikeuksiin realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä. Pisteitä tästä osiosta voi saada yhdestä neljään sen mukaan onko potilaalla mitään edellä mainituista ja onko oireita vähäisesti, kohtalaisesti vai vaikeasteisesti. Vaikka potilaalla ei olisi näistä mitään, saa hän silti yhden pisteen. Mielialan aleneminen iäkkäillä altistaa myös kaatumisille, joten kaatumisriskiä arvioitaessa tulisi aina arvioida myös mielialaa. Mielialan arviointiin iäkkäillä henkilöillä voidaan käyttää esim. GDS-testiä. On tärkeää ymmärtää, ettei alakuloisuus ja ahdistus kuulu normaaliin

ikäntymiseen vaan ne voivat olla oireita masennuksesta. Ikääntyneellä masennuksen oireita voivat olla myös erilaiset kivut, ruuansulatusvaivat, pelot sairauksista, muistihäiriöt, väsymys ja levottomuus. Päivärytmi voi myös olla häiriintynyt. Tunnistettaessa ikääntyneen masennus ja aloitettaessa siihen lääkehoito, on oltava tarkkana, sillä monet masennukseen ja ahdistukseen käytettävät lääkkeet altistavat myös kaatumisille. Lääkehoidon seuranta ja arviointi on siis erityisen tärkeää. (Pajala 2012, 101, 147, 180–181.)

3.4 Kognitio ja muisti

Viimeinen kohta liittyy kognitioon/muistiin ja siinä potilaalta kysytään, onko hänellä muistivaikeuksia ja jos on niin ovatko ne vähäisiä vai kohtalaisia. Pisteitä tästä kohdasta tulee yhdestä neljään ja yhden pisteen saa, vaikka muistivaikeuksia ei olisikaan. Eniten pisteitä saa, jos potilaalla on etenevä muistisairaus. Apuna voidaan käyttää MMSE-muistitestiä, joka voidaan tehdä osastolla tai se on voitu tehdä jo aiemmin. Muistisairaus lisää kaatumisriskiä, koska sairauden oireet eli muistamattomuus, vireystilan vaihtelu, sekavuus ja sairauteen käytettävät lääkkeet lisäävät riskiä. Lieväkin muistisairaus heikentää tasapainokykyä, motoriikkaa, reaktiokykyä ja voi aiheuttaa myös kävelyvaikeuksia. Toiset muistisairaudet kasvattavat kaatumisriskiä enemmän kuin toiset. Suurin kaatumisvaara on Lewyn kappale-tautia ja Parkinsonin tautia sairastavilla. Muistisairaudelle on tyypillistä levottomuuden lisääntyminen iltaisin ja öisin, jolloin ihmiselle tulee tarve lähteä liikkeelle. Normaali vuorokausirytmii voi olla sekaisin ja muistisairaana on myös vaikeaa orientoitua uuteen paikkaan. Tämä tulee huomioida iäkkään muistisairaana joutuessa osastohoitoon, koska hän ei välttämättä muista missä on ja hän lähtee vaeltelemaan. Vaeltelu lisää kaatumisriskiä, koska muistisairas ei hahmota ympäristöään eikä tunnista ympäristön vaaranpaikkoja. (Pajala 2012, 67–69, 147.)

4 KAAATUMISTAPATURMAT TUTKIMUSTEN MUKAAN

Kaatumistapaturmiin liittyen on tehty paljon tutkimuksia (esim. Nurmi 2000 ja Vaapio 2009) ja selvityksiä eri näkökulmista. Lisäksi on tehty erilaisia oppaita hoitohenkilökunnan käyttöön (esim. Pajala 2012). Esittelemme tässä joitakin erilaisista näkökulmista ja erilaisiin ympäristöihin tehtyjä tutkimuksia sekä yhden oppaan, jota hyödynnetään joiltakin osin myös Varkauden sisätauti-kirurgisella osastolla.

Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi -toimintamalli on kehitetty Hoitotyön Tutkimussäätiössä yhtenäistämään hoitotyön käytäntöjä sekä hoitosuositusten käyttöönottoa hoitoa antavissa yksiköissä. Toimintamallin pilotointi on tehty vuonna 2011–2012 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa kolmella osastolla, ja sen avulla on tarkoitus myöhemmin ottaa käyttöön potilaiden kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus. Pilotoinnissa on ollut tavoitteena luoda toimintamalli siitä, miten potilaan kaatumisriski arvioidaan ja miten kaatumistapaturmia voitaisiin ehkäistä sairaalan osastoilla. (Vanhatalo 2011, 7.) Haastateltujen avainhenkilöiden mielestä Kaatumisten ehkäisy-suositus -malli oli käyttökelpoinen. Tutkimuksen tuloksena kävi ilmi, että haastateltavien mielestä osastoilla tulisi huomioida fyysiset olosuhteet, apuvälineet, henkilöstömitoitukset ja johdon rooli, kun kaatumisia ehkäisevää strategiaa tehdään. (Vanhatalo 2011, 2.)

Nurmen (2000) väitöskirjassa on tutkittu yli 60-vuotiaiden laitoshoidossa olleiden potilaiden kaatumisiin yhteydessä olevia tekijöitä ja näiden henkilöiden selviytymistä. Myös kaatumisten taloudellista merkitystä on tutkittu. Tuloksia on ollut tarkoitus käyttää kaatumisten suunnitelmallisen ehkäisyn käynnistämiseen laitoksissa. Tutkimuksen tavoitteina oli analysoida liikuntakykyisten potilaiden kaatumisten ilmaantuvuutta, kaatumisiin liittyviä ulkoisia tekijöitä, kaatumisten sisäisiä vaaratekijöitä, kaatumisvammoja ja niiden kustannuksia, kaatuneiden potilaiden selviytymistä kaatumisesta sekä kuoleman vaaratekijöitä. Tutkimuksessa luotiin kaatumisten ennustemalli, jonka käyttämisellä riskipotilaat tunnistettaisiin helposti. Tuloksista käy ilmi, että laitoksissa tulisi ehkäistä potilaiden ja asukkaiden osteoporoosia, henkilökunta tulisi jakaa tasaisemmin eri työvuoroihin lisäämällä

työntekijöitä myös yövuoroon ja tarvittaessa hoitolaitoksiin tulee lisätä henkilökuntaa. Kaatumiset tulisi rekisteröidä ja analysoida hoitolaitoksissa systemaattisesti, jotta laitoksissa tiedettäisiin, minkälaisissa olosuhteissa kaatumisia sattuu ja kuinka paljon ne aiheuttavat vammoja ja kustannuksia. (Nurmi 2000, 8–9.)

Vaapio (2009, 11) on väitöskirjassaan tutkinut iäkkäiden kaatumisten ehkäisyn vaikutuksia elämänlaatuun. Tutkimus oli neljäosainen. Ensimmäisessä osatutkimuksessa selvitettiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella elämänlaatua kaatumisten ehkäisy tutkimusten vaikuttavuuden mittarina. Toisessa osatutkimuksessa kuvattiin iäkkäiden elämänlaadun sosiaalista ulottuvuutta. Kolmannessa ja neljännessä osatutkimuksessa arvioitiin kaatumisten ehkäisyn vaikutuksia osallistuneiden elämänlaatuun. (Vaapio 2009, 64.) Katsauksen tulosten perusteella ei voida sanoa, millä tavoin kaatumisten ilmaantuvuus on yhteydessä elämänlaatuun. Haastattelemalla iäkkäitä pystyttiin monipuolisesti kuvaamaan haastateltavien kokemuksia elämänlaadun sosiaalisesta ulottuvuudesta. Kaatumisten ehkäisyllä oli suotuisia vaikutuksia ohjelmaan osallistuneiden kotona asuvien iäkkäiden elämänlaatuun joillakin fyysisillä ja psykososiaalisilla ulottuvuuksilla. (Vaapio 2009, 75.)

Turusen ym. (2015) julkaisemassa tutkimuksessa käsitellään sairaanhoitajan näkökulmaa potilasturvallisuuskulttuurista erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan rooli potilasturvallisuuden arvioimisessa on merkittävä. Sairaanhoitajien näkökulmasta erityisesti potilasturvallisuutta vaarantavina tekijöinä koettiin työvuoroihin liittyvät muutokset, vaaratapahtumien purkuun liittyvä palaute ja kommunikaatio sekä sairaalan johdon antama tuki. Tutkimus osoitti potilasturvallisuuskulttuurin kehittyneen myönteiseen suuntaan kolmen vuoden aikana, mutta edelleen sekä potilasturvallisuuskulttuuriin että sen vahvistamiseen tulevaisuudessa täytyy panostaa. Erityisesti tutkimus toi esiin vaaratapahtumiin liittyvän järjestelmällisen tiedonvälityksen sekä palautteen käsittelyyn liittyvän kehittämisen tarpeen ja johtotason tietoisien vastuunkannon kehittämisen tarpeen potilasturvallisuuden johtamisessa. (Turunen ym. 2015, 150–154.)

Janusonis (2015) Liettuassa tekemän tutkimuksen tarkoituksena on analysoida potilaiden kaatumisten pitkäaikaisia vaikutuksia sairaalassa, arvioida riskitekijöitä ja seurauksia sekä ennaltaehkäisyn mahdollisuuksia. Tutkimuksessa on ollut mukana 147

potilasta, jotka ovat kokeneet kaatumistapaturman. Tutkimus osoittaa, että puolet kaatumistapaturmista olisi voitu välttää käyttämällä ennaltaehkäisevää mittaria. Suurin syy kaatumisiin oli potilaiden sairaudesta johtuva huimaus ja tasapainohäiriöt, sekä välillisesti vaikuttamassa olivat potilaiden yksilölliset piirteet. Enemmistö kaatuneista potilaista oli saanut aivoverenkierron häiriön. (Janusonis 2015.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää FRAT-arviointimenetelmän käyttöä kaatumisriskien arvioimiseksi Varkauden sairaalan sisätauti-kirurgisella osastolla. Opinnäytetyömme tavoitteina on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia FRAT-arvioinnin käytöstä sekä niistä toimenpiteistä, joilla kaatumisia on pyritty ehkäisemään. Lisäksi kartoitamme riskipisteiden ja toimenpiteiden kirjaamista hoitotietojärjestelmään. Tavoitteenamme on myös tuottaa kehitysehdotuksia, joilla osasto voi tehostaa potilasturvallisuuttaan.

Tutkimuskysymykset/teemat

1. Millaisia kokemuksia henkilökunnalla on Frat-arviointimittarin käytöstä?
2. Mitä toimenpiteitä käytetään FRAT-arvioinnin myötä kohonneen kaatumisriskipotilaan hoitotyössä?
3. Miten FRAT-arvioinnin kirjaaminen toteutuu hoitotietojärjestelmään?

Tutkimuksemme koostuu sekä kyselystä että haastattelusta, jotka molemmat ovat teemoitettu niin, että saamme vastaukset asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Teemoina ovat henkilökunnan käyttökokemukset, toimenpiteet kaatumisriskin ehkäisyyn sekä arvioinnin tuottamien pisteiden ja toimenpiteiden kirjaaminen hoitotietojärjestelmään.

Toiminnan kehittäminen on iso muutos työyksikössä ja se edellyttää halua jalostaa tai jopa hylätä tutuksi tulleet tavat. Uuden toimintatavan tuominen työyksikköön ja siihen motivoiminen vaatii koko organisaation tuen ja panostuksen. Yhteinen tahtotila auttaa muutoksen läpiviemiseen työyhteisössä. Opinnäytetyömme kautta saimme mahdollisuuden kehittää potilasturvallisuutta yhteistyöosastollamme. Kaatumisten ennakoinnin kautta pyrimme tavoitteeseemme. Potilasturvallisuus osana hoidon laatua on meille tuleville sairaanhoitajille merkityksellinen hoidon laatukriteeri. Ammatillinen kasvu ja kehittyminen jatkuvat koko työuran. Tulevina sairaanhoitajina meillä pitää olla valmius ja halu perehtyä ajankohtaisiin ilmiöihin ja alan tutkimuksiin. Opinnäytetyömme kautta saamme valmiudet luotettavaan tiedonhankintaan ja kriittiseen tiedon analysointiin.

6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTO

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksemme kohteena on Varkauden sisätauti-kirurgisen osaston hoitohenkilökunta. Sairaanhoitajia sisätauti-kirurgisella osastolla työskentelee 19 (Pursiainen 2016). Hoitohenkilökunta arvioi osastolle saapuvien yli 70-vuotiaiden potilaiden kaatumisriskiä sekä suunnittelee ja toteuttaa arvioinnin pohjalta tarvittavat toimenpiteet. Ikäryhmä valikoitui Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin suosituksen mukaisesti, jonka toiveena on yhdenmukaisuus FRAT-arvioinnin käytössä.

Alueellisen kaatumisen ehkäisyjärjestö AKE:n mukaan ihannetilanteessa kaatumisriskin arvio tulisi tehdä kaikille iästä riippumatta. Tehtyjen tutkimusten perusteella Tervo-Heikkinen painottaa kaatumisriskin kohoavan erityisesti yli 65-vuotiailla. Esimerkiksi hän nostaa THL:n rajauksen, jonka mukaan iäkkäiden tapaturmista 80 % on kaatumisia, liukastumisia tai putoamisia. Kaatuminen on myös tavallisin tapaturmaisen kuoleman syy yli 65-vuotiailla. Käytännön rajaus, miksi FRAT- arviointi pyritään Kuopiossa tekemään kaikille yli 70-vuotiaille, on perustunut lähinnä resurssitekijöihin. Työohje riskin kartoitukseen on kuitenkin jätetty väljäksi, koska kaatumisriski ei perustu kronologiseen ikään. (Tervo-Heikkinen 2016.)

Kuopiossa käytetyn työohjeen mukaan arviointi tulisi tehdä lisäksi heille, joiden liikkuminen (iästä huolimatta) on epävarmaa tai potilas on sekava tai hänellä on kaatumisriskiä lisäävä sairaus. Arviointi tehdään myös silloin, jos potilaalla on kaatumisvaaraa lisäävä lääkitys tai hän tulee osastohoitoon kaatumisen vuoksi. Kaatumisvaaran arviointi tehdään aina uudelleen, kun potilaan tilassa tai lääkityksessä tapahtuu oleellisia muutoksia tai hän kaatuu osastohoidon aikana. (Tervo-Heikkinen 2016.) Omassa tutkimuksessamme selkeiden rajausten tarkoituksena on mahdollistaa henkilökunnalle vaivaton käytännön toteutus.

FRAT-arviointimittarin käyttöön oli tarkoitus osallistua kaikkien osastolla työskentelevien sairaanhoitajien eli 19 henkilöä. Näin ei kuitenkaan tapahtunut, sillä arviointimittaria käytti vain kahdeksan henkilöä. Tämän vuoksi päätimme sähköisen

kyselyn lisäksi myös haastatella kolmea sairaanhoitajaa, jotta saisimme kattavamman tutkimusaineiston. Haastateltavat sairaanhoitajat oli ennakoidusti valittu osastonhoitajan toimesta.

6.2 Kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä

Aluksi tarkoituksemme oli tehdä kvantitatiivinen tutkimus kyselyn avulla. Osastolla FRAT-arviointeja oli kuitenkin tehnyt alle puolet hoitohenkilökunnasta ja tutkimusaineisto uhkasi jäädä hyvin suppeaksi. Tästä syystä päädyimme käyttämään myös teemahaastattelua saadaksemme lisää tietoa ja sisältöä tutkimukseemme kyselyn lisäksi.

Sähköinen kysely lähetettiin sähköpostitse 11.5.2016 ja vastausaikaa oli 24.5.2016 asti (LIITE 5). Kyselylomakkeen täyttämistä muistutettiin kaksi kertaa ennen vastausajan päättymistä, koska vastauksia näytti tulevan varsin vähän. Muistutuksista huolimatta vastausprosentti jäi 50 %:iin eli neljään henkilöön, joka ei vastaa kvantitatiivisen tutkimuksen viitekehystä.

Kysely- eli survey-tutkimukseen kuuluu tiedon kerääminen standardoidussa muodossa tietyltä kohderyhmältä, ja aineisto kerätään strukturoidussa muodossa käyttäen sähköistä kyselylomaketta (Hirsjärvi ym. 2007, 130–136). Käytimme tätä menetelmää, koska se mahdollisti kyselylomakkeen täyttämisen silloin kun siihen on parhaiten aikaa. Lomakkeessa käytettiin valmiita vastausvaihtoehtoja, mutta siinä oli myös kaksi avointa kysymystä.

Kyselyn lisäksi käytimme tutkimuksessamme teemahaastattelua, jonka suoritimme henkilökohtaisesti jokaisen haastateltavan kanssa (LIITE 4). Suoria kysymyksiä ei ole vaan haastattelu noudattaa tiettyjä ennalta sovittuja teemoja. Haastattelu etenee keskustelemalla ja haastattelijalla on käytössään tutkimukseen liittyvät aihepiirit. Kysymysten järjestys voi vaihdella. Haastattelijalla voi tarvittaessa kysyä lisäkysymyksiä ja tarkentaa siten haastateltavan vastausta. Haastattelu on erinomainen keino kartoittaa vastaajan omia empiirisiä kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimuksemme kolme teemaa olivat arviointimittarin

käyttökokemus, toimenpiteet kaatumisten ehkäisemiseksi ja kirjaaminen, jotka olivat kehyksinä molemmissa menetelmissämme.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuskäytäntöön liittyy useita eri aspekteja, kuten suostumus, perehtyneisyys, luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Suostumuksella tarkoitetaan tutkittavan suostumuksen antamista tutkimukseen. Perehtyneisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen kulkuun ja tutkittavan ymmärtämykseen perustuvaa näkökantaa. Lisäksi tutkittavalle on kerrottava mahdollisista riskeistä ja eduista tutkimukseen liittyen. Luottamuksellisuus ja anonymiteetti tutkimuksessa tarkoittavat tietojen luotettavuutta sekä aineistojen luottamuksellista käsittelyä. Anonymiteetti on tarvittaessa suojattava, mikäli tutkimuksen aihe on arkaluontoinen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Olimme saaneet suostumuksen toimeksiantajalta, joten pidimme alkuperehdytyksen tutkimusaiheesta tutkittavalle eli Varkauden sisätauti-kirurgisen osaston henkilökunnalle. Kerroimme kuinka tutkimuksemme tulee etenemään sekä mitä aiomme tutkia ja miksi. Tutkimme henkilökunnan toimintaa arvioinnin käytössä, joten kerroimme myös käyttämästämme tutkimusmenetelmästä eli sähköisestä kyselystä. Myöhemmin kyselyn lisäksi käytimme haastattelua, koska tutkittavien määrä jäi liian alhaiseksi. Tästä olimme yhteydessä osastoon ja informoimme haastattelumenetelmän käytöstä.

Tutkimusprosessin eettisyys käsittää tutkimusaiheen, tutkimusmenetelmän ja tutkimuksen analyysin sekä raportoinnin. Aihetta pohtiessa tulee perustella miksi tätä nimenomaista aihetta tullaan tutkimaan. Tutkimusmenetelmän eettisyyttä arvioitaessa tulee perustella saadaanko käytettävällä menetelmällä vastaukset tutkimuksen tavoitteisiin. Tutkimuksen analyysi ja raportointi vaatii tutkijalta objektiivisuutta tulosten keräämisessä sekä puolueetonta raportointia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimusmenetelmämme kysely ja haastattelu antoivat vastaukset asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Kysely ja haastattelu tehtiin vain niille, jotka olivat osallistuneet

arviointiin, joten vastaajien henkilöllisyys oli tiedossa. Tutkimusaineiston keruun jälkeen käsitelimme tuloksia täysin anonyymisti, niin ettei vastaajien henkilöllisyys tullut ilmi.

Työmme perustuu työelämälähtöisyyteen ja vallitsevien käytänteiden kehittämiseen, pyrimme rakentavaan kriittisyyteen, joka toimii pohjana kehittämistyölle. Diakin käytänteiden mukaisesti pyrimme läpinäkyvyyteen ja rehellisyyteen kaikissa toimissamme. (Diakonia ammattikorkeakoulu 2010, 11–12.) Tavoitteenamme on työstää korkealaatuinen ja työelämää hyödyntävä opinnäytetyö.

6.4 Aineiston analysointi

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin (LIITE 6). Analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysia, joka on tyypillinen analysointitapa käytettäessä laadullista tutkimusmenetelmää. Sisällönanalyysissä kerätään faktatietoa, joka kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Analysoimme sisältöä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Litteroitu aineisto koodataan teemojen mukaisesti. Teemoina olivat sairaanhoitajien kokemukset FRAT-mittarin käytöstä, käytetyt toimenpiteet kaatumisriski-potilaan hoitotyössä sekä kirjaaminen.

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sisällönanalyysia tarkastelemalla. Tällöin punnitaan millainen aineiston laatu on ollut, miten aineistoa on analysoitu sekä kuinka totuudenmukaisia tulokset ovat. (Janhonen 2003, 36–37; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–160.)

Analyysin uskottavuus (credibility) tarkoittaa sitä, että aineisto ja tulokset vastaavat toisiaan mahdollisimman kuvaavasti. Uskottavuuteen vaikuttavat käsitteiden kattava kategorisoiminen aineistoon nähden sekä onko tutkimus pätevä (validiteetti). Tutkimus

on validiteetti, kun siinä on mitattu sitä mikä on ollut tarkoitus tutkia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 160.)

Siirrettävyyden (transferability) arvioinnissa huomioidaan kuinka tulos on yleistettävissä tai siirrettävissä toiseen toimintaympäristöön. Yleistettävyyttä ei voida tehdä suoraan aineistosta vaan se tehdään aineistosta nousseista käsityksistä. Tällöin yleistettävyyteen vaikuttaa aineiston huolellinen kokoaminen, haastateltavien samankaltainen tietoperusta sekä kokemus tutkittavasta ilmiöstä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Arvioitaessa tutkimusta voi tutkija hyödyntää reflektiota eli oman toiminnan jäsentämistä. Usein arvioidaan tutkimuksen tuloksia projektin päätyttyä, mutta tutkija voi arvioida tekemisiään koko tutkimuksen ajan. Arviointia voi tehdä tutkimuksen aiheesta, aineiston keruusta, analyysistä, tutkimusympäristöstä tai vaikka koko tutkimuksen merkityksestä. Myös tutkimuksessa havaittuja ongelmia on syytä tarkastella kriittisesti, sillä myös tieteessä erehtyminen on inhimillistä. Tutkijan on myös hyväksyttävä se, että hän on tehnyt tutkimuksesta oman näköisensä. Näin ollen joku toinen voi tehdä samasta aiheesta hyvinkin toisenlaisen tutkimuksen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

Kaikki vastaajat olivat ammatiltaan sairaanhoitajia ja vakituisissa työsuhteissa. Kaksi vastanneista on työskennellyt hoitoalalla yli 21 vuotta. Yksi on työskennellyt alalla yli 11 vuotta, mutta alle 20 vuotta. Yksi vastanneista on työskennellyt hoitoalalla 5 vuotta tai alle. Kaksi haastatelluista oli vakituisessa työsuhteessa ja yksi määräaikainen sijainen. Yksi on työskennellyt alalla yli 21 vuotta ja kaksi muuta 5 vuotta tai alle.

7.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia Frat-arviointimittarin käytöstä

Tutkimuksessamme halusimme selvittää millaisia kokemuksia henkilökunnalla on Frat-arviointimittarin käytöstä. Sähköisen kyselyn mukaan FRAT-arviointimittari ei ollut kenellekään vastaajalle entuudestaan tuttu. Pitämämme alkuperäisyys tilaisuuden hyödyllisyydestä olivat vastaajat eri mieltä. Kaksi piti sitä hyödyllisenä, kun taas kaksi koki sen hyödyttömäksi. Kaikki vastaajat kokivat, että kirjallinen ohjeistus FRATin käytöstä oli riittävä.

Kyselyn mukaan kaksi vastaajista oli perehdytetty työyksikössä FRAT-mittarin käyttöön, kaksi vastaajaa taas ei. Kolmea vastaajaa oli kannustettu FRAT-mittarin käyttöön. Yhtä vastaajaa sitä vastoin ei ollut kannustettu. Kaikkien vastaajien mielestä FRAT-arviointilomaketta on helppo käyttää ja se auttaa havaitsemaan kaatumisriskipotilaat.

Kolmen vastaajan mielestä FRAT-arviointi on auttanut ehkäisemään kaatumisia osastolla. Yksi vastaaja oli asiasta osittain eri mieltä. Kaksi vastaajaa oli alkanut pohtimaan kaatumisen ehkäisemisen merkitystä ja kaksi vastaajaa ei. Kaikkien vastaajien mielestä kaatumiset eivät ole merkittävästi vähentyneet FRAT-arvioinnin myötä. Tieto potilaan kaatumisriskistä ei siirry vuorosta toiseen vastaajien mielestä. Tieto potilaan kaatumisriskin siirtymisestä potilaan mukana jatkohoitopaikkaan jakoi vastaajien mielipiteitä. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että tieto siirtyy ja kahden vastaajan mielestä ei.

Haastatteluissa vastaajat toivat esille kokemuksia FRAT-mittarin hyvistä ja huonoista puolista. Kahden vastaajan mukaan mittari on yksinkertainen ja helppo täyttää, koska kysymykset ovat selkeitä.

Minun mielestä se on tosi yksinkertainen ja selkee, simppele, se FRAT-mittari. Eli siinä ei siis oo mitään ongelmaa, enemmänkin sit se on se, et muistaa sit käyttää sitä. Et se on ollu se hankalin juttu. (H1)

Esille nousi useampia ongelmia mittarin käyttöön liittyen. Vastaukset poikkesivat toisistaan, eli jokainen vastaaja toi esille erilaisia ongelmia. Ongelmaksi koettiin se, että mittaria ylipäänsä ei muisteta käyttää. On myös vaikeaa arvioida, minkä tyyppisiä potilaat ovat, esimerkiksi puhuvatko he totta ja millainen mielenlaatu heillä on. Kaatumishistorian selvittäminen koettiin vaikeaksi. Eteen on tullut myös tilanteita, että joutuu pohtimaan mitä seuraavaksi kuuluisi tehdä. Potilaan saamat FRAT-pisteet voivat olla erilaiset riippuen arvioinnin tehneestä hoitajasta, mikä on saanut yhden hoitajan miettimään, onko sillä merkitystä keräkö hoitaja tiedot haastatteleamalla vai etsimällä potilaan tiedoista.

Seuraavaksi haastateltavilta kysyttiin kokemuksia FRAT-arviointien määrästä. Jokainen haastateltava oli tehnyt FRAT-arviointeja, kahdesta kymmeneen kappaletta. Arvioinnit oli tehty alkuvaiheessa, kun mittari otettiin osastolla käyttöön. Sen jälkeen arviointien tekeminen on harventunut tai jäänyt kokonaan. Vastaajat kokevat, että suurin osa hoitohenkilöstöstä ei ole tehnyt arviointeja. Yksi vastaaja tuo kuitenkin esille, että henkilöstö olisi kuitenkin perillä siitä, mikä FRAT-mittari on. Raporteilla tehdyistä arvioinneista sanotaan ja hoitajat tietävät mitä asioita täytyy ottaa huomioon.

...pitempiäaikaan potilas joka oli täällä, hällä oli syöpä. Ja tuota hänelle tein sitten, ja etenevä muistisairaus, niin tein hänelle sit ne pisteet ja ku hää oli aikasemmin päässy liikkumaan kovinkin vapaasti ja sillä tavalla ja sitten oli sattunnu niitä läheltä piti-tilanteita, oli horjahtelua ja semmosia ollu sitten ja huomasiin että sillä ei ollu niitä FRAT-pisteitä siellä, niin tein hänelle sen ja sit siellä oli suuri niinku suuri kaatumisriski. (H3)

Yksi oli saanut osastokokouksessa tiedon, että FRAT-arviointien tekeminen aloitetaan. Toinen oli kuullut työtovereilta asiasta ja lisäksi HaiPro-koulutusiltapäivässä asiaa oli

käsitelty. Vastaajista kaksi olivat itse perehtyneet asiaan, jotta tietäisivät mitä täytyy tehdä. Osaston toimesta perehdytystä ei oltu annettu kenellekään.

Ensimmäiseen teemaan liittyen haastateltavilta kysyttiin vielä, kuinka FRAT-mittarin käyttö on vaikuttanut omaan työskentelyyn. Jokainen vastaaja kertoi, että jos potilaalle on kirjattu korkea kaatumisriski niin asioihin kiinnittää herkemmin huomiota, esimerkiksi tällaisen potilaan soittokelloon vastaa ensimmäisenä, tarjoaa apuvälineitä ja muistuttaa ettei yksin saa lähteä liikkeelle. Jokaisen vastaajan mukaan kaatumisriskiin tulee kiinnitettyä enemmän huomiota FRAT-arvioinnin myötä. Yksi vastaaja kertoo, että jos korkean kaatumisriskin potilaalle on kirjattu toimenpide-ehdotuksia, niin niitä on toteutettu ja kaatumisia on saatu ennalta ehkäistyä. Toinen vastaaja tuo esille sen, että jos kaatuminen oli tapahtunut, niin oli tarkistettu, oliko FRAT-arviointi tehty. Kolmas vastaaja on alkanut kiinnittämään huomiota potilaiden lääkityksiin, siihen kuinka paljon yhdellä potilaalla voi olla lääkkeitä ja kuinka ne vaikuttavat kaatumistaipumukseen ja liikkumiseen. Hän on myös miettinyt kehitysehdotuksia FRAT-arviointiin liittyen. Arvioinnissa voisi hänen mukaansa huomioida onko kyseessä vuodepotilas vai kuntoutuva potilas, eri lääkeryhmistä voisi saada eri pisteet eikä vain lääkkeiden yhteismäärän mukaan ja arvioinnissa olisi hyvä olla määritelmä milloin arviointi tehdään seuraavan kerran.

...jos saat niinku pienet pisteet niin okei, vuoden päästä. Nyt jos oot lievästi kohonnut, puolen vuoden. Korkeasti kohonnut, kolme kuukautta. Sä voit silloin suoraan panna sen päivämäärän et sillon on tehtävä se. Nyt mä pelkään et ne jää niinkun seurannat tekemättä. (H2)

7.2 Toimenpiteet kaatumisten ehkäisemiseksi

Halusimme tutkimuksessamme selvittää myös millaisia toimenpiteitä kohonneita riskipisteitä saaneiden potilaiden kaatumisen ehkäisemiseksi. Sähköiseen kyselyyn vastanneista kaikki olivat suosineet potilaille rollaattorin käyttöä sekä soittokellon ja avun pyytämiseen kannustamista kaatumista ehkäisevinä toimenpiteinä. Kolme vastaajaa oli käyttänyt myös sopivia kenkiä ja vaatteita kaatumista ehkäisevänä toimenpiteenä. Kaksi vastaajaa oli käyttänyt tippatelineestä ja katetrasta muistuttamista, päivittäiseen liikkumiseen kannustamista, lääkityksen tarkastamista sekä sängynlaitojen

nostoa tai laskemista kaatumista ehkäisevinä keinoina. Yksi vastaajista oli käyttänyt yhtenä keinona kaatumisen ehkäisemiseksi potilaan sijoittamista esim. lähelle vessaa. Tilojen esittely, potilaan henkilökohtaisten tavaroiden ulottuville laittoa tai vessakäyntien ennakoimista ei kukaan vastaajista ollut käyttänyt kaatumista ehkäisevänä toimenpiteenä.

Haastatteluissa nousi esille samoja toimenpiteitä, muun muassa apuvälineiden oikeanlainen ja tarkoituksenmukainen käyttö, sopivat kengät ja sängyn laitojen nostaminen ylös yön ajaksi. Yhden vastaajan mukaan raportilla näistä toimenpiteistä kerrotaan ja hoitotietoihin kirjataan ylös. Yksi vastaaja kertoi, että soittokellosta muistutellaan potilaita.

Pitäs panna semmonen huonetaulu että saa soittaa kelloa! (H2)

Haastatteluissa kaksi vastaajaa toi esille ahtaat potilashuoneet. Osastolla yritetään sijoittaa apuvälineitä tarvitsevat potilaat isompiin huoneisiin. Samassa yhteydessä vastaaja kertoo valaistuksen huomioimisen tärkeydestä. Myös työparityöskentely tulee esille yhden vastaajan kohdalla. On tärkeää, ettei yksin yritetä avustaa vaikeasti liikkuvaa potilasta, niin potilaan kuin hoitajan turvallisuuden kannalta. Vastaajilla ei ole kokemusta siitä, ovatko lääkärit tarkastaneet potilaiden lääkelistoja kaatumisriskin arviointiin liittyen. Itse he eivät ole antaneet lääkelistoja tarkistettaviksi.

...sekavuuden ja jalattomuuden takia tullu sit osastolle. Oli kaatunu kotona ja näin niin sit sillä on semmosta et laidat pitää muistaa aina laittaa ylös ja tukevat kengät jalkaan kun siirtyy ja vyö pitää olla ehottomasti pyörätuolissa kun istuu ja siellä oikein lukee isolla et erittäin korkea kaatumisvaara. (H1)

Kyselyllä selvitettiin myös mitä hyötyä FRAT-arvioinnista vastaajien mielestä on potilasturvallisuutta ajatellen. Vastauksista nousee esille erilaisten kaatumista ehkäisevien toimenpiteiden käyttö, potilaiden ja ympäristön huomioiminen sekä muutos omassa ajattelutavassa.

Suunnitellaan kaatumista ehkäiseviä toimenpiteitä ja samalla tulee esille myös osastolla olevien apuvälineiden sekä ympäristön puutteita.

Ohjaa havaitsemaan eri tekijöiden vaikutuksen kaatumiseen, ei vain fyysiset tekijät.

Kiinnitetään erityistä huomiota potilaaseen ja esim. pyritään vastaamaan hälytyskellon soittoon ensisijaisesti.

Saa hoitajan ajattelemaan ja pohtimaan sekä sitä kautta ennakoimaan kaatumisia.

7.3 Frat-arviointimittarin käyttöön liittyvä kirjaaminen

Tutkimuksellamme halusimme selvittää kuinka Frat-arvioinnin tuottamat riskipisteet ja kaatumista ehkäisevät toimenpiteet kirjataan hoitotietojärjestelmään. HOIPIS-lehdelle FRAT-arviointipisteet kaatumisriskipotilaasta kirjaa usein kolme vastaajaa ja yksi vastanneista harvoin. Kaatumisriskipotilaan ehkäisevistä toimenpiteistä mielipiteet jakautuvat täysin. Kaksi kertoi kirjanneensa ne usein tai joskus, kun taas kaksi harvoin tai ei koskaan. Kaksi vastanneista ei ole koskaan kirjannut FRAT-arviointipisteitä hoitopalautteeseen ja kaksi vastanneista oli kirjannut ne joskus tai harvoin.

Kyselyn mukaan kaatumisen ehkäisemistoimenpiteeksi HOIPIS-lehdelle oli kirjattu rollaattorin käyttö, sopivat kengät ja vaatteet. Myös soittokellon ja avun pyytämiseen kannustaminen sekä sängynlaitojen säätö ylös tai alas, oli vastaajien mielestä kirjattu ehkäiseviksi toimenpiteiksi.

Haastattelussa jokainen vastaaja kertoo, että FRAT-pisteet merkitään HOITO-lehdelle, koska siellä on tärkeimmät potilasta koskevat asiat ja sieltä ne helposti huomataan. Ne jotka kirjaavat toimenpide-ehdotuksia, kirjaavat ne HOITO-lehdelle. Myös HOIPIS-lehdelle kirjataan pisteet, mutta sinne ei mahdu toimenpiteet. Kaksi vastaajaa tuo esille riskitietoihin kirjaamisen. Toisen mielestä FRAT-pisteet olisi hyvä kirjata riskitietoihin, mistä ne helposti näkyisivät, toisen mukaan näin jo tehdään, koska lääkärit näkevät tiedon sieltä. Yksi vastaaja kertoo kirjaavansa pisteet myös SEURANTA-lehdelle, mihin kirjataan myös esimerkiksi MMSE-pisteet. Yksi vastaajista on laatinut ohjeistuksen kirjaamisesta henkilökuntaa ja uusia työntekijöitä varten kahvihuoneen seinälle.

...jos sinne joku vaan on kirjottanu niitä muutosehotuksia... (H1)

Haastateltavilta kysyttiin myös kirjaamisesta liittyen jatkohoitopaikkaan siirtymiseen, hoitotyön yhteenvedoon ja HaiPro-vaaratapahtumailmoituksiin. Kaksi haastateltavista ei ollut kirjannut FRAT-pisteitä hoitotyön yhteenvedoon. Yksi haastateltava oli kirjannut yhteenvedoon, jos potilaalle oli sattunut kaatumisen osastolla. Yksi haastateltava puolestaan ei ollut tietoinen siitä, että FRAT-pisteet pitäisi kirjata hoitotyön yhteenvedoon.

Onko sitten olemassa jotakin semmosta opasta minkä vois antaa sille potilaalle mukaan? (H1)

Yksi haastateltavista oli kuullut, että jatkohoitopaikassa oli kiinnitetty huomiota FRAT-pisteisiin.

Kyselyn mukaan yli 70-vuotiaan kaatumistapahtumasta HaiPro-ilmoituksen oli harvoin tehnyt kolme vastaajaa, yksi joskus. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että yli 70-vuotiaalle kaatuneelle oli tehty FRAT-arviointi usein tai joskus ja puolet vastanneista oli sitä mieltä että se oli tehty harvoin. Kolmen vastaajan mielestä yli 70-vuotiaalla oli kohonneet FRAT-arviointipisteet, kun taas yhden vastaajan mielestä harvoin. Kaatuneen yli 70-vuotiaan Frat-arviointipisteet kirjataan HaiProhon kahden vastaajan mukaan usein kun kaksi oli sitä mieltä, että ne kirjataan joskus tai harvoin.

HaiPro-vaaratapahtumailmoituksiin liittyen yksi haastateltava kertoo, ettei ole kertaakaan täyttänyt HaiProta. Toisen mielestä on hankalaa sanoa, onko HaiPro-ilmoituksia täytettäessä ollut FRAT tehtynä. Kolmas kirjaa FRAT-pisteet HaiPro-ilmoitukseen, jos FRAT on tehty potilaalle.

...kaatuminen tuli ja sit niinku sillä tavalla sit laitoin vaan sinne perään et potilaalle oli arvioitu tää FRAT-pisteytys mut se ei ollu mun mielestä hänen kohallaan mitenkään hirveen niinku korkee, tavallaan sen eteen ei ollu kamalasti tehty niinku niitä ehkäseviä toimenpiteitä. (H3)

7.4 Vastaajien kehittämisehdotuksia FRAT-arvioinnista

Kyselyssä pyydettiin vastaajia miettimään, mitä kehitettävää FRAT-arvioinnin käytössä heidän mielestään on. Vastaajat toivat esille kirjaamiseen liittyviä asioita ja sen, että tehtyjä FRAT-arviointeja oikeasti hyödynnettäisiin potilaiden hoidossa. Myös lääkityksen huomioimiseen liittyen esille nousi ajatuksia.

Päällekkäiskirjaaminen: hoipis, riskitiedot sekä vielä suunnitelman kirjaaminen hoito-lehdelle. Tuleeko frat pisteet huomioitua hoidossa? Pisteiden laskeminen on helppoa, mutta sitä tekee kourallinen ihmisiä.

Kirjaamisen parantaminen.

Kannanotto, onko vuodepotilas pysyvästi vai tilapäisesti.

Arvioinnin seuranta-aikajana, milloin tulisi tehdä seuraava FRAT-arviointi.

Potilaan lääkitykseen toisenlainen jaottelu ja pisteytys, esim. pvk-lääkityksestä tai rauhoittavista saisi enemmän pisteitä kuin sydän- tai nesteempoistolääkkeistä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Hoitohenkilökunnan kokemukset Frat-arvioinnin käytöstä

Vastaajista FRAT-mittari ei ollut kenellekään entuudestaan tuttu. Kyseessä on varsin tuore menetelmä kaatumisten ehkäisemiseksi, joten oli hyvin oletettavaa, ettei sitä tunnettu. Kyseinen menetelmä on ollut käytössä vuodesta 2010 alkaen muun muassa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja vuodesta 2012 HUS:n eri osastoilla. FRAT-arviointimittaria olisi tarkoitus hyödyntää jatkossa Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin perustaman alueellisen kaatumisehkäisyverkoston (AKE) jäsenillä, joihin myös tutkimuksemme kohde Varkauden sairaala kuuluu. Mittarin käytettävyys on koettu helpoksi ja toimivaksi keinoksi kartoittaa kaatumisriskipotilaita niin HUS:n kuin KYS:n henkilökunnan kokemana. Mittarin käyttö myös Varkaudessa koettiin helpoksi ja vaivattomaksi. Koska mittarin käyttöön on olemassa valtakunnallisella tasolla käyttöohjeet, sen käytettävyys eri toimipisteissä on vaivatonta.

Perehdyttäminen uuden toimintamallin käyttöönottoon liittyen vaatii vastausten perusteella suunnitelmallisuutta. Perehdytystilaisuuksia kannattaisi pitää useampia, jotta henkilökunnan osallistuminen tilaisuuteen voitaisiin mahdollistaa. Käytännön kokemus on osoittanut, että kirjallinen ohje kannattaa toimittaa osaston käyttöön. Osaltamme teimme kirjallisen ohjeen FRAT-arvioinnin käytöstä, joka oli kaikkien vastaajien mielestä riittävä (LIITE 2). Perehdytys on jatkumo, joka osaltaan kuuluu myös henkilökunnalle itselleen ja tiedonkulku osaston käytänteistä siirtyy näin luonnollisesti myös uudelle työntekijälle.

FRAT-arviointilomakkeen käyttökokemus kaikkien tutkimukseen osallistuneiden mukaan koettiin vaivattomaksi ja hyödylliseksi kaatumisriskipotilaiden havainnoimisessa. Henkilökunta koki FRAT-arvioinnin avulla kaatumisriskissä olevien potilaiden erottuvan joukosta, mutta itse kaatumistapahtumien vähenemiseen arviointien tekeminen ei ole vaikuttanut. Tämä osaltaan kertoo sen, ettei FRAT-arviointimittarista ole osattu ottaa kaikkea hyötyä irti. Tähän osin on vaikuttanut henkilökunnan sitoutumisen pulmat. Mittaria on tutkimuksen mukaan käytetty, mutta sen myötä nousseen tiedon hyödyntäminen on ontunut. Ennakointi on kärsivällisyyttä ja

pitkäjänteisyyttä vaativaa työtä. Uuden toimintamallin käyttöönotto vaatii sitoutumista erityisesti vakituisen henkilökunnan osalta, sillä he ovat avainasemassa perehdyttäessään ja opastaessaan uusia työntekijöitä osaston käytäntöihin.

Turusen ym. (2015) tekemän tutkimuksen mukaan vaaratapahtumien purkuun liittyvä palaute sekä henkilökunnan keskinäinen kommunikaatio lisäävät potilasturvallisuutta. Organisaation tuki on tutkitusti olennaisessa osassa potilasturvallisuuskulttuurin kehittämistyössä. Henkilökunnan keskinäisen vuorovaikutuksen kautta oivalluksia potilasturvallisuuden lisäämiseksi saattaisi nousta. Kaatumiseen voivat vaikuttaa useat eri asiat, joten suoraa vertailua FRAT-arvioinnin vaikutuksista kaatumisten ehkäisijänä ei voida tehdä, varsinkaan näin lyhyellä aikavälillä.

8.2 Toimenpiteet kaatumisten ehkäisemiseksi

Apuvälineiden, kuten rollaattorin käyttö, nousi selkeästi esiin kaatumisten ehkäisyyn käytettävien toimenpiteiden joukossa. Henkilökunta alkoi myös kiinnittämään huomiota potilaan sopivan kokoiseen vaatetukseen ja kenkiin. Positiivisena toimenpiteenä nousi rohkaisu käyttää soittokelloa ja pyytää tarvittaessa apua. Avunsaanti kaatumisvaarassa olevan potilaan kohdalla nousi hoitajien mukaan ensisijaiseksi. Myös potilaan lääkitykseen on vastausten mukaan alettu kiinnittämään huomiota. FRAT-arviointimittarin käyttäminen työvälineenä on vastaajien mukaan vaikuttanut sekä työtapaan että herättänyt hoitajia pohtimaan ennakoinnin tarkoitusta ja tavoitetta. Opinnäytetyömme avulla olemme saaneet keskustelua aikaan, joka osaltaan vaikuttaa potilasturvallisuuden huomiointiin hoitotyössä. Tutkimuksestamme nousi siis selkeästi esiin esimerkiksi apuvälineiden merkitys ja fyysisten olosuhteiden huomiointi potilaan osastohoidon aikana. Nämä seikat ovat yhteneviä Vanhatalon vuonna 2011 julkaistuihin tutkimustuloksiin, joiden pohjalta on kehitetty kaatumisen ehkäisyyn valmiita toimenpide-ehdotuksia. Yhteenvetona voidaan todeta, että useita erilaisia toimenpiteitä on käytetty kaatumisten ehkäisemiseksi ja yksilölliset tarpeet on pyritty hoitotyössä huomioimaan kaatumisten ennaltaehkäisemiseksi.

8.3 Kirjaamisen merkitys

Vastaajien mukaan tiedon siirtyminen kaatumisriskissä olevasta potilaasta ei toiminut käytännössä. Tähän olennaisesti vaikutti kirjaamiskäytäntöjen ja -paikan vaihtuvuus potilaan tiedoissa. Henkilökunnan sitoutuminen tekemiinsä ratkaisuihin pilottivaiheessa olisi auttanut saamaan paremman hyödyn. Sovituista toimintatavoista kiinnipitämiseen jatkossa olisikin merkityksellistä kiinnittää huomiota. Kaatumisen ehkäiseminen perustuu ennakointiin, ja jos tieto kaatumisriskistä ei kulje, on ennakoimisen huomioiminen mahdotonta hoitotyötä tehtäessä.

Vastaajien mukaan HaiPro-ilmoituksia kaatumisista tehdään osastolla harvoin tai vain joskus. Tutkimusaikanamme tehtyjä HaiPro-ilmoituksia kaatumistapahtumista oli 18 kappaletta. Kaatumisten kokonaislukumäärää voi vain arvailla, jos HaiPro-ilmoituksia ei jokaisesta kaatumisesta kuitenkaan tehdä. Syitä, miksi toimenpiteitä ei ole kirjattu, voi olla monia. Yksi voi olla pelko omasta kyvystä arvioida potilaan tilaa tai pelko väärän toimenpiteen aiheuttamasta seuraamuksesta. Avoin keskustelu toimenpiteistä kollegoiden kanssa voisi olla keino toimenpiteiden onnistuneeseen kirjaamiseen. Kaatumisiin liittyvien HaiPro-ilmoitusten käsitteleminen yhteisesti ja yleinen pohdinta kaatumista ehkäisevistä toimenpiteistä ovat menetelmiä avoimempaan keskustelukulttuuriin. Kirjaamiskäytäntöä olisikin syytä rationalisoida.

Hoitopalaute tehdään aina kun potilas lähtee osastolta. Hoitopalaute potilaan hoidossa hyödyntävät jatkohoitotahot, kuten toinen osasto tai esimerkiksi palvelukoti. Hoidon jatkuvuuden kannalta tieto potilaan kaatumisriskistä tulisi ehdottomasti siirtyä potilaan mukana kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Tiedon katkeaminen kotiutusvaiheessa tekee jo tehdyn työn turhaksi.

8.4 Kehittämisehdotuksia

Kyselyllä saatiin selville kehitysehdotuksia kaatumisriskin ennaltaehkäisemiseksi. Yksi ehdotus oli arvioinnin seuranta-aikajana, eli milloin tulisi tehdä seuraava FRAT-arviointi. FRAT-arviointi tulisi tehdä aina kun potilas kaatuu. Osastolla tulovaiheessa tehty kaatumisriskiarvio antaa hoitohenkilökunnalle tärkeää tietoa potilaan kokonaistilanteesta. Toinen kehittämissuositus kohdentui lääkehoidon pisteytykseen. Ehdotelman mukaan lääkitys tulisi jaotella sen vasteen mukaisesti esimerkiksi niin, että

pvk-lääkkeet/rauhottavat lääkkeet ja sydän- tai nesteenpoistolääkkeet olisi kategorioitu eri tavoilla.

Vastauksissa kehitysehdotukseksi tuli myös vuodepotilaan arviointi, eli kannanotto siitä, onko kyseessä pysyvä vai tilapäinen vuodepotilas. Täysin vuodepotilas ei tarvitse kaatumisriskiarviointia, mutta tilapäinen vuodepotilas olisi syytä arvioida. Terveystieteiden tutkimuksessa käytetään kuntouttavaa työtettä potilaan hoidossa, jolloin myös tilapäinen vuodepotilas saattaa olla jalkeilla hyvinkin nopeasti. Lisäksi tällainen karkea potilaiden jaottelu on eettisesti arveluttavaa. Nousseet kehittämissuositukset kertovat hoitohenkilökunnan alkaneen pohtimaan FRAT-mittarin toimivuutta käytännössä, mikä on askel tavoitteelliseen suuntaan.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteina oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia FRAT-arvioinnin käytöstä sekä niistä toimenpiteistä, joilla kaatumisia on pyritty ehkäisemään. Kartoitimme myös kuinka riskipisteet ja toimenpiteet kirjataan käytettävään hoitotietojärjestelmään. Onnistuimme sähköisen kyselyn sekä haastattelun avulla saamaan vastaukset asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Haastattelun ja kyselylomakkeen etuna on, ettei tyhjiä vastauksia voi antaa. Laadimme kyselylomakkeen sekä haastattelun rungon mahdollisimman eksaktisti, jolloin saimme tutkimuksen tulokset vastaamaan tavoitteitamme ja laadittuja tutkimuskysymyksiä. Yhtenä suurimpana haasteenamme koimme henkilökunnan motivoimisen menetelmän käyttöönottamiseen. Uuden toimintamallin käyttöönotto ei koskaan suju ongelmitta.

9.1 Tutkimuksen eettisyyden arviointi

Olemme koko opinnäytetyöprosessin ajan pyrkineet toimimaan avoimesti ja luotettavasti. Teoriaa olemme ennakkoluulottomasti etsineet useista eri lähteistä ja pyrkineet tarkastelemaan aihetta usealta eri näkökannalta. Pehdytimme toimeksiantajaosastomme siihen, millaista aineistoa tulemme keräämään, sekä selvitimme, kuinka opinnäytetyöprosessimme etenee ja keitä henkilöitä tulemme hyödyntämään tutkimuksessamme. Tutkimusta varten saimme aineistojen hankintaan luvan toimeksiantajalta. Tutkimusaihe valikoitui toimeksiantajan toiveesta, ja menetelmänä päätimme käyttää kyselyä. Jouduimme kuitenkin muuttamaan menetelmää niin, että kyselyiden lisäksi teimme haastatteluja, koska kaikki tutkittavat eivät alusta alkaen sitoutuneet tutkimukseen. Tuloksia olemme käsitelleet täysin anonyymisti, eikä tutkimukseen osallistuneiden nimet ole tiedossa. Olemme mahdollisimman objektiivisesti ja rehellisesti tarkastelleet tuloksia sekä tehneet niistä analyysejä.

9.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Opinnäytetyömme luotettavuuteen alentavasti vaikuttaa kohderyhmämme vähäinen osallistumisaktiivisuus tutkimusjakson aikaiseen FRAT-mittarin käyttöön. Motivaatiota yritimme lisätä ja ylläpitää osallistumalla tutkimusjakson aikana osastotunneille tarkoituksena toimintamallin ylläpitäminen käytännön työssä.

Sairaanhoitajia sisätauti-kirurgisella osastolla työskentelee 19 (Pursiainen 2016), joista 8 oli käyttänyt FRAT-arviointimittaria marraskuun 2015 ja maaliskuun 2016 välisenä aikana. Webropolin avulla tehty sähköinen kyselylomake lähetettiin henkilökohtaisesti kaikille, jotka olivat käyttäneet FRAT-arviointia. Vastausprosentiksi saimme 50 % kahdesta muistutuskerrasta huolimatta, mikä vaikutti kokonaisluotettavuuteen. Ohjaavan opettajan kannanoton jälkeen päädyimme teemahaastattelun keinoin lisäämään tutkimusaineistoa sekä tulosten luotettavuutta. Luotettavuutta pyrimme lisäämään suunnittelemalla kysymykset vastaamaan opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin.

9.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyömme aihe on työelämälähtöinen ja nousi yhteistyökumppanin tarpeesta kehittää potilasturvallisuutta. Aiheen koimme haastavana mutta erittäin mielenkiintoisena, sillä sen avulla voisimme osaltamme kehittää potilasturvallisuutta. Tutkimusympäristö oli entuudestaan tuttu yhdelle opinnäytetyön tekijälle, joten yhteistyö koko prosessin ajan sujui luontevasti.

Teorian kerääminen oli helppoa, koska kaatumisista on tuotettu paljon tutkimuksia. Lisäksi löysimme kaatumisriskin arvioimiseen käytetyn valmiin arviointimenetelmän, jota Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri (PSSHP) alueellisen kaatumisten ehkäisyverkoston (AKE) kautta levittää käytäntöön. Heti opinnäytetyön alkumetreillä olimmekin yhteydessä KYS:n organisaation kliinisen hoitotyön asiantuntijaan, joka on alusta asti ollut mukana FRAT-arviointimittarin kehittämistyössä ja pilotoinnissa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Innostustamme lisäsi Kuopiosta saadut hyvät kokemukset FRAT-mittarin käytöstä. Koimme aiheemme merkittäväksi ja tärkeäksi kehittämisen

kohteeksi myös valtakunnallisella tasolla, mistä kertoo muun muassa se, että maaliskuussa 2016 Alueelliseen kaatumisten ehkäisyverkostoon kuului 27 jäsentä PSSHP:n erityisvastuualueella ja nyt jäseniä on jo 36. AKE on hyväksytty kesällä 2016 Euroopan laajuiseen verkostoon ”European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing” (EIP on AHA) ja sen sisäiseen ryhmään A2 Falls prevention. Verkostossa jäsenyys saadaan aina kolmevuotiskaudeksi, joten AKE:n jäsenyys on voimassa vuoden 2018 loppuun saakka. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri i.a.)

Prosessin aikana havaittu ongelma oli tutkittavien henkilöiden motivaation puute, joka voi johtua osittain kiireestä sekä tuen puutteesta. Ehkä emme osanneet markkinoida FRAT-mittaria ja sen tuomia hyötyjä tarpeeksi hyvin. Toivoimme saavamme yhteisen kehittämiskohteen, mutta tätä emme saavuttaneet. Henkilökunnan sitoutuminen sovittuihin käytäntöihin ontui. Osastolla työskennelleistä sairaanhoitajista alle puolet toteutti arviointimenetelmää käytännössä. Lisäksi tästä joukosta puolet jätti myös kyselyyn vastaamatta, joten kyselyn vastausprosentti jäi vaatimattomaksi.

Opinnäytetyöprosessi oli osaltaan erittäin opettavainen. Uuden toimintamallin ajaminen käytäntöön osoittautui haasteelliseksi tehtäväksi. Pyrimme johdonmukaisesti saavuttamaan asettamamme tavoitteet ja se vaati mm. menetelmien laajentamista aineiston keräämiseksi. Pystyimme kuitenkin etenemään prosessissa suunnitellusti ja aikataulujen mukaan.

Jatkotutkimusaiheita voisi olla pidempiaikainen tutkimus, jolloin tutkimustulos suoraan FRAT-arvioinnin hyödyistä olisi luotettavampi. Lisäksi potilaiden ja omaisten kokemukset arvioinnin ja toimenpiteiden hyödyllisyydestä voisi olla yksi jatkotutkimuksen aihe, kuten myös jatkohoitopaikkojen hyöty osastolla tehdystä arvioinnista.

LÄHTEET

- Autti, Taina & Keistinen, Timo 2013. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia Suomessa: tausta ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Leena-Maija Aaltonen & Per Rosenberg (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Cameron, Ian D; Gillespie, Lesley D; Robertson, M Clare; Murray, Geoff R; Hill, Keith D; Cumming, Robert G & Kerse, Ngaire 2012. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. The Cochrane Library 2012. Cochrane Bone, Joint and Muscle Trauma Group. Viitattu 4.10.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005465.pub3/abstract>.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. 5. p. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Heiskanen-Haarala, Irma 2014. Kaatuminen pilaa hyvän hoidon. HUS:n yhteisölehti Husari 1/2014, 36. Viitattu 5.3.2016. http://portfolio-web.ess.fi/www/Husari/2014_No1/index.html#/36/.
- Hiltunen, Piritta 2015. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa - katsaus kehittämistarpeisiin. Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 5.3.2016. http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU_Hiltunen_2015.pdf.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, Sirpa 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Merja Nikkonen (toim.). 2. p. Helsinki: WSOY.
- Janusonis, Vinsas 2015. In patients falls: 15 years analysis. Health sciences 2015, 25 (6). Viitattu 4.10.2016. <http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/view/smhs.2015.115>.
- Joanna Briggs Institute 2010. Interventiot iäkkäiden aikuispotilaiden kaatumistapahtumien vähentämiseksi. Best Practice 14 (15). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Korhonen Teija, Holopainen Arja ja Pajala Satu. Viitattu 7.1.2016. <http://www.hotus.fi/jbi-fi/suomenkieliset-jbi-suositukset>.

- Jämsen, Esa; Kerminen, Hanna; Strandberg, Timo & Valvanne, Jaakko 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei - Sairaalahoittoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Lääkärilehti 14 - 15/2015 vsk 70, s. 977 – 983.
- Kankkunen Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kinnunen, Marina; Aaltonen, Leena-Maija & Malmström, Raija 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Leena-Maija Aaltonen & Per Rosenberg (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.) 2009. Potilasturvallisuus ensin, hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2012. Hyviä vuosia: arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Kuopion yliopistollinen sairaala i.a. Kaatumisten ehkäisyn alueelliset tavoitteet yhteistyöllä. Viitattu 5.3.2016.
<https://www.psshp.fi/documents/11427/88458/2015-KYSjaKYSTERI.pdf/d0404e9a-ab60-4f8d-8d54-9a31b65ccf79>.
- Lyyra, Tiina-Mari; Pikkarainen, Aino & Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.
- Käypä hoito 2008. Aivovammat. Viitattu 12.10.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi18020>.
- Nurmi, Ilona 2000. Yli 60v. kaatumistapaukset laitoshoidon aikana: vaaratekijät, kustannukset ja selviytyminen. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
- Pajala, Satu 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. 2.p. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pajala, Satu 2015. Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. i.a. Viitattu 16.10.2016.
<https://www.psshp.fi/ammattilaiset/hoitotyö/alueellinen-kaatumisten-ehkaisyverkosto>.
- Pursiainen, Pirjo 2016. Osastonhoitaja, sisätauti-kirurginen osasto. Varkauden sairaala. Sähköposti 11.10.2016.

- Saarelma, Osmo 2016. Kaatuileva vanhus. Duodecim. Viitattu 12.10.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00760.
- Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 21.11.2016. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 05.03.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) 2015. Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 12.10.2016.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_kat_005_fi.html.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Tapaturmat. IKINÄ-toimintamalli. Viitattu 7.1.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/ikina-toimintamalli>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Tapaturmat. Kaatumisten ehkäisy. Viitattu 7.1.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c. Tapaturmat. Iäkkäät. Viitattu 28.10.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/hyva-terveydentila>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Tapaturmat. Iäkkäät. Viitattu 28.10.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Toimintakyky. Viitattu 28.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilasto- ja indikaattoripankki. Sotkanet. Viitattu 10.10.2015.
<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s44KjjdMNgIA®ion=szb3szaqAAA=&year=sy4rtTbR0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>.
- Tervo-Heikkinen, Tarja 2016. Kliinisen hoitotyön asiantuntija, TtT, Sh. PSSHP, Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio. Sähköpostiviesti 22.8.2016. Vastaanottaja Anu Lehtinen. Tuloste tekijän hallussa.
- Tervo-Heikkinen, Tarja & Siltanen, Hannele 2015. Tasapainossa. Sairaanhoitaja-lehti 3/2015, 13. Viitattu 5.3.2016. <http://shlehti.sairaanhoitajat.fi/#/issue/4/198>

- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkójulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 12.10.2016.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_kat_005_fi.html
- Turunen, Elina, Mäntynen, Raija, Kvist Tarja, Miettinen, Merja, Vehviläinen-Julkunen, Katri, Turunen, Hannele & Partanen, Pirkko 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 2015, 27 (2), 148–162
- Vaapio, Sari 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Vanhatalo, Anne 2011. Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotto. Case KYS: kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Varkauden kaupunki 2015. Viitattu 18.11.2015.http://www.varkaus.fi/palvelut/sosiaali-ja_terveyspalvelut/kotiin-annettavat-palvelut-ja-sa/vuodeosastotoiminta/varkauden_sairaala/ .
- Victoria state government i.a. Fall Risk Assessment Tool. Viitattu 12.10.2016.
<https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BC542FA9B-1A24-4C5C-B921-C8A8ADDC1A9C%7D>.

LIITTEET

LIITE 1: Frat-kaatumisvaaran arviointilomake



1 (2)



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


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

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

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

SUORITUSOHJE

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

[Lähde: Terveystieteiden tutkimuskeskus- ja hyvinvoinninlaitos]

LIITE 2. Frat-arvioinnin käyttöohjeet

FRAT- Kaatumisriskin arviointi

1) Tee FRAT kaatumisriskin arviointi jokaisesta yli 70-vuotiaasta osastolle tulevasta potilaasta heti tulotilanteessa tai viimeistään seuraavana päivänä

2) Informoi potilasta ja hänen läheisiään mikäli suurentunut kaatumisriski

HUOM! Teidän ei tarvitse tehdä erillistä IKINÄ-lomaketta.

3) Kirjaa saadut kaatumisriskipisteet ja yksilölliset toimenpiteet HOIPIS-lehdelle.

Esimerkki:

Potilas Maija Meikäläinen 010130-xxxx

FRAT-arviointi

1.11.2015

Pisteet 14 p.

Toimenpiteet:

- * Ohjaus hoitajakutsusta ja ympäristöstä
- * vessakäyntien ennakointi
- * talon rollaattori käyttöön
- * muistutus tippatelineestä
- * jne...

4) Varmista tiedonkulku informoimalla kaatumisriskipisteistä jokaisella raportilla

5) Tee HaiPro tapahtuneista normaalisti ja kirjaa lomakkeelle onko FRAT-arviointi tehty, saadut pisteet sekä tehdyt toimenpiteet.

6) Merkitse hoitopalautteeseen FRAT-pisteet.

TÄRKEÄÄ!

Kirjaa toimenpiteet sekä HOIPIS-lehdelle että HaiProhon!

LIITE 3. Toimintaohjeet henkilökunnalle

YLEISET TOIMINTAPERIAATTEET KAATUMISTEN EHKÄISEMISEKSI

- potilaalle kerrotaan hänen saapuessaan osaston tiloista ja käytännöistä
- paljon valvontaa ja apua tarvitsevien potilaiden sijoitus lähelle hoitajia ja wc:tä
- sopiva vuode ja sen säädettävyyys, käytä laitoja harkintasi mukaan
- tarvittavat apuvälineet ja niiden ohjeistus potilaalle
- sopivat kengät ja vaatetus
- potilaan henkilökohtaiset tavarat, hoitajahälytin ja juomalasi helposti ulottuvilla
- muistuta tippatelineestä, kestopatetrista jne
- ennakoi wc-käyntien tarve, käytä potilasta säännöllisesti wc:ssä
- ohjeista tarvittaessa miehiä virtsaamaan istualtaan
- vuoteesta ylös nouseminen heti kun vointi sallii
- potilaan ohjeistus rauhallisesti ylös nousemiseen ja hetken paikallaan seisomiseen ennen liikkeelle lähtöä
- avun pyytämiseen kannustaminen
- päivittäinen liikkuminen ja liikuntaharjoittelu heti kun vointi sallii
- mikäli vuoteesta nouseminen ei ole mahdollista, vuoteessa tehtävät lihaskuntoa ja verenkiertoa ylläpitävät harjoitukset
- lattioiden pitäminen puhtaina ja kuivina
- riittävä valaistus päivällä ja kulkureiteillä valot yöllä

YKSILÖLLISESTI HUOMIOITAVIA ASIOITA KAATUMISTEN EHKÄISEMISEKSI

- potilaan lääkitys arvioidaan hänen saapuessaan osastolle ja aina uuden lääkkeen aloittamisen yhteydessä tehdään lääkityksen kokonaisarviointi
- potilaan toiminta- ja liikkumiskyvyn arviointi
- tarvittaessa ortostaattisen kokeen tekeminen iäkkäille potilaille
- virtsatieinfektiota epäiltäessä tarvittavat testit ja seuranta sekä tarvittaessa hoito
- inkontinenssin tunnistaminen ja hoito
- lonkkasuojien käyttö tarvittaessa
- potilaan kannustaminen omatoimisuuteen hänen vointinsa ja kykynsä sallimissa rajoissa
- potilaan kannustaminen päivittäiseen liikkumiseen voinnin mukaan ja kuntoutumista tukevaan omatoimiseen harjoitteluun

LIITE 4. Haastatteluteemat

KÄYTTÖÖNOTTO

Millaista perehdytystä sait FRAT-arvioinnin käyttöönottoon?

Mitä mieltä olet FRAT-arviointilomakkeesta?

Auttaako FRAT-arviointi ehkäisemään kaatumisia?

Onko kaatumiset vähentyneet FRAT-arvioinnin aikana?

Onko vuorossa olevilla hoitajilla tieto kohonneista kaatumisriskipotilaista?

Onko vuorossa olevilla hoitajilla tieto käytettävistä kaatumista ehkäisevistä toimenpiteistä?

Millaisia kokemuksia sinulla oli FRAT-arviointimittarin käytöstä omassa työssäsi?

TOIMENPITEET

Mitkä ovat olleet yleisimmät käyttämäsi toimenpiteet kohonneet kaatumisriskipisteet saaneen potilaan hoitotyössä?

KIRJAAMINEN

Kirjaatko kohonneet kaatumisriskipisteet ja toimenpiteet HOIPIS-lehdelle?

Oletko kirjannut kaatumisriskipisteet hoitopalautteeseen?

Teitkö yli 70-vuotiaan kaatumistapahtumasta HaiPro-ilmoituksen FRAT-arvioinnin aikana?

Oliko yli 70-vuotiaalle kaatuneelle tehty FRAT-arviointi?

Oliko yli 70-vuotiaalla kaatuneella kohonneet FRAT-arviointipisteet.

Kirjasitko yli 70-vuotiaan kaatuneen FRAT-arviointipisteet HaiProhon?

Mitä hyötyä FRAT-arvioinnista on potilasturvallisuutta ajatellen?

Mitä kehitettävää FRAT-arvioinnin käytössä on?

LIITE 5. Sähköinen kysely



FRAT-ARVIOINNIN KÄYTTÖ

Tässä kyselyssä kerätään tietoa FRAT -arvointimittarin käytöstä ja kokemuksistanne kaatumisriskipotilaan arvioinnista.

Kysely on täysin luottamuksellinen.

1. Ammatti *

- Lähihoitaja
- Sairaanhoitaja

2. Olen *

- Vakituinen
- Sijainen

3. Miten pitkään olet työskennellyt hoitoalalla? *

- 5 vuotta tai alle
- 6-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- yli 21 vuotta

4. FRAT-arviointimittarin käyttökokemuksia kaatumisriskipotilaan arvioinnissa. *

	Täysin samaa mieltä 4	Osittain samaa mieltä 3	Osittain eri mieltä 2	Täysin eri mieltä 1
FRAT-mittari oli minulle entuudestaan tuttu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiskelijoiden pitämä alkuperehdytystilaisuus arviointimittarin käyttöönotosta oli hyödyllinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen FRAT-ohjeistus oli riittävä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyksikköni on perehdyttänyt minua FRAT-mittarin käyttöön.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minua on kannustettu FRAT-mittarin käyttöön.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRAT-arviointilomaketta on helppo käyttää.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRAT-arviointi auttaa havaitsemaan kaatumisriskipotilaat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRAT-arviointi auttaa ehkäisemään kaatumisia osastollamme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen alkanut pohtimaan kaatumisen ehkäisemisen merkitystä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaatumiset ovat vähentyneet FRAT-arvioinnin myötä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto potilaan kaatumisriskistä siirtyy vuorosta toiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto kaatumisriskistä siirtyy potilaan mukana esim. kotihoitoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Toimenpiteet kaatumisten ehkäisemiseksi. *

Mitkä ovat olleet viisi eniten käytettyä toimenpidettä kohonneissa tai korkeissa kaatumisriskipisteissä. Rastita viisi toimenpidettä.

- Rollaattorin käyttö.
- Soittokellon käyttö ja avun pyytämiseen kannustaminen.
- Tilojen esittely, vessa, ruokasali yms.
- Muistutus tippatelineestä tai katetrasta.
- Päivittäinen liikkumiseen kannustaminen.

- Sopivat kengät ja vaatteet.
 - Potilaan henkilökohtaiset tavarat ulottuville.
 - Vessakäyntien ennakointi hoitajan avustuksella.
 - Sängynlaitojen nosto ylös tai laskeminen.
 - Potilaan sijoittelu esim. lähelle vessaa.
 - Lääkityksen tarkistaminen.
 - Muu mikä?
-

6. Kirjaaminen *

	Usein	Joskus	Harvoin	Ei koskaan
Olen tehnyt yli 70-vuotiaan kaatumistapahtumasta HaiPro-ilmoituksen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yli 70-vuotiaille kaatuneelle oli tehty FRAT-arviointi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yli 70-vuotiaille kaatuneella oli kohonneet FRAT-arviointipisteet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yli 70-vuotiaan kaatuneen FRAT-arviointipisteet kirjataan HaiProhon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen kirjannut kaatumisriskipotilaan FRAT-arviointipisteet HOIPIS-lehdelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen kirjannut kaatumisriskipotilaan ehkäisevät toimenpiteet HOIPIS-lehdelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen kirjannut FRAT-arviointipisteet hoitopalautteeseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Kaatuneelle yli 70-vuotiaille potilaalle oli kirjattu HOIPIS-lehdelle kaatumisen ehkäisemiseksi seuraavia toimenpiteitä. Rastita. (Voi olla useampikin vastaus). *

- Rollaattorin käyttö.
- Soittokellon käyttö ja avun pyytämiseen kannustaminen.
- Tilojen esittely, vessa, ruokasali yms.
- Muistutus tippatelineestä tai katetrasta.
- Päivittäinen liikkumiseen kannustaminen.
- Sopivat kengät ja vaatteet.
- Potilaan henkilökohtaiset tavarat ulottuville.
- Vessakäyntien ennakointi hoitajan avustuksella.
- Sängynlaitojen nosto ylös tai laskeminen.
- Potilaan sijoittelu esim. lähelle vessaa.
- Lääkityksen tarkistaminen.

Muu mikä?

8. Mitä hyötyä FRAT-arvioinnista on potilasturvallisuutta ajatellen? *

9. Mitä kehitettävää FRAT-arvioinnin käytössä on? *

LIITE 6. Litteroidut haastattelut

KOKEMUKSET FRAT-MITTARIN KÄYTÖSTÄ

HYVÄT PUOLET / ONGELMAT

- FRAT-mittari on yksinkertainen ja selkeä (H1)
- FRAT-mittari on helppo ja selkeä käyttää, kun siinä on selkeät kysymykset eikä välttämättä tarvitse haastatella potilasta, jos tuntee potilaan niin voi potilaan tiedoista katsoa lääkitykset ja semmoiset (H3)
- ongelmana se, että muistaa käyttää mittaria -> tämä ollut hankalinta. Mittarilomake meinaa jäädä pöydälle/kansioon kun on monia muistettavia asioita (H1)
- vaikeaa arvioida minkä tyyppisiä potilaat on, puhuvatko totta ja millainen mielenlaatu, kun ei tiedä sairauksista ja onko muistiongelmaa (H2)
- tullut tilanteita, että on miettinyt mitä pitäisi seuraavaksi tehdä (H2)
- on eroavaisuuksia tekijän mukaan, että millaiset pisteet potilas saa -> itse haastattelee potilaan, toiset ehkä tehneet paperiarviona, tuleeko ero siitä? (H2)
- kaatumishistoria on vaikea selvittää, jos on hyvin muistamaton potilas (H3)
- ”Minun mielestä se on tosi yksinkertainen ja selkeä, simppele, se FRAT-mittari. Eli siinä ei siis oo mitään ongelmaa, enemmänkin sit se on se, et muistaa sit käyttää sitä. Et se on ollu se hankalin juttu.” (H1)

FRAT-ARVIOINNIN TEKEMINEN / MÄÄRÄ

- aika vähän FRAT-arviointeja vielä näkynyt ja itsekin vain kaksi tehnyt, mutta kenelle tehty niin raportilla siitä sanotaan ja kaikki tietää mitä pitää ottaa huomioon (H1)
- rupesin tekemään FRAT-arviointeja osastonhoitajan kehoituksesta niinä päivinä kun en ollut osaston töissä (H2)
- ensimmäisinä päivinä noin 10 FRATia tehnyt ja lisäksi MMSE-testit (H2)
- kaikki varmasti tietää mikä FRAT-mittari on, mutta kovin moni ei ole kuitenkaan toteuttanut (H1)
- aika vähän ovat muut hoitajat FRATteja tehneet, niiden tekeminen tuntui jäävän minulle, nyt en ole pariin kuukauteen tehnyt yhtään (H2)
- aluksi tuli tehtyä aika paljonkin FRAT-arviointeja, mutta nyt ollut kiirettä osastolla niin jäänyt taka-alalle (H3)

- ”Ehkä se on sitten niistä kun on tietysti aina tärkeysjärjestyksessä jotkut asiat niin se on ehkä sit jääny sit vähän siihen, vaikka kuinka tärkeä onkin niinku. Välillä tää tahti täällä on aika tiukka. Siitähän se varmasti johtuu.” (H1)
- ”Oliskohan se ollu vaan joku tämmönen hengenahdistus oireilla tais tulla ja seitsemänkymppinen ja rollaattorilla liikku ja näin, mutta ei siinä ollu mitään ku siinä ei ollu kovin suurta kaatumisriskiä. Ei ollu monipuolista lääkitystä ja hirveesti lääkkeitä. Et se oli aika semmonen simppele juttu, eikä siinä kyllä ollu korkeet ne fratti-pisteet.” (H1)
- ”...pitempiaikainen potilas joka oli täällä, hällä oli syöpä. Ja tuota hänelle tein sitten, ja etenevä muistisairaus, niin tein hänelle sit ne pisteet ja ku hää oli aikasemmin päässy liikkumaan kovinkin vapaasti ja sillä tavalla ja sitten oli sattunnu niitä läheltä piti-tilanteita, oli horjahtelua ja semmosia ollu sitten ja huomasin että sillä ei ollu niitä FRAT-pisteitä siellä, niin tein hänelle sen ja sit siellä oli suuri niinku suuri kaatumisriski.” (H3)

PEREHDYTYS

- viime toukokuussa aloittanut työt, ei saanut perehdytyksessä tietoa FRAT-arvioinnista (H1)
- välissä ollut keikkalaisena, perehdytysvaihe jäänyt kokonaan pois (H1)
- on kuullut, että tämmöinen FRAT-arviointi on olemassa ja pitäisi tehdä (H1)
- itse perehtynyt asiaan ja koulutusiltapäivän kautta (H1)
- ei ollut opiskelijoiden pitämässä alkuesittelyssä, itse lukenut papereista ja yrittänyt katsoa mitä pitää tehdä (H2)
- ei ollut alkuperehdytyksessä. Osastokokouksessa ollut puhetta että täytyy rueta FRAT-arviointeja tekemään (H3)

KUINKA FRAT-MITTARIN KÄYTTÖ VAIKUTTANUT OMAAN TYÖSKENTELYYN/TOIMINTATAPOIHIN

- jos potilaalle kirjattu korkea kaatumisvaara ja toimenpiteeksi ettei saa lähteä yksin liikkeelle niin kyllä se on vaikuttanut (H1)
- jos on kirjattu HOITO-lehdelle kaatumisvaara/toimenpiteet niin hoitajat on kyllä toteuttanut, eikä ole sitten kaatunut potilas (H1)

- jos potilaalla korkeat FRAT-pisteet niin esim. soittokellon hälytyksiin pyrkinyt nopeasti vastaamaan, näiden potilaiden soittokelloihin vastataan ensimmäisenä (H2)
- FRAT-arviointeja tehdessä on huomannut miten paljon ihmisillä on lääkkeitä ja miten paljon lääkkeet vaikuttaa kaatumistaipumukseen ja liikkumiseen (H2)
- etenkin jos sattui kaatumistapaus niin ruettiin miettimään että onkohan tehty FRAT potilaalle. Sitten vaan rupesi kiinnittämään huomiota siihen. (H3)
- jos potilaalle on kirjattu suuri kaatumisriski niin kyllä sitä herkemmin kiinnittää huomiota asioihin, nostaa laitoja ja tarjoaa apuvälineitä (H3)
- mieleen tulleita kehitysideoita FRAT-arviointiin liittyen: onko potilas pysyvästi vuodepotilas vai kuntoutuva, eri lääkeryhmistä voisi saada eri pisteet eikä lääkkeiden yhteismäärän mukaan, määrittely valmiina milloin potilaalle olisi hyvä tehdä arviointi seuraavan kerran (H2)
- ”...jos saat niinku pienet pisteet niin okei, vuoden päästä. Nyt jos oot lievästi kohonnut, puolen vuoden. Korkeasti kohonnut, kolme kuukautta. Sä voit silloin suoraan panna sen päivämäärän et silloin on tehtävä se. Nyt mä pelkään et ne jää niinkun seurannat tekemättä.” (H2)

TOIMENPITEET

KÄYTETYT TOIMENPITEET SUURENTUNEESSA KAAATUMISVAARASSA

- laidat (sängyssä) ja vyö kun istuu pyörätuolissa -> raportilla kerrottu, hoitotiedoissa lukenut (H1)
- muistuttaminen, kertominen että soittokelloa käytetään eikä lähdetä käytävälle etsimään hoitajaa (H2)
- ”Pitäs panna semmonen huonetaulu että saa soittaa kelloa!” (H2)
- apuvälineet, esim. rollaattorissa kädensijat oikealla korkeudella ettei ole etunoja tai vino asento (H2)
- kengät, esim. tarralenkkarit menee vinksin vonksin (H2)
- kiinnitetty työkavereitten kanssa huomiota siihen, että apuvälineitä ja kengät saatavilla ja yöksi nostetaan laitoja ettei lähde sängystä mihinkään (H3)
- työparityöskentely, ettei yksin lähdetä auttamaan jos jalat ei kunnolla pidä vaan kahdestaan mennään ensin huoneeseen, omankin turvallisuuden takia (H2)
- kehitysehdotus: potilaiden sijoittelu huoneisiin sairauden mukaan, samassa huoneessa samaa sairastavat. Isoimmat huoneet niille joilla apuvälineitä ja jotka tarvitsevat tilaa ympärilleen esim. ohjauksen vuoksi ja kun aloitetaan liikkeelle lähtö (aivoinfarktipotilaat) -> joskus aiemmin ollutkin näin (H2)
- pyritään nytkin mahdollisuuksien mukaan sijoittamaan tilaa tarvitsevat potilaat väljempiin huoneisiin ja raivaamaan tilaa ympärille, huomioimaan valaistus (H2)

- tulee kiinnitettyä huomiota siihen, että on apuvälineitä, mutta toisaalta esteettömään liikkumiseenkin. Osa potilashuoneista ahtaita niin yritetään raivata tilaa niissä (H3)
- ei ole ollut tilanteita että olisi laittanut potilaan lääkelistan lääkärille tarkistettavaksi (H1)
- ei tietoa ovatko lääkärit siivonneet potilaiden lääkelistoja, jos ovat niin ihan yleisessä mielessä vain (H2)
- jos FRAT-pisteet korkealla että kaatumisvaara suuri niin sitten pohdittu toimenpiteitä (H3)
- ”...sekavuuden ja jalattomuuden takia tullu sit osastolle. Oli kaatunu kotona ja näin niin sit sillä on semmosta et laidat pitää muistaa aina laittaa ylös ja tukevat kengät jalkaan kun siirtyy ja vyö pitää olla ehottomasti pyörätuolissa kun istuu ja siellä oikein lukee isolla et erittäin korkea kaatumisvaara.” (H1)
- kotiutuessa arvioidaan mitä apuvälineitä potilas tarvitsee mukaan, jos esim. aiemmin ei ole ollut rollaattori käytössä (H1)

KIRJAAMINEN

MIHIN KIRJATAAN

- HOIPIS-lehdelle laitetaan pisteet, mutta HOITO-lehdelle kirjataan merkintöihin, että näkyy koko ajan ylhäällä suunnitelma, tulevaisuudessa, se on vaikuttanut kun sieltä heti näkee (H1)
- on kirjoitettu HOITO-lehdelle vinkkejä mitä täytyy huomioida jos on korkea kaatumisvaara (H1)
- toimepide-ehdotukset ja pistemäärä on laitettu HOITO-lehdelle, koska HOIPIS-lehdelle ei mahdu kuin pistemäärä, se laitettu sinne (H1)
- ”...jos sinne joku vaan on kirjottanu niitä muutosehotuksia...” (H1)
- kahvipöytäkeskusteluissa puhuttu, että olisi hyvä laittaa riskitietoihin FRAT-pisteet, että heti näkyisi, HOIPIS-lehdelle tulee myös mutta sinne ei mahdu keinot, ne tulee HOITO-lehdelle ja siirretään tulevaisuuteen näkyviin (H2)
- suurimmalla osalla hoitajista on tapana laittaa HOITO-lehdelle kaatumispistemäärä, siellä tieto juoksee hoitotietojen edessä ja siitä näkee suuren kaatumisriskin (H3)

- jos tieto kaatumisriskistä on HOITO-lehdellä niin siellä se kulkee ja tulee sanottua (raportilla), koska siellä on ne tärkeimmät asiat. On tärkeää että on siellä HOITO-lehdellä (H3)
- SEURANTA-lehdelle myös kirjaa missä on mm. MMSE-pisteet (H3)
- riskitietoihin laitettu FRAT-pisteet ja mitä ne tarkoittaa lääkäreitä varten, koska he eivät lue HOITO- ja HOIPIS-lehtiä
- on laatinut ohjeistuksia henkilökunnalle kahvihuoneen seinälle uusia työntekijöitä varten kuinka kirjataan Efficaan, että tiedot näkyisivät (H2)

JATKOHOITOPAIKKAAN SIIRTYMINEN / KIRJAAMINEN HOITOTYÖN YHTEENVETOON

- ei ole ollut tietoinen, että alkuperehdytyksessä on sovittu, että jatkohoitoon/kotiin lähtiessä FRAT-pisteet kirjataan hoitotyön yhteenvetoon (H1)
- ”Onko sitten olemassa jotakin semmosta opasta minkä vois antaa sille potilaalle mukaan?” -> liittyy siihen, että FRAT-pisteistä menisi tieto jatkohoitopaikkaan (H1)
- on kuullut, että jatkohoitopaikassa (kuntoutusosasto) on kiinnitetty huomiota FRAT-pisteisiin (H2)
- itse en ole päässyt kirjaamaan FRAT-pisteitä hoitotyön yhteenvetoon (H2)
- itse on satunnaisesti vain hoitotyön yhteenvetoja tehnyt, eikä ole niihin kirjoittanut FRAT-pisteitä (H3)
- jos on sattunut potilaalle kaatuminen osastolla niin silloin on sen kirjoittanut hoitotyön yhteenvetoon (H3)

HAIPRO

- haiprota ei ole kertaakaan joutunut täyttämään (H1)
- hankalaa sanoa onko haipro-ilmoituksia täytettäessä ollut FRAT tehtynä (H2)
- jos pitää tehdä haipro niin sinne FRAT-pisteet mahdollisuuksien mukaan, jos vaan on tehty FRAT (H3)
- ”...kaatuminen tuli ja sit niinku sillä tavalla sit laitoin vaan sinne (haipron) perään et potilaalle oli arvioitu tää FRAT-pisteytys mut se ei ollu mun mielestä hänen kohallaan mitenkään hirveen niinku korkea, tavallaan sen eteen ei ollu kamalasti tehty niinku niitä ehkäseviä toimenpiteitä.” (H3)