

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Ikäosaaminen

Sosiaali ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Riitta Maliniemi

KAATUMISTEN EHKÄISY - PEREHDYTYSMALLI KUOPION
KAUPUNGIN SAIRAALAPALVELUIHIN

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2018
Sosiaali ja terveysala ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Ikäosaaminen
Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
Keskuksen puhelinnumero 013 260 600

Tekijä(t)
Riitta Maliniemi

Kaatumisten ehkäisy -perehdytysmalli Kuopion kaupungin sairaalapalveluihin
Toimeksiantaja
Kuopion kaupunki

Tiivistelmä

Sairaalaan joutuminen lisää ikäihmisen kaatumisriskiä huomattavasti. Riskitekijät sairaalolosuhteissa poikkeavat jossain määrin kotona kaatumisvaaraan lisäävistä tekijöistä. Syynä on osittain fyysisen tilan heikkeneminen sairauden tai tapaturman vuoksi, mutta myös uusi ympäristö vaikuttaa kaatumisriskiin sitä lisäävästi sekä mahdollisesti tehdyt lääkitysmuutokset. Kaatumista ehkäisevät toimenpiteet olisi aloitettava heti potilaan sairaalaan tullessa ja jatkettava koko sairaalahoidon ajan. Kaatumisten ehkäisyyn avulla on mahdollista parantaa potilasturvallisuutta sekä ikääntyvien elämänlaatua ja vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin niitä pienentämällä. Kaatumisten ehkäisyyn tehokkaasti käytäntöön saaminen sairaalapalveluissa edellyttää hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä ja sitoutumista työhön.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli kehittää hoitohenkilökunnan osaamista perehdyttämisen keinoilla. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana. Tuotoksena luotiin perehdyttämismalli yhteistyössä Harjulan sairaalan kaatumisten ehkäisyyn työryhmän kanssa osallistavissa työpajoissa. Perehdyttämisen jalkauttaminen jää toimeksiantajan tehtäväksi, suositeltavaa olisi koko henkilöstön säännöllinen perehdyttäminen vuosittain. Lisäksi kaatumisten ehkäisytyötä tukemaan olisi hyvä nimetä vastuuhoidaja osastoille.

Kieli
suomi

Sivuja 61
Liitteet 3

Asiasanat

Kaatuminen, perehdyttäminen, ikääntyvä potilas, hoitohenkilöstö, osallistaminen, tutkimuksellinen kehittämistoiminta



THESIS
April 2018
Master's programme in active ageing
Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
FINLAND
Telephone number of the centre
013 260 600

Author (s)
Riitta Maliniemi

Title
Fall Prevention- Induction model for Kuopio City Hospital Services

Commissioined by Kuopio City

Abstract

Hospitalisation significantly increases the risk of falling in older people. The risk factors in the hospital environment differ to some extent from those at home. On the one hand, the deterioration of the physical condition caused by an illness or injury might increase the risks, but on the other hand, the new environment and the possible changes in the medication might contribute to the increased risk of falling. The measures preventing falls should be started on the arrival of the patient to the hospital and continued throughout the hospital stay. By preventing falls, it is possible to improve patient safety, the quality of life in older people and reduce health care expenses. Effective introduction of fall prevention practices requires competence development and work commitment of the nursing staff. The purpose of this thesis was to develop the competence of the nursing staff through induction practices.

The thesis was carried out through developmental research activity. The fall prevention induction was implemented in participatory workshops in collaboration with the fall prevention work group of Harjula Hospital. The introduction of the induction model will be carried out by the client and it is advisable to educate the entire staff annually. In addition, it would be good to designate departmental people in charge of fall prevention

Language

Finnish

Pages 61

Appendices 3

Keywords

Falling, induction, aging patient, nursing staff, participation, research development activities

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	6
3	Kaatumistapaturmat ikäihmisillä.....	6
3.1	Kaatuminen	6
3.2	Kaatumisriskiä lisääviä tekijöitä.....	7
3.3	Kaatumisriski ja toimintakyky	8
3.4	Kaatumistapaturmien yleisyys ja seurauksia.....	10
3.5	Kaatumistapaturmat sairaalaolosuhteissa.....	11
4	Perehdyttäminen ja kaatumisten ehkäisytyön kehittäminen	13
4.1	Osaamisen kehittämisen merkitys kaatumisten ehkäisytyössä	13
4.2	Perehdyttäminen osaamisen kehittämisessä	14
4.3	Perehdytysmalli	15
5	Toimeksiantaja Kuopion kaupunki, sairaalapalvelut	16
5.1	Harjulan sairaalan kaatumisten ehkäisyn työryhmä ja AKE.....	17
5.2	Toimintakyvyn arviointi Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden osastoilla	18
5.3	Kaatumisvaaran arviointi.....	19
5.4	Potilasturvallisuus ja HaiPro	20
6	Opinnäytetyön kehittämisprosessi	20
6.1	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta.....	20
6.2	Osallistaminen tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa	22
6.3	Kehittämisprosessin aikataulu ja vaiheet	23
6.4	Opinnäytetyön aineistonkeruu	24
6.4.1	FRAT - lyhyt kaatumisvaaran arviointi Kuopion sairaalapalveluissa ..	26
6.4.2	HaiPro-ilmoitukset.....	28
6.4.3	Kysely työntekijöille.....	30
7	Osallistava työpajatyöskentely.....	32
7.1	Työpaja 1.....	32
7.2	Simulaatioon tutustuminen.....	35
7.3	Työpaja 2.....	37
7.4	Työpaja 3.....	38
7.5	Työpaja 4.....	39
7.6	Perehdytysmallin pilotointi	41
8	Opinnäytetyön tulokset ja tuotos	43
8.1	Kaatumisten ehkäisytyön nykytilanne	43
8.2	Tuotoksena syntynyt perehdytysmalli	44
9	Pohdinta	47
9.1	Kehittämisprosessin arviointi	47
9.2	Tuotos ja sen arviointi.....	50
9.3	Eettisyys ja luotettavuus	52
9.4	Johtopäätökset ja implementointi.....	54
	Lähteet	57

Liitteet

Liite 1 FRAT-lyhyt kaatumisvaaran arviointi

Liite 2 FRAT-kaatumisriskin arvio -toimintamalli

Liite 3 HaiPro-ilmoitus

1 Johdanto

Kaatumisten ehkäisyä on kehitetty viime vuosina paljon. Etenkin kotiolosuhteissa olevien kaatumisvaaraa kohottavien tekijöiden tunnistamiseen ja niiden ehkäisemiseen on etsitty ja löydetty keinoja. Työssäni sairaanhoitajana akuuttiosastolla, olen havainnut, että myös sairaalolosuhteissa kaatuminen on ikääntyvien kohdalla yleistä. Tämä on myös merkittävä potilasturvallisuusriski. Sairaalahoidon aikana tapahtuneista kaatumistapaturmista joka toinen kaatuminen aiheuttaa ikääntyneelle vammoja ja joka kymmenes vamma on vakava. Suurin vaara kaatumistapaturmalle on ensimmäisten hoitopäivien aikana. Kaatumisten ehkäisyn kehittäminen sairaalapalveluissa on perusteltua potilasturvallisuuden näkökulmasta, mutta myös kaatumisten aiheuttamat kustannukset ovat huomattavia menoeriä, eikä pidä unohtaa kaatumistapaturman vaikutusta ikääntyvän elämänlaatuun. Kaatumistapaturmat lisäävät ikäihmisten riskiä joutua laitoshoitoon viisinkertaisesti (Tilvis 2010, 330).

Sairaaloissa ei useinkaan arvioida kaatumisvaaraa potilaan sairaalaan tulovaiheessa eikä ole olemassa selvää mallia kaatumisten ehkäisyyn. (Pajala 2012, 10-12, Toikkanen 2012.) Haaviston (2013,317-318) mukaan potilasturvallisuudessa ei riitä tasona hyvä, vaan tulee aina pyrkiä parempaan. Henkilökunnan osaamista ja valmiuksia tulisi kehittää, jotta potilasturvallisuusriskit pystytään arvioimaan paremmin ja ehkäisemään niitä tehokkaasti. Kaatumistapaturmat ovat sairaaloissa erityisesti ympäristön turvallisuuteen liittyviä asioita. Potilaasta lähtöisin olevia tekijöitä on myös ja niihin voidaan vaikuttaa mm. riittävällä ohjauksella.

Opinnäytetyön lähtökohtana oli ikäihmisten elämänlaadun parantaminen. Samalla halusin kehittää hoitohenkilökunnan osaamista ja potilasturvallisuutta. Nämä asiat yhdistyvät kaatumisten ehkäisytyön kehittämisessä sairaalapalveluissa, joka oli toimeksiantajan tarpeesta lähtevä aihe. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuopion kaupungin sairaalapalveluihin perehdytysmalli, jonka avulla voidaan parantaa henkilökunnan osaamista kaatumisten ehkäisystä sairaalapalveluiden osastoilla.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Karttulan, Juankosken ja Harjulan sairaalan osastojen henkilökunnan osaamista ja tietoisuutta kaatumisten ehkäisystä sairaalan osasto-olosuhteissa. Tavoitteena oli luoda perehdyttämismalli, jonka avulla osaamista ja tietoisuutta kaatumisten ehkäisystä parannetaan.

Tehtävät:

1. Opinnäytetyön tehtävänä oli kehittää yhteistyössä Harjulan kaatumisen ehkäisytyöryhmän jäsenten kanssa perehdyttämismalli kaatumisten ehkäisytyöryhmien osastoilla.
2. Opinnäytetyön tehtävänä oli perehdyttää perehdyttämismallin avulla Juankosken, Karttulan ja Harjulan sairaalan henkilökunta kaatumisten ehkäisytyöryhmien osastoilla.

3 Kaatumistapaturmat ikäihmisillä

3.1 Kaatuminen

Ikäihmisellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä yli 65-vuotiasta. Ikäihmisten määrän Suomessa arvioidaan lisääntyvän vuoteen 2060 mennessä lähes 1,79 miljoonaan. Tämä tarkoittaa sitä, että väestöstä 29 prosenttia kuuluu tähän ryhmään. Ikäihmisten kohdalla tapaturmia tarkasteltaessa yleisin tapaturma on kaatuminen. (Pajala 2012,7-8.)

Kaatuminen määritellään tapahtumaksi, jossa ihminen päätyy makaamaan tai johonkin muuhun asentoon lattialle, maahan tai jonnekin muualle lähtötasoa alemmalle paikalle. Kaatumista määrittelee myös se, ettei taustalla ole akuuttia sairauskohtausta, kuten esimerkiksi epileptinen kohtaus. Kaatuminen voi johtua liukastumisesta, kompastumisesta, törmäämisestä ihmiseen tai muuhun esteeseen, jalkojen pettämisestä tai tasapainon menettämisestä muusta syystä. (Heikkilä, Tynni, Jäppinen, Kivelä, Pajala, Strandberg 2015.)

Kaatumiselle tyypillistä on, että se tapahtuu äkkiä ja voi aiheuttaa vammoja. Kaatuminen voi tapahtua missä vain ja syitä sille voi olla useita. Osa liittyy terveyteen ja osa valintoihin, joita tehdään, kuten millaiset kengät valitaan. Kaatumisriskin tiedostaminen helpottaa tekemään valintoja, jotka suojaavat kaatumiselta. Kaatuminen ei ole normaali osa ikääntymistä, vaan suurin osa niistä voidaan ehkäistä oikeilla toimilla. (Alberta Health Service 2013, 2.)

3.2 Kaatumisriskiä lisääviä tekijöitä

Kivelän (2012, 77) mukaan kaatumiselle altistava tekijä on vanheneminen ja sen mukanaan tuomat asentotuntoaistielinten sekä ääreis- ja keskushermoston toimintojen hidastuminen. Kaatumiseen johtavia syitä voidaan luokitella sisäisiin ja ulkoisiin syihin. Sisäisiä tekijöitä ovat ikääntymisen johdosta heikkenevät näkö, tasapaino, lihaksisto ja luusto sekä sydän- ja verisuonten toiminta, myös akuutit ja krooniset sairaudet kuuluvat sisäisiin tekijöihin. Ulkoisia tekijöitä ovat fyysinen toimintaympäristö, laitteet, jalkineet sekä tilannesidonnaiset olosuhteet (laitoshoido, henkilökunta, kaatumisen ajankohta). (Tideiksaar 2005,27-46.)

Pajala (2012, 16) on luokitellut sisäisiin kaatumista edistäviin tekijöihin iän, sukupuolen, etnisyyden, perinnölliset sairaudet sekä aiemmat kaatumiset, heikentyneen kognition ja muistin, alentuneet toimintakyvyn, tasapainon ja lihasvoiman, aistien muutokset, inkontinenssin sekä kaatumisen pelon. Ulkoisia tekijöitä ovat lääkitykset, erilaiset vaaralliset paikat sisällä ja ulkona sekä jalkineet. Käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä ovat kiire, huolimattomuus, riskikäyttäytyminen, liika varovaisuus, omien voimavarojen väärin arviointi, väsymys, levottomuus, neste-hukka ja matala energiataso. Dionyssiotisin (2012) mukaan kaatumisista 30-50 prosenttia johtuu ympäristössä olevista syistä, kuten huonosta valaistuksesta, liukkaasta tai epätasaisesta lattiasta ja 20 prosenttia kaatumiseen johtavista merkittävistä tekijöistä on ulkoisia tekijöitä. Kivelä (2012,77) näkee myös sairaalaan joutumisen lisäävän iäkkäiden kaatumisriskiä.

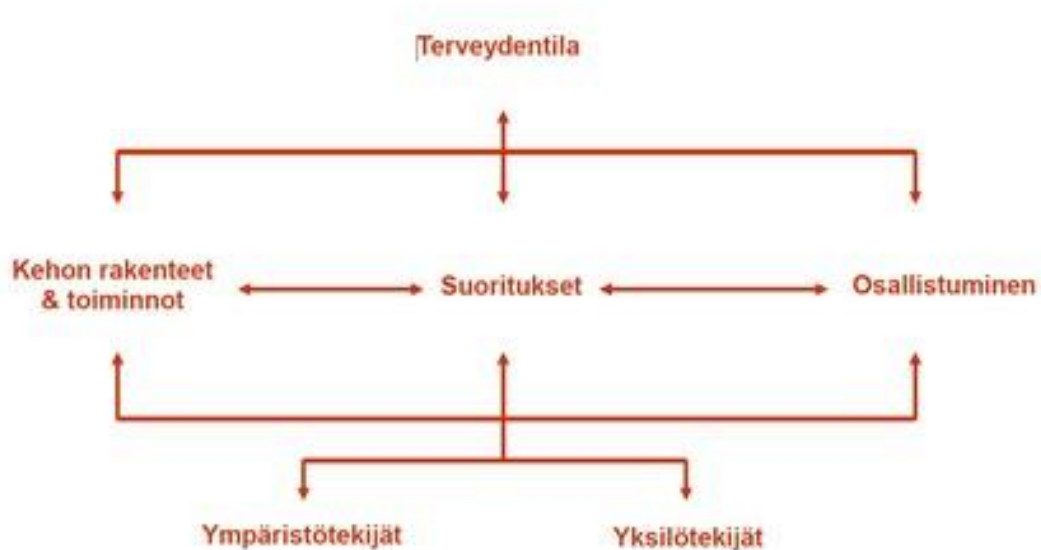
Vahvaa näyttöä kaatumisvaaran vähentämisen keinoista hoitokodeissa asuvien ikääntyneiden kohdalla, on löytynyt fyysisen kunnon harjoittelusta sekä ympäristön kartoituksesta. Näin erityisesti korkean kaatumisriskin omaavien kohdalla. D-

vitamiinin kohdalla tulokset olivat ristiriitaiset, selvää näyttö kaatumisten ehkäisyyn ei havaittu, mutta niillä, joilla D-vitamiinitasot olivat matalat, vaikutusta oli nähtävissä. Rytmihäiriöt olivat selkeästi kaatumisriskiä lisäävä tekijä. Kaihileikkausten jälkeen naisten kaatumisriski nousee. Tässä kohdin tarvitaan ohjausta ja aikaa sopeutua uuteen tilanteeseen. Lääkkeillä on kaatumisriskiä lisäävä vaikutus, erityisesti näyttöä löytyi psykoosilääkkeillä. (Gillespie, Robertson, Gillespie, Sherrington, Gates, Clemson & Lamb 2012.)

3.3 Kaatumisriski ja toimintakyky

Toimintakyvyllä on merkitystä kaatumisriskiin ja kaatumistapaturma vaikuttaa toimintakykyyn. Ikääntyneen toimintakykyä voidaan määritellä ICF-luokitukseen (The International Classification of Functioning, Disability and Health) pohjaten niin, että toimintakyky ja sosiaalinen osallistuminen ovat vuorovaikutusta yksilön ja ympäristön välillä (kuvio 1). Mallin mukaan häiriö terveydentilassa rajoittaa aktiivista osallistumista ja tätä kautta omatoimisuus vähentyy ja ulkopuolisen avun tarve lisääntyy. (Lyyra & Tiikkainen 2009,60-61.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2016a) mukaan toimintakyky ICF-luokituksen mallissa nähdään kokonaisuutena, joka rakentuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta.

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a).

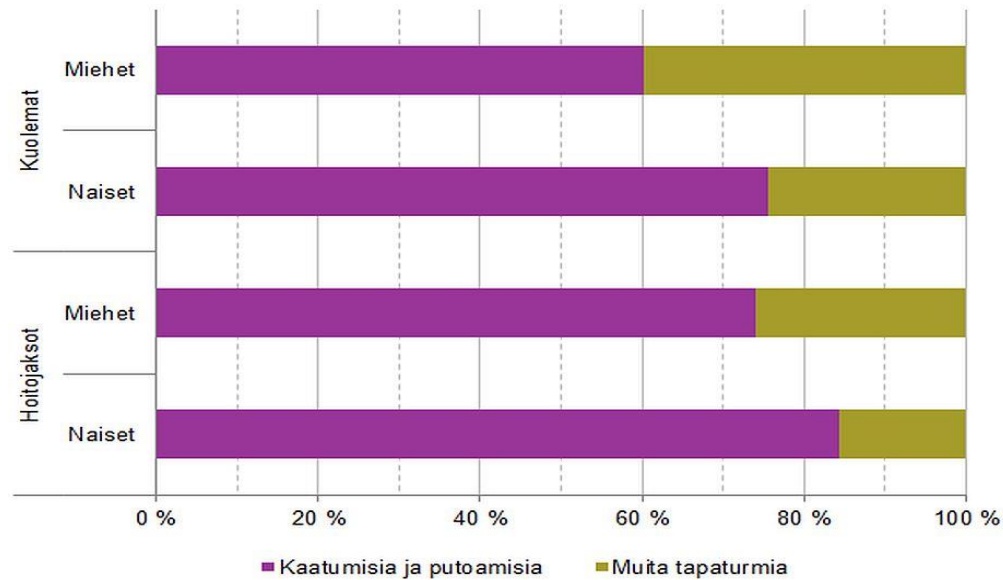
Tässä opinnäytetyössä toimintakykyä ja kaatumisten vaikutusta siihen ajatellaan ICF-mallin mukaisessa kontekstissa niin, että ikäihmisten elämänlaatu koostuu näistä mallin osa-alueista ja kaatuminen vaikuttaa heikentävästi useampaan osa-alueeseen. Kaatumisilla on vaikutusta ikääntyneen toimintakykyyn heikentäen sitä ja toipuminen vammoista tapahtuu hitaasti. Usein seurauksena on toimintakyvyn heikkeneminen pysyvästi. Tätä kautta laitoshoidon joutumisen riski kasvaa. (Pajala 2012, 10, Rieppo 2017.) Kaatumisten ehkäisyllä on merkittävä vaikutus ikäihmisten elämänlaatuun kaikilla ICF-luokituksen osa-alueilla.

Kaatumisten ehkäisyn vaikutuksia ikääntyvän elämänlaatuun on tutkittu ja Vaapio (2009, 48, 64-65) toteaa vaikutuksia olevan useilla eri alueilla. Hänen tutkimuksen koeryhmässä elämänlaadun merkittävää parantumista koettiin fyysisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä, henkisessä terveydessä, energisyydessä ja suhteessa ympäristöön. Lisäksi parannusta oli saavutettu yleisen terveydentilan, kivun ja emotionaalisuuden alueilla. Kaatumisten ehkäisyn vaikuttavuutta arvioitaessa, vaikutus elämänlaatuun jää arvioimatta.

3.4 Kaatumistapaturmien yleisyys ja seurauksia

Pohjois-Savon alueella vuonna 2011 kaatumiset ja putoamiset aiheuttivat noin 41 000 hoitopäivää ja vuonna 2013 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa oli 2 042 päivystyskäyntiä kaatumisten ja putoamisten vuoksi (Äijö, Ruuttunen, Tepponen, Metsävainio, Hiltunen, Marjoniemi & Tervo-Heikkinen 2014, 35). Suomessa tapahtuu vuosittain noin 7 000 lonkkamurtumaa, joista suuri osa syntyy sairaaloissa tai hoitokodeissa. Lonkkamurtumien lisäksi kaatumisista aiheutuu muita murtumia noin viidelle prosentille, pehmytkudosvammoja tulee noin puolelle sekä vakavia pää- tai nivelvammoja seuraa 5-10 prosentille kaatuneista. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2006, 3.)

Tilviksen (2010,330) mukaan yli 65-vuotiaista kaatuu ainakin kerran vuodessa noin kolmannes ja naisilla kaatumisriski on miehiä suurempi. Myös Saarelma (2017) arvio kaatumisten yleisyyden tässä ikäluokassa hyvinkin samaksi eli 30-40 prosenttia. Vakavia vammoja tulee hänen mukaansa noin 10 prosentille. Vakavilla vammoilla tarkoitetaan mm. lonkkamurtumia. Tilastokeskuksen (2015) mukaan ikäihmisten yleisin tapaturmaisen kuoleman aiheuttaja on kaatuminen tai putoaminen. Viimeisten 25 vuoden aikana kaatumisten määrä ikääntyneillä on nelinkertaistunut ja määrällisesti tämä tarkoittaa noin 100 000 kaatumistapaturmaa vuosittain Suomessa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017a). Kuviossa 2 on esitetty kaatumisten ja putoamisten suhde muihin tapaturmiin ja tapaturmisiin kuolemiin ikäihmisillä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b). Voidaan havaita, että naisten riski kaatumistapaturmiin on hieman isompi kuin miesten ja yleensäkin kaatumiset ovat suhteessa muihin tapaturmiin merkittävästi yleisimpiä.



THL, lähde: Hoitoilmoitusrekisteri ja Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt.

Kuvio 2. Kaatumisten ja putoamisten osuus yli 64-vuotiaiden tapaturmista Suomessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b).

Suomessa vuonna 2000 arvioitiin aiheutuneen noin 39 miljoonan euron kustannukset ikäihmisten kaatumisista, yhden lonkkamurtuman aiheuttamat kulut vuoden 2010 kustannustasolla olivat noin 19 000 euroa (Pajala 2012, 14). Riepon (2017) mukaan kaatumisten aiheuttamat kokonaiskustannukset Suomessa ovat yli kaksi miljardia euroa, laitoshoitoon johtaneessa tapaturmassa noin 40 000-50 000 € vuodessa potilasta kohden.

Myös maailmanlaajuisesti ikäihmisten kaatumistapaturmat ovat merkittävä ikäihmisten sairaalahoitoon joutumisen syy. Yhdysvalloissa ikäihmisistä joka neljäs yli 65 -vuotias kaatuu joka vuosi. Päivystykseen tuodaan joka yhdestoista sekunti kaatunut ikäihminen ja joka 19 minuutti kuolee ikäihminen kaatumisen seurauksena. Vuonna 2013 Yhdysvalloissa kaatumiset aiheuttivat noin 34 miljardin dollarin kustannukset ja väestön ikääntyessä nopeasti on arvioitu, että vuonna 2020 kustannukset olisivat jo 67,7 miljardia dollaria. (National Council on Aging 2017.)

3.5 Kaatumistapaturmat sairaalaolosuhteissa

Riepon (2017) mukaan kaatumistapaturmat iäkkäiden kohdalla sairaalaolosuhteissa on huomattavan yleisiä, joskin tarkkoja määriä on vaikea arvioida.

Sairaalassa tapahtuneista kaatumisista seuraa vammoja potilaalle yli 30 prosentissa tapauksista ja kaatumiset aiheuttavat myös lisääntyntä kuolleisuutta (Oliver, Papaioannou, Giangregorio, Thabane, Reizgys & Foster 2008). Inkisen (2012) mukaan ensimmäiset vuorokaudet vieraassa ympäristössä ovat riskialttiimpia kaatumisille ikäihmisten kohdalla. Sairaaloiden henkilökunnalta edellytetäänkin tämän johdosta erityistä asian huomioimista.

Oliver ym. (2008) tutkimuksessaan ovat tulleet tulokseen, että sairaalaolosuhteissa kaatumisriskiä nostaa potilaiden levottomuus, huono itseluottamus, heikentynyt kunto ja tasapaino, pitkittynyt hoitajakso tai pitkäaikaishoitopaikka. Potilaiden kaatumiset sairaalassa lisäävät henkilökunnan syyllisyydentunteita sekä aiheuttavat potilaiden ja omaisten taholta valituksia ja oikeudenkäyntejä, joista aiheutuu lisäkustannuksia. (Oliver ym. 2008.)

Mustajoen, Kinnusen & Aaltosen (2014) mukaan iäkkäiden kaatumistapaturmiin sairaaloissa suhtaudutaan ajatuksella, ettei niitä voida ehkäistä. Kaatumiset ovat arkipäivää, potilaan vammat hoidetaan ja toiminta jatkuu ennallaan. On myös huomattu, että kaatumisten hoito koetaan kaatumisten ehkäisyä tärkeämmäksi, koska potilaiden autonomiaa pidetään turvallisuutta tärkeämpänä (Berland 2012, Tzengin & Yinin 2013 mukaan).

Pajalan (2012,125) sekä Riepon (2017) mukaan sairaalaan joutuminen lisää ikäihmisen kaatumisriskiä huomattavasti ja riskitekijät sairaalaolosuhteissa poikkeavat jossain määrin kotona kaatumisriskiä lisäävistä tekijöistä. Syynä on osittain fyysisen tilan heikkeneminen sairauden tai tapaturman vuoksi, mutta myös uusi ympäristö vaikuttaa kaatumisriskiä nostattavasti sekä mahdollisesti tehdyt lääkitysmuutokset. Kaatumista ehkäisevät toimenpiteet olisi aloitettava heti potilaan sairaalaan tullessa ja jatkettava koko sairaalahoidon ajan. Pajala (2016, 35) suosittelee, että kaatumisen ehkäisyyn liittyviä toimintamenetelmiä tulee organisaatioissa tehdä työntekijöille tutuiksi perehdyttämällä työntekijät toimintatapoihin.

4 Perehdyttäminen ja kaatumisten ehkäisytön kehittäminen

4.1 Osaamisen kehittämisen merkitys kaatumisten ehkäisyssä

Kaatumisten ehkäisy on moniammatillisesti toteutettavaa työtä, jolla on tarkoituksena vähentää kaatumisen riskitekijöitä. Työn tulee olla näyttöön perustuvaa, tavoitteellista työtä, joka pitää sisällään myös riskien arvioinnin ja potilaan ohjauksen. (Korhonen, Holopainen & Pajala 2010.) Grantin, Mckenzien ja Clemsonin (2015) tutkimuksessa todetaan, että kaatumisten ehkäisyn tehokkaasti käyttöön saaminen edellyttää osaamisen kehittämistä ja yhteistyötä, jossa nähdään puutteita. Erityisesti yleislääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten välillä on puutteita moniammatillisessa yhteistyössä ja tiedon siirrossa.

Kaatumisien ehkäisyä perusterveydenhuollossa voidaan tehostaa kehittämällä osaamista niin, että jaetaan tietoa nimenomaan sairaalahoidon aikaisista riskitekijöistä ja herätetään henkilökuntaa kiinnittämään entistä enemmän huomioita kaatumisiin. Tiedon jakamisen tulisi suuntautua kaikille potilaan hoitoon osallistuville. Tärkeää on myös kaatumisriskin nostaminen esille ja sen kirjaaminen potilastietoihin. (Tideiksaar 2005, 140; Vaapio 2009,76)). Myös Inkinen (2012) ja Pajala (2012,127) esittävät osaamisen kehittämistä tärkeäksi keinoksi edistää kaatumisten ehkäisyä sairaaloissa. Lisäksi henkilökunta pitäisi saada sitoutumaan yhteisten toimintamallien noudattamiseen.

Tzengin ja Yin (2012) tutkimuksessa lähestytään kaatumisen ehkäisyä hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksessa todetaan, että sairaalapotilaiden kaatumisen ehkäisyssä hoitajien osaamisen kehittämällä ja sen sisällöllä on merkittävä rooli. Hoitohenkilöstön kokemuksen mukaan kaatumisten ehkäisyä edistävät kaatumisriskissä olevien potilaiden tunnistaminen, kylpyhuoneiden turvallisuus, henkilökunnan välinen kommunikaatio, apuvälineiden oikea käyttö, ryhmäkeskustelut ja koulutus kaatumisen ehkäisystä. Hoitajat kaipaavat käytännön ohjausta mm. uusien apuvälineiden ja testien käytöstä. Tärkeinä asioina nähtiin potilaiden psyykkisen/henkisen tilan seuranta, riittävä henkilökunta, potilashuoneiden ympäristön turvallisuus, asianmukaisten rajoitusten käyttö, henkilökunnan ja

omaisten välisen kommunikaation parantaminen sekä riittävän usein tehtävät kierrot potilaiden huoneissa. Lisäksi tulee huomioida, että jokaisella potilaalla on kaatumisriski. On huolehdittava, että kaikki ovat tietoisia kaatumisriskeistä ja niiden ehkäisystä.

Osaamisen kehittäminen edellyttää oppimista. Sydänmaanlakka (2012, 32-34) määrittelee oppimisprosessia niin, että se on muuttumista, kehittymistä, kasvua ja kypsymistä. Prosessissa uusi tieto suhteutetaan aikaisempaan tietoon ja kokemukseen. Perehdyttäminen on suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jonka avulla kehitetään osaamista (Geir 2011, 19).

4.2 Perehdyttäminen osaamisen kehittämisessä

Työturvallisuuslaissa 2002/738 pykälän 14:n mukaan jokaisella on oikeus saada perehdytys työhön ja työmenetelmiin sekä tarvittaessa annettua ohjausta ja opetusta on täydennettävä. Ahokas ja Mäkeläinen (2013) määrittelevät perehdyttämistä asiana, jolla työntekijä tutustutetaan organisaatioon, työyhteisöön ja työtapoihin. Perehdyttämiseen liittyy työnopastus, joka taas sisältää itse työn tekemiseen kuuluvat asiat. Myös vanhat työntekijät yrityksessä tarvitsevat perehdyttämistä aina, kun työtehtävissä ja tai menetelmissä tapahtuu muutoksia. Muutos prosessina vaatii työntekijöitä mukautumaan uusiin tilanteisiin ja voi olla kuormittava tekijä, jos ei saa riittävää perehdyttämistä uuteen asiaan. Haaviston (2013,316) mukaan potilasturvallisuuden näkökulmasta hoitohenkilöstön osaamisen ja työtehtäviin perehtyneisyyden merkitys on suuri.

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (2012,31- 32) mukaan potilasturvallisuuden osalta Suomi on edelläkävijä useisiin muihin maihin verratessa. Kuitenkin vuodeosastoilla potilaille tapahtuneista haittatapahtumista aiheutuu vuosittain suuria menoeriä. On arvioitu, että toiminnan kehittämisellä voitaisiin lähes puolittaa nykyiset kustannukset. Kehittämisen tulisi perustua toiminnan arviointiin. Työn jatkuvasti muuttuessa, henkilökunnan perehdyttäminen ja osaamisesta huolehtiminen on yksi ratkaiseva tekijä.

Perehdyttämisen perusta on pitkälti ihmisen kyvyssä ja motivaatiossa oppia uutta. Perehtymisen ja perehdyttämisen avulla kehitetään ammatillista kasvua, oppimaan oppimista ja kokemusperäistä työstä oppimista, mutta myös vuorovaikutuksellisuutta ja verkostoitumista. Perehdyttäminen on prosessi, jonka aikana tapahtuu oppimista. (Ketola 2010, 53,60.) Geirin (2011, 20-21) mukaan oppimistilanteelle perehdyttämisen yhteydessä tunnusomaista on vuorovaikutuksellisuus, jossa näkyvät sekä perehtyjän että perehdyttäjän jo olemassa olevat asenteet, tiedot ja taidot. Perehtymistilanteen vuorovaikutuksellisuudessa annetaan molemmille osapuolille mahdollisuus oppia uutta.

Perehdyttäminen ei koske vain uusia työntekijöitä. Muutosvastarintaa vähentää uusien työmenetelmien kohdalla asioihin opastus. Mahdollisuus keskusteluun ja samalla asioiden perustelu auttavat sopeutumaan uusiin asioihin ja antavat samalla työntekijälle aikaa harkita työmenetelmiä ja sopeutua niihin. Näin myös sitoutuminen uusien menetelmien käyttöön parantuu. (Kangas & Hämäläinen 2007, 20-21.) Perehdyttämisen tavoitteena on, että työntekijä saa tarvittavan tuen ja tiedon, jotta pystyy suoriutumaan työstään itsenäisesti (Kupias & Salo 2014, 62).

Hyvä ja tehokas perehdyttäminen tuo myös lisäarvoa koko organisaatiolle ja työyhteisölle. Tämä usein jää huomioimatta, kun puhutaan perehdyttämisestä ja sen tärkeydestä. Perehdyttäminen on yksi keino, jolla voidaan tehostaa työyhteisön toimintatapoja sekä saada työyhteisö tarkastelemaan toimintaansa, jolloin mahdollistuu jatkossa oman työn kehittäminen. (Kupias & Peltola 2009, 112-113.)

4.3 Perehdytysmalli

Jotta perehdyttämismallia voidaan lähteä kehittämään, tulee lähtötilanne tuntea hyvin ja kehittämistarpeet selvittää (Kangas & Hämäläinen 2007, 25). Lähtötilannetta arvioitiin tässä opinnäytetyössä toimeksiantajaorganisaation keräämillä tiedoilla kaatumistapaturmista sekä niistä toimenpiteistä, joita on jo tehty. Pajalan (2016, 10) mukaan edellisten lisäksi tulee lähtötilanteen selvityksessä kuvata käytössä olevat kaatumisten ehkäisytoimet ja niiden käyttö. Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden osastoilla ei ole ollut yhtenäistä perehdytysmallia

kaatumisten ehkäisyyn, FRAT-mittarin (Fall Risk Assessment Tool)käyttöön on luotu toimintamalli. Yhtenäisellä perehdytysmallilla voidaan varmistaa tasalaatuinen osaaminen ja tietoisuus kaatumisten ehkäisystä ja sitouttaa henkilökuntaa yhteiseen tavoitteeseen. Perehdytysmallin avulla voidaan parhaimmillaan kehittää koko työyhteisöä ja organisaatiota. (Kupias & Peltola 2009,19.)

Suomessa on suurin osa perehdytysmalleista yritysten ja organisaatioiden omaan käyttöön luotuja. Yleiseen käyttöön tarkoitettuja malleja ja ohjeita ei perehdytysmalleissa ole. Perehdyttämisen prosessimalli on kuitenkin mahdollista kuvata havaintojen ja kokemusten perusteella. (Ketola 2010, 72,162.) Perehdytysmallit voivat olla hyvinkin tarkasti suunniteltuja, mutta toteutusvaiheessa vuorovaikutuksellisuuden merkitys ja vaikutus kannattaa huomioida. (Kupias & Salo 2014, 62).

Perehdyttäminen on prosessi, jossa tulisi olla liikkumatilaa. Luodessa perehdytysmallia tulisi huomioida organisaation yhteiset tavoitteet ja pelisäännöt. Perehdytysmallin tulee olla tavoitteellinen, suunnitelmallinen ja selkeä, joka mahdollistaa vuorovaikutuksellisuuden ja tuen uutta oppivalle työntekijälle. Lisäksi perehdytysprosessiin kuuluu seuranta. (Ketola 2010, 135-137.)

Geir (2011, 19) näkee, että perehdytysmallin on oltava sellainen, että sitä voi tavoitteellisuudesta ja suunnitelmallisuudesta huolimatta muokata tilanteiden mukaan sopivaksi ja tarvittaessa käyttää mallista tiettyjä osia perehdytykseen. Geirin (2011,3) näkemyksen mukaan perinteisen perehdytyskansion tilalle tarvitaan vuorovaikutuksellinen ja jatkuva perehdytysprosessi, jonka kautta vahvistuu uusi tieto ja ymmärrys asiasta. Hän myös korostaa ns. ”vanhan” työntekijän perehdyttämistarvetta.

5 Toimeksiantaja Kuopion kaupunki, sairaalapalvelut

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Kuopion kaupunki. Työ tehtiin Kuopion kaupungin terveydenhuollon palvelualueen sairaalapalveluihin. Sairaalapalveluihin kuuluvat Harjulan sairaala Kuopiossa sekä Karttulan ja Juankosken

terveyskeskukset (Kuopio 2017a). Perehdytysmallin avulla työntekijät perehdytetään kaatumisten ehkäisyyn edellä mainituissa paikoissa sairaalapalveluiden lyhytaikaisosastoilla.

Opinnäytetyöntekijän työyksikkö on Harjulan sairaalan osasto 1. Sairaalassa toimii neljä lyhytaikaisosastoa, kolme hoivaosastoa, saattohoito-osasto sekä on poliklinikkatoimintaa. Lisäksi sairaala-alueella toimii laboratorio, röntgen, kuntoutusyksikkö sekä kotiutusyksikkö. Osastoilla toiminta-ajatuksena on kuntouttava työ, jolla on tavoitteena tukea ikäihmisten itsenäistä kotona selviytymistä. Työtä osastoilla tehdään moniammatillisesti. (Kuopio 2017b.)

Kuopion kaupungin sairaalapalveluissa on huomioitu kaatumisen ehkäisy ja asiaa jalkautettu osaksi arjen hoitotyötä. Sairaalassa seurataan mm. FRAT-testien tuloksia osastoittain, näitä arvioidaan ja toimintaa kehitetään jatkuvasti. Harjulan sairaala toimii ns. opetusmallisairaalana ja tekee yhteistyötä Itä-Suomen yliopiston ja Savonia ammattikorkeakoulun kanssa. (Ruppa 2017.)

5.1 Harjulan sairaalan kaatumisten ehkäisyn työryhmä ja AKE

Harjulan sairaalassa toimii kaatumisen ehkäisyn työryhmä, joka kokoontuu säännöllisesti ja tekee tavoitteellisesti työtä kaatumisten ehkäisyksi. Työryhmään kuuluu moniammatillisesti työntekijöitä sairaalan eri osastoilta. Lisäksi tehdään tiivistä yhteistyötä alueellisen kaatumisien ehkäisyverkoston (AKE) kanssa. AKE toimii Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissa ja sen erityisvastuualueella (erva-alue). Kuvassa 1 näkyy Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin erva-vastuualue. Väestömäärä alueella on yli 800 000 ja alueeseen kuuluu 66 kuntaa (Kuntaliitto 2017).



Kuva 1. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin erva-alue (Tikkanen 2014).

AKE on toiminut vuodesta 2012 alkaen ja toiminnassa on mukana 37 edustajaa 13:sta eri organisaatiosta. Verkostossa toimii yli kymmenen eri ammattialan edustajaa ja mukana on myös maallikkojäsen. Visiona on pysäyttää vakavien kaatumistapaturmien määrän kasvu sekä lisätä tietoisuutta kaatumisten ehkäisystä. (Äijö ym. 2014, 35,37.) Alueellisen kaatumisen ehkäisyverkoston (AKE) toimintasuunnitelmassa vuosille 2016-2017 (2016,7) Kuopion kaupungin osalta tavoitteena oli kehittää ennaltaehkäiseviä keinoja kaatumisen ehkäisyyn Kuopion kaupungin sairaalapalveluissa. Keinoksi oli ajateltu henkilöstön kouluttamista, innostamista asiasta sekä kaatumisriskin arvioinnin kattavuuden lisäämistä.

5.2 Toimintakyvyn arviointi Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden osastoilla

Sairaalapalveluiden osastoilla arvioidaan ikäihmisten toimintakykyä useilla eri mittareilla. Käytössä ovat RAVA ja Barthel Index, joilla mitataan ikäihmisen päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä. Barthel Index tehdään potilaille sekä osastolle tulovaiheessa, että kotiutuessa. Näin on tarkoitus arvioida osastolla oloaikana tapahtuvaa kuntoutumista tai sen puutetta. Tuoliilta ylös nousu x 5 -testillä mitataan ikääntyneen alaraajojen lihasvoimaa ja suorituskykyä. MMAS tehdään aivohalvauspotilaille ja tällä testillä arvioidaan heidän päivittäiseen liikkumiseen liittyvää toimintakykyä. (Alueellinen kaatumisen ehkäisyverkosto 2016,7; Toimia-tietokanta 2017.)

MMSE - testillä arvioidaan kognitiivista toimintakykyä ja muistia. CERADia käytetään erityisesti Alzheimer-potilaiden kognitiivisten toimintojen arviointiin sekä myös seurantaan. VAS-kipujanalla arvioidaan potilaiden kipua ja ortostaattisella testillä verenpaineen muutosta ikäihmisten asennon muuttuessa makuuasennosta seisoma-asentoon. MNA -testiä käytetään ravitsemustilan arviointiin. Lisäksi käytössä on aktiivisuusmittari, jonka avulla pyritään seuraamaan ja lisäämään potilaiden aktiivista toimintaa kuuteen tuntiin päivässä. (Alueellinen kaatumisen ehkäisyn verkosto 2016,7; Toimia-tietokanta 2017.)

5.3 Kaatumisvaaran arviointi

Kaatumisvaaraa arvioidaan osastoilla FRAT-lyhyt kaatumisvaaran arvio -mittarin avulla (liite 1). FRAT-mittarin tulokset kerätään ja tilastoidaan organisaatiossa osastosihteerien avulla. Harjulan sairaalan osastojen 1 ja 2 osastonhoitajat ovat laatineet FRAT-mittarin käyttöön liittyen toimintamallin (liite 2), jossa on ohjeistettu, kuinka toimitaan missäkin tilanteessa ja hyödynnetään mittauksen tuloksia potilaan hoitosuunnitelmassa ja hoitotyössä. Toimintamallia hyödynnettiin perehdytysmallia luodessa soveltuvien osien.

FRAT- lyhyt kaatumisvaaran arvio huomioi kaatumiset, lääkitykset, henkisen tilan sekä muistin. Varsinaisesti toimintakykyä tai liikkumisen havainnointia ei mittarin avulla arvioida. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2017b) suosittelee tekemään laajan kaatumisvaaran arvioinnin niille potilaille, jotka tulevat osastolle kaatumisen vuoksi tai ovat kaatuneet useita kertoja vuoden aikana. Laajaa kaatumisvaaran arviointia ei tehdä toimeksiantaja organisaatiossa kuin satunnaisesti.

Rieppo (2017) kyseenalaistaa FRAT-mittarin toimivuutta akuuttiosasto-olosuhteissa. Akuutin sairauden vaikutus kaatumisriskiin ei mittarissa tule huomioitua. Dionyssiotis (2012) on arvioinut kaatumisriskiä mittaavia mittareita ja on todennut, että FRAT-mittari on helppo ja nopea käyttöinen, mutta myös hän tuo esille sen seikan, ettei FRAT-mittaria ole kehitetty sairaalaolosuhteisiin.

5.4 Potilasturvallisuus ja HaiPro

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla on tarkoituksena varmistaa potilaiden hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta (Aaltonen & Rosenberg 2013,12). Sosiaali- ja terveysministeriön (2017,14,23, 25) mukaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla edistetään potilaan fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista hyvinvointia ja siihen sisältyy tilojen ja välineiden asianmukaisuus, henkilökunnan osaaminen sekä palveluihin liittyvä dokumentointi ja tiedonkulku. Potilasturvallisuutta voidaan parantaa hallitsemalla riskejä ja tärkeä osa riskienhallintaa on vaaratapahtumista raportointi. Potilasturvallisuutta ohjaavia säädöksiä ovat mm. laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä sosiaalihuoltolaki (1301/2014).

HaiPro-järjestelmä on kehitetty organisaatioiden sisäisten vaaratapahtumien raportointivälineeksi. HaiPro-ilmoituksen voi tehdä myös potilas itse tai omainen. HaiPro-ilmoituspohja on sähköisessä muodossa (liite 3). HaiPro-järjestelmän käyttö on lisääntynyt hyvin viime vuosina. Ilmoituksia käsittelee yksiköissä siihen nimetty käsittelijä. Ilmoituksen vaaratapahtumasta tai ”läheltä piti” -tapahtumasta voi tehdä kuka tahansa työntekijä nimettömänä. Valtakunnallisesti HaiPro-ilmoituksia oli tehty vuosina 2007-2009 yli 67 000 kappaletta. HaiPro-ilmoitusten tekemisiin liittyviä periaatteita ovat vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus, rankaisemattomuus sekä käytettävyys, jolla tarkoitetaan mm. ilmoituksista saatavien tietojen hyödyntämistä työn kehittämisessä. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2011.)

6 Opinnäytetyön kehittämisprosessi

6.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana, jossa lähdettiin kehittämään toimintatapaa. Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat ovat usein työelämälähtöisiä, tarkoituksena kehittää ratkaisuja ongelmiin ja löytää

uusien käytäntöjen sekä mallien työkäyttöön ja organisaation käyttöön. Tarkoituksena ei ole vain kuvata ilmiötä vaan löytää niille parempia toimintavaihtoehtoja käytännössä. (Ojasalo ym. 2015, 19.)

Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana oli työelämästä esiin noussut ongelma eli iäkkäiden runsas kaatuilu osastohoitojaksojen aikana. Tutkimuksista esiin nousi usein puutteita henkilökunnan osaamisessa. Opinnäytetyön osaamisen kehittämisen keinoksi valikoitui perehdyttäminen toimeksiantajan toiveesta. Ajatuksena oli, että luodaan perehdytysmalli, jota voidaan käyttää jatkossakin työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämiseen Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden käytössä oleviin kaatumisten ehkäisykeinoihin.

Perehdytysmallia luodessa huomioitiin tutkimuksissa ilmenneitä kehittämiskohtia suhteuttamalla niitä toimeksiantajaorganisaation haasteisiin. Työn tavoitteena oli perehdyttämisen avulla saada aikaan konkreettisia muutoksia kaatumisen ehkäisytyössä osastoilla kehittämällä osaamista ja tietoisuutta asiasta. Konkreettisen muutoksen aikaan saaminen on myös yksi tutkimuksellisen kehittämistoiminnan ydinajatus (Arola & Suhonen 2014,14-22).

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tutkimuksellisella osuudella on tarkoitus ohjata ja suunnata kehitystoimintaa systemaattisesti ja tiedontuottamista voidaan pitää kehitystoimintaa palvelevana asiana (Toikko & Rantanen 2009, 116). Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin perehtymällä alan kirjallisuuteen ja tutkimustietoon sekä hyödyntämällä Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden keräämää tietoa kaatumisista osastoilla, mm. FRAT-mittarin käytöstä ja AKE:n toteuttaman kyselyn tuloksia. Näitä tuloksia sekä työpajoista esille nousseita asioita verrattiin aiempiin tutkimuksiin, ja kehittämisprosessin aikana hyödynnettiin perehdytysmallin luomisessa. Kehittämistyössä menetelmien moninaisuus on keskeistä, koska näin saadaan työn tueksi erilaista tietoa sekä laajempaa näkökulmaa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 37,40,136.) Kehittämistoiminnassa teoria ja käytäntö vuorottelevat, joka sopii hyvin tämän tyyppiseen kehittämistehtävään (Kananen 2015,66-68,76). Toimeksiantajan organisaatiossa kerättyjen aineistojen tuloksia vertailtiin aiempiin muualla tehtyihin

tutkimuksiin. Näin muodostui käsitys lähtötilanteesta ja siitä, miten kaatumisten ehkäisyä voisi kehittää osastoilla.

6.2 Osallistaminen tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa

Osallistamisen positiivisia vaikutuksia työyhteisössä ja koko organisaatiossa on paljon. Sen avulla voidaan parantaa tiedonkulkua ja viestintää, lisätä läpinäkyvyyttä sekä avoimuutta. Osallistaminen parantaa vuorovaikutusta, vähentää muutosvastarintaa ja lisää joustavuutta. Kiinnostus käsiteltävää asiaa kohtaa lisääntyä sekä käsiteltävän asian tuntemus parantuu, tapahtuu oppimista ja oivaltamista. Osallistamisen keinoin saadaan esiin käsiteltävästä asiasta useita näkökulmia ja argumentteja. (fuontain park 2017.)

Vuokkila-Oikkosen ja Hyvärin (2015, 66) mukaan osallistamisella tarkoitetaan nimenomaan sitä, että toiminnan kehittämisessä kaikkiin kehittämisen vaiheisiin mukaan otetaan kehitettävän toiminnan avainhenkilöitä. Tämän kehittämistyön menetelmän valinnassa huomiota kiinnitettiin siihen, että näin toteutettuna työhön osallistuvat ne, jotka ovat parhaita asiantuntijoita kaatumisten ehkäisyssä osastoilla. Opinnäytetyössä se tarkoitti, että varsinaisen perehdytysmallin sisältöä kehittelemässä oli Harjulan kaatumisen ehkäisyn työryhmän jäseniä sairaalan eri osastoilta. Ammattiryhmistä edustettuina olivat lähihoitajat, sairaanhoitajat, fysioterapeutit sekä myös osastonhoitajista yksi oli mukana työryhmässä. Tällä tavoin voidaan ajatella, että kehittämiseen osallistuivat avainhenkilöt, joilla on tietoa ja kokemusta kaatumisen ehkäisyydestä.

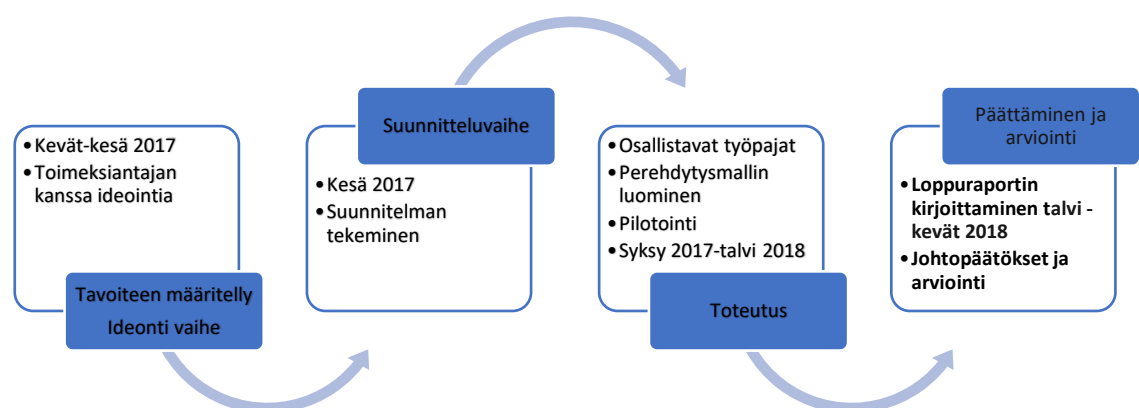
Kehittämiseen osallistaminen toteutettiin osallistavissa työpajoissa. Osallistamisen avulla voidaan myös parantaa työntekijöiden sitoutumista kehittämistyöhön (Toikko & Rantanen 2009,90). Onnistuakseen osallistava kehittämistoiminta edellyttää yhteisen ymmärtämyksen syntymistä sekä hyvää vuorovaikutusta. Työn ja toimintatapojen muutos tapahtuu yhteisen osallistavan kehittämisen avulla ja jotta saavutetaan tuloksia, on oltava aikaa sekä mahdollisuuksia viedä käytäntöön opittuja asioita Tutkimuksellinen kehittämistoiminta mahdollistaa myös yhteisen tiedonmuodostuksen ja hiljaista tietoa saadaan tätä kautta koko

työyhteisön käytettäväksi. Samalla esille voi nousta työelämästä nousevia haasteita. (Vuokkila-Oinonen & Hyväri 2015,67.)

Osallistavissa työpajoissa työmenetelmien valinnassa kiinnitettiin huomioita siihen, että ne olisivat vuorovaikutusta ja reflektointia tukevia sekä antaisivat mahdollisuuden uusien ideoiden syntymiseen. Työpajatyöskentelyn avulla saatiin yhdistettyä tutkimustieto käytännön kokemuksiin. Opinnäytetyössä työpajoihin osallistujat olivat innostuneita työskentelystä ja kiinnostuneita aiheesta. Se näkyi vilkkaana keskusteluna sekä siinä, että työpajoista ja niiden aiheista käytiin keskusteluja myös työpajojen ulkopuolella.

6.3 Kehittämisprosessin aikataulu ja vaiheet

Opinnäytetyön prosessi ja aikataulu (kuvio 3) eteni lineaarisesti ja kehittämissuunnitelman vaiheisiin kuuluivat tavoitteen määrittely, prosessin suunnittelu, toteutus ja päättäminen sekä arviointi. Opinnäytetyön ideointivaiheessa toimeksiantajan edustajan kanssa lähdettiin määrittelemään opinnäytetyölle tavoitetta ja tarkoitusta jo keväällä 2017. Keskusteluja käytiin Harjulan sairaalan osastonhoitajien kanssa. Keskusteluissa tarkentui työelämälähtöinen tarve kaatumisten ehkäisyyn osastoilla.



Kuvio 3. Kehittämisprosessin lineaarinen malli (Toikko & Rantanen 2009, 64).

Suunnitteluvaiheessa mietittiin työryhmän kokoonpanoa, käytettäviä menetelmiä osallistavissa työpajoissa, aineiston hankkimista ja analysointia. Tässä vaiheessa perehdyttiin aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja tätä kautta kehittämistyön tehtävät tarkentuivat. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen syksyllä 2017 allekirjoitettiin toimeksiantosopimukset ja kehittämistyölle myönnettiin tutkimuslupa.

Toteutusvaiheessa osallistavissa työpajoissa työstettiin opinnäytetyön tuotosta suunnitelman mukaisesti. Aikataulussa pysyminen oli haastavaa ja alun perin pilotointia oli suunniteltu loppuvuodelle 2017, mutta se sitä jouduttiin siirtämään vuoden vaihteen ylitse, koska haluttiin riittävästi aikaa mallin huolelliseen luomiseen. Tämä muutos aikataulussa oli prosessin kannalta oikea ratkaisu.

Kehittämisprosessin viimeisenä vaiheena oli projektin päättäminen ja arviointi. Kehittämisprosessille on tyypillistä, että prosessin aikana syntyy kehittämis ehdotuksia, joita aletaan toteuttamaan käyttöönottovaiheessa. Prosessilla on kuitenkin hyvä olla selkeä päätekohta, jotta prosessi voidaan lopettaa suunnitellusti. Päätösvaihe pitää sisällään raportoinnin ja jatkoideoiden esittämisen. (Toikko & Rantanen 2009, 65.)

6.4 Opinnäytetyön aineistonkeruu

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan luonteeseen kuuluu monien aineistojen tuottaminen systemaattisesti analysoitavaksi (Toikko & Rantanen 2009, 119). Tässä opinnäytetyössä valikoitui pääaineistoksi FRAT-mittarin käyttö ja sen tulokset, joita täydennettiin muiden käytettyjen aineistojen analyysilla. Perusteluna valinnalle on, että FRAT-lyhyt kaatumisvaaran arviointi on käytössä Kuopion kaupungin sairaalapalveluissa ja sen käyttö on tilastoitu systemaattisesti.

Onnistuakseen on valittava oikeat analysointimenetelmät sekä oltava objektiivinen aineistojen valinnassa (Sivonen 2017, 45-46). Valmiiksi kerättyjen aineistojen hyväksi käyttäminen oli opinnäytetyössä tarkoituksenmukaista, sillä nämä aineistot olivat kytkettävissä suoraan opinnäytetyön intressiin (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 186). Aineistot valittiin niin, että ne tukivat työn tarkoitusta ja

tavoitetta. Valmiiksi kerätyn aineiston käytön perusteluna voidaan pitää sitä, että aineistot olivat aiheiseen liittyviä ja tuoreita.

Näiden systemaattisesti kerättyjen aineistojen tarveanalyysillä pyrittiin selvittämään lähtötilanne ja tarkentamaan kehittämistarpeet. Tarveanalyysin avulla voidaan myös määritellä, ketkä ovat kehittämistyön onnistumisen kannalta avainhenkilöitä, mikä on työn konkreettinen tavoite ja miten sen ajatellaan vaikuttavan esimerkiksi organisaation kehittymiseen tässä tapauksessa kaatumisten ehkäisyssä. (Toikko & Rantanen 2009, 73-74.)

HaiPro-ilmoituksissa on tekstiosuudet, joihin ilmoituksen tekijä on vapaasti kirjoittanut kuvauksen tapahtuneesta ja siihen vaikuttaneista tekijäistä. Sisällönanalyysia voidaan tehdä erittelemällä sisältöä ilmiöön liittyvien käsitteiden avulla (Kananen 2012, 116). Analysointitavaksi HaiPro-ilmoitusten kohdalla valittiin siis sisällönerittely, jossa analysoitiin ilmissisältöä. Opinnäytetyössä laskettiin ilmiöön eli kaatumistapaturmiin osastoilla liittyvien käsitteiden määriä ja keskinäisiä yhteyksiä HaiPro-ilmoitusten pohjalta.

Analyysivaiheisiin kuuluvat aineiston kerääminen, valmistelu, pelkistäminen, toistuvien rakenteiden tunnistaminen ja tulkinta. Koko prosessin aikana tulee kriittisesti tarkastella eri vaiheiden toteutumista. (Ojasalo ym. 2015, 136-138.) Analyysiyksiköinä käytettiin kehittämistyön kannalta keskeisiä käsitteitä, kuten kaatumisajankohta, -paikka, asiaan myötävaikuttavat tekijät, kaatumisten ehkäisyn toimenpiteet ennen kaatumista sekä oliko FRAT-arviointi tehty ennen kaatumistapaturmaa ja mikä oli tehdyn arvioinnin tulos.

Tavoitteena tällä menetelmällä oli tuoda aineiston tulkintaan toisenlaista näkökulmaa, aineiston pienuus kuitenkin lisäsi haastetta uuden tiedon löytymiseen. Aineiston analyysi ei tarkoita samaa kuin tulkinta. Tulkinnan avulla opinnäytetyön tekijä pyrki hakemaan ilmiöstä uutta tietoa tai näkemystä. (vrt. Ojasalo ym. 2015, 142-143.) Tulkinnassa yhdistettiin ja vertailtiin kolmen eri tiedonkeruumenetelmän aineistoja, jotta saatiin mahdollisimman laaja pohja tehtävään työhön.

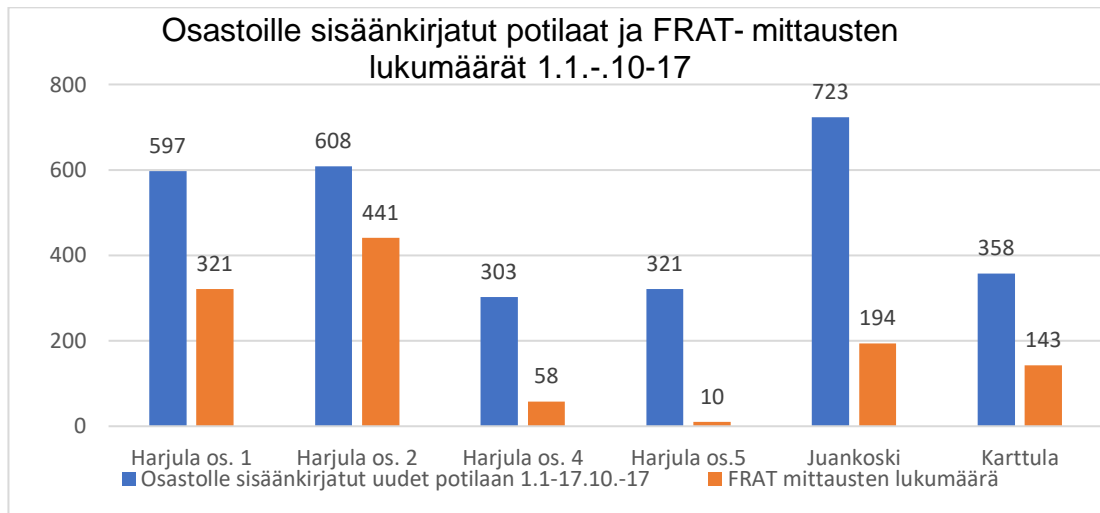
FRAT-kaatumisvaaran arviointimittarin käytöstä osastojen sihteerit keräävät kuukausittain tilastot, joista kvantitatiivisin menetelmin tehtiin kuvaus lähtötilanteesta Kuopion kaupungin sairaalapalveluissa toteutuneesta kaatumisvaaran arvioinnista ja sen tuloksista. Tarkasteltavana oli, kuinka kattavasti FRAT -mittauksia osastoittain oli tehty ja minkälaisia tuloksia mittaukset olivat antaneet.

Kolmas käytetty aineisto oli alueellisen kaatumisten ehkäisyn verkoston (AKE) 2017 toteuttama ”Kaatumisten ehkäisy -kuinka toimit työssäsi?” -kysely. Tulokset saatiin valmiiksi kvantitatiivisesti käsiteltyinä prosentuaalisina taulukoina, joista valittiin työn kannalta merkittävät asiat. Kyselyn tarkoituksena oli mitata työntekijöiden asenteita ja toimintaa työssään kaatumisten ehkäisyn näkökulmasta. Kyselyn vastauksissa käytettiin likert-asteikkoa 0-5. Kyselyssä oli myös avoimia kysymyksiä. Tehtäväksi jäi löytää aineistosta omaan työhön soveltuvat osat ja muokata kaavioiksi, jotta niitä on helpompi käyttää hyväksi kehittämisproses- sissa.

6.4.1 FRAT - lyhyt kaatumisvaaran arviointi Kuopion sairaalapalveluissa

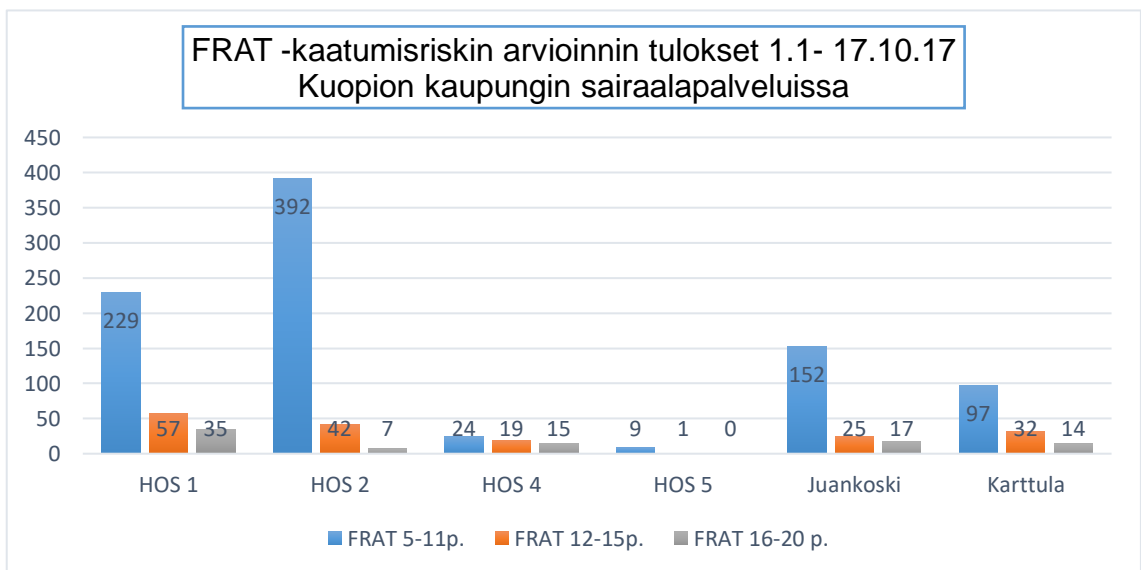
FRAT - lyhyen kaatumisvaaran arvioinnin kokonaisotanta oli 2 910 eli osastoille sisään kirjatut potilaat 1.1-17.10.2017 välisenä aikana. Näistä FRAT oli tehty 1 167:lle eli noin 40 prosentille potilaista. Potilaiden ikäjakaumaa ei saatu selvitettyä. Ohjeena on tehdä FRAT- arviointi kaikille yli 70-vuotialle, joten tietty virhemarginaali oli olemassa. Osa sisään kirjatuista potilaista on ollut alle ikärajan (70 vuotta) ja tämän vuoksi FRAT-arviointi heidän kohdallaan oli jätetty tekemättä.

Kuviossa 4 esitetään osastoittain, kuinka FRAT-kaatumisvaaran arviointia oli tehty osastoille sisään kirjattujen potilaiden kohdalla. Suurin osa tuloksista asetuu lievästi kohonneen kaatumisriskin alueelle. Harjulan sairaalan osastot 4 ja 5 ovat kuntouttamiseen keskittyneitä osastoja, joissa hoidetaan neurologisia, ortopedisiä ja haavanhoitoja tarvitsevia potilaita. Näillä osastoilla potilasvaihtuvuus on vähäisempää kuin akuuteimmilla osastoilla. Myös kaatumisvaaran arviointi oli vähäistä, vaikka potilasaines on sen tyyppistä, että hyötyisivät kaatumisvaaran arvioinnista.



Kuvio 4. Kuopion sairaalapalveluiden osastoille 1.1.-17.10-17 välillä sisään kirjatujen potilaiden määrät ja tehtyjen FRAT-kaatumisriskin arviointien lukumäärät (n= 2 910).

Kuvioon 5 on koottu Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden osastojen FRAT-mittausten tulokset. Suurin osa tuloksista asettuu 5-11 pisteen alueelle, joka tarkoittaa lievästi kohonnut kaatumisvaaraa. Kohonnut kaatumisvaara on potilailla, jotka ovat saaneet 12-15 pistettä ja korkean kaatumisriskin potilaita ovat 16-20 pistettä saaneet.

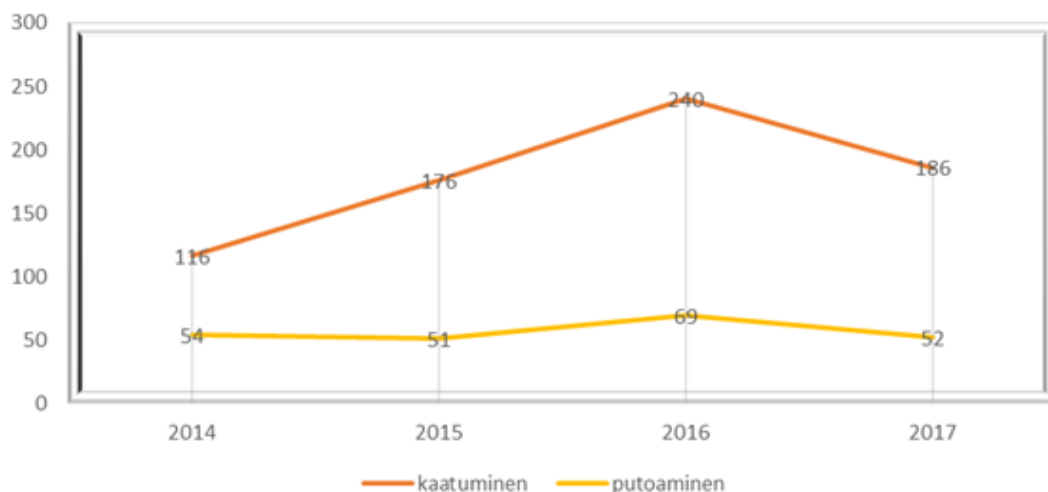


Kuvio 5. Kuopion sairaalapalveluiden FRAT-kaatumisriskiarvioinnin tulokset osastoittain (n= 1 167).

6.4.2 HaiPro-ilmoitukset

HaiPro-ilmoituksista otettiin 30 kappaleen satunnaisotanta. Kriteerinä oli, että tapahtumatyyppi oli kaatumistapaturma tai ”läheltä piti”- tilanne. Tässä otannassa ei ollut mukana yhtään ”läheltä piti” -tilannetta. Hoitohenkilökunta on koulutettu HaiPro-ilmoitusten tekemistä varten.

Kuviossa 6 nähdään, kuinka HaiPro-ilmoitusten perusteella kaatumisten ja putoamisten määrät ovat kehittyneet viime vuosina Kuopion kaupungin sairaalapalveluissa. Nämä tiedot on kerätty kultakin vuodelta ensimmäisten kuuden kuukauden ajalta. Näin myös vuoden 2017 tiedot on saatu tässä opinnäytetyössä esitettyä vertailukelpoisina. Kaatumis- sekä putoamistapaturmat ovat kääntyneet vuoden 2017 aikana laskuun.



Kuvio 6. Kaatumistapaturmat ja putoamiset Kuopion kaupungin sairaalapalveluissa kuukausilta tammi- kesäkuu vuosilta 2014-2017.

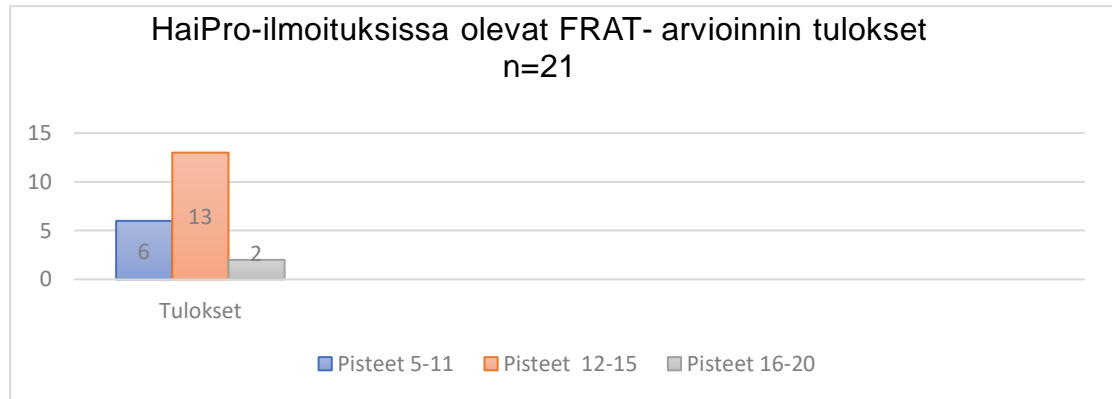
Taulukossa 1 on suhteutettu kaatumiset ja putoamistapaturmat tuhatta hoitopäivää kohti sekä tuhatta hoidettua potilasta kohtaan. Taulukossa esitettävät tiedot on kerätty kyseisiltä vuosilta ajanjaksolla tammi-kesäkuu. On havaittavissa, että putoamisten määrä on pysynyt melko vakiona ja kaatumisissa on ollut piikki vuonna 2016 ja vuoden 2017 osalta kehitys on ollut parempaan suuntaan. AKE:n kyselyn tulosten mukaan HaiPro-ilmoituksen kaatumistapaturmasta tekee aina tai lähes aina 84,1 prosenttia työntekijöistä. Vastaajista noin 50 prosenttia oli sitä

mieltä, että HaiPro-ilmoituksia käsitellään osastoilla säännöllisesti aina tai lähes aina.

Taulukko 1. Kaatumis- ja putoamistapaturmat Kuopion kaupungin sairaalapa-
veluissa 2014-2017 (tammi - kesäkuu).

Vuosi	Kaatumiset / 1000 hpv	Putoamiset / 1000 hpv	Kaatumiset / 1000 hoidettua (kaikki / vo-hoito)	Putoamiset / 1000 hoidettua (kaikki / vo-hoito)
2014	3,3	1,6	38,0	17,7
2015	5,4	1,6	63,5	18,4
2016	8,7	2,5	93,3	26,8
2017	5,8	1,6	58,4	16,3

HaiPro-ilmoituksista esille nousi, että kaatumistapaturmat osastoilla tapahtuvat yleensä yöllä tai aamulla varhain/iltaisin. Tapahtumapaikka on yleensä joko vessa tai potilashuone ja tilanteissa ei hoitajaa ole mukana, vaan potilas on lähtenyt liikkeelle omatoimisesti. HaiPro-ilmoitukseen tulee kaatumistapaturmassa vastata kysymykseen, onko FRAT tehty ja jos on, niin mitkä pisteet potilas oli saanut. Kuviossa 7 nähtävissä on, että suurimmalla osalla kaatuneista oli kohonnut kaatumisvaara olemassa jo ennen kaatumistapaturmaa. Otoksen 30 ilmoituksesta FRAT oli tehty 21 tapauksessa eli 70 prosentille. AKE:n keväällä 2017 tekemän kyselyn mukaan HaiPro-ilmoitukseen FRAT arvioinnin tuloksen jätti laittamatta reilu 38 prosenttia vastaajista. Eli nämä kaksi tulosta vertailtaessa toisiinsa, ovat samansuuntaiset.



Kuvio 7. FRAT-kaatumisriskin arvioinnin tulokset HaiPro-ilmoitusten mukaan ennen kaatumistapaturmaa.

HaiPro-ilmoituksista tarkasteltiin mitä toimenpiteitä oli tehty ennakoivasti kaatumista ehkäisevässä mielessä. FRAT -arvioinnin hyödyntämistä potilaan hoitotyössä ilmoitusten perusteella oli toteutettu vaihtelevasti. Kaatuneista puolella oli käytössään apuväline, tavallisin rollaattori. Myös liukuestesukkien ja lonkkahousujen käyttö oli kattavaa. Kypärän käytössä oli vaihtelua. Potilaat eivät halunneet kypärää käyttää ja ottivat sen pois omatoimisesti päästään. Yöaikaan oli havaittavissa, että apuvälineiden sijoittelu oli haastavaa, koska hoitajat sekä laitoshuoltajat siirtävät ne herkästi kauemmas sängystä, pois ”tieltä”. Tällöin liikkeelle lähtiessä potilas ei saanut heti apuvälinettä käyttöönsä tai unohti ottaa sen mukaansa. Korkea kaatumisriskin potilaiden kohdalla toimenpiteet eivät poikenneet muista. Kaatumistapaturmat yöllä olivat tapahtuneet usein pian hoitajan kierroksen jälkeen. Voidaan siis päätellä, että potilas on havahtunut huoneessa käyntiin ja lähtenyt liikkeelle sen jälkeen, kun hoitaja on poistunut huoneesta.

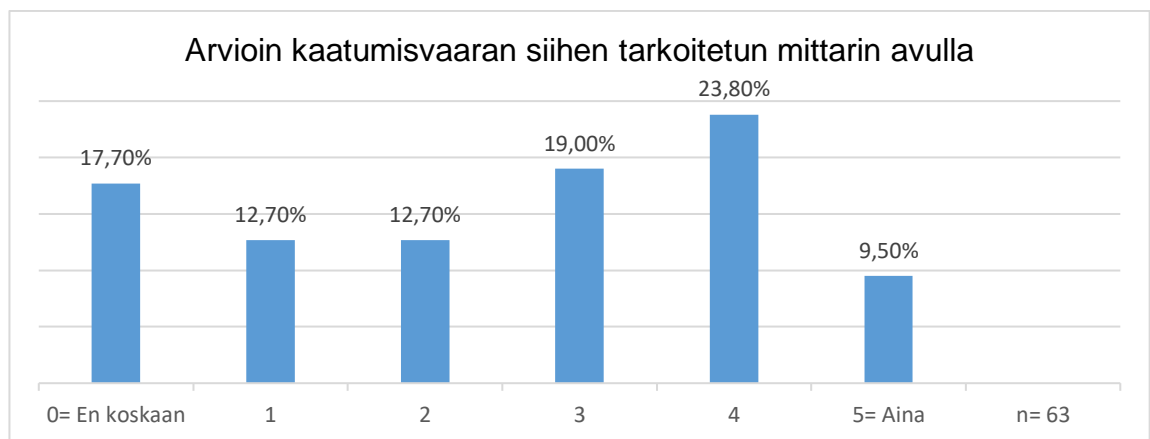
Vammoja ilmoitusten mukaan oli tullut 47 prosentille kaatuneista. Vammat olivat ilmoitusten mukaan lähinnä ruhjeita ja kipuja. Vakavia vammoja, kuten lonkkamurtumia oli ilmoitettu kaksi. Kaatumistapaturmat aiheuttavat poikkeuksetta lisätyötä henkilökunnalle sekä pelkoa ja kipuja potilaalle.

6.4.3 Kysely työntekijöille

Alueellinen kaatumisten ehkäisyn verkosto toteutti keväällä 2017 kyselyn, jolla kartoitettiin työntekijöiden toimintatapoja kaatumisten ehkäisyssä osastoilla.

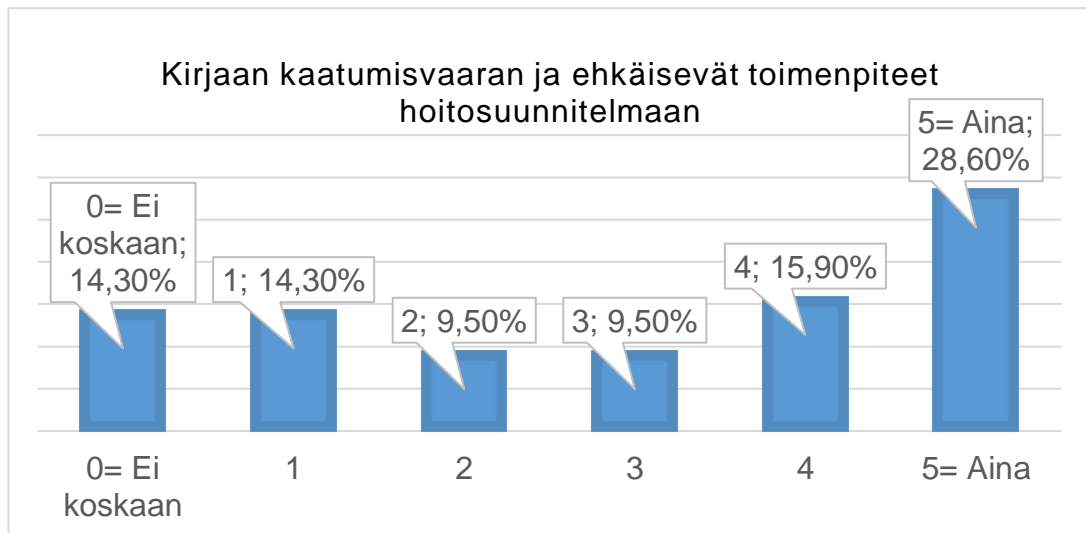
Kyselyyn vastattiin sähköisesti työajalla ja vastaaminen oli vapaaehtoista. Kysely lähetettiin osaston- ja apuosastohoitajille, sairaanhoitajille, lähihoitajille, fysioterapeuteille sekä lääkäreille. Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden osalta kyselyyn vastasi 63 työntekijää, joten vastausprosentti oli 38 prosenttia.

Kuviossa 8 on esitetty työntekijöiden oma arvio siitä, kuinka he toteuttavat kaatumisriskin arviointia työssään. Aina tai lähes aina kaatumisvaaraa arvioi työntekijöistä 33,3%. Tämä vastaa FRAT tilastoista kerättyä tietoa, jonka mukaan siis kaatumisvaaran arviointi tehdään noin 40 prosentille osastoille tulleista potilaista.



Kuvio 8. Hoitajien tekemä kaatumisvaaran arviointi siihen tarkoitetun mittarin avulla (FRAT).

Kyselyn mukaan työntekijöistä 68,3 prosenttia tietää kaatumisvaaran arviointimenetelmän, jota työyksikössä käytetään. Kaatumisten ehkäisyn kannalta on tärkeää se tieto, kuinka kaatumisvaaran arvioinnin tuloksia hyödynnetään hoitotyössä. Kuvio 9 osoittaa, että käytännöt ovat vaihtelevia. Aina tai lähes aina hoitosuunnitelmaan kaatumisvaaran ja ehkäisevät toimenpiteet kirjaa noin puolet kyselyyn vastanneista hoitajista. Arvioinnin jälkeen potilasohjausta kaatumisvaarasta ja kaatumisen ehkäisystä antaa aina tai lähes aina vastanneista 49,2 prosenttia.



Kuvio 9. Kaatumisvaaran ja kaatumisien ehkäisemiseksi tehtävien toimenpiteiden kirjaaminen potilaan hoitosuunnitelmaan (n=63).

Kyselyssä myös kartoitettiin perehdyttämiseen liittyviä seikkoja. Työohjeet (tarkistuslista ja yksilölliset toimenpiteet kaatumisriskin tunnistamiseen) kuuluvat uuden työntekijän perehdytykseen 46,8 prosentin mukaan, mutta kysymykseen ovatko ohjeet vastaajalle tuttuja ja käytössä olevia, vastasi 6,3 prosenttia niiden olevan tuttuja ja käytössä, ja 12,7 prosenttia vastaajista sanoi, ettei tunne ollenkaan näitä ohjeita ja käytäntöjä. Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt ovat olemassa 61,9 prosentin mielestä ja vastaajista 22,2 prosenttia ei tiennyt asiasta mitään. Lisäkoulutusta kaatumisten ehkäisyyn koki tarvitsevänsä vastaajista 43,5 prosenttia.

7 Osallistava työpajatyöskentely

7.1 Työpaja 1

Ensimmäiseen varsinaiseen työpajaan osallistui opinnäytetyön tekijän lisäksi kuusi työntekijää. Ryhmässä oli mukana osastonhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja sekä fysioterapeutti. Kutsun työpajaan lähetti osasto 1:n osastonhoitaja kolme viikkoa ennen ja muistutusviestin viikkoa ennen työpajaa.

Työpajan aluksi esiteltiin opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät. Työpajassa tavoitteena oli kartoittaa, millaisia ajatuksia työryhmän jäsenillä oli perehdyttämisestä, perehdytysmallista ja sen toteutuksesta. Työskentelymenetelmänä työpajassa oli aivoriihi. Aivoriihissä oli tavoitteena spontaanista tuottaa ideoita. Ideoita ei ollut tarkoitus arvostella, arvioida tai hylätä vaan valita niistä kehityskelpoisimmat (Jyväskylän yliopisto 2010). Aivoriihen vaiheet voidaan jakaa esivaiheeseen, jossa määritellään tavoitteet työskentelylle. Lämmittelyvaiheessa tarkoitus on vapauttaa ajatukset turhista ennakkoluuloista ja muista rajoittavista tekijöistä. Itse ideointivaihe alkaa vapaalla ideoinnilla, jonka jälkeen vetäjän avulla ideoita aloitetaan jäsentää ja kerätä ryhmiksi. Valintavaiheessa käydään kriittisemmin läpi ajatuksia, joita edellinen vaihe tuotti ja niistä valitaan toteuttamiskelpoisia mm. 3 + tekniikalla. (Ojasalo ym. 2015, 160-161.)

Tehtävänä tässä ensimmäisessä työpajassa oli miettiä niitä tekijöitä, joihin tulisi saada yhtenäisyyttä ja tehostusta kaatumisten ehkäisyssä osastoilla sekä kuinka perehdytysmalli tulisi työryhmäläisten mielestä toteuttaa. Lämmittelyvaihe hoidettiin kahvitteilyn yhteydessä, jolloin jo oli havaittavissa, että työryhmällä on rohkeita ajatuksia ja näkökantoja. Keskustelu oli rönsyilevää ja vapaata. Aivoriihi työskentelyyn varattiin aikaa 30 minuuttia, jonka aikana työryhmän jäsenet kirjoittivat ideoita ja ajatuksiaan post-it-lapuille, jotka kerättiin lopuksi kaikkien nähtäväksi taululle. Menetelmän käyttöä helpotti se seikka, että kaikille oli entuudestaan tuttua työskennellä aivoriihimenetelmällä.

Tuotetut ideat kerättiin yhteen ja jaoteltiin sen jälkeen ryhmiin samankaltaisuusajatuksella. Pääotsakkeita jaottelussa olivat taustatiedot, ympäristö, ohjaus, apuvälineet, lääkitys, rajoittaminen ja moniammatillisuus. Useissa lapuissa ajatukset olivat muotoiltu kysymyksiksi. Tuloksena aivoriihestä nousi seuraavanlaisia ajatuksia:

- Kaatumisriskin arviointi ajankohta, heti osastolle tullessako?
- Kuinka selvitetään potilaan taustatiedot, kuten kaatumishistoria, sairaudet, apuvälineet?
- Muistetaanko lähestyä asiaa voimavaralähtöisesti?
- Kuinka motivoida potilaita, omaisia sekä työntekijöitä kaatumisten ehkäisyyn?

- Kuinka omaisten näkemys kaatumisriskistä huomioidaan?
- Fysioterapeutin arvio ja ohjaus apuvälineiden oikeasta käytöstä
- Liikkumisen rajoittamisen toimenpiteet, mitä niillä tarkoitetaan
- Lattiatasoon laskettavia vuoteita korkean kaatumisriskin potilailla, etenkin, jos potilaalla on muistisairautta.

Osastoilla jaetaan kotiutumisvaiheessa potilaille Pysytään pystyssä! -opas. Yksi työpajan tuottama idea oli, että tämä opas voitaisiin antaa jo tulovaiheessa potilaille ja käydä sen sisältöä läpi potilaiden ja heidän omaistensa kanssa osastolla oloaikana, jolloin oppaan sisällön läpi käyminen varmistuisi. Näin myös voitaisiin hyödyntää oppaan neuvoja jo osastolla ollessa ja potilailla sekä omaisilla olisi mahdollisuus palata asioihin, joissa tarvitsevat enemmän apua ja ohjausta.

Perehdytyksen toteutuksesta oltiin sitä mieltä, että sen tulisi olla säännöllistä ja osallistavaa. Ajatuksena oli sähköinen perehdytysohjelma, johon osana liitetään näytelmäpätkä. Seuraavaan työpajaan mennessä opinnäytetyöntekijä perehtyi simulaatio-opetukseen.

Työpajan tavoitteisiin vastaamista ja työskentelyä arvioitiin käyttämällä liikennevalomallilla toimivaa mittaria (taulukko 2), johon oli määritelty mitä kukin väri tarkoittaa. Samalla periaatteella arvioitiin myös työryhmän toimintaa, jossa punainen tarkoitti, ettei ryhädynamiikka ollut toimivaa eikä ilmapiiri avointa ja osallistavaa, keltainen ryhmä oli toimiva ja keskusteleva, mutta syvällistä ja reflektovaa toimintaa ei ollut. Vihreä tarkoitti, että ryhmä toimi reflektovasti, idearikkaasti ja vuorovaikutus oli hyvää ja rakentavaa.

Taulukko 2. Arviointimittari tavoitteiden arviointiin työpajatyöskentelyssä (Innokylä 2017).

Tavoitteet	
Tarpeet ohjaavat tavoitteiden muotoilua. Tavoitteet kertovat mihin kehittämisellä pyritään. Hyvä tavoite on konkreettinen, täsmällinen, realistinen ja arvioitava. Tavoitteet voivat koskea mm. kehitettävän ratkaisun toteutustapaa, ominaisuuksia tai tuloksia, joita ratkaisulla halutaan saavuttaa. Tavoite voi vastata seuraaviin kysymyksiin: <i>kuka tai ketkä (saavuttaa), kuinka paljon, mitä ja mihin mennessä?</i>	
	Tavoitteita ei ole määritelty tai tavoitteet eivät ole yhdistettävissä tarpeisiin.
	Tavoitteet ovat yhdistettävissä tarpeisiin. Tavoitteet ovat yleisiä eikä niitä voi kaikilta osin arvioida.
	Tavoitteet ovat yhdistettävissä tarpeisiin. Tavoitteet ovat konkreettisia, niistä ilmenee mitä tuloksia (<i>muutoksia</i>) halutaan saavuttaa ja niiden saavuttamista voi arvioida.

Arvioinnin vastaukset jakautuivat niin, että molempiin arvioitaviin kohtiin saatiin kaksi keltaista vastausta ja neljä vihreää. Hämmennystä herätti lähinnä se, kuinka ymmärrettiin termit ja käsitteet, joita arviointimittarissa käytettiin. Työpajaan käytettävää aikaa kysyttiin sanallisesti, onko aika riittävä, liian lyhyt tai pitkä. Kaikki olivat sitä mieltä, että käytetty aika oli sopiva.

7.2 Simulaatioon tutustuminen

Työryhmässä nousi esille idea näytelmän tekemisestä ajatuksena, että näytelmä toimisi eräänlaisena peilinä, jonka kautta perehdytykseen osallistujat voivat tarkastella kaatumisten ehkäisyn näkökulmasta luotua kuvitteellista tilannetta. Näytelmässä kuvattaisiin ongelmakohtia liittyen kaatumisiin. Tällä tavoin olisi tarkoitus herätellä keskustelua ja tilanteiden läpikäyminen näin olisi neutraalimpaa kuin todellisten tilanteiden tuominen yleiseen keskusteluun. Opinnäytetyöntekijä ja Harjulan osasto 1 osastonhoitaja kävivät perehtymässä Savonia -AMK:ssa kaatumisten ehkäisyn simulaatio-opetukseen lokakuun 2017 alussa. Näin oli tarkoitus saada vinkkejä siihen, kuinka näytelmä kannattaa toteuttaa.

Simulaatioharjoituksessa oli luotu mahdollisemman todenmukainen ja aito tilanne. Harjoituksessa kaksi opiskelijaa olivat simulaatiohuoneessa toimijoina ja loput seurasivat tilanne kameroiden välityksellä toisessa tilassa. Ohjaaja oli lasiseinän takana.

Ohjaaja antoi ennen harjoitusta tiedot ”potilaasta” kaikille opiskelijoille sekä oppimistavoitteet. Opiskelijat olivat ennen simulaation tuloaan perehtyneet kaatumisten ehkäisyyn. Simulaatioharjoituksen jälkeen oli reflektointi- ja purkutilanne. Huomioitavaa harjoituksessa oli se, että opiskelijat olivat aktiivisia osallistujia tilanteessa ja he kokivat, että tämänkaltaisesta harjoittelusta on huomattavaa hyötyä siirryttäessä oikeaan tilanteeseen.

Simulaatiossa pyritään käytännön työssä tarvittavien taitojen harjoitukseen mahdollisimmin aidonoloisissa tilanteissa. Näin saadaan mahdollisuus harjoitella taitoja turvallisissa olosuhteissa. Simulaatioharjoittelua käytetään paljon esimerkiksi täydennyskoulutuksessa pelastuslaitoksilla. (Juuti-Sartolahti, Niemi & Niittyalahti 2015.) Simulaation suunnittelussa on huomioitava ne taidot, joita työelämässä tarvitaan (Salakari 2007,146). Perehdytyskäytössä simulaatio voisi toimia oivasti, sillä perehdyttävillä on jo olemassa perustiedot kaatumisten ehkäisystä. Simulaation keinolla taitoja voidaan syventää ja oppimista tehostaa.

Salakarin (2007, 71-72,146-147) mukaan oppiminen simulaatiossa tapahtuu tekemällä eli on kokemusperäistä. Tällaisessa oppimisprosessissa reflektoinnin merkitys on suuri. Työelämässä tapahtuu jatkuvasti muutoksia ja vaatimukset osaamisen ja taitojen suhteen muuttuvat. Simulaatiotilanteessa ohjaajan rooli voi olla fasilitaattorin rooli ja tarkoituksena on, että harjoitusten edetessä, ohjauksen määrää voidaan vähentää. Simulaation palautekeskustelu tulisi käydä mahdollisimman pian harjoituksen jälkeen.

Simulaatiota voisi ajatella aktiivisena oppimistilanteena. Aktiivisessa oppimisessa vuorovaikutuksella ja yhteistyöllä toisten kanssa on merkittävä rooli. Näin luodussa tilanteessa kehittyy perehtyjän ongelmanratkaisutaidot, luova ja kriittinen ajattelu sekä kyky ymmärtää erilaisia näkökulmia. (Hellström, Johnson, Leppilampi & Sahlberg 2015,90.)

7.3 Työpaja 2

Työpajan toteutus osui ajankohtaan, jolloin oli paljon toimintaa (työohjausta, koulutusta) sairaalan sisällä ja se näkyi osallistujamäärässä. Tätä ei osattu huomioida työpajan toteutusaikaa mietittäessä. Myös osallistujissa oli tapahtunut vaihtoa, mukana oli uusi työntekijä, jolle piti kertoa, mitä olemme tekemässä ja miksi. Aluksi käytiin keskustelua näytelmän/simulaation toteutuksesta. Varsinaisen simulaation toteutus osastoilla olisi liian työlästä ja aikaa vievää, joskin varmaan tuloksellista ja osallistavaa. Tämän vuoksi päädyttiin, että tehdään video, jota tarkastellaan simulaation ajatuksella.

Tavoitteeksi työpajaan muodostui keskustelun kautta videon suunnittelu. Koska paikalla oli vain neljä työryhmäläistä, he jakaantuivat pareiksi ja työstivät ensin unelmointimenetelmällä videon sisältöä, kuvittelen minkälainen tilanne voisi olla ja miten siitä voisi luoda sellaisen, että se on opettavainen, hauska ja osallistava. Toinen pari mietti ympäristöön liittyviä tekijöitä ja toinen potilaaseen ja hoitajaan. Tuloksena saatiin paperille luotu kuvitteellinen tilanne, jossa erityisesti ympäristöön liittyvät asiat olivat hyvinkin tarkasti suunnitellut. Myös potilaaseen liittyviä asioita oli kirjattu ylös tarkasti, joskin potilaaseen ja hoitajan toimintaan liittyviä asioita oli jätetty ”auki”, jotta improvisoinnin mahdollisuus säilyy eikä tilanne ole liian tarkasti luotu.

Tässä työpajassa huomattiin, että tällainen työskentelytapa edistää myös eri osastojen välistä yhteistyötä ja ymmärtämystä toisten osastojen erilaisuudesta. Myös uuden osallistujan mukana olo oli hyvä asia kehittämistyön kannalta. Hän toi uusia ajatuksia sekä sitoutui hyvin työhön. Myös työpajan jälkeen opinnäyte-työntekijä on havainnut arjen työssä, kuinka työpajoihin osallistujat ovat tuoneet lähes päivittäin omassa työssään esille tätä kehittämisprosessia ja sen mukanaan tuomia ideoita.

Työpajan toteutumista ja tavoitteita arvioitiin käymällä arviointikeskustelu, koska paikalla oli vain neljä työntekijää. Työpajan nähtiin onnistuneen ja päässeen tavoitteeseen. Osallistujat toivat esille, että alkuun olivat ajatelleen, että osallistujien vähyyden vaikuttaa onnistumiseen negatiivisesti, mutta lopuksi mielipide olikin

kovin toinen. Nähtiin, että työskentely oli intensiivisempää ja tuloksellisempaan pienessä ryhmässä vaikkakin nyt vertailukohtaa ei ollut.





7.4 Työpaja 3

Kolmanteen kertaan osallistui työntekijöitä työryhmän ulkopuolelta kiitettävästi. Työpaja aika oli yhteisesti sovittu aiemmassa työpajassa ja muistutuskutsu lähetettiin viikko ennen työpajaa. Työpajan tavoitteena oli kuvata video sekä laatia sisältöä perehdytysmalliin. Kuvaajaksi saatiin paikalle Kuopion kaupungin virallinen videokuvaaja. Käsikirjoitus oli jo valmiiksi edellisessä työpajassa tehty. Näyttelijöiksi valikoitui Harjulan osasto 1 henkilökuntaa. Osa osallistujista jäivät pohtimaan perehdytysmallin kirjallista runkoa.

Työpajassa oli osallistujia kaikkiaan yhdeksän. Videon käytöstä kuvauksiin osallistuneille hoitajille kerrottiin etukäteen. Videota käytetään Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden osastoilla perehdyttämiseen. Sen julkinen esittäminen, ilman erillistä lupaa kaikilta videolla esiintyviltä hoitajilta, on kielletty.

Videon kuvaus tapahtui Harjulan osasto 1:llä. Kuvauksiin luotiin kuvitteellinen tilanne, jossa oli hieman kärjistetty kaatumisriskiin vaikuttavia tekijöitä, mutta niin, että tällainen voisi olla mahdollista todellisuudessakin. Ajatuksena on esittää video perehdytyksen alussa keskustelun ja ajatusten herättelyn pohjaksi. Tällä työskentelytavalla yhdistetään simulaatiotekniikan ajatuksia sekä prosessidraamaa. Molemmissa on oleellista reflektointi (Salakari 2007, 146; Huuskonen 2008, 15).

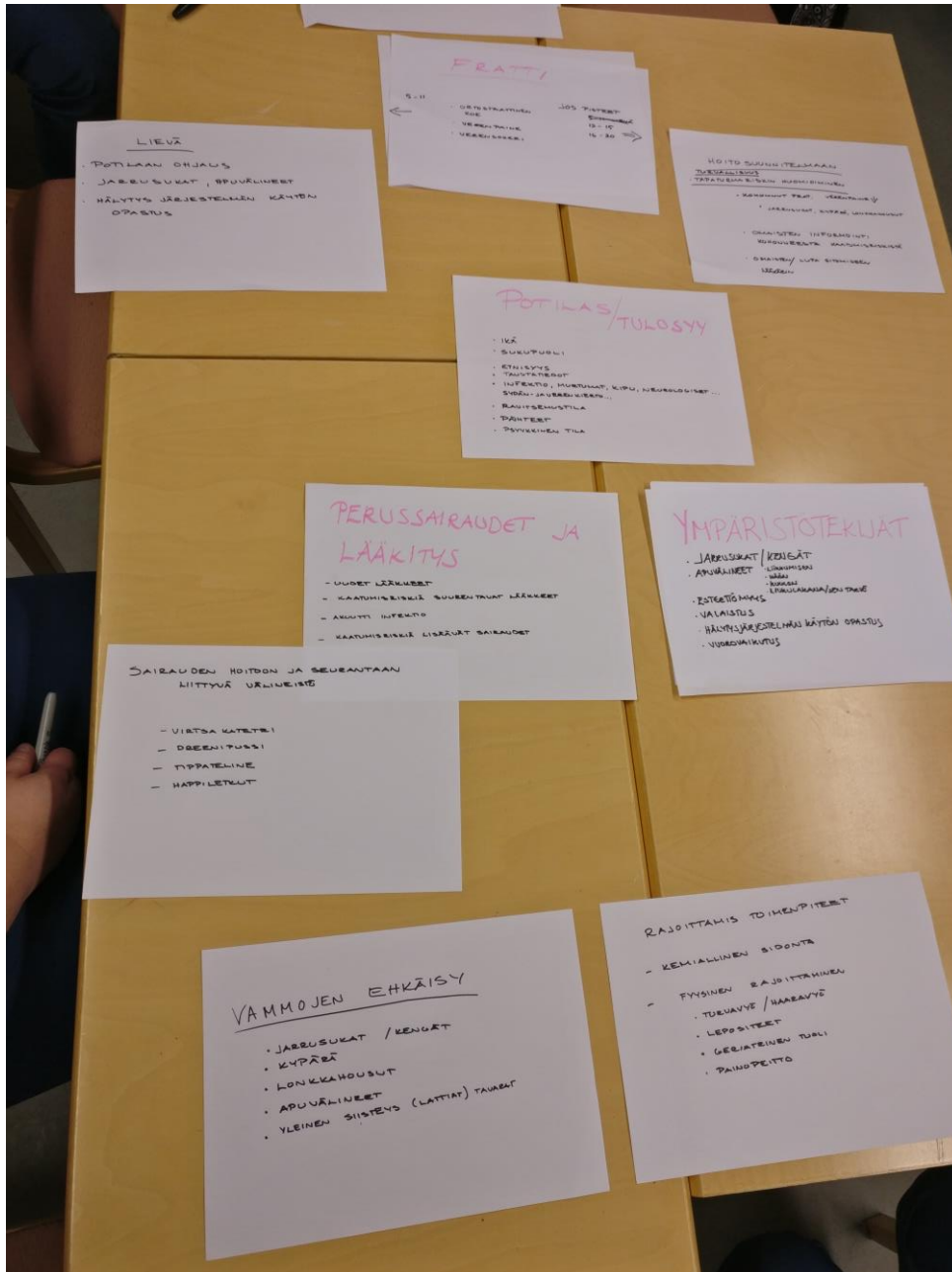
Työpajatoimintaa, tavoitteita sekä onnistumista arvioitiin lomakkeella, joka oli laadittu tätä työpajaa varten (kuva 2). Hymiöllä arvioitiin, kuinka osallistujat kokivat työpajan onnistuneen ja päässeen tavoitteeseen. Tällä kertaa kaikki olivat sitä mieltä, että työpaja oli ehdottomasti onnistunut ja tavoite saavutettu. Videointi työskentelymenetelmänä oli uutta työpajaan osallistujille ja herätti kiinnostusta ja innostusta myös muissa osaston työntekijöissä.

<input type="checkbox"/> Ei 	<input type="checkbox"/> No-jaa 	<input type="checkbox"/> Joo 	<input type="checkbox"/> Ehdottomasti 
--	--	--	--

Kuva 2. Arviointilomake työpajaan 3.

7.5 Työpaja 4

Viimeisen työpajan tavoite oli luoda prosessikaavio perehdytysmallista aiemmilla kerroilla työstettyjen asioiden pohjalta. Osallistujia pajassa oli kuusi. Tälläkin kertaa mukana oli uusia osallistujia. Työpajan toteutusajankohta oli sovittu jo työpajassa 2 ja muistutusviestiä lähetettiin noin viikko ennen työpajan ajankohtaan. Työpajassa työskenneltiin ison pöydän äärellä ja kaikki yhtenä ryhmänä kokosivat A4-arkkeja hyväksi käyttäen kaavion perehdytysmallin pohjaksi. Kaaviossa oli myös ne asiat, joita osallistujat kokivat tärkeiksi nostaa perehdytyksessä esille (kuva 3). Prosessimallin pohjalta tehtiin perehdytysmalli power point -muotoon. Näin saatiin valmis malli sisältöineen esitettäväksi pilotoinnissa, jonka jälkeen mallin sisältöä muokataan osallistujien palautteen pohjalta.



Kuva 3. Perehdytysmallin kokoamista työpajassa 4.

Työpajan onnistumista ja tavoitteeseen pääsemisen lisäksi oli tarkoitus, että osallistujat arvioivat kehittämisprosessin onnistumista tähän saakka. Kuitenkin todettiin, ettei se ole mahdollista, koska mukana ei ollut ketään, joka olisi ollut jokaisessa työpajassa läsnä. Myös pyydetyssä palautteessa tuli esille se, että joidenkin mielestä suuri vaihtuvuus osallistujissa on ollut huono asia ja vaikuttanut työn jatkuvuuteen. Työskentelyä ja tavoitteita arvioitiin samalla lomakkeella kuin työpajassa 3, lomakkeeseen oli lisätty kolme avointa kohtaa, johon pystyi kertomaan mielipiteensä asiasta.

Osallistujat arvioivat kehittämistarpeen olevan hyvin työelämälähtöisen, ajankoh-
taisen ja tärkeän. Inspiroivan asenteen koettiin osallistavan ryhmätyöskentelyyn
ja nähtiin, että näin tapahtuva kehittämistyön on toimiva tapa, hoitajien asiantun-
tijuus tulee hyvin esiin. Ryhmätyöskentelyn kohdalla ajateltiin, että kehittämistöi-
minnan onnistumisen kannalta olisi ollut toivottavaa, että samat osallistajat olisi-
vat olleet paikalla joka kerta. Myös ryhmän koon olisi toivottu olevan isompi,
jolloin uusia ideoita olisi saatu ehkä esille paremmin.

7.6 Perehdytysmallin pilotointi

Perehdytysmalli pilotoitiin Harjulan sairaalan osasto 1:llä tammikuussa 2018
osastopalaverin yhteydessä. Aikaa oli varattu tunti. Pilotointitilaisuuteen osallistui
16 osaston työntyöntekijään. Pilotointipäivä valittiin niin, että saatiin osaston va-
kainaisia työntekijöitä mahdollisimman hyvin mukaan.

Perehdytyksen alkuosassa esitetyn videon jälkeen käytiin reflektointikeskustelua.
Reflektoinnilla tarkoitetaan ongelmallisen tilanteen jäsentelyä, johon liittyy oman
kokemuksen ja toiminnan yhdistäminen syvemmäksi ymmärtämykseksi käsitel-
tävästä asiasta. (Alhanen, Kansanaho, Ahtiainen, Kangas, Soini & Soininen
2011, 47-48). Video herätteli hyvin keskustelun ja se katsottiin kahteen kertaan,
koska ensimmäisellä kerralla työntekijöiden huomio kiinnittyi liikaa videolla esiin-
tyneiden kollegoihin. Työntekijät miettivät pareittain, mitä kaatumisriskiä lisääviä
tekijöitä videolla on ja miten niitä voitaisiin ehkäistä. Tämän jälkeen keskusteltiin
yhdessä huomioista, joita oli tehty. Perehdytysmalliin kuuluu myös tiedollinen
osuus, jossa on keskitytty kaatumisriskiä lisääviin tekijöihin nimenomaan sairaala-
olosuhteissa ja niihin keinoihin joilla niitä voidaan estää. Myös FRAT-
kaatumisvaaran arviointi ja siihen liittyvät organisaation ohjeet kuuluvat perehdy-
tykseen. Lopuksi esitettiin tutkimustietoja kaatumisten ehkäisystä ja käytiin lä-
vitse, kuinka kaatumisten ehkäisy toteutuu Kuopion kaupungin sairaalalpalve-
luissa opinnäytetyön tekijän käyttämän aineiston perusteella.

Osallistujilta pyydettiin palautetta tilaisuuden jälkeen KKK-palautemenetelmän
(kirjoita, kuuntele, kiteytä) avulla. Osallistujat jaettiin neljään neljän hengen ryh-
mään. Jokaiselle ryhmälle valittiin puheenjohtaja, joka lopuksi esitti ryhmän

palauteyhteenvedon. KKK-palautekeskustelumenetelmä (Jelli 2018) sopii toiminnan palaute- ja arviointimenetelmäksi tilanteissa, joissa ryhmä koko on riittävän iso. Työskentely eteni kolmessa vaiheessa, joista ensimmäisessä jokainen kirjoitti tehtäväänsöön mukaisesti ajatuksiaan paperille. Tämän jälkeen jokaisen ajatukset esiteltiin omalle ryhmälle toisten kuunnellessa hiljaa. Lopuksi kiteytettiin tärkeimmät asiat yhteenvedoksi, jonka ryhmänpuheenjohtaja esittää muille.

Palautteen mukaan perehdytysmallissa toimivia asioita olivat video, jonka nähtiin toimivan hyvin keskustelun herättelijänä ja aiheeseen johdattajana. Perehdytysmallin tiedollista osuutta pidettiin sopivana sekä määrältään että laadultaan.

Video oli hyvä. --Kun sai itse miettiä oikeita ratkaisuja. --Eri näkökulmia toi esille, mitkä vaikuttavat kaatumisiin. --Hyvin kattava, selkeä, hyvin rajattu tietoisku. Tutkimustulokset hyvin esitetty. Loi hyvää pohdintaa työvälaineiden käytöstä ja kehittämisestä.

Osallistujat toivat esille, että olisivat toivoneet enemmän tutkimustuloksia ja miettivät, olivatko esitetyt tulokset sairaalapalveluiden osalta vertailukelpoisia keskenään. Myös FRAT-mittarin käyttö olisi voitu käydä konkreettisesti läpi perehdytystilaisuudessa.

Enemmän tutkimustuloksia olisi voinut olla. --Osastoittain esim. mihin aikaan kaatumisia tapahtuu. --Miten Frat tehdään? Tila, jossa pilotointi tehtiin, oli ahdas. --

Palautteessa pyydettiin myös miettimään, kuinka perehdytystä tulisi hyödyntää jatkossa. Materiaali arvioitiin käyttökelpoiseksi ja erityisesti uusien työntekijöiden kohdalla nähtiin tarpeelliseksi perehdyttäminen.

Uusia työntekijöitä ja opiskelijoita voisi jatkossa perehdyttää tällä materiaalilla. --Kertaus on opintojen äiti, säännöllisesti perehdyttäminen käytännöksi--

Pilotoinnin jälkeen saadun palautteen pohjalta muokattiin perehdytysmallin sisältöä ryhmässä. Perehdytysmalliin lisättiin toivottuja tutkimustietoja ja FRAT-mittarin käyttöön perehdyttäminen. Sairaalapalveluiden kohdalla esitettyjen tutkimustietojen kohdalla tulee muistaa, että tiedot on päivitettävä ajoittain.

8 Opinnäytetyön tulokset ja tuotos

8.1 Kaatumisten ehkäisytyön nykytilanne

Lähtötilannetta arvioitaessa selvitettiin osastoilla tapahtuvien kaatumisten määrät, syyt ja seuraukset. Lähtötilannekartoituksen mukaan kaatumisten ehkäisyä toteutetaan vaihtelevasti Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden osastoilla. Tarkasteltavana kohteena ollut FRAT-kaatumisvaaran arviointia tehtiin 40 prosentille potilaista. FRAT-kaatumisvaaran arvioinnin tuloksissa huomioita herättävää oli, että hyvin samantyyppisten osastojen välillä oli poikkeamaa tuloksissa. Esimerkiksi Harjulan sairaalan osastot 1 ja 2 ovat potilasainekseltaan varsin samantaisia, myös Juankosken ja Karttulan osastojen potilasaines on verrattavissa näihin. Kuitenkin esimerkiksi mittauksissa osastolla 1 korkean kaatumisriskin potilaita oli 11 prosenttia ja osastolla 2 vain 2 prosenttia.

Se, missä vaiheessa hoitajaksoa FRAT-kaatumisvaaran arviointi tehdään, ei selvinnyt näistä tiedoista. Arviointiajankohta olisi ollut mielenkiintoista saada selvitettyä, koska sillä on merkitystä kaatumistapaturmien ehkäisemisessä. Ohjeena on tehdä kaatumisvaaran arviointi vuorokauden sisällä osastolle saapumisesta. Arvioinnin tekeminen kotiutumistilanteessa, ei edesauta kaatumisten ehkäisyä osastohoidon aikana. Selkeästi arviointia tehdään vielä vaihtelevasti ja tavoitteena onkin, että perehdyttämisen jälkeen kaatumisriskin arviointi olisi kattavampaa ja arviointiajakohta toimintamallin mukaisesti vuorokauden sisällä osastolle tulosta.

FRAT-arviointien tuloksia verrattaessa HaiPro-ilmoituksissa ilmoitettuihin tuloksiin huomattiin, että eniten osastoilla kaatumisia tapahtuu potilaille, joilla on kohonnut kaatumisriski (FRAT 12-15 p.). HaiPro-ilmoituksista selvisi, että hoitajat huolehtivat hyvin siitä, että potilailla on käytössään joko jarrusukat tai kengät, apuvälineet liikkumiseen ja kohonneen kaatumisvaaran potilailla lonkkahousut. HaiPro-ilmoituksista ei selvinnyt, kuinka pitkään potilas oli ollut osastolla ennen kaatumistapaturmaa. Tämä olisi ollut mielenkiintoista saada selville ja verrata sitä aiempiin tutkimuksiin. HaiPro-ilmoitusten täyttö oli hyvinkin vaihtelevaa ja niistä saatava tieto työn kehittämismielessä jokseenkin puutteellista. Toimenpide

ehdotuksia vastaavan tapahtuman estämiseksi ei muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta ollut.

Kaatumistapaturmat tapahtuvat lähes aina osastoilla potilaiden lähtiessä liikkeelle omatoimisesti, ilman hoitajaa. Yöaikaan apuvälineet ovat usein siirretty syrjään, jotta hoitajien liikkuminen huoneissa olisi helpompaa eivätkä apuvälineet olisi tiellä. HaiPro-ilmoitusten mukaan kaatumisia tapahtuu vähinten päiväaikaan klo 9-18 välillä. Yhtenä syynä yöaikaisiin kaatumistapaturmiin ajateltiin olevan hoitajien kierrot huoneissa, jolloin potilas havahtuu, herää ja lähtee liikkeelle, kun hoitaja on jo ehtinyt poistua huoneesta.

”Kaatumisten ehkäisy -Kuinka toimit työssäsi?” -kyselyn mukaan työntekijät ovat tietosia kaatumisvaaraan vaikuttavista tekijöistä, mutta organisaation toimintaohjeet kaatumisten ehkäisyyn ovat vieraita. Kaatumisvaaran arviointia ei nähdä kovinkaan tärkeänä, vain kolmannes hoitajista kertoo arvioivansa kaatumisvaaran aina tai lähes aina, kuitenkin lähes 70 prosenttia työntekijöistä tietää millä menetelmällä kaatumisvaara arvioidaan. Osaamisen kehittämistä kaipaa lähes puolet työntekijöistä kaatumisten ehkäisyn osalta. Asenne kaatumisten ehkäisyyn hoitajien keskuudessa vaihtelee, mutta yleinen ajatus on, ettei kaatumisia voida ehkäistä.

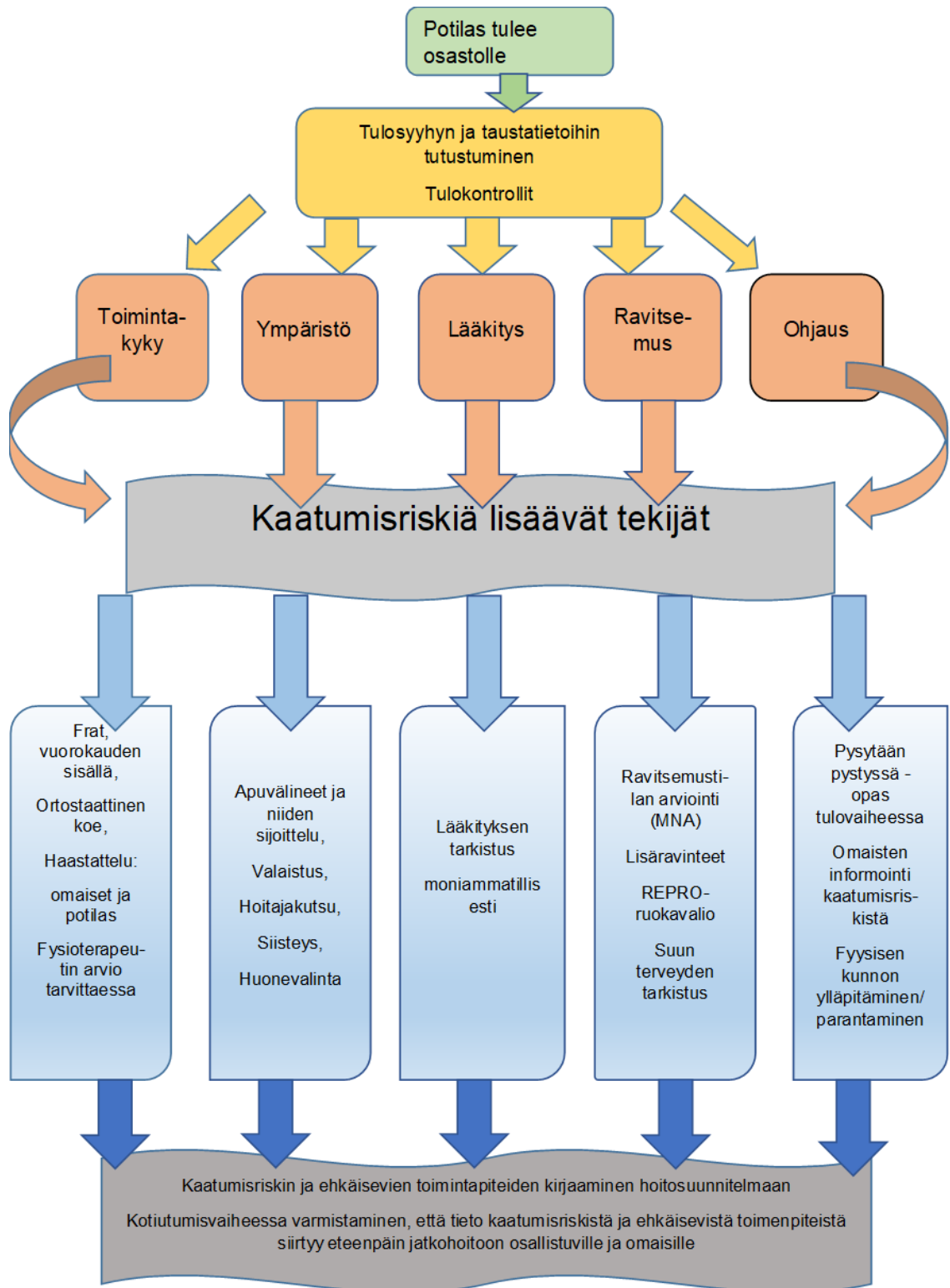
8.2 Tuotoksena syntynyt perehdytysmalli

Opinnäytetyön tarkoituksen oli luoda perehdytysmalli toimeksiantaja organisaation käyttöön kaatumisten ehkäisytöiden tueksi. Mallia luodessa työryhmällä oli selkeä ajatus siitä, että perehdyttämisessä haluttiin ottaa käyttöön uusia keinoja ja uudenlaista ajattelua. Lopputuloksena syntyi power point -muotoon luotu esitys, jossa lähtökohtana on video, jonka tarkoituksena on herättää keskustelua ja ajatuksia kaatumisvaaraa lisäävistä tekijöistä ja ehkäisyn keinoista. Tämän ajateltiin olevan myös tapa, jolla perehtyjät osallistuvat aktiivisesti perehtymistilaisuuteen.

Videssa on kuvattu potilastilanne, jossa ikääntynyt rouva on saapunut osastolle sekavuuden ja virtsatieinfektion vuoksi jatkohoitoon. Potilaalla on kestopatentti ja suonensisäinen nesteytys menossa. Huomioitavia asioita videolla kaatumisten

ehkäisyn näkökulmasta ovat mm. hoitajakutsurannekkeen käyttö, huoneen valaistus, apuvälineiden sijoittelu, potilaan vaatetus sekä jalkineet, lääkinnällisten välineiden sijoittelu, potilaan ohjaus tilanteessa ja rajoitustoimenpiteet.

Perehdytysmallin kaaviossa (kuvio 10) on esitetty mallin sisältöä. Itse perehdytysmalli pitää sisällään kaaviossa olevat asiat aihealueittain. Mallissa on pyritty huomioimaan osastohoitojakson aikana oleelliset kaatumisvaaraa kohottavat tekijät sekä niitä ehkäisevät toimenpiteet. Perehdytyksessä lähdetään liikkeelle hetkestä, jolloin potilas saapuu osastolle. Työryhmän kokemuksen ja näkemyksen mukaan erityistä huomiota osastohoitojakson aikana tulee kiinnittää toimintakykyyn, ympäristöön, lääkitykseen, ravitsemukseen sekä potilaan ja omaisten ohjaukseen. Tätä näkemystä tukevat myös tutkimustiedot ja alan kirjallisuus. Näiden otsakkeiden alle on koottu sekä kaatumisvaaraa kohottavat tekijät, keinot ehkäistä niitä ja organisaation toimintaohjeet. Perehdytykseen osallistujille kerrottiin lähtötilanne toimeksiantajaorganisaation osalta kaatumisten ehkäisyn toteuttamisesta ja tuloksista.



Kuvio 10. Perehdytysmallin kaavio.

Tarkoitus on, että jatkossa jokaisen potilaan kohdalla voitaisiin tämän mallin mukaan miettiä kaatumisten ehkäisyn keinoja ja kotiutumisvaiheessa hyödyntää osastolla esille nousseita asioita. Kaatumisten ehkäisy ei rajoitu potilaan hoitotyössä vain osastojaksoon, vaan olisi hyvä jatkaa työtä kotiutustilanteessa.

9 Pohdinta

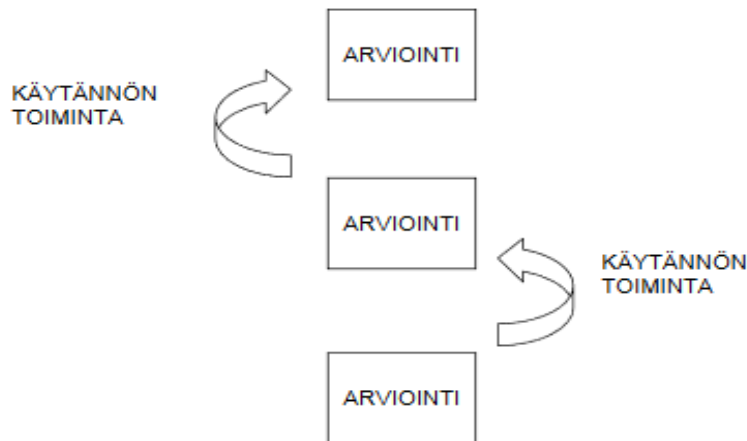
9.1 Kehittämisprosessin arviointi

Kehittämisprosessin alku oli vaikeaa ja haastavaa. Opinnäytetyötä piti alun perin tehdä parityönä, mutta toimeksiantajan ja aiheen vaihtumisen jälkeen, jäin tekemään työtä yksin. Haastavia kohtia prosessin aikana on ollut runsaasti ja nyt jos lähtisin toteuttamaan tällaista kehittämistyötä, olisin varmaankin viisaampi ja kyvykkäämpi menetelmien valinnassa, työpajojen vetämisessä ja prosessin ymmärtämisessä. Matkan varrella on tullut eteen tilanteita, jolloin olisin kaivannut työparia, jonka kanssa pohtia asioita.

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi eteni tässä opinnäytetyössä vaihtelevasti ja kokemattomuus tällaisen projektin läpiviemisestä heijastui prosessin erivaiheissa. Koin epävarmuutta siitä, toiminko oikein ja oikeassa vaiheessa. Ajoittain ajatukset sotkeentuivat menetelmien viidakossa. Ohjauksen ansiosta paluu oikeilla raiteilla helpottui. Prosessin läpiviemistä helpotti huomattavasti prosessin vaiheiden tunnistaminen ja eteneminen lineaarisesti järjestyksessä.

Työelämälähtöisyys oli keskeinen tekijä tässä kehittämisprosessissa. Työpajoihin osallistuneet työntekijät olivat asiantuntijoita kaatumisten ehkäisyssä. Prosessin aikana työryhmän jäsenet osallistuivat perehdytysmallin suunnitteluun ja kehittämiseen aktiivisesti. Työryhmässä oli paljon kokemusta ja tietämystä kaatumisten ehkäisystä nimenomaan sairaalaolosuhteissa. Tämä yhdistettynä tutkimustietoon tuotti perehdytysmallin Kuopion kaupungin sairaalapalveluihin.

Kuviossa 11 näkyy, kuinka tässä opinnäytetyössä tutkimuksellinen kehittämis-toiminta eteni arvioinnin kautta. Kehittämisprosessin alussa tehtiin alkutilanteen kartoitus, jossa arvioitiin kaatumistapaturmien yleisyyttä toimeksiantajaorgani-saatiossa, jo tehtyjä toimenpiteitä, henkilökunnan asenteita ja tietoisuutta sekä perehdyttiin muuhun tutkimustietoon, toimintamalleihin ja kirjallisuuteen. Tämän arvioinnin pohjalta tarkentui opinnäytetyön tavoite ja kehittämistehtävät. Työpajoissa arvioitiin joka kerta työpajojen tavoitteita, työskentelytapoja sekä tavoitteen saavuttamista. Nämä työpajojen arvioinnit vaikuttivat seuraavien kertojen tavoit-teisiin ja työmenetelmiin, joten voidaan katsoa, että arviointi vaikutti käytännön toimintaan ja tätä kautta ohjasi prosessin etenemistä. Järjestelmällisellä arvioin- nilla voidaan lisätä myös opinnäytetyön luotettavuutta.



Kuvio 11. Arvioinnin varassa etenevä kehittämisprosessi (Toikko & Rantanen 2009,83).

Ideointivaiheessa toimeksiantajan kanssa käydyt keskustelut auttoivat opinnäytetyön tarkoituksen ja tehtävien selkeyttämisessä niin, että ne vastasivat myös toimeksiantajan tarpeisiin. Opinnäytetyö on näyttöön perustavaa kehittämistoimintaan, jonka onnistumisen edellytyksenä on kehittämistavoitteiden yhteistyössä työryhmän kanssa määrittelemine (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 45,108-110). Olenkin miettinyt, että olisiko opinnäytetyön tehtävät olleet samantlaiset, jos ne olisi mietitty yhdessä työryhmän kanssa. Olisiko osallistaminen voinut alkaa jo aikaisemmassa vaiheessa prosessia kuin vasta toteutusvaiheessa? Työpajojen osallistaviksi menetelmiksi valikoitui sellaisia menetelmiä, joista

itselläni oli jonkinlaista kokemusta. Tässäkin olisin voinut olla rohkeampi kokeilemaan uusia menetelmiä.

Kehittämistoiminnalla pyrittiin myös vahvistamaan työntekijöiden keskinäistä vuorovaikutusta ja yhteistoiminnallisuutta. Tässä opinnäytetyössä perehdytysmallin sisältöä miettivä työryhmä oli jo toiminut yhdessä aiemminkin, joten ryhmädynamiikka oli olemassa ja ryhmä oli varsin keskustelevainen. Tämä oli ryhmätoimintaa edistävä tekijä. Ryhmän jäsenet uskalsivat tuoda esiin myös eriäviä mielipiteitä. Tosin osallistujien vaihtuvuus työryhmän sisällä oli vilkasta. Jokaisessa työpajassa oli mukana uusia osallistujia, kukaan ei ollut mukana jokaisessa ryhmätilanteessa. Tämä nähtiin sekä ryhmän jäsenten että tekijän näkökulmasta hankalana asiana. Prosessin jatkuvuus kärsi ja kokonaiskuvan hahmottaminen oli vaikeaa sekä ryhmäläisille että ajoittain myös tekijälle. Prosessi ei edennyt jouhevasti, vaan joka kerta jouduttiin palaamaan aiempien työpajojen sisältöihin sekä työn tarkoitukseen ja tehtäviin. Opinnäytetyön toteuttamisvaiheeseen olisi voinut varata pidemmän ajanjakson ja työpajoja olisi voinut olla useampia.

Opinnäytetyön kehittämistoimintaan liittyviin työpajoihin osallistujat olivat innostuneita työskentelystä ja kiinnostuneita aiheesta. Se näkyi vilkkaana keskusteluna sekä siinä, että työpajoista ja niiden aiheista käytiin keskusteluja myös työpajojen ulkopuolella. Kehittämisprosessin aikana useasti työpajoihin osallistujat toivat esille sitä, kuinka kokevat tärkeäksi sen, että pääsevät vaikuttamaan tehtävään tuotokseen. Kehittämisprosessin aikana työpajoissa tapahtui myös kehittymistä yhteistyön sekä toisten osastojen erilaisuuden ymmärtämisen suhteen. Tämän seikan havaitsivat työryhmän jäsenet itse. Työpajoihin osallistujat antoivat tukea ja apua kehittämisprosessin aikana vaikeina hetkinä työntekijälle.

Työllä oli myös tarkoitus kehittää tekijän omaa asiantuntijuutta, tuntemusta muiden työstä, verkostoitumista sekä moniammatillista työotetta. Työryhmän vetäjänä ja ohjaajana toimiminen kehitti samalla opinnäytetyöntekijän taitoja ohjata moniammatillisen ryhmän toimintaa. Ennen opinnäytetyön tekemistä, oli itselläni olemassa käsitys omista kehittämistaidoistani, joita jouduin useaan kertaan prosessin aikana tarkastelemaan ja arvioimaan uudelleen. Uuden oppiminen on haastavaa ja raskasta, suurimpana haasteena oli pois oppiminen vanhoista

käsityksistä. Myös tieto kaatumisten ehkäisystä lisääntyi ja oma innostuneisuus aiheeseen kasvoi työn edetessä. Kehittämistyöprosessi hahmottui työ edetessä uudella tavalla ja tämä käytännön kokemus oli erittäin opettavainen ja innostava.

9.2 Tuotos ja sen arviointi

Opinnäytetyön tuotos oli perehdytysmalli. Tarkoituksena oli kehittää tätä kautta Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden henkilökunnan osaamista ja tietoisuutta kaatumisten ehkäisystä nimenomaan osastotyössä. Jos pystytään vähentämään kaatumistapaturmia osastoilla, voidaan myös vaikuttaa ikääntyvien elämänlaatuun ja potilasturvallisuuteen parantaen niitä. Jotta tavoitteeseen päästään, on muutoksen tapahduttava konkreettisesti arjen työssä niin, että perehdytyksessä käsitellyt asiat siirtyvät teoriasta käytäntöön. Henkilökunnan perehdyttäminen ja opastaminen uusiin asioihin ja toimintatapoihin vähentää muutosvastarintaa ja helpottaa yhteisiin tavoitteisiin sitoutumista (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 45,108-110).

Kaatumisten ehkäisytyön tulee olla näyttöön perustavaa. Opinnäytetyössä huomioitiin annetut suositukset ja tutkimustulokset perehdytysmallin tieto-osuutta koostettaessa. Pohjana käytettiin terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) kaatumisen ehkäisyyn laadittua ohjetta hoitohenkilöstölle ja Pajalan (2012) IKINÄ-opasta sekä kansainvälisiä ohjeita ja tutkimustietoa.

Luomalan (2008,18) mukaan muutoksen toteutumisessa työntekijöiden itseohjautuvuus on tärkeä elementti. Tällä hän tarkoittaa sitä, kuinka oma-aloitteisia ja vastuullisia työntekijät ovat toteuttaessaan työtehtäviä itsenäisesti. Perehdytysmallilla annetaan työntekijöille tässä tapauksessa riittävät tiedot, kuinka organisaation sisällä tulee huomioida ikääntyvien kaatumisriski ja ehkäisevät toimenpiteet. Se, kuinka tähän tavoitteeseen päästään, jää arvioitavaksi myöhempään vaiheeseen toimeksiantajalle, koska muutosprosessi vie aikaa.

Kaatumisten ehkäisy osastotyössä on paljon laajempi kokonaisuus kuin pelkkä kaatumisvaaran arviointi. Useat hoitajat toivat esille ajattelevansa, että FRAT on yhtä kuin kaatumisten ehkäisy. Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyneellä

perehdytysmallilla pyrittiin vaikuttamaan myös tähän ajattelumalliin. Perehdytysmallia luotaessa työryhmälle oli tärkeää, että perehdytys on sellaista, että se osallistaa henkilökuntaa ja on vuorovaikutuksellista. Perehdytysmallissa haluttiin käyttää uusia menetelmiä perehdytyksen keinoina, tähän valikoitui video keskustelun herättäjänä. Tämän ajateltiin sitouttavan ja innostavan hoitajia.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt perehdytysmalli luotiin power point-esityksen muotoon. Ajatuksena oli helppokäyttöisyys ja muokattavuus. Perehdytyksen yhdessä esitettiin myös tutkimustuloksia toimeksiantajan organisaatiosta kaatumisen ehkäisyyn liittyen. Nämä herättivät erityistä mielenkiintoa. Jatkossa on mieltävä tulosten esittämisen relevanttiutta perehdyttämisen yhteydessä. Organisaation sisäisiä tutkimustietoja olisi myös päivitettävä ajantasaiseksi tulevaisuudessa, jos ne jäävät jatkossakin esitettäväksi tiedoiksi perehdyttämisen yhteydessä.

Perehdytykseen sisältyvän videon esittäminen julkisesti on kielletty. Tavoitteena videolla on herättää perehtyjät pohtimaan, kuinka ympäristötekijät (huoneen sekavuus, apuvälineiden sijoittelu tai puute, valaistus jne.), potilaaseen liittyvät seikat, kuten mm. infektiosairaus, sekavuus, infuusio, keuhkatetri, vaatus yms. sekä hoitajiin liittyvät (kommunikointi, vuorovaikutus, tiedonvälitys jne), vaikuttavat kaatumisvaaraan. Perehdytysmallin paras ja mieleenpainuvien osuus saadun palautteen mukaan oli video ja siitä käyty reflektiokeskustelu. Prosessi etenee potilaan osastolle saapumisesta kotiutumiseen. Perehdytyksessä huomioidaan erityisesti sairaalaolosuhteissa olevia kaatumisvaaraa lisääviä tekijöitä sekä käydään läpi Kuopion kaupungin sairaalapalveluiden käyttämiä keinoja huomioida ja ehkäistä kaatumisia.

Työn edetessä opinnäytetyöntekijä pohti useaan otteeseen mallin ja ohjelman eroja, löytämättä kuitenkaan selkeää ratkaisua tähän ongelmaan. Pilotointi osoitti, että perehdytysmalli oli saatu koottua varsin toimivaksi. Saatu palaute oli hyvää ja kehittämiskohdat huomioitiin. Perehdytysmallin todellista toimivuutta on vielä liian varhaista arvioida. Toimeksiantajan tehtäväksi jää arvioida perehdytysmallin toimivuus perehdytysten jälkeen.

Opinnäytetyön toinen tehtävä oli perehdyttää sairaalapalveluiden työntekijät kaatumisten ehkäisyn keinoihin osastotyössä. Perehdyttämistä opinnäytetyöntekijän toimesta pystyttiin toteuttamaan Harjulan sairaalan osastoilla. Karttulassa ja Juankoskella perehdyttäminen jäi tehtäväksi myöhempään ajankohtaan. Huomattavaa oli, että pilotointiin osallistui kattavasti osasto 1:n henkilökunta. Osastolla 2:lla perehdytykseen osallistui vain kolme työntekijää ja kaksi opiskelijaa. Perehdyttäminen koettiin perustyötä haittaavaksi ja koettiin, ettei pystytä irtautumaan työstä perehdyttämistä varten. Perehdyttäminen oli sovittu etukäteen osastonhoitajan kanssa. Tässä heijastuu hoitajien asenne kaatumisten ehkäisyyn, asiaa ei pidetä riittävän tärkeänä verrattuna perustyöhön. Myös työaikasuunnitella esimiesten taholta voitaisiin vaikuttaa siihen, kuinka perehdytystilaisuuksiin voidaan osallistua.

9.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan keskeinen ajatus, on tuottaa käyttökelpoista tietoa ja kokemustietoa voidaan pitää saman arvoisena kuin tieteellistä tietoa. Tavoitteena on, että tuotettua tietoa voidaan soveltaa myös yleisellä tasolla ja uusissa ympäristöissä. Luotettavuutta työlle tuodaan systemaattisella tiedonkeruulla, huolellisella analyysin tekemisellä ja dokumentaatiolla sekä tekemällä argumentoitujen johtopäätöksiä. Vaikka kehittämistoiminnan tuottamana tiedon, dokumentaation sekä itse prosessin luotettavuus ei ole käyttökelpoisuuden näkökulmasta tärkeintä, tulisi työssä pyrkiä luotettavuuteen tiedontuotannossa ja tulosten siirrettävyydessä. Tätä kautta saadaan kehittämistoiminnalle lisäarvoa. (Toikko & Rantanen 2009, 155-159.) Tässä työssä osallistavissa työpajoissa tuotettua kokemustietoa yhdistettiin tieteellisesti tutkittuun tietoon. Tuotoksena syntynyttä perehdytysmallia voitaisiin hyödyntään muidenkin organisaatioiden sairaalapalveluiden alueella sekä pitkäaikaishoivaosastoilla. Näin voidaan ajatella, että työ on toteutettu niin, että se noudattaa tutkimuksellisen kehittämistoiminnan keskeisiä ajatuksia ja huolellisella työskentelyllä on pyritty tuomaan työlle luotettavuutta.

Opinnäytetyötä tehdessä tulee muistaa koko prosessin ajan hyvät tieteellisen toiminnan käytänteet, jotta työn luotettavuus ja eettisyys toteutuvat. Työtä on

tehtävä rehellisesti, avoimesti, huolellisesti ja tarkasti. Lähdeaineistojen käytössä on toteutettava asianmukaista kriittisyyttä sekä noudatettava raportointiohjeita. (Helsingin yliopisto 2017; Tuomi & Sarajärvi 2017, 150-151.) Opinnäytetyötä tehdessä on huomioitava, että käytetyt tutkimukset, tulokset sekä tehdyt johtopäätökset ovat oikeita ja uskottavia (Kananen 2012, 161). Työssä on pyritty kiinnittämään huomioita koko prosessin ajan avoimeen, rehelliseen toimintaan, kunnioittamaan toimeksiantajaorganisaation arvoja ja toimimaan niiden mukaisesti. Perehdyttäessä tutkimuksiin ja kirjallisuuteen on lähdekriittisyys huomioitu ja kriittisesti arvioitu, mitkä tiedot ovat luotettavia ja työn kannalta hyödynnettäviä.

Työn luotettavuustarkastelussa sekä kehittämistyön tuloksen arvioinnissa riittävän tarkalla dokumentaatiolla on merkittävä rooli. Sen avulla voidaan tarkastella työssä tehtyjä valintoja ja perusteluja niille. (Kananen 2012, 164-165.) Opinnäytetöprosessista pidettiin päiväkirjaa, johon kirjattiin perusteluja valinnoille ja havainnot toteutuksen sujumisesta. Tästä oli apua myös kirjoittamisvaiheessa.

Kerätyn tutkimusaineiston käsitellyssä luotettavuus rakentuu tekijän rooliin. Aineistoja käsiteltäessä on pyrittävä objektiiviseen toimintaan. (Kananen 2012, 163; Sivonen 2017, 45-46). Opinnäytetyöhön kerätty aineisto oli kerätty ja tuotettu muuta kuin tätä opinnäytetyötä varten, joten tekijällä ei ollut vaikutusta keräystapaan eikä aineistoon. Aineistoja käsiteltäessä opinnäytetyöntekijä pyrki toimimaan objektiivisesti. Työssä huomioitiin toimeksiantajaorganisaation strategiset lähtökohdat kehittämistyölle ja organisaation omat arvot ja ohjeet kehittämistyöhön.

Opinnäytetyön videossa mukana olleille työntekijöille kerrottiin videon käyttötarkoitus ja sovittiin, ettei videota anneta julkiseen käyttöön ilman jokaisen henkilökohtaista kirjallista suostumusta. Lähtökohtana oleva hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen perehdyttämällä työntekijät työmenetelmiin ja toimintatapoihin, parantaa myös potilasturvallisuutta ja vastaa ammattikuntien eettisiin ohjeisiin.

Eettinen heikkous oli erityisesti siinä, ettei kehittämistoiminnassa huomioitu ikääntyvien ja heidän omaistensa näkökulmaa asiaan. On perusteltua miettiä,

voidaanko toimintaa kehittää ilman, että huomioidaan toiminnan kohteen mielipiteitä ja asiantuntemusta asiasta. Toisaalta nyt kehitettiin hoitohenkilöstön osaamista ja heidän näkemykset huomioitiin työssä.

9.4 Johtopäätökset ja implementointi

Kaatumisten ehkäisyn nykytilanne Kuopion kaupungin sairaalapalveluissa näyttäytyy tulosten mukaan olevan menossa parempaan suuntaan. Kaatumistapaturmat ovat kääntyneet laskuun vuoden 2016 jälkeen. Tämä ei kuitenkaan saa luoda tunnetta, että asialle ei tarvitse enää tehdä mitään. Kaatumistapaturmia tapahtuu edelleenkin paljon ja niistä aiheutuu inhimillistä kärsimystä, mutta myös kustannuksia toimeksiantajalle.

Opinnäytetyössä tutkimuksellisen kehittämistoiminnan avulla luotiin perehdytysmalli, kuten tehtävänä oli. Toinen tehtävä oli perehdyttää työntekijät kaatumisten ehkäisyyn osastoilla. Tämä osuus jäi osaksi kesken, johtuen opinnäytetyöntekijän uusista työtehtävistä. Tavoitteeseen kehittää henkilökunnan osaamista ja tietoisuutta ei aivan päästy koko henkilökunnan osalta kevään 2018 aikana.

Perehdyttäminen yksistään ei riitä tehokkaaseen kaatumisten ehkäisyyn osastoilla vaan tarvitaan suunnitelmallista ja järjestelmällistä perehdytysmallin käyttöönottoa ja sen tuomien tietojen ja menetelmien vakiinnuttamista toimintayksiköihin. Tätä toimintaa voidaan kutsua myös implementoinniksi. (Pajala 2016, 5-6.) Kehittämistoiminnan tuloksen jalkauttaminen edellyttää oman prosessinsa. Perehdytysmalli jää toimeksiantajan organisaation käyttöön, kuten myös perehdyttämiskäytännön vakiinnuttaminen ja jalkauttaminen. Pajala (2016, 37,7) suosittelee, että kaatumisten ehkäisyn toimintamenetelmiä kerrataan työyksiköissä säännöllisesti. Onnistunut kaatumisten ehkäisytyö edellyttää sitoutumista, innostuneisuutta, moniammatillista yhteistyötä, mutta myös osaavaa ja hyvää esimiestyötä, riittäviä resursseja sekä toiminnan toteutumisen seuraamista ja jatkuvuuden takaamista. Hyvin organisoidulla työllä saavutetaan tuloksia. Pajala (2016, 8) pitää kaatumisten ehkäisyn kehittämisen menestystekijänä sitä, että

työntekijöillä on tietoa, kuinka kaatumisia ehkäistään ja uskoa siihen, että juuri heidän toimintansa vaikuttaa kaatumisia vähentäen.

Perehdytysmallia voi käyttää jatkossa säännöllisesti vähintään kerran vuodessa esimerkiksi osastotunnin yhteydessä asian kertaamiseksi. Samalla varmistetaan, että uudet työntekijät saavat tarvittavan perehdytyksen. Myös perehdytyksen tuloksia olisi mielenkiintoista seurata. Näkyykö kaatumisten määrässä muutoksia? Kuinka omaisille kerrotaan kohonneesta kaatumisriskistä vai kerrotaanko ollenkaan? Kuinka hoitosuunnitelmissa näkyvät suunnitellut toimenpiteet kaatumisten ehkäisemiseksi? Laitoshuoltajat vastaavat pitkälti huoneiden siisteydestä ja samalla apuvälineiden sijoittelusta huoneissa. Kaatumisten ehkäisytyön tulisi kosketaa kaikkia osastoilla työskenteleviä ihmisiä, perehdytysmallia voitaisiin muokattuna hyödyntää myös laitoshuoltajien perehdyttämisessä.

Kaatumisten ehkäisystä hoitajilla on jo olemassa tietoa ja osaamista, mutta hukkuuko tämä osa-alue muiden hoitotyöhön kuuluvien tehtävien alle. Hoitotyötä on kehitetty monella tapaa. Vastuuhoitajien rooli tärkeiden asioiden pinnalla pitämisessä on yksi mahdollinen keino edesauttaa myös kaatumisten ehkäisyä osastoilla. Vaapio (2009,76) suosittelee kaatumishoitajan toimea perustettavaksi työn edistämiseksi. Osastoilla voisi olla tulevaisuudessa kaatumishoitaja, jonka rooli olisi pitää asiaa esille, huolehtia, että kaatumisvaaran arviointia tehdään sekä korkean kaatumisriskin potilaiden kohdalla voisi tehdä laajemman kaatumisvaaran arvioinnin. Kaatumishoitaja voisi myös hoitaa omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä, ohjata kaatumisten ehkäisyyn liittyvissä asioissa potilasta ja toimia yhteistyöverkostoissa.

Teknologian käyttöönottamista kaatumisten ehkäisyssä tulisi harkita. Tällä hetkellä on olemassa jo useita laitteita, joilla pystytään tunnistamaan kaatuminen (ympäristöministeriö 2017, 63-66). Mietittäväksi jääkin, voisiko kotiin suunniteltuja laitteita hyödyntää sairaalaolosuhteissa. Usein teknologian ratkaisuja pidetään kalliina, mutta kaatumisten aiheuttamat kustannukset ovat suuria menoeriä. Kaatumisen ehkäisyn näkökulmasta tulisi olla laite, jolla voidaan ennakoida kaatumistapahtumaa. Tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi laitetta, joka tunnistaa potilaan liikkeelle lähtemisen vuoteesta ja antaa hälytyksen hoitajille.

Kaatumistapaturmat toimeksiantajaorganisaatiossa tapahtuivat lähes aina potilaan lähdettyä liikkeelle yksin ja yöaikaan.

Kaatumisten ehkäisytyössä esimiehillä ja johtamisella on ratkaiseva rooli. Esimiesten tehtävänä on ylläpitää toimintaa ja motivaatiota (Pajala 2016,7). Esimiesten asenteen merkitys näkyi perehdytystilaisuuksiin osallistumisen tukemisessa ja mahdollistamisessa. Innostunut ja asiaa tärkeänä pitävä esimies organisoii henkilökunnan työn niin, että perehdytystilaisuuksiin pystytään osallistumaan perustyön kärsimättä.

Seuraava kehittämishanke Kuopion kaupungin sairaalapalveluissa voisi liittyä ICF-luokituksen käyttöönottoon ja siihen perehdyttämiseen. Tällä tavoin voidaan parantaa eri alojen ammattilaisten välistä kommunikaatiota, saada laajempi ja selkeämpi käsitys ikääntyvän toimintakyvystä. Toimintakyvyllä on merkitystä myös kaatumisten ehkäisyn kannalta ja ICF-luokituksen käytöllä voitaisiin tukea myös kaatumisten ehkäisytyötä. Valkeisen & Anttilan (2014, 5-6) mukaan kattava toimintakykyprofiili edesauttaisi ammattilaisten työskentelyä myös eri toimijoiden välillä. ICF-luokituksen avulla käytettävä käsitteistö yhtenäistyisi, kommunikaatio eri toimijoiden välillä paranisi. Toimintakyvyn arviointimenetelmiä käytettäessä voitaisiin hyödyntää IFC-ydinlistaa, joka ohjaa arviointia keskeisten asioiden huomioimiseksi kyseisessä sairaudessa tai tilanteessa.

Lähteet

- Ahokas, L. & Mäkeläinen, J. 2013. Pehdyttäminen ja työnopastus. -Ennakoivaa työsuojelua. https://ttk.fi/koulutus_ja_kehittaminen/julkaisut/digijulkaisut/pehdyttaminen_ja_tyonopastus_-_ennakoivaa_tyosuojelua. 17.06.2017.
- Alberta Health Service. 2013. Take Action. Prevent a fall before it happens. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/programs/ps-1051701-falls-prevention-guide.pdf>. 20.12.2017.
- Alhanen, K., Kansanaho, A., Ahtiainen, O-P., Kangas, M., Soini, T. & Soininen, J. 2011. Työnohjauksen käsikirja. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Alueellinen kaatumisen ehkäisyverkosto. 2016. Toimintasuunnitelma vuosille 2016-2017. https://www.psshp.fi/documents/11427/88458/AKE-ToSu2016-2017_Final.pdf/f880c9a1-eafb-4bce-8a37-a4a4e5e0af09.04.04.2017.14.04.2017.
- Arola, M & Suhonen, L. 2014 Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa Tianen, A-I. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia-ammattikoulun julkaisuja B:25, 14-22.
- Dionyssiotis, Y. 2012. Analyzing the problem of falls among older people. International Journal of General Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468115/>. 14.04.2017.
- Fountain Park. 2017. Osallistajan opas. Miksi, miten ja sudenkuopat. <https://www.fountainpark.fi/>. 23.11.2017.
- Geier, S. 2011. Pehdytyskansiosta jatkuvaan pehdyttämisprosessiin. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/27122/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-2011060710959.pdf?sequence=1>. 20.12.2017.
- Gillespie, LD, Robertson MC., Gillespie, WJ., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, LM. & Lamb, SE. 2012. Interventions for preventing falls in older people living in the community. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/abstract;jsessionid=1CC49B2C00C7C57BA62BD55BFE2856EE.f04t04.5.10.2017>.
- Grant, A., Mackenzie, L. & Clemson, L. 2015. How do general practitioners engage with allied health practitioners to prevent falls in older people? An exploratory qualitative study. Australian Journal on Ageing. <http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=d5fb581c-4428-4507-b0d8-1c679ebdeabf@sessionmgr104&hid=1>. 23.04.04.2017.
- Haavisto, E. 2013. Henkilöstö-turvallisen sairaalan perusta. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Tampere: Tammerprint Oy. 316-320.
- Heikkilä, A., Tynismaa, L., Jäppinen A-M., Kivelä, H., Pajala, S. & Strandberg, T. 2015. Kaatumisten

- ehkäisy. <http://www.oppiportti.fi/op/dvk00052/avaa>. 10.10.2017.
- Hellström, M., Johnson, P., Leppilampi, A. & Sahlberg, P. 2015. Yhdessä oppiminen. Yhteistoiminnallisuuden käytäntö ja periaatteet. Helsinki: Into kustannus.
- Helsingin yliopisto. 2017. Tutkimusetiikka. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/tutkimusetiikka#section-117>. 29.12.2017.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.
- Huuskonen, K. 2008. Villi maailma-näkökulmia Cats Stevensin Wild world popballadin mahdollisuuksista prosessidraaman lähtökohtana. Teoksessa Korhonen, P. & Airaksinen, R. (toim.) Hyvä hankaus-teatterilähtöiset menetelmät oppimisen ja osallisuuden mahdollisuuksina. Teatterikorkeakoulun julkaisusarja nro 8. Helsinki: Draamatyö. 15-23.
- Inkinen, R. 2012. Kaatumisten ehkäisy sairaalassa, hoitolaitoksissa ja kotona on kaikkien etu. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Teemakatsaus 2/2012. Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125511/kaatumiset%201.pdf?sequence=1>. 18.04.2017.
- Jelli. 2018. Osallistavat arviointimenetelmät. <https://www.jelli.fi/jarjestotointa/arvioinnin-tyokaluja-ja-menetelmia/osallistavat-arviointimenetelmat/>. 12.01.2018.
- Juuti-Sartolahti, L., Niemi, A. & Niitylahti, A. 2015. Simulaatio-oppimista vai leikkimistä? <https://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2015/11/24/simulaatio-oppimista-vai-leikkia/>. 5.10.2017.
- Jyväskylän yliopisto. 2010. Aivoriihi. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/Opetusmenetelmista-ja-lahestymista-voista/Opetusmenetelmat/ideariihi>. 22.10.2017.
- Kangas, P. & Hämäläinen, J. 2007. Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Työturvallisuuskeskus TTK. Nykypaino Oy.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tao pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202. Jyväskylä: Juvenus Print.
- Ketola, H. 2010. Tulokkaasta tuottavaksi asiantuntijaksi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, taloustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24954/9789513940157.pdf?sequence=1>. 20.12.2017.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Korhonen, T., Holopainen, A. & Pajala, S. 2010. Interventiot iäkkäiden aikuispotilaiden kaatumistapahtumien vähentämiseksi. Joanna Briggs Institute. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-15_0.pdf. 10.04.2017.
- Kuntaliitto. 2017. Sairaanhoidopiirit 2017. https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Ervat_Sairaanhoidopiirit2017_0.pdf. 6.1.2018
- Kuopio. 2017a. Kuopion kaupungin organisaatio. https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7618665/Kuopion_kaupungin_organisaatio.pdf/6f8632a1-95dd-4795-8697-b1fc923cfe2f. 28.06.2017.
- Kuopio. 2017b. Harjulan sairaala. <https://www.kuopio.fi/sairaaloiden-yhteystiedot-ja-vierailuajat>. 10.04.2017.

- Kuopion kaupunki. 2017c. Toimintaohje Frat-mittarin käyttöön
- Kuopion kaupunki. 2018. HaiPro-ilmoitus<https://www3.awanic.fi/haipro/101/Default.asp.1.3.2018>.
- Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Tampere: Juvenus Print.
- Kupias, P. & Salo, M. 2014. Mentorointi 4.0. Helsinki: Talentum.
- Lyyra, T-M & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P.(toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 58-73.
- Markkanen, A. 2015. Reflektiivisen hoitotyön asiantuntijaksi moniammatillisessa tiimissä. Teoksessa Gothoni, R., Hyväri, S., Kolkka, M. & Vuokkila-Oinonen, P.(toim.) Osallisuutta, oppimista ja arviointia. Diakonia ammattikorkeakoulu. TKI-toiminnan vuosikirja, Tampere: Juvenus Print Oy, 247-259.
- Mustajoki, P., Kinnunen, M. & Aaltonen L-M. 2014. Kaatumisia voidaan vähentää sairaaloissa ja laitoksissa. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/kaatumisia-voidaan-vahentaa-sairaaoloissa-ja-laitoksissa/>. 10.04.2017.
- Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2006. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 8/2006. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78142/2006b08.pdf?sequence=1>. 28.05.2017.
- National Council on Aging. 2017. Falls prevention facts. <https://www.ncoa.org/news/resources-for-reporters/get-the-facts/falls-prevention-facts/>. 10.04.2017.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Oliver, D. Papaioannou, A., Giangregorio, L., Thabane, L., Reizgys, K. & Foster, G. 2008. A systematic review and meta-analysis of studies using the STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5104555/>. 16.04.2017.
- Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. Juvenus Print-Tampereen yliopistopaino Oy.
- Pajala, S. 2016. Kehitä ja johda iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä. Opas toimintakäytäntöjen implementointiin. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Juvenus Print-Suomen Yliopistopaino Oy.
- Rieppo, J. 2017. Pintaa syvemälle-Tutkittua tietoa kaatumisista. <https://www.psshp.fi/documents/11427/98603/Jarno+Riepon+esitys.pdf/f452c4a2-7927-40db-a20a-df81c99d4c8c>. 03.09.2017
- Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro-Millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/10/duo99540>. 19.10.2017
- Ruppa, T. 2017. Osastonhoitaja. Harjulan sairaala. Haastattelu. 15.6.2017.
- Saarelma, O. 2017. Kaatuileva vanhus. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00760. 06.11.2017.
- Salakari, H. 2007. Taitojen opetus. Eduskills consulting. Saarijärvi. Saarijärvi Offset.

- Sarajärvi, A., Mattila, L-R.& Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Sivonen, M. 2017. Dokumenttianalyysi tutkimusmenetelmänä terveystieteissä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170525/urn_nbn_fi_uef-20170525.pdf. 28.11.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Summa, T. & Tuominen, K. 2009. Fasilitaattorin työkirja. Menetelmiä sujuvaan ryhmätyöskentelyyn. http://www.gloaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf. 20.10.2017.
- Sydänmaanalakka, P. 2012. Älykäs organisaatio. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Toimenpidesuosituksset eri toimijoille. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/kaatumisten-ehkaisy/toimenpidesuosituksset-eri-toimijoille>. 20.02.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Toimintakyky ICF-luokituksessa. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>. 17.06.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Iäkkäiden tapaturmat. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/tapaturmat-suomessa/tapaturmat-ikaryhmittain/iakkaiden-tapaturmat>. 28.06.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Ikäntyneiden tapaturmat. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat>. 01.03.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Arviointilomakkeet. [https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/kaatumisten-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/kaatumisvaaran-arviointi/arviointilomakkeet](https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/kaatumisten-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/kaatumisten-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/kaatumisvaaran-arviointi/arviointilomakkeet) 11.2.2018.
- Tikkanen, S. 2014. Keski-Suomi koettelee jo sote sopua Kuopiossa ymmärretään muttei hyväksytä. <https://yle.fi/uutiset/3-7165311>. 30.12.2017
- Tilastokeskus. 2015. Iäkkäät. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat>. 27.06.2017.
- Tilvis, R. 2010. Kaatuileva vanhus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy. 330-334.
- Toikkanen, U. 2012. Kaatumisvaaraa ei huomioida sairaaloissa. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kaatumisvaaraa-ei-huomioida-sairaloissa/>. 24.05.2017.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy: Tampere.
- Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. 2017. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>. 03.09.2017.

- Tseng, H-M. & Yin Chang-Yi. 2013. Most and least helpful aspects of fall prevention education to prevent injurious falls: a qualitative study on nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. [http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=d5fb581c-4428-4507-b0d8-1c679ebdeabf%40sessionmgr104&hid=123.16.04.2017](http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu/karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=d5fb581c-4428-4507-b0d8-1c679ebdeabf%40sessionmgr104&hid=123.16.04.2017).
- Työturvallisuuslaki 2002/738. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>. 17.8.2017.
- Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Väitöskirja. Turun yliopisto. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 10.2.2018.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. ETENE-julkaisuja 35. ETENE: Helsinki.
- Virtuaali ammattikorkeakoulu. 2017. Ammattillisen tutkimuksen eettiset pelisäännöt. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464169229/1194413488476/1194413568842.html>. 29.12.2017.
- Vuokkila-Oinonen, P. & Hyväri, S. 2015. Toimijoita osallistava kehittämisprosessi- Esimerkkinä Oulun mielenterveyspalvelujen rajapintatyön mallintaminen. Teoksessa Gothoni, R., Hyväri, S., Kolkka, M. & Vuokkila-Oinonen, P. (toim.) Osallisuutta, oppimista ja arviointia. Diakonia ammattikorkeakoulu. TKI-toiminnan vuosikirja. Tampere: Juvenes Print Oy, 65-79.
- Äijö, M., Ruuttunen, J., Tepponen, H., Metsävainio, M., Hiltunen, E., Marjoniemi, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2014. Kaatumisia ehkäistään alueellisella yhteistyöllä. *Fysioterapia* 4/2014, 35-38.
- Ympäristöministeriö. 2017. Älyteknologiset ratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena. Ympäristöministeriön raportteja 7/2017. Valtioneuvoston hallintoyksikkö, julkaisutoiminta: Helsinki.



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



Hoivapalvelut ja sairaala

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.

LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Lähde: Falls Risk Assessment Tool (FRAT-screening component)

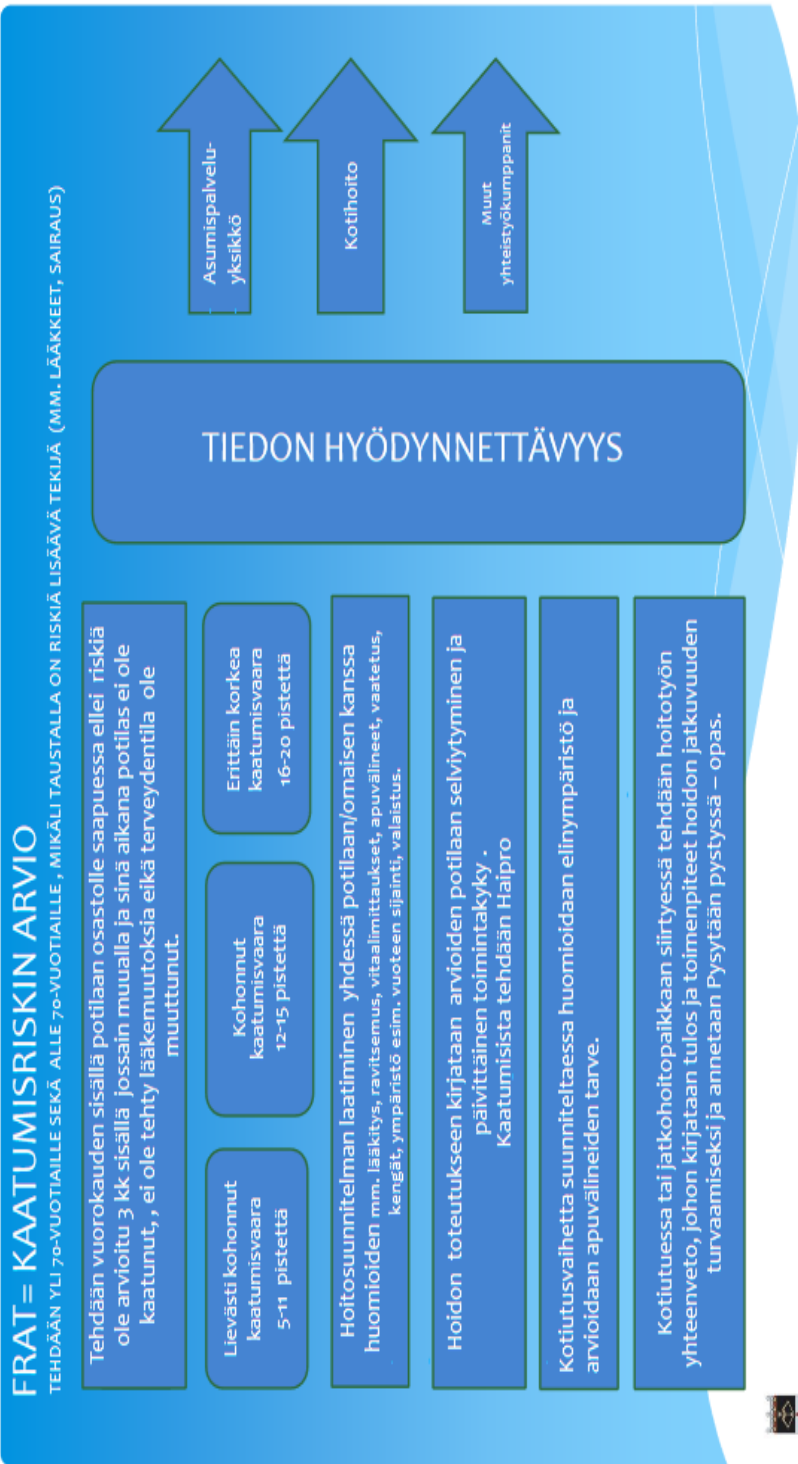
Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service,

<http://www.health.vic.gov.au/agedcare>. Suomenkielisen käännöksen © THL, IKINÄ, www.tatpaturmat.fi.

SUORITUSOHJE

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

(Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017b)



KUOPIO

Tekijät: Tarja Ruppaa, Eija Väättäinen

(Kuopion kaupunki 2017c)

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus

Sisäiset sivut

Pakolliset kentät on merkitty tähdellä (*)

Ilmoituksen pvm: 6.3.2018

Osasto/yksikkö	Ilmoittajan yksikkö (*)	Hae
	Valitse	▼
	Yksikkö, jossa tapahtui (*)	Hae
	Valitse	▼
Ilmoittajan ammattiryhmä	Valitse	▼ ⓘ
Tapahtuma	Tapahtuma-aika(*)	Tapahtuman luonne (*)
	Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa	<input type="radio"/> Läheltä piti ⓘ <input type="radio"/> Tapahtui potilaalle ⓘ
	Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> :00 <input type="checkbox"/> Ei tiedossa	<input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus
	Tapahtumapaikka	Valitse
Tapahtuman tyyppi	Valitse	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mitä oltiin tekemässä - Mitä ja miten tapahtui - Miten tilanne hoidettiin - Mitä seurasi potilaalle - Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle 	
	<input type="text"/>	
	Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.	
	<input type="text"/>	
	Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?	
	<input type="text"/>	
Sähköpostiosoite	<p>Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse. Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu.</p> <input type="text"/>	

Tallenna ja lähetä

Tulosta ilmoitus

(Kuopion kaupunki 2018)