



samk

Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

MARIA KALLIOVUO JA ROOSA HUUKI

Hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö - poikkileikkaustutkimus

HOITOTYÖN TUTKINTO-OHJELMA
2021

Tekijä(t) Kalliovuori, Maria Huuki, Roosa	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2021
	Sivumäärä 61	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi Hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö - poikkileikkaustutkimus		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyö		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitotyön sensitiivisten mittareiden VAS (Visual Analogue Scale), MNA (Mini Nutritional Assessment), FRAT (Falls Risk Assessment Tool) ja FROP-Com (Falls Risk for Older People) käyttöä opinnäytetyön kohdeorganisaation yksiköissä. Sen tavoitteena oli tuottaa tietoa mittareiden käytöstä hoitotyön kehittämiseksi. Saatuja tuloksia verrattiin muun muassa Rönkön (2018) ja Formiston (2017) tutkimusten tuloksiin.</p> <p>Opinnäytetyössä kerättiin dokumenteista sekä laadullista että määrällistä aineistoa. Näin ollen kysymyksessä on triangulaatio. Laadullista tietoa etsittiin potilasasiakirjojen lehtien sisältämistä merkinnöistä. Määrällistä tietoa taas etsittiin hoitotyön mittareiden käytön määrästä. Tutkimusaineistona toimi päivittäiseen kirjaamiseen liittyvät potilasasiakirjojen lehdet N=58, jotka luovutti opinnäytetyön yhteyshenkilö. Näitä potilasasiakirjojen lehtiä ovat hoitotyölehti, hoitokertomuslehti, asiakaspalvelulehti sekä kotihoitolehti. Aineiston otantamenetelmänä toimi perustavanlaatuinen, niin sanottu yksinkertainen satunnaisotanta.</p> <p>Kohdeorganisaation yksiköiden potilasasiakirjojen lehdissä oli merkintöjä etenkin ravitsemukseen ja kipuun liittyvistä toiminnoista ja huomioista, mutta niissä ei ollut mainintaa opinnäytetyössä asetetuista tarkasteltavista hoitotyön sensitiivisistä mittareista. Kivun voimakkuudesta löytyy sanallista arviointia ja ravitsemustilaa on arvioitu esimerkiksi painon mittauksella. Lisäksi yhdessä potilasasiakirjan lehdessä on maininta ADL-mittarista, joka on päivittäisten toimintojen arviointiasteikko sekä MMSE-mittarista, joka liittyy muistin arvioimiseen. Näin ollen kohdeorganisaatiossa on käytössä hoitotyön sensitiivisiä mittareita.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimus on osaltaan toiminut myös pohjana sille, millä tasolla hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö on ollut ennen hoitotyön vertaiskehittämishankkeen päättymistä. Tämän jälkeen tulevaisuudessa on mahdollista toteuttaa opinnäytetyönä vastaavanlainen tutkimus liittyen siihen, onko mittareiden käyttö esimerkiksi lisääntynyt hankkeen myötä.</p>		
<p><u>Asiasanat</u> hoitotyön arviointi, terveydenhuollon arviointimenetelmät, kipu, ravitsemustila, kaatumistapaturmat, sairauskertomukset, poikittaistutkimus</p>		

Author(s) Kalliovuoto, Maria Huuki, Roosa	Type of Publication Bachelor's thesis, AMK	Date November 2021
	Number of pages 61	Language of publication: Finnish
Title of publication Use of sensitive nursing meters - cross-sectional study		
Degree program Nursing		
<p>Abstract</p> <p>The objective of this thesis was to illustrate the usage of nursing care's sensitive meters VAS (Visual Analogue Scale), MNA (Mini Nutritional Assessment), FRAT (Fall Risk Assessment Tool) and FROP-Com (Falls Risk for Older People) at the target organizations of the Thesis. The goal was to give information about the usage of the meters to further develop nursing care. The obtained results were compared to the research results of Rönkä (2018) and Formisto (2017) among other studies.</p> <p>Qualitative and quantitative information was gathered for the Thesis, which is triangulation. Qualitative information was gathered from the markings of the patient record papers' content. Quantitative information was gathered from the amount of usage of the nursing care's sensitive meters. 58 patient record papers, which were involved in daily logging and were provided by the contact person of the thesis, were used as the research material. These patient record papers were named treatment report journal, customer service journal and home care journal. Fundamental, so called simple random sampling, was used as the sampling technique of the material.</p> <p>The journals of the target organization had markings of especially the procedures related to nutrition and pain, but not a single mention of the nursing care's sensitive meters specified in the thesis was found. Verbal estimation of pain was found, and nutrition was estimated for example via weight measurement. In addition, in one of the patient record papers, there is a mention of ADL-meter, which is the estimation scale of daily activities. Also, there is a mention of MMSE-meter, which is related to memory assessment. Therefore, the nursing care's sensitive meters are in use in the target organization.</p> <p>The research of the thesis has also contributed to being the foundation for the level of which the usage of sensitive meters has been before the ending of nursing care's peer development project. Hereafter it is possible to carry out a comparable thesis regarding if the usage of the meters has increased with the project.</p>		
<p><u>Key words</u></p> <p>nursing audit, health care evaluation mechanism, pain, nutritional status, accidental falls, medical records, cross research</p>		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 HOITOTYÖN SENSITIIVISET MITTARIT.....	6
2.1 Kivun arviointimittarit ja niiden käyttö.....	7
2.2 Ravitsemustilan arviointimittarit ja niiden käyttö.....	10
2.3 Kaatumisriskin arviointimittarit ja niiden käyttö	14
3 HOITOTYÖN SENSITIIVISTEN MITTAREIDEN KÄYTÖN KIRJAAMINEN POTILASASIAKIRJOIHIN	17
4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA HOITOTYÖN SENSITIIVISTEN MITTAREIDEN KÄYTÖSTÄ	20
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	26
6.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö.....	26
6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen	28
6.3 Aineisto ja otanta.....	29
6.4 Aineiston analyysi.....	29
7 TUTKIMUSTULOKSET	30
7.1 Hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö	30
7.2 Hoitotyön sensitiivisiin mittareihin liittyvien hoitotyön toimintojen kirjaaminen potilasasiakirjoihin	31
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
8.1 Tutkimustulosten pohdinta.....	32
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	34
8.3 Oman osaamisen kehittyminen	36
8.4 Jatkotutkimus- ja projektiaiheet	37

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Sairaanhoitaja voi arvioida potilaan vointia kuuntelemalla ja havainnoimalla potilasta sekä erilaisten mittausten avulla. Mittaus antaa arvon, johon voi verrata aikaisempia arvoja ja näin ollen tämä helpottaa potilaan voinnin arviointia. Muun muassa kipua, tajunnan tasoa, sykettä, verenpainetta, painoa ja sedaatiota voidaan arvioida mittauksen avulla. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Buure, Ekola, Partamies & Sulosaari, 2019, s. 51.)

Hoitotyön sensitiivisten mittareiden avulla voidaan arvioida hoidon laatua ja tuloksellisuutta kansainvälisellä tasolla. Oikean mittarin valitsemisessa on tärkeää hyödyntää terveydenhuollon ammattitaitoa. Jo hoitosuunnitelmaa laadittaessa on tärkeää muistaa ottaa käyttöön tarvittavat mittarit. Potilaille voidaan taata laadukasta hoitoa näyttöön perustuvilla menetelmillä, kun arviointia tehdään mittarin antaman tuloksen perusteella. Potilaille voidaan taata sekä laadukasta että katkeamatonta hoitoa ammattilaisten varmistamiseksi, että potilaan mukana siirtyy tieto siitä, millä hoitotyön sensitiivisillä mittareilla hoidon tarpeita on arvioitu ja miten arvioinnin pohjalta on suunniteltu potilaan hoitoa. (Wisur-Hokkanen & Plukka, 2016, s. 4.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyön sensitiivisten mittareiden VAS (Visual Analogue Scale), MNA (Mini Nutritional Assessment), FRAT (Falls Risk Assessment Tool) ja FROP-Com (Falls Risk for Older People) käytön yleisyyttä, hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä kirjaamista ja niiden käyttöön liittyvistä hoitotyön toiminnoista kirjaamista opinnäytetyön kohdeorganisaation yksiköissä. Sen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä hoitotyön kehittämiseksi.

Tutkimusaineistona toimi potilasasiakirjojen lehdet kohdeorganisaation yksiköistä, jotka kerättiin satunnaisotannalla yhdeltä päivältä. Potilasasiakirjojen lehtiä saatiin tulosteena 58 kappaletta (N=58).

Opinnäytetyössä kerättiin dokumenteista sekä laadullista että määrällistä aineistoa. Näin ollen tutkimusmenetelmänä toimi triangulaatio. (Kananen, 2014, s. 123.) Laadullista eli kvalitatiivista tietoa etsittiin potilasasiakirjojen lehtien sisältämistä merkinnöistä. Toisin sanoen kirjauksista etsittiin merkintöjä kipuun, ravitsemukseen ja kaaantumiseen liittyvistä asioista. Lisäksi tarkasteltiin, löytyikö potilasasiakirjojen lehdistä merkintöjä muiden hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä. Määrällistä eli kvantitatiivista tietoa taas etsittiin hoitotyön mittareiden käytön ja niihin liittyvien hoitotyön toimintojen kirjaamisen määrästä.

Työelämän näkökulmasta ja ammatillisuuden kannalta opinnäytetyön aihe on erittäin tärkeä, koska erilaiset hoitotyön sensitiiviset mittarit kuuluvat olennaiseen osaan potilaiden hoidon onnistumista. Mittareiden avulla saadaan muun kommunikaation lisäksi hyvin tietoa potilaan terveydentilasta ja sen muutoksista silloin, kun käytetään samaa mittaria samaa potilasta arvioidessa. Esimerkiksi kipumittareilla on mahdollista seurata potilaan kivun laadun muuttumista, joka edesauttaa oikeiden lääkkeettömien ja lääkkeellisten hoitotyön toimintojen löytämiseksi ja käyttämiseksi silloin, kun kipumittarin käyttöön liittyvät asiat ja arvioinnit on kirjattu oikein ja asianmukaisesti (Heiskanen, Haakana & Koivusalo, 2015).

2 HOITOTYÖN SENSITIIVISET MITTARIT

Hoitotyö on ammatillista toimintaa, jolla pyritään ohjaamaan, auttamaan sekä tukemaan ihmistä terveyden edistämiseksi, mutta myös sairauden aiheuttamien rajoitusten kanssa toimeen tulemisessa. Hoitotyön ammatillisella toiminnalla myös pyritään hoitamaan ihmistä. (Duodecimin sanakirjat, n.d.)

Hoitotyön sensitiivisten mittareiden avulla voidaan tehdä hoidon laadun ja sen tulosten arviointia kansainvälisellä tasolla. Ne on hyvä huomioida hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Hoitotyön sensitiiviset mittarit mahdollistavat potilaan hoidon arvioinnin, kun potilaan hoidon tarve on ensin tunnistettu ja sen arviointiin sopiva mittari löydetty.

Mittarin antamien tulosten avulla voidaan arvioida sitä, millä menetelmillä potilaalle voidaan antaa laadukasta hoitoa. Potilaan laadukkaan hoidon toteutumisen mahdollistaa se, että tieto potilaan hoidossa käytetyistä hoitotyön sensitiivisistä mittareista siirtyy seuraavaan hoitopaikkaan. (Wisur-Hokkanen & Plukka, 2016, s. 4.) Seuraavaksi esitellään hoitotyön sensitiivisistä mittareista kivun-, ravitsemuksen- ja kaatumisriskin arvioinnissa käytettäviä hoitotyön sensitiivisiä mittareita, jotka ovat yleisesti käytössä opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa.

2.1 Kivun arviointimittarit ja niiden käyttö

Kipu syntyy kudosaaurion aiheuttamana ärsytyksenä ja se välittyy kipuhermoja pitkin selkäyttimeen ja sieltä aivoihin. Aivoissa hermosäikeiden yhteydet liittyvät tuntoaivo-kuoreen, josta kivulla on yhteys tunteisiin. Kipu aiheuttaa muun muassa pelkoa ja ahdistusta, mutta vaikuttaa myös muistiin. Elimistö saa varoituksen uhkaavasta kudosauriosta aistimalla kivun. Tämä johtaa elimistössä toimintoihin, joilla se pyrkii estämään kudosaaurion syntymisen tai sen etenemisen. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen, 2016, s. 85.) Kivun välittyminen hermojärjestelmässä jaetaan neljään vaiheeseen, jotka ovat transduktio eli kipuärsyksen syntyminen, transmissio eli kivun välittyminen, modulaatio eli kivun muuntelu ja perseptio eli kivun kokeminen (Kalso & Kontinen, 2018).

Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutilla kivulla tarkoitetaan äkillistä kipua, jolla on ensisijaisesti elimistöä suojaava merkitys. Sillä on yleensä selvä syy ja se voidaan hoitaa. Akuutille kivulle on tyypillistä se, että kipu hellittää hyvissä ajoin ennen kudosaaurion täydellistä korjaantumista. Nykyisillä kivunhoitomenetelmillä pystytään takaamaan tällaisen kivun lievitys. Tehokkaalla akuutin kivun hoidolla ehkäistään kivun pitkittymistä. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 85–86.) Akuuttia kipua aiheuttavat esimerkiksi vammat ja leikkaukset. Sitä tulee mitata säännöllisesti, mutta siitä tulee myös kirjata säännöllisesti. (Hamunen & Kontinen, 2018.)

Kroonisesta kivusta puhutaan, kun se muuttuu pitkäaikaiseksi, eli se kestää normaalin kudosten paranemisajan yli tai se on kestänyt yli kuusi kuukautta. Krooninen kipu on merkki kipuhermon toiminnan vauriosta tai kipuradan vauriosta. Sen hoidon perustana

toimii hyvä hoitosuhde. Kroonisissa kiputiloissa hoito muodostetaan yksilöllisesti kivun mekanismien ja potilaan ominaisuuksien mukaan. Hoito on usein oireenmukaista. Tämä tehoaa sitä paremmin, mitä aikaisemmin se aloitetaan. Myös psykososiaalinen tuki on tärkeä osa kroonisen kivun hoitoa. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 85–86.)

Kipu luokitellaan myös erilaisiin kiputyyppeihin, joita ovat nosiseptiivinen kipu, neuropaattinen kipu, idiopaattinen kipu ja viskeraalinen kipu. Nosiseptiivisellä kivulla tarkoitetaan kudosisvaurion aistimuksesta (nosiseptiosta) johtuvaa kipua, mitä ovat hapenpuutteesta johtuva kipu, luurankolihaskipu, tulehduskipu ja tukielinten kulumakipu. Tällöin kivun syy on hermoston ulkopuolella. Neuropaattista kipua on taas hermovauriosta johtuva kipu. Tällöin hermot tai selkäydin joutuvat olemaan pitkään pinteessä. Lisäksi hermotusalueella esiintyy tuntehäiriöitä tai motorisia häiriöitä. Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan kiputilaa, jonka taustalla ei ole löydettävissä kipua selittävää syytä. Tällainen kiputila on esimerkiksi fibromyalgia, jolloin pehmytkudoksissa on laajasti särkyä ja arkuutta. Viskeraalista kipua on kipu, joka syntyy vatsa- ja rintaontelon elinten kipuherkkien kapselien venytyksestä. Tällaista kipua voi aiheuttaa esimerkiksi kasvain. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 86.)

Hoitotieteen mukaan kipu on subjektiivista ja kokonaisvaltainen kokemus. Potilas tuo kokemuksen kivusta esille kertomalla kivusta sanallisesti ja erilaisilla eleillä. Kiputunteemukseen vaikuttavat ihmisen yksilölliset seikat, kuten kipukynnys eli kivun sietokyky ja kulttuuritausta. Kipukynnyksen on todettu hieman nousevan ikääntyessä. Syynä siihen on terävää kipua välittävien hermosäikeiden rappeutuminen ja niiden johtumisnopeuden hidastuminen. Toisaalta ikääntyessä kovan kivun sietokyky taas vaikuttaa heikkenevän, mikä johtuu kipua vaimentavien suojausmekanismien rappeutumisesta. Kuitenkin kivun välittymiseen ja sen kokemukseen ikääntymisen vaikutus on vähäinen. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 84–85.)

Kipupotilaan tuntemuksia ymmärtää paremmin, kun tietää kiputunteuksen aikaansaavista tekijöistä. Kiputyypin erottaminen sekä kivun syntymekanismien ymmärtäminen ovat taas kivun mittaamisen ja siitä kirjaamisen edellytys. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 84.) Seikkoja, joita kivun yhteydessä selvitetään, onkin monenlaisia. Tulee esimerkiksi selvittää kivun sijainti ja se, onko kipua monessa vai pelkästään yhdessä kohtaa, minkälaista kipu on luonteeltaan, kuinka voimakasta kipu on, mikä

kipuun auttaa ja mikä pahentaa sitä, helpottavatko lääkkeet kipua ja kuinka pitkäksi aikaa sekä vaikuttaako kipu päivittäisiin toimintoihin. (Terveyskylä, 2019.) Näitä asioita voidaan arvioida haastatteleamalla potilasta ja tarvittaessa hänen omaisiaan, potilaan itsearviointilla, hoitajan havainnoinnilla, kosketuksella ja kehon kuuntelulla sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 89).

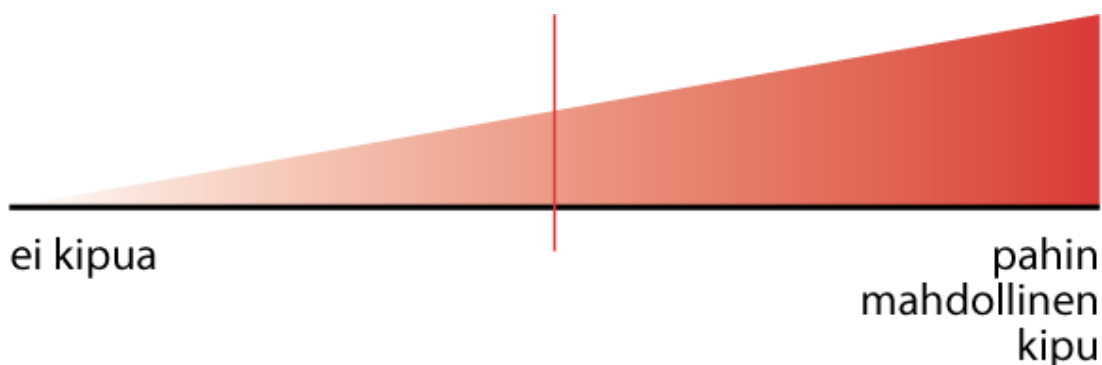
Kipua tulisi arvioida syöpäkipun ja akuutin kivun hoidossa ennen lääkkeenottoa tai muuta kivun lievitystä sekä sen jälkeen. Tällöin voidaan arvioida hoidon vaikutusta. Kroonisen kivun hoidossa taas hoidon vaikutusten pitkäjänteinen arviointi on yksittäisen lääkeannoksen vaikutuksen arvioimista merkittävämpää. Näin ollen tällaisessa tilanteessa pelkän kivun voimakkuuden mittaaminen ei ole riittävää hoidon vaikutusten arvioimisessa. On arvioitava kivun hoidon vaikutusta potilaan mielialaan, nukkumiseen, liikkumiseen, työ- ja toimintakykyyn, kotitöihin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Myös potilaan määrittelemien osatavoitteiden eteneminen on osa kivun hoidon vaikutusten arviointia. (Terveyskylä, 2019.)

Kivun voimakkuuden arvioinnissa voidaan käyttää apuna muun muassa kipumittaria (Heiskanen ym., 2015). Kivun arvioinnissa käytettävät mittarit riippuvat potilaasta ja hänen kiputilanteestaan. Koko potilaan hoitajakson ajan tulisi käyttää kivun arvioinnissa samaa kipumittaria, sillä tällöin saadut tulokset ovat verrattavissa toisiinsa. (Terveyskylä, 2019.)

Erilaisia kipumittareita ovat VAS-asteikko (Visual Analogue Scale), NRS-kipumittari (Numeric Rating Scale), VDS-kipumittari (Verbal Descriptor Scale) sekä FPS-kipumittari (Faces Pain Scale) (Hotus-hoitosuositus 2013). Näiden lisäksi kipua voidaan arvioida myös CPOT-arviointimenetelmällä, joka on kehitetty kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivun arviointiin (Kangasmäki & Pudas-Tähkä, 2017). Muistisairaiden potilaiden kivun arvioinnissa taas käytetään apuna PAINAD-mittaria (Nukari, 2017). Opinnäytetyössä tarkastellaan tarkemmin VAS-asteikon käyttöä, koska se on opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa käytössä oleva kipumittari.

VAS (Visual Analogue Scale) on 10 cm pitkä jana tai punainen kiila, jonka vasen pää tarkoittaa, ettei ole kipua (0) ja sen oikea pää tarkoittaa pahinta mahdollista kipua (10).

Potilas asettaa poikkiviivan janalle kohtaan, joka kuvaa parhaiten hänen kipunsa voimakkuutta. Tämän jälkeen VAS-arvo katsotaan mittarin toiselta puolelta asteikolla 0–10. (Hoikka, 2013.)



Kuva 1. kipujana, VAS-asteikko (Lepistö, 2016).

2.2 Ravitsemustilan arviointimittarit ja niiden käyttö

Hyvä ravitsemustila syntyy, kun ihminen saa ravinnostaan terveytensä ja hyvinvointinsa kannalta oikean määrän ravintoaineita ja energiaa. Tällaisessa tilanteessa elimistössä on riittävät välttämättömien ravintoaineiden varastot sairaus- ja stressitilanteiden varalle. Erilaiset sairaudet voivat muuttaa ihmisen aineenvaihduntaa, huonontaa ravintoaineiden imeytymistä tai lisätä niiden erityistä. Tällöin ravinnon tarve lisääntyy. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 245–246.)

Ravitsemus onkin merkittävä osa terveyttä ja sairauksien ehkäisyä. Hyvällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä suomalaisten kansatauteja, kuten rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan sairauksia, sydän- ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, liikalihavuutta sekä syöpiä. Ravinnolla voidaan siis pienentää sairastumisriskiä, mutta myös tehostaa sairauden hoitoa ja parantaa elämänlaatua. Ravitsemustilan ollessa hyvä, ihminen kestää sairauden aiheuttamat rasitukset paremmin, saa vähemmän komplikaatioita kuin aliravittu ja toipuu nopeammin. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 246.)

Jos ruokavaliosta ei saa riittävästi ravintoaineita tai ravintoaineiden imeytyminen on heikentynyt, ravitsemustila huononee. Lisäksi ravitsemustilaa huonontaa se, jos lääkitys tai sairaus haittaavat ravintoaineiden imeytymistä tai ravinnon tarve ja sen kulu kasvatavat. Vajaaravitsemukselle altistavat monet tekijät. Vajaaravitettu ei saa riittävästi ravinnostaan proteiinia, energiaa, kivennäisaineita ja vitamiineja. Vajaaravitseminen, aliravitseminen ja virheravitseminen ovat termejä, joita käytetään ravitsemustilan heikkenemisestä. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 246.)

Huono ravitsemustila aiheuttaa monia kielteisiä seurauksia. Liian niukka pehmeän rasvan, proteiinin ja D-vitamiinin saanti saattaa aiheuttaa lihaskatoa. Tämä heikentää kehon hallintaa sekä liikunta- ja toimintakykyä. Tällöin kaatumis- ja murtumavaara kasvaa sekä alttius infektiosairauksille lisääntyy. Mikäli ravitsemusongelmaa ei hoideta, se johtaa pitkittyessään toistuviin infektiokierteisiin, laihtumiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Tällaisessa tilanteessa sairauksista toipuminen hidastuu tai estyy kokonaan, hoitajaksot pitkittyvät, hoitojen teho heikkenee ja hoitokustannukset lisääntyvät. (Schwab, 2020.)

Jotta ikääntyneen ravitsemustilan heikentyminen voitaisi tunnistaa mahdollisimman varhain, tulee ravitsemustilaa arvioida säännöllisesti. Säännöllisten palvelujen, kuten kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon, piirissä olevien potilaiden ravitsemustilaa tulee arvioida riskitestin avulla 6 kk välein, kun taas perusterveydenhuollossa seurannassa oleville kerran vuodessa. Kotona asuvien muistisairaiden ravitsemustila tulee arvioida vähintään kaksi kertaa vuodessa ja paino tulee punnita kerran kuukaudessa. MNA-pisteet ja ikääntyneen paino kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Ikääntyneen ravitsemushoidon suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa ja seurannassa on välttämätöntä ajantasainen ja virheetön tieto. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2020, s. 58.)

Yleisiä ravitsemustilan arviointimenetelmiä ovat ruokailutottumusten selvittäminen, biokemialliset määritykset, antropometriset mittaukset ja kliinisten oireiden havainnointi. Ruokailutottumusten selvittämistä kutsutaan ravintoanamneesiksi. Sen perusteella saadaan tietoa potilaan mahdollisista erikoisruokavalioista, ruoka-aineyliherkkyyksistä ja syömistä vaikeuttavista tekijöistä, kuten nielemisvaikeuksista tai huonoista hampaista. Ruokailutottumuksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä selvitetään

käymällä läpi potilaan taustatiedot, ruokailutottumukset, ruoankäyttö, potilaan arvio omasta ruokavaliosta ja liikuntatottumukset. Tulee myös selvittää, kuka tekee ruokaostokset ja valmistaa ruoan. Näin ollen haastattelussa keskustellaan potilaan ateria-ajoista, ruokavalion laadusta, asenteesta ruokaan, ravintoaineiden saannista ja ravitsemuksen ongelmakohdista. Haastattelemalla potilasta sekä hänen läheisiään, saadaan tehtyä ravitsemusanamneesi. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 247.)

Biokemiallisilla määrityksillä taas tarkoitetaan laboratoriotutkimuksia. Ravitsemustilasta kertovia laboratoriotutkimuksia ovat seerumin albumiini sekä transferriniin, prealbumiiniin, natriumin, kaliumin, fosfaatin, hemoglobiiniin, raudan ja B12-vitamiiniin määritykset. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 247.)

Antropometrisia mittauksia taas ovat painon ja pituuden sekä vyötärön ympäryksen ja olkavarren ympäryksen mittaukset, mutta myös erilaiset ihopoimiumittaukset. Näiden mittausten avulla saadaan tietoa ravitsemustilasta, sairastumisriskistä, terveydentilasta sekä kasvusta ja kehityksestä. Kehon rasva- ja lihaskudosmäärää mitataan ihopoimiumittauksen avulla. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 248.)

Kliinisten oireiden havainnoinnilla tarkoitetaan ravitsemustilan arviointia silmämääräisesti ja painon punnitsemista. Pitkäaikainen ravintoaineiden puute aiheuttaa muutoksia muun muassa silmissä, limakalvoissa, hiuksissa, kynsissä, ihossa, luustossa, lihaksissa ja elinten toiminnoissa. Tulee siis huomioida potilaan yli- tai alipaino sekä mahdolliset kuivumisen merkit ja turvotukset. Painon seuranta kertoo paljon potilaan tilasta. Kun arvioidaan potilaan ravitsemustilaa, voidaan nykyistä painoa verrata potilaan aikaisempaan painoon. Puhutaan aliravitsemuksesta, kun henkilön paino puutoa yli 5 % kuukaudessa tai painon pudotus on ollut yli 10 % viimeisen puolen vuoden aikana. Äkillinen painon nousu viittaa useimmiten turvotuksiin, minkä taustalla voi olla jokin sairaus. Painon seuranta on yksinkertainen, mutta tehokas keino seurata ravitsemustilan muutoksia. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 248.)

Ikääntyneen vajaaravitsemukseen viittaavia tekijöitä siis ovat painoindeksi, joka on alle 24 kg/m²; painon tahaton laskeminen, ikääntyneen erittäin niukka syöminen, ikääntynyt pystyy syömään ainoastaan soseutettua tai nestemäistä ruokaa, esiintyy toistuvia infektioita tai painehaavoja sekä ikääntynyt odottaa leikkaukseen menoa tai

on toipumassa sairaudesta. Vajaaravitsemuksen vaaran tunnistamisessa voidaan käyttää apuna myös ikääntyneille tarkoitettua MNA (Mini Nutritional Assessment) -mittaria ja sairaalapotilaille tarkoitettua NRS (Nutritional Risk Screening) 2002 -mittaria. (Schwab, 2020.) Opinnäytetyössä keskitytään tarkemmin MNA-mittariin, koska se on käytössä opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa.

Lyhyt MNA (Mini Nutritional Assessment) (liite 4) on yli 65-vuotiaille tarkoitettu ravitsemustilan arviointimittari. Se sisältää vain seulontaosion, josta voi saada kokonaisuudessaan 14 pistettä. Siinä 12–14 pistettä viittaa normaaliin ravitsemustilaan, 8–11 pistettä kasvaneeseen riskiin virheravitsemukselle ja 0–7 pistettä kertoo aliravitsemuksesta. (Gery, n.d.)

Pitkä MNA (Mini Nutritional Assessment) (liite 5) on myös ikääntyneiden ravitsemustilan arvioinnissa käytettävä mittari (Soini, 2017). Kyseisen mittarin avulla ravitsemustilaa arvioidaan siihen tarkoitettulla kysymyssarjalla. Se koostuu seulontakysymyksistä sekä tarkemmasta arviointiosioista. Mikäli seulontaosiossa tulokseksi tulee 0–7 pistettä, on tällöin kyseessä virheravitsemustila. Jos kyseisessä osiossa tulokseksi tulee 8–11 pistettä, riski virheravitsemukselle on kasvanut ja pisteet 12–14 viittaavat normaaliin ravitsemustilaan. (Kerminen ym., 2019.) Mikäli pitkän MNA-mittarin seulontaosiossa saadaan tulos, joka viittaa henkilön olevan virheravitsemusvaarassa, tehdään hänelle 12 lisäkysymystä testistöstä, eli arviointiosio (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 112).

Pitkän MNA-mittarin arviointiosiossa virheravitsemukseen viittaa alle 17 pistettä ja riski virheravitsemukselle on kasvanut, jos pisteitä tulee 17–23,5. Normaaliin ravitsemustilaan arviointiosiossa viittaa pistemäärä 24–30. (Kerminen ym., 2019.) On suositeltavaa tehdä MNA-testi kolmen kuukauden välein, vaikkei ikääntyneen ravitsemustilassa olisikaan ilmeistä ongelmaa (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2016, s. 112).

Sekä lyhyessä MNA:ssa (liite 4) että pitkässä MNA:ssa (liite 5) esiintyvissä vajaaravitsemuksen riskiä kartoittavassa seulontaosiossa on kuusi kysymystä liittyen ikääntyneen ravitsemustilaan. Siinä selvitetään, onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia; kuinka paljon painonpudotus on ollut kolmen viime

kuukauden aikana; millainen ikääntyneen liikuntakyky on; onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus; onko ikääntyneellä neuropsykologisia ongelmia; sekä mikä on ikääntyneen painoindeksi (BMI). (Gery, n.d.) Painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 250).

Pitkässä MNA:ssa (liite 5) on seulontaosion lisäksi myös tutkittavan henkilön ravitsemustilaa kartoittava arviointiosio, joka sisältää 12 kysymystä. Siinä selvitetään ikääntyneen asumismuoto, ikääntyneen reseptilääkkeiden käyttö, painehaavaumien ja muiden haavojen esiintyvyys, päivittäisten lämpimien aterioiden määrä, mitä ruokavalio sisältää, kuuluuko ruokavalioon hedelmiä ja kasviksia, kuinka paljon ikääntynyt juo nesteitä päivittäin, syökö ikääntynyt itse vai syötettynä, mikä on olkavarren keskikohdan ympäröimä sekä pohkeen ympäröimä. (Gery, n.d.)

2.3 Kaatumisriskin arviointimittarit ja niiden käyttö

Hoitolaitoksissa tyypillisin tapaturma on potilaan kaatuminen. Tällaisia kaatumisia voidaan ennakoida erilaisin keinoin ja siten pystytään ehkäisemään niitä. Tapaturmiin altistavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 397.)

Ikääntyminen heikentää motoriikkaa, tasapainoa, näköä, kuuloa, tuntoa ja reaktionopeutta, jolloin pystyasennon hallinta heikkenee. Nämä ovat esimerkkejä sisäisiä tekijöitä, jotka altistavat tapaturmille. Kaatumisvaaraa suurentaa myös keskushermoston toiminnan ja reaktioajan hidastuminen. Muita sisäisiä tekijöitä, jotka altistavat kaatumiselle ovat tasapainon hallinnan kannalta tärkeiden asento- ja kosketustunnon heikentyminen, turvallisen liikkumiskyvyn ja pystyasennon hallinnan kannalta tärkeän lihasvoiman heikentyminen, pitkäaikaissairaudet, huimaus, tulehdustaudit, rytmihäiriöt, unihäiriöt, anemia, äkillinen sekavuustila, aivoverenkierronhäiriöt, heikko ravitsemustila sekä lääkkeiden haittavaikutukset, joita ovat esimerkiksi väsyttävä vaikutus, elimistön suojarefleksien hidastuminen, näön sumentuminen, tasapainon ja liikkeiden hallinnan heikkeneminen ja matala verenpaine. Sisäiset tekijät ovat siis ikääntyneen

erilaisia fyysisiä ominaisuuksia, jotka vaikuttavat kaatumisalttiuteen. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 398.)

Ulkoisia tekijöitä, jotka altistavat tapaturmille ja kaatumiselle ovat ympäristötekijät ja erilaiset tilannetekijät, kuten kiire ja säätilojen vaihtelu. Lisäksi ulkoisia vaaratekijöitä ovat muun muassa heikko valaistus, huonekalut, liukas lattia, matot, liikkuva sänky, sopimaton vaatetus ja huonosti kiinnitetyt kengät. Lisäksi eräiden tutkimusten mukaan sitä enemmän ja sitä vakavampia kaatumis- ja putoamistapaturmia sattuu, mitä enemmän fyysisiä pakotteita käytetään. Näitä ovat esimerkiksi vyöt, sidokset ja sängynlaidat. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 399.)

Putoamiset ja kaatumiset voivat hidastaa potilaiden toipumista tai aiheuttaa vaara- ja haittatapahtumia potilasturvallisuuden kannalta. Tapaturmat johtavat ikääntyneillä yleensä vakaviin loukkaantumisiin ja harvat ikääntyneistä saavuttavat alkuperäisen toimintakyvyn ennalleen. Näin ollen ikääntyneet ovat erityinen riskiryhmä tapaturmissa. (Ahonen ym., 2019, s. 67–68.)

Ikääntyneen henkilön alttius kaatumiselle pyritään tunnistamaan mahdollisimman aikaisin ja pyritään kartoittamaan kaatumisalttiutta lisäävät tekijät kaatumisvaaran arvioinnin avulla. Tällaiseen arviointiin on kehitetty monia mittareita ja työvälineitä. Ne jaetaan kolmeen luokkaan, jotka ovat itsearvio ja ammattilaisen tekemä haastattelu tai havainnointi, toiminta- tai liikkumiskykyä mittaavat toiminnalliset testit sekä kaatumisalttiutta laajasti kartoittavat mittarit ja testistöt. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 106.)

Kaatumisvaaran arviointiin kehitettyjä mittareita ovat kaksi niin sanottua lyhyttä mittaria FROP-Com (Falls Risk for Older People) ja FRAT (Falls Risk Assessment Tool) sekä niin sanottu laaja kaatumisvaaran arviointimittari, joka sisältää FROP-Com ja FRHOP (Fall Risk for Hospitalised Older People) -mittarit. Tämä mittari sopii kotona asuvien, hoivapalveluissa asuvien sekä sairaalapotilaiden kaatumisriskin arviointiin. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 106–107.) Opinnäytetyössä perehdytään tarkemmin FROP-Com ja FRAT -mittareihin, koska ne ovat käytössä opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa.

FROP-Com-mittaria (Falls Risk for Older People) (liite 6) käytetään kotona-asuvien ikääntyneiden kaatumisvaaran arvioinnissa, kun taas FRAT-mittaria (Falls Risk Assessment Tool) (liite 7) käytetään hoivapalveluissa ja sairaaloissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 106–107).

FROP-Com-mittarissa on kolme arvioitavaa kohtaa, joista jokaisesta valitaan yksi vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten arvioitavan henkilön tilaa. Mikäli arvioitavan henkilön tila vaihtelee, valitaan vaihtoehtoista heikointa tilannetta vastaava vaihtoehto. Arvioitavat kohdat ovat kaatumishistoria, päivittäinen toimintakyky ja tasapainokyky. FROP-Com-mittarilla saatu tulos 0–3 pistettä viittaa siihen, että kaatumisvaara on lievästi kohonnut. 4–7 pistettä taas viittaa kohonneeseen kaatumisvaaraan ja 8–9 pistettä viittaa erittäin korkeaan kaatumisvaaraan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 146.)

FRAT-mittari koostuu neljästä arvioitavasta kohdasta, jotka ovat kaatumishistoria, lääkitys, henkinen tila ja kognitio/muisti. Näissä arvioitavissa kohdissa jokaisesta valitaan yksi vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten arvioitavan henkilön tilaa. Jos arvioitavan henkilön tila vaihtelee, valitaan vaihtoehtoista heikointa tilannetta vastaava vaihtoehto. Pisteet 5–11 viittaavat lievästi kohonneeseen kaatumisvaaraan. 12–15 pistettä kertoo kohonneesta kaatumisvaarasta ja 16–20 pistettä kertoo erittäin korkeasta kaatumisvaarasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 147–148.)

Kaatumisvaaran arviointia voidaan toteuttaa FROP-Com-mittarilla lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla, seniorineuvolassa tai iäkkään neuvontapalvelupisteessä. Lisäksi kaatumisvaaran arviointia tulisi tehdä aina, kun iäkkäälle tehdään hyvinvointia edistävä kotikäynti. Kotikäynnillä tulisi tarkastaa kodin ja lähiympäristön turvallisuus sekä seurata ikääntyneen toimia näissä paikoissa. Havainnoitaessa voidaan huomata ikääntyneen arjessa vaaranpaikkoja ja vaikeuksia, mitkä eivät olisi välttämättä muuten nousseet esille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 119.)

Kun ikääntynyt siirtyy hoivapalveluun, on tärkeää, että hänen kaatumisvaaransa arvioidaan FRAT-mittarilla välittömästi. Tämä tulisi tehdä mieluiten ensimmäisen vuorokauden aikana. Lisäksi tulisi aloittaa välittömästi tarvittavat toimet arvioinnissa havaittujen vaaratekijöiden poistamiseksi tai vähentämiseksi. Useimmalla ikääntyneistä,

jotka tulevat hoivakotiin, on korkea riski kaatumiselle. Näille henkilöille tulisi tehdä laaja kaatumisvaaran arviointi ensimmäisen 1–3 päivän kuluessa hoivakotiin saapumisen jälkeen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 123.)

Sairaalassa pyritään tekemään FRAT-mittarilla kaatumisvaaran arviointi jokaiselle potilaalle, vaikka sairaalajakso olisikin lyhyt ja potilas huonokuntoinen. Tarvittaessa voidaan tehdä myös laaja kaatumisvaaran arviointi. Kaatumisvaara tulisi arvioida aina uudelleen potilaan tilan oleellisesti muuttuessa tai hänen kaatuessa. Arviointi tehdään myös ennen potilaan kotiutumista tai siirtymistä jatkohoitoon. Arviointitiedon tulee siirtyä potilaan mukana. Tämä varmistaa ikääntyneen kaatumisten ehkäisyn jatkumisen hoito- ja palveluketjussa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 125–126.)

3 HOITOTYÖN SENSITIIVISTEN MITTAREIDEN KÄYTÖN KIRJAAMINEN POTILASASIAKIRJOIHIN

Hoitotyön kirjaamisessa on Suomessa käytössä valtakunnallisesti yhtenäinen ja yhteistoiminnallinen sähköinen potilaskertomus, joka mahdollistaa ajantasaisen tiedon käytön samanaikaisesti eri toimipisteissä. Sähköisessä muodossa oleva tieto on luettavampaa, mutta myös helpommin haettavaa verrattuna paperiseen potilaskertomukseen. (Ahonen ym., 2019, s. 43.)

Sähköinen potilaskertomus sisältää aikajärjestyksen mukaisesti eteneviä tietoja. Nämä tiedot koskevat potilaan osastohoitojaksoja sekä avohoito- ja kotihoitokäyntejä. Potilaskertomuksessa on kaikkien ammattiryhmien kirjaamat tiedot ja sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu erilaisista tietokokonaisuuksista, eli näkymistä, hoitoprosessin vaiheista, otsikoista ja keskeisistä rakenteisista tiedoista. Potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat, kuten lähetteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat sekä konsultaatiovastaukset, lausunnot, hoidon tai tutkimuksen perusteella annetut todistukset ja lausunnot sisältyvät potilasasiakirjoihin. (Ahonen ym., 2019, s. 44–45.)

Potilasasiakirjat ovat potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka ovat hoitopaikassa laadittuja tai sinne saapuneita. Ne sisältävät potilaan henkilökohtaisia tietoja ja potilaan terveydentilaa koskevia tietoja. (Valvira, 2018, kohta “Potilasasiakirjat”.)

Potilasasiakirjoihin merkitään hoidon suunnittelu, järjestäminen, toteuttaminen sekä seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot selkeästi. Näin ollen potilasasiakirjoihin kirjataan jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta, kuten avohoitokäynnistä. Potilaan ollessa osastohoidossa, hänen potilasasiakirjojensa kirjataan tilan muutokset, tehdyt tutkimukset sekä hänelle annetut hoidot. Potilaasta tehdään myös osana potilaskertomusta päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä asioista, hoitotoimista ja vastavista seikoista hoitajaksokohtaisesti. (Valvira, 2018, kohta “Potilasasiakirjat”.)

Hoitotyön rakenteiset tiedot ovat osa potilaan hoidon dokumentointia, eli kirjaamista, ja niiden tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Hoitotyön tiedot ovat tärkeä osa-alue potilaan päivittäistä hoitoa ja sen organisoimista, joten tietojen on oltava välittömästi käytettävissä, kun niitä tarvitaan. (Ahonen ym., 2019, s. 46.)

Hoitotyön kirjaamisen on oltava yhdenmukaista ja rakenteista. Systemaattinen kirjaaminen toteutuu kansallisen hoitotyön kirjaamisen mallin ansiosta. Tässä kirjaamisen mallissa hoitotyön kirjaaminen jaotellaan moniammatillisen hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Nämä vaiheet ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi, mitkä ovat rakenteisen kirjaamisen perusta. Hoitotyön keskeisiä rakenteisia tietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Muita rakenteisia tietoja ovat henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, apuvälineet ja toimintakyky. (Ahonen ym., 2019, s. 46–47.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön kirjatessa luokituksia apuna käyttäen tietoja potilaskertomukseen, täydentyvät hoitotyön prosessin vaiheet. FinCC-luokitus (Finnish Care Classification) koostuu hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). Nämä luokitukset

jaottelevat kirjaamista kohti potilaslähtöistä kirjaamista, sillä tarpeet ja tavoitteet määritellään selkeästi. (Ahonen ym., 2019, s. 47–48.)

Opinnäytetyössä perehdytään kipu-, ravitsemus- ja kaatumisriskimittareiden käyttöön ja niistä kirjaamiseen kohdeorganisaatiossa. Näin ollen seuraavaksi käydään tarkemmin läpi kipuun, ravitsemukseen ja kaatumiseen liittyvää kirjaamista potilasasiakirjoihin.

Kivun mittaamisesta, sen arvioinnista ja hoidosta kirjataan hoitokertomukseen FinCC-luokituskokonaisuuden komponentin ”Aisti- ja neurologiset toiminnot” alle. Tämän komponentin alle siis kirjataan muun muassa VAS-kipumittarin käytöstä. (Iivanainen & Syväoja, 2016, s. 78–79.)

Kivusta tulisi kirjata täsmällisesti potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä tulisi näkyä, mitä päätöksiä kivunhoidosta on tehty ja millä perustein. Potilaan kivusta tulisi kirjata vähintään kerran työvuoron aikana. Muita potilasasiakirjoihin kirjattavia asioita ovat potilaan luonnehdinta kivun sijainnista, sen voimakkuudesta levossa ja liikkeessä, kivunhoitomenetelmä, kivunhoidon tehokkuus ja kivunhoidon haittavaikutukset. Kirjauksista tulisi myös selvittää, mitä kipumittaria kivun arvioinnissa käytetään. Potilasasiakirjoista tulisi selvittää lääkemääräyksen antaneen lääkärin nimi. Myös kirjauksen tehneen henkilön nimi, asema ja ajankohta tulee näkyä potilasasiakirjassa. Kivunhoidon toteutus, onko kivunhoidon aikana ilmennyt jotakin erikoista ja kivunhoidossa huomioitavat asiat tulee kirjata. Muita kirjattavia asioita ovat potilaan mahdolliset lääkeaineallergiat, tehoton kivunhoito, potilaan kieltäytyminen kivunhoidosta sekä päivittäiset huomiot kivusta ja sen hoidosta. (Hotus-hoitosuositus, 2013, s. 20–21.)

Komponenttiin ”Ravitsemus” ja sen pääluokkaan ”Ravitsemustilan seuranta” kirjataan ravitsemuskartoituksen tekeminen, painon kontrollointi, pituuden kontrollointi ja BMI-arvon määrittäminen. Näin ollen MNA-mittarin käytöstä kirjataan komponentin ”Ravitsemus” pääluokan ”Ravitsemustilan seuranta” alle. Ravitsemuskartoituksen tarkoituksena on tunnistaa potilaan ravintoaineiden saanti ja ruokailutottumukset, painonhallinta eli energian saannin ja kulutuksen välinen suhde sekä ravitsemukseen vaikuttavat oireet ja sairaudet. (Iivanainen & Syväoja, 2016, s. 527–528.)

Komponentin ”Turvallisuus” pääluokan ”Tapaturmariskin arvioiminen” alle kirjataan kaatumisvaaran arviointimittareiden, eli FRAT- ja FROP-Com-mittarin käytöstä. Kaatuminen on yksi yleisimmistä hoidossa olevan potilaan tapaturmista. Näin ollen kaatumisen riskienhallinta on tärkeä osa hoitotyötä. (Iivanainen & Syväoja, 2016, s. 615.)

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA HOITOTYÖN SENSITIIVISTEN MITTAREIDEN KÄYTÖSTÄ

Tutkimuksia haettiin opinnäytetyöhön tieteellisistä tietokannoista, joita olivat Medic, Samk Finna, Finna ja Google Scholar. Tutkimuksia etsittiin myös manuaalisesti esimerkiksi aiheeseen liittyvien opinnäytetöiden lähdeluetteloista sekä Hoitotiede-lehdistä vuodesta 2015 alkaen. Tutkimuksia valittiin aikaväliltä 2010–2021 ensin otsikon, sitten tiivistelmän ja lopulta koko tekstin perusteella. Lisäksi tutkimuksesta tuli olla saatavana koko teksti ja sen tuli olla maksuton. Taulukossa 1 on määritelty tarkemmin sisäänotto- ja poissulkukriteerit tutkimuksia valittaessa opinnäytetyöhön.

Taulukko 1. Aineistojen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineistot julkaistu vuosina 2010–2021	Aineistot, jotka julkaistu ennen vuotta 2010
Aineistosta saatavilla koko teksti	Aineistosta saatavilla vain osa tekstistä
Hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttöä sekä kivun, ravitsemuksen tai kaatumisriskin arviointia/kirjaamista käsittelevät luotettavat julkaisut, tutkimukset ja artikkelit.	Opinnäytetyöt sekä epäluotettavat lehdet ja artikkelit.
Tutkimukset, julkaisut ja artikkelit jotka ovat saatavilla maksuttomasti.	Tutkimukset, julkaisut ja artikkelit, jotka ovat maksullisia.
Aineiston kieli: suomi, englanti	Aineiston kieli: muut kielet

Aluksi pyrittiin löytämään yleisesti hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä tehtyjä tutkimuksia, mutta niistä löytyi vain AMK-opinnäytetöitä. Hakua päätettiin rajata vain johonkin tiettyyn hoitotyön sensitiiviseen mittariin, kuten kipumittariin. Sen

myötä löytyi muutamia tutkimuksia, jotka sopivat opinnäytetyön aiheeseen. Lopulta aikaisempia tutkimuksia haettaessa huomioitiin muutkin kuin opinnäytetyössä määritellyt hoitotyön sensitiiviset mittarit, jonka myötä tarkasteltiin esimerkiksi CPOT-kipumittaria käsittelevää tutkimusta. Tutkimuksiin hyväksyttiin mukaan myös tutkimukset, joissa on käsitelty kivun, ravitsemuksen tai kaatumisriskin arviointia tai niistä kirjaamista. Opinnäytetyöhön valittiin mukaan lopulta kahdeksan tutkimusta. Nämä löytyvät liitteestä 3. Hakusanoja kertyi runsaasti tutkimuksia etsiessä, sillä niitä ei meidännuttu aluksi kovinkaan löytyä. Käytetyt hakusanat löytyvät liitteestä 1 ja hakutulokset eri tietokannoista löytyvät liitteestä 2.

Rönkän (2018) tutkimuksessa selvitettiin kirjausten perusteella lasten leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja kivun hoidon kirjaamisen toteutumista. Kohderyhmänä oli 1 – 6-vuotiaat postoperatiiviset lapset (n = 125). Kyseessä on kvalitatiivinen tutkimus, jossa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä ja kvantifointia. Kivun hoitotyön todettiin olevan puutteellista useimmissa tapauksissa. Kipumittareita käytettiin vähän ja kivun arviointi perustui lähinnä keskusteluihin. Lisäksi kirjauksista löytyi puutteita lääkkeiden kirjaamisessa, sillä yleisimmin puuttui antoreitti. Annettujen kipulääkkeiden vaikutusta oli myös arvioitu vähän, sillä niiden vaikutusta oli arvioitu vain 14,6 % kaikista annetuista lääkkeistä. Lääkkeettömien kivun hoidon menetelmien tehoa kipuun ei ollut kirjattu kertaakaan. Lääkkeet kirjattiin joitakin tapauksia lukuun ottamatta pääosin tarkasti, mutta lasten kivun arviointia ja lääkkeiden vaikutuksen arviointia oli kirjattu hoitokertomuksiin vain vähän. (Rönkä, 2018, s. 4.)

Pudas-Tähkän (2018) tutkimuksessa tarkoituksena oli validoida kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin soveltuva kivun arviointimittari ja implementoida se suomalaisen tehohoitoon. Tutkimuksen tavoitteena oli saada käyttöön tehohoitopotilaiden kivun arviointiin soveltuva mittari, joka on kliinisesti käyttökelpoinen, validi ja reliabeili. Suomalaiseen tehohoitoon valittiin implementoitavaksi CPOT-mittari, koska sen reliabiliteetti oli toistomittauksessa vahvin ja kaikissa mittauspisteissä sen sisäinen johdonmukaisuus oli paras. Tarkasteltavat mittarit valittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. ISPOR-menetelmää käytettiin apuna, kun arvioitiin mittareiden käyttökelpoisuutta. Tehohoitajat arvioivat CPOT-mittarin kliinistä käyttökelpoisuutta ja soveltuvuutta arviointilomakkeen avulla. CPOT-mittarin video-opetuksesta kerättiin teemahaastattelun avulla

kokemuksia 20 tehohoitajalta yksilö- tai parihaastatteluina. Kokemusten analysointiin käytettiin temaattista analyysiä ja muun kerätyn aineiston analyysiin tilastollisia menetelmiä. Tehohoitajat oppivat mittarin käytön periaatteet video-opetuksen avulla. Se oli tehohoitajien tietotasoa lisäävä käyttökelpoinen opetusmenetelmä. Kivun arvioinnin yhtenevyys oli kuitenkin vain keskinkertainen. Mittarin käyttötaitojen osaaminen vaatii toisenlaista opetusta tai enemmän harjoittelua. Tehohoitajat pitivät tehohoitopotilaan kivun arviointiin CPOT-mittaria sopivana ja käyttökelpoisena. CPOT-mittari on kliinisesti käyttökelpoinen, validi ja reliaabeli mittari, jota tulee käyttää kommunikoidaan kykenemättömien tehohoitopotilaiden kivun arvioinnissa. CPOT-mittarin käyttö edellyttää koulutusta ja taitojen harjoittelua. Tutkimuksessa arvioitiin kivun arvioinnin käyttöönottoprosessia, jota voidaan käyttää sekä sairaanhoitajakoulutuksessa että ope- tuksessa teho-osastoilla. Tuloksia voidaan hyödyntää kivun ydintoimintojen opetuk- sessa. (Pudas-Tähkä, 2018, s. 6.)

Formiston (2017) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan näkökulmasta käsityksiä kipumittarin käyttöön vaikuttavista tekijöistä iho- ja keuhkosairauksien sekä sisätautien vuodeosastoilla. Lisäksi tarkoituksena oli henkilökunnan käsityksien kuvaaminen kivun arvioinnin kehittämistä edistävästä tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kivun arvioinnin kehittämisessä käytettävää tietoa kivun arvioinnin nykytilanteesta. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä oli tutkimuskohteena olevien vuodeosastojen hoitajille (n=79) ja lääkäreille (n=12) tarkoitettu kysely, jossa oli avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Avointen kysymysten vastauksien analysointiin käytettiin induktiivisen sisällön analyysiä. Tutkimuskohteena olevilla osastoilla oli lähes 75 % jokin kipumittari käytettävissä. Yleisin oli VAS-mittari. Kipumittaria käytettiin kuitenkin vain noin viidennellä kipupotilaista. Yli 70 % vastaajista kertoi, että työyksikössä ei ole sovittu kivun kirjaamisesta tai siitä ei ole tietoa. Henkilökunnan mukaan potilaan yhteistyökyky ja sairaus, kivun luonne ja henkilökunnan asennoitu- minen kivun arviointiin vaikuttivat kipumittarin käyttöön. Henkilökunnan käsitysten mukaan kivun arvioinnin vakiinnuttaminen, kivun arvioiminen päivittäisessä potilas- työssä sekä potilastietojärjestelmän hyödyntäminen kivun arvioinnissa edistäisivät ki- vun arvioinnin kehittämistä. Tutkimuksen perusteella tutkimuskohteena olevassa or- ganisaatiossa kivun hoito ei ole suosituksiin pohjautuvaa tai tasalaatuista. Suuressa osassa yksiköissä kipua ei arvioida jokaiselta potilaalta ja kivun arvioinnin

kirjaaminen on puutteellista, vaikka niissä on käytössä jokin kipumittari. (Formisto, 2017, s. 2.)

Vaapion (2009) tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja arvioida elämänlaatu kaatumisten ehkäisyttutkimusten vaikuttavuuden mittarina, kuvata iäkkäiden elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus arvioida kaatumisten ehkäisyn vaikutukset iäkkäiden elämänlaatuun. 19 kotona asuvaa iäkästä ihmistä osallistui kvalitatiiviseen elämänlaadun sosiaalisen ulottuvuuden tutkimukseen. Kvantitatiiviseen laaja-alaiseen kaatumisten ehkäisyttutkimukseen osallistui 591 palvelutalossa tai kotona asuvaa iäkästä. Heillä kaikilla oli kohonnut kaatumisvaara. Tutkittavat satunnaistettiin koe tai vertailuryhmään. 12 kuukautta kestäneen ehkäisyn jälkeen tehtiin seurantamittaukset. Keräämiseen käytettiin elämänlaatumittari 15D:tä ja strukturoitua kyselylomaketta. Kirjallisuuskatsauksen mukaan kaatumisten ehkäisy aiheutti positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun vain muutamassa tutkimuksessa, joissa sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky, psyykinen terveys, energisyys ja ympäristöllinen ulottuvuus parantuivat. Haastattelututkimuksen mukaan elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus muodostui kolmesta teemasta. Ne olivat oma arki, henkilökohtaiset arvot ja oma lähiympäristö. Miehillä kaatumisen ehkäisyn vaikutuksesta ahdistuneisuus ja masennusoireet vähenivät. Tämän lisäksi tavanomaisista toiminnoista suoriutuminen, puhelinkontaktit ja seksuaalinen aktiivisuus lisääntyivät. Naisilla kaatumisen ehkäisy auttoi tavanomaisista toiminnoista suoriutumiseen, vierailujen lisääntymiseen sekä erilaisten vaivojen ja oireiden vähenemiseen. Koettu terveys koeryhmään kuuluvilla naisilla sekä koe- ja vertailuryhmään kuuluvilla miehillä parani ryhmien sisäisiä muutoksia tarkasteltaessa. Koeryhmään kuuluvilla naisilla vähenivät lisäksi turvattomuuden tunteet ja kaatumisen pelko. (Vaapio, 2009, s. 5.)

Grommin (2015) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, mitä potilasasiakirjoihin on kirjattu alaraajaohitettujen potilaiden leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnista ja hoidosta sekä miten kivun hoidon prosessimallin mukainen kirjaaminen toteutuu. Sen kohderyhmänä olivat alaraajaohitetut potilaat (N=100). Tutkimuksen aineistona toimi potilasasiakirjat. Tutkimusmenetelmänä käytettiin induktiivis-deduktiivista sisällönanalyysiä. Tämän jälkeen aineisto kvantifioitiin ja analysoitiin käyttämällä kuvallisia tilastollisia menetelmiä. Tutkimuksessa hoitojaksolla käytetty kivunhoitomenetelmä ja lääkemääräysten tekijä oli kirjattu lähes kaikilla potilailla. Tutkimuksessa

havaittiin puutteita kivun hoitotyön kirjaamisessa. Kipua ei arvioitu validoiduilla mittareilla levossa ja liikkeessä käytännössä lainkaan ja potilaista vain viidesosa sai ohjausta kivunhoidosta. Keskimäärin kymmenesosalla potilaista oli arvioitu kivun hoidon prosessia hoitotyön kirjausten perusteella. Kivun hoitotyön kirjaaminen oli kokonaisuudessaan puutteellista ja epäsystemaattista. (Grommi, 2015, s. 4.)

Salosen (2020) tutkimuksessa kartoitettiin, minkälaisia potilaan kivunhoitoon liittyviä haittatapahtumia on kirjattu potilastietojärjestelmään erikoissairaanhoidossa. Lisäksi kartoitettiin toteutuvatko tutkimuksen kohteena olevan organisaation kivunhoidon kirjaamisen tavoitteet tietosisältöjen näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin potilasasiakirjoista rekisteritutkimuksena. Aineistoksi valikoitui Kuopion yliopistollisen keskussairaalan potilasasiakirjat, joista oli löytynyt kivunhoitoon liittyvä haittatapahtuma (n = 29) Global Trigger Tool -menetelmän avulla. Aineisto analysoitiin kuvailevia kvalitatiivisia menetelmiä hyödyntäen sekä tilastollisin menetelmin SPSS-tilastanalyysiohjelmalla. Tutkimuksen tulosten mukaan yleisin kivunhoitoon liittyvä haittatapahtuma on kipu, joka on hoidettu, mutta se uusii. Tutkimuksen kohteena olevan organisaation kivunhoidon kirjaamisen tavoitteet toteutuivat vaihtelevasti. Kaikissa kivunhoitoon liittyvissä kirjaamisen osa-alueissa olisi parannettavaa. (Salonen, 2020, s. 2.)

Vanhatalon (2011) tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönoton edistymistä kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvän suosituksen käyttöönoton yhteydessä Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmella osastolla. Kohderyhmänä oli Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmen valitun osaston sairaanhoitajat (n=5). Tutkimusaineisto kerättiin Focus group tyyppisellä teemahaastattelulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tulokset osoittivat, että tutkituilla osastoilla ei ollut ennen suosituksen pilotointia ollut käytössä kaatumisen ehkäisyyn liittyviä suosituksia. Henkilökunnalle ei myöskään ollut tarjolla aiheeseen liittyvää koulutusta. Vastuuhenkilöt olivat avainasemassa suosituksen pilotoinnin tuomisessa käytäntöön muulle henkilökunnalle. Heidän roolinsa korostui yksiköissä, joissa oli yhtäaikaisesti menossa myös muita uusia kokeiluja. Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämä toimintamalli todettiin toimintaa selkeyttävänä ja pilotointia tukevana. Kaatumisten ehkäisystrategiassa tulisi haastateltavien mielestä huomioida osastojen fyysiset

olosuhteet, riittävät ja kunnolliset apuvälineet, henkilöstömitoitukset sekä johdon rooli koko strategiaa koossapitävänä ja eteenpäin vievänä elementtinä. (Vanhatalo, 2011, s. 2.)

Laakkosen (2018) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden kaatumis- ja putoamistapahtumia sairaalassa HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten pohjalta vuosina 2011–2016. Tutkielman aineiston muodostivat kaikki kaatumisia ja putoamisia koskevat vaaratapahtumailmoitukset (n=703) yhdessä yliopistosairaalassa vuosina 2011–2016. Ilmoitukset analysoitiin tilastollisesti IBM SPSS Statistics 24–ohjelmalla. Aineisto kuvaillaan frekvenssein, prosenttein, pylväsdiagrammien, ristiintaulukoinnin sekä samanmielisyyttä kuvaavan Kappa–testin avulla. Vertaisarvioinnin tulos NDNQI haitta-asteen arviointikriteerien ”samanmielisyydestä” oli merkittävä (Kappa-testi 0.791). Vaaratapahtumailmoituksista 79 % koski potilaan kaatumista ja 21 % putoamista. Potilaiden kaatumisia ja putoamisia koskevien hättätapahtumailmoitusten osuus oli tässä aineistossa 97 % ja läheltä piti– tilanteiden osuus 3 %. Potilaan kaatumisia ja putoamisia tapahtuu kaikkina vuorokauden aikoina, mutta yöaikaan tapahtumia raportoidaan eniten. Kaatumista ja putoamista koskevia vaaratapahtumia raportoitiin aktiivisimmin kolmella eri osastolla. FRAT–kaatumisriskin arvio oli tehty 20 %:ssa kaikista ilmoituksista. Kaatumiseen tai putoamiseen keskeisin myötävaikuttava tekijä oli potilaasta tai hänen terveydestä/sairaudesta johtuva tekijä. (Laakkonen, 2018, s. 4.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKY- SYMYSKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyön sensitiivisten mittareiden (VAS, MNA, FRAT ja FROP-Com) käyttöä kohdeorganisaatiossa. Sen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä hoitotyön kehittämiseksi.

Tutkimuskysymyksinä toimivat:

1. Mitä hoitotyön sensitiivisiä mittareita on käytetty?

2. Kuinka paljon hoitotyön sensitiivisiä mittareita on käytetty?
3. Miten hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö on kirjattu potilasasiakirjoihin?
4. Mitä mittareiden käyttöön liittyvistä hoitotyön toiminnoista on kirjattu?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään terveydenhuollon organisaation kanssa. Opinnäytetyön yhteyshenkilönä toimi kyseisen terveydenhuollon organisaation koulutussuunnittelija ja opetushoitaja. Opinnäytetyön aihe valikoitui koulun tarjoamista valmiista opinnäytetyöaiheista marraskuussa 2020.

Tutkimuksen kohderyhmänä toimi kyseisen terveydenhuollon organisaation yksiköt. Yksiköiden henkilökuntaan kuuluu yksiköstä riippuen lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja sosiaalityöntekijöitä. Opinnäytetyöhön saatiin potilasasiakirjojen lehtiä sairaalan kolmelta eri osastolta, kotisairaalaista, neljästä tehostetun palveluasumisen yksiköstä, lyhytaikaishoidosta, kotihoidosta ja yhdestä sosiaalipalvelujen yksiköstä.

Sairaalan osastot tarjoavat perussairaanhoitoa kaiken ikäisille aikuisille. Kohdeorganisaatiossa on yleislääketieteen osasto, kuntoutusosasto ja osasto, jossa hoidetaan pääsääntöisesti tarkkailu- sisätauti- ja yleislääketieteen potilaita ja tutkitaan erilaisia sydän-, tulehdus- ja verenkiertoelinten sekä vatsanelinten sairauksia.

Kotisairaala tarjoaa sairaalahoitoa potilaan kotona. Kotisairaalan potilaina toimivat kaikenikäiset aikuiset, jotka ovat muun muassa saattohoitopotilaita ja infektiopotilaita. Kotisairaanhoito on aiheellinen, kun potilaalla on lääkärin tai saattohoitopotilaalle hoitajan toteama lääketieteellinen hoidon tarve.

Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ympärivuorokautista asumispalvelua tarvitseville ikääntyneille. Palveluasumisella taas tarkoitetaan asumista palvelutalossa, jossa asukkaan palvelutarpeesta huolehditaan yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Se on hoitohenkilökunnan vastuulla. Kohdeorganisaation neljässä tehostetun palvelukodin yksiköissä on eri määrä asiakaspaikkoja ja osassa on paikkoja ikääntyneille ja osassa myös vaikeasti vammaisille asiakkaille.

Lyhytaikaishoito on ikääntyneiden tilapäistä hoitoa, jota järjestää ja ylläpitää vanhuspalvelut. Lyhytaikaishoidon yksikössä tuetaan ja autetaan sekä asiakasta että hänen omaisiaan selviytymään arjesta omassa kodissa mahdollisimman pitkään ja näin siirretään pysyvän ympärivuorokautisen asumisen tarvetta. Lyhytaikaishoito muun muassa järjestää asukkaan kotiin mahdollisimman toimivan palvelukokonaisuuden, johon sisältyvät esimerkiksi kotihoito, tukipalvelut ja apuvälineet.

Kohdeorganisaation kotihoito auttaa ikääntyneitä selviytymään jokapäiväisistä toiminnoista, kun asiakas ei kykene niistä omatoimisesti tai läheistensä avustamana selviytymään. Asukkaan ja hänen läheistensä kanssa tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Siinä sovitaan tarvittavista tukitoimista ja palveluista.

Kohdeorganisaation sosiaalipalvelujen yksikkö on vaikeavammaisille tarjottu palveluasumisen yksikkö. Siellä henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden sekä siellä tuetaan ja ylläpidetään asukkaan hyvää elämänlaatua. Yksikön tavoitteena on edistää asukkaiden kuntoutumista ja ylläpitää heidän toimintakykyään, mutta myös taata heille turvallinen ja kodinomainen asuminen.

Opinnäytetyön suunnitelma valmistui keväällä 2021, jonka jälkeen opinnäytetyön tutkimukselle haettiin tutkimuslupa opinnäytetyön tutkimusorganisaatiolta. Tutkimuslupa saatiin 5.8.2021. Tämän jälkeen opinnäytetyön yhteyshenkilö luovutti opinnäytetyön tekijöille aineistona toimivat päivittäiseen kirjaamiseen liittyvät potilasasiakirjojen lehdet ilman henkilötietoja. Tämän jälkeen aloitettiin tutkimus päivittäiseen kirjaamiseen liittyvien potilasasiakirjojen lehtien pohjalta ja kirjoitettiin opinnäytetyön raportti. Opinnäytetyön oli määrä valmistua syksyn 2021 aikana, jolloin se on tarkoitus esittää raportointiseminaarissa.

6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston kerääminen

Opinnäytetyö toteutettiin poikittaistutkimuksena potilasasiakirjojen lehdistä. Poikittaistutkimuksella tarkoitetaan poikkileikkausaineistolla tehtyä tutkimusta, jossa aineisto voidaan kerätä vastaajilta tai dokumenteista tietynä ajankohtana (Valli, 2018, s. 110). Opinnäytetyön aineisto kerättiin dokumenteista, eli potilasasiakirjojen lehdistä, viidestä terveystalvelujen yksiköistä, kolmestatoista vanhuspalvelujen yksiköistä ja yhdestä sosiaalipalvelujen yksiköstä tietynä ajankohtana, yhden päivän ajalta 17.8.2021. Kyseessä on siis dokumenttianalyysi.

Opinnäytetyössä kerättiin dokumenteista sekä laadullista että määrällistä aineistoa. Näin ollen kysymyksessä on triangulaatio. (Kananen, 2014, s. 123.) Laadullista eli kvalitatiivista tietoa etsittiin potilasasiakirjojen lehtien sisältämistä merkinnöistä. Toisin sanoen kirjauksista etsittiin merkintöjä kipuun, ravitsemukseen ja kaatumiseen liittyvistä asioista. Lisäksi tarkasteltiin, löytyikö potilasasiakirjojen lehdistä merkintöjä muiden hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä. Määrällistä eli kvantitatiivista tietoa taas etsittiin hoitotyön mittareiden käytön määrästä.

Triangulaatiolla tarkoitetaan usean eri tutkimusmenetelmän yhdistelmää tutkimuksessa. Tällöin tutkittavaa ilmiötä on mahdollisuus tarkastella monesta näkökulmasta ja se lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tarkemmin ottaen tutkimusmenetelmä on menetelmätriangulaatiota, koska se tarkoittaa usean menetelmän käyttöä, kuten kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmän yhdistämistä. Kvantitatiivisen aineiston keruulle etsittiin kvalitatiivista aineistoa, eli potilasasiakirjojen lehdistä etsittiin, kuinka paljon hoitotyön sensitiivisiä mittareita on käytetty, miten hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö on kirjattu potilasasiakirjoihin sekä mitä mittareiden käyttöön liittyvistä hoitotyön toiminnoista on kirjattu. Tällöin kvalitatiivinen aineisto, eli potilasasiakirjojen lehtien sisältämät kirjatukset toimivat pohjana kvantitatiivisen aineiston keruulle. (Kananen, 2014, s. 123.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin dokumentteja, eli potilasasiakirjojen lehtiä. Dokumentit voidaan jakaa henkilökohtaisiin ja institutionaalisiin sekä julkisiin ja ei-julkisiin dokumentteihin. Henkilökohtaisiksi dokumenteiksi luetaan esimerkiksi kirjeet ja päiväkirjat, kun taas institutionaalisia dokumentteja ovat jonkin instituution tai

organisaation arkisessa työssä syntyvät dokumentit, kuten potilasasiakirjat. Henkilökohtaiset dokumentit ovat yleensä ei-julkisia, mutta institutionaaliset dokumentit voivat olla julkisia tai eivät. Potilasasiakirjat ovat hyvä esimerkki ei-julkisista institutionaalisista dokumenteista. (Alastalo & Vuori, n.d.)

Laadullinen tutkimus kohdentuu tutkittavan ilmiön laatuun, eikä sen määrään. Laadullista tutkimusta ohjaavat mitä-, miten- ja miksi-kysymykset. Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään silloin, kun halutaan tuottaa uutta tietoa (Kylmä & Juvakka, 2007, 26–30.)

6.3 Aineisto ja otanta

Tutkimusaineistona toimi päivittäiseen kirjaamiseen liittyvät potilasasiakirjojen lehdet $N=58$, jotka luovutti opinnäytetyön yhteyshenkilö. Näitä potilasasiakirjojen lehtiä ovat kotisairaalassa käytetty hoitotyölehti (HOI), osastoilla käytettävä hoitokertomuslehti (Hoke), tehostetussa palveluasumisessa ja sosiaalipalvelujen yksikössä käytettävä hoitokertomuslehti (Hoke), asiakaspalvelulehti (ASPAL) sekä kotihoidossa käytettävä kotihoitolehti (KH-TOTS).

Aineiston otantamenetelmänä toimi perustavanlaatuinen, niin sanottu yksinkertainen satunnaisotanta. Siinä jokaisella perusjoukon havaintoyksiköllä on yhtä suuri todennäköisyys tulla otokseen valituksi. Yksinkertainen satunnaisotanta etenee vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa kaikista perusjoukon havaintoyksiköistä eli otantakehikosta täytyy olla lista. Tämän jälkeen päätetään haluaman otoksen koko. Siihen liittyen on erilaisia sääntöjä, kuinka tarkkaan otoksesta saadut tulokset voidaan yleistää perusjoukkoa koskevaksi. Otoksen koko on suhteutettava käytettävissä oleviin resursseihin ja tutkimustarpeisiin. (KvantiMOTV, 2003.)

6.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönerittelyn avulla. Sillä tarkoitetaan dokumenttien analyysia, jossa kuvataan kvantitatiivisesti eli määrällisesti esimerkiksi tekstin sisältöä

(Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 89). Näin ollen sanallisesti kuvatusta aineistosta tuotettiin määrällisiä tuloksia.

Aineiston analysointi aloitettiin etsimällä potilasasiakirjojen lehdistä maininnat käytetyistä hoitotyön sensitiivisistä mittareista; kuinka monessa eri potilasasiakirjan lehdessä on maininta mittarin/mittareiden käytöstä. Potilasasiakirjat jaettiin kahteen erilliseen pinoon. Toiseen pinoon lehdet, joissa on käytetty VAS, MNA, FRAT tai FROP-Com -mittaria. Toiseen pinoon lehdet, joissa niitä ei ole käytetty. Sen jälkeen tarkasteltiin potilasasiakirjojen merkintöjä liittyen hoitotyön mittareihin. Kaikki aiheeseen liittyvät, eli kipuun, ravitsemukseen ja kaatumiseen liittyvät kirjaukset merkittiin huomiokynällä. Näistä huomiokynällä alleviivatuista kirjauksista muodostettiin taulukko (liite 8), josta on helppo tarkastella, kuinka monessa potilasasiakirjan lehdessä on merkintä aihealueeseen liittyen.

Hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytön määrä saatiin selville laskemalla potilasasiakirjojen lehdissä olevat maininnat tutkimukseen liittyvistä mittareista. Näin ollen tehtiin kvantifiointia. Kvantifioinnilla laadullisessa tutkimuksessa tarkoitetaan analyysin muokkaamista määrälliseen muotoon, eli kuinka monta kertaa VAS, MNA, FRAT tai FROP-Com -mittareista on mainittu kirjauksissa. Potilasasiakirjojen lehdissä ei ollut kirjauksia kyseisistä hoitotyön mittareista.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö

Tutkimuksessa tarkasteltiin potilasasiakirjojen lehtiä tutkimalla, että miten paljon VAS, MNA, FRAT ja FROP-Com -mittareita on käytetty kohdeorganisaatiossa. Potilasasiakirjojen lehtien (N=58) kirjauksista ilmenee, ettei kyseisistä hoitotyön sensitiivisistä mittareista löydy merkintöjä lainkaan. Lisäksi kirjauksista ei ilmene, että kyseisiä hoitotyön sensitiivisiä mittareita tulisi käyttää kussakin yksikössä.

Joissakin potilasasiakirjojen lehdissä oli mainintoja muista kuin alun perin tutkimukseen valikoiduista hoitotyön sensitiivisistä mittareista. Esimerkiksi ADL-mittaria oli käytetty. Se on päivittäisten toimintojen arviointiasteikko (Toimintakyvyn arviointi: Käypä hoito –suositus, 2016, kohta “ADCS-ADL”). Lisäksi MMSE-mittarin käytöstä oli maininta yhdessä potilasasiakirjan lehdessä. MMSE on lyhyt 30 kysymystä käsittävä muistitesti orientaatiosta, muistista, päättelystä ja hahmotuksesta (Juva, n.d.). Muista hoitotyön sensitiivisistä mittareista ei ole mainintaa tutkimusaineistossa. Edellä mainittujen mittareiden käytöstä oli kirjattu niukasti, eli mainittu vain käytetyn mittarin nimi ja sen käytön avulla saatu pistemäärä.

7.2 Hoitotyön sensitiivisiin mittareihin liittyvien hoitotyön toimintojen kirjaaminen potilasasiakirjoihin

Liitteestä 8 löytyy kaikki potilasasiakirjojen lehdistä löydetyt merkinnät liittyen kipuun, ravitsemukseen ja kaatumisriskiin. Tutkimuksen potilasasiakirjojen lehdissä oli 33 kirjausta koskien ravitsemustilan arviointia. Näistä suurin osa liittyi siihen, millainen ruokahalu asiakkaalla on ollut ja kuinka hyvin hän on syönyt. Ravitsemuksen arvioinnista on esimerkiksi kirjattu “ruoka maistunut hyvin...” ja painoa on seurattu vaa’an avulla. Lisäksi kivun kirjaamisesta oli 27 kirjausta kipuun liittyen. Kivun kirjaaminen oli eri potilaiden kohdalla hyvin vaihtelevaa. Toisista potilaista oli kirjattu vain kipulääke, mutta itse kivun voimakkuutta ennen ja jälkeen lääkkeen annon ei ollut kirjattu ollenkaan. Joissakin kirjauksissa kivun arviointiin liittyvät asiat olivat kuitenkin moitteettomia, vaikkakin itse kipumittarin käyttö puuttui kokonaan. Kipua on arvioitu esimerkiksi käyttämällä plusmerkkiä (+), mikäli kipua on ollut tai kipulääkkeen vaikutusta on arvioitu sanallisesti, onko kipulääke auttanut kipuun. Kaatumisriskin arviointia ei ole kirjauksissa edes sivuttu tutkimusaineiston mukaan.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten pohdinta

Opinnäytetyön tutkimustulokset hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä ovat hyvin samankaltaisia aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa. Monessa tutkimuksessa kävi ilmi, että erilaisten hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö on hyvin vähäistä. Rönkän (2018) tutkimuksessa lääkkeiden anto oli kyllä kirjattu, mutta kivun arviointia ja lääkkeiden vaikutuksen arviointia ei ollut juurikaan tehty tai ainakaan kirjattu hoitokertomukseen, joka ei ole hoitotyön eettisten arvojen mukaista, vaan kaikki tekeminen ja arviointi tulisi aina kirjata. Salosen (2020) tutkimuksessa tulee myös ilmi se, että kivunhoidon kirjaaminen toteutui vaihtelevasti.

Laakkosen (2018) tutkimuksesta tulee ilmi, että yli 700:n kaatumisesta ja putoamisesta tehtyjen haittatapahtumailmoitusten myötä oli tehty niistä vain 20 % tapauksissa FRAT-kaatumisriskin arvio. Ottaen kuitenkin huomioon Vaapion (2009) tutkimuksen, niin vain viidesosa jo kaatuneille tehdyistä FRAT-kaatumisriskin arvioista on vähän, sillä se edesauttaisi kaatumisten ehkäisyä ja sen myötä positiivisempaa elämänlaatua, jossa psyykinen terveys, sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky, energisyys ja ympäristöllinen ulottuvuus saattavat parantua. Kyseisen mittarin käyttö on siitä huolimatta ollut huomattavasti yleisempää, kuin tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiolla.

Aikaisempien tutkimuksien tulokset antavat myös viitteitä siitä, miksi tämän tutkimuksen kohdeorganisaation hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö saattaa olla heikkoa. Esimerkiksi Formiston (2017) tutkimuksen mukaan potilaan yhteistyökyky ja sairaus, kivun luonne ja henkilökunnan asennoituminen kivun arviointiin vaikuttivat kipumittarin käyttöön. Lisäksi Formiston (2017) ja Vanhatalon (2011) tutkimuksista tulee ilmi se, että erilaisten mittareiden käyttöä vähentää myös henkilökunnan osaa-mattomuus tai kouluttamattomuus tai se, että hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä ei ole sovittu. Toisinaan tutkimusten mukaan mittareiden käyttö oli siltikin vähäistä, vaikka niistä olisikin ollut ohjeistus ja olisi sovittu tiettyjen hoitotyön sensitiivisten mittareiden käytöstä. Myös Grommin (2015) tutkimuksessa oli käytetty potilasasiakirjoja tutkimusaineistona. Kohderyhmä oli lähes kaksinkertainen tässä

tutkimuksessa käytettävään kohderyhmään nähden ja tulokset olivat silti heikkoja, sillä kipua ei arvioitu validoiduilla mittareilla lähes ollenkaan, vaikka kyseessä oli vielä leikkauksen jälkeinen kivun seuranta, joka olisi vielä huomattavasti oleellisempaa, kuin kivun seuranta tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa.

On kuitenkin huomioitava, että koska kyseessä on poikittaistutkimus ja aineisto on satunnaisotannalla valittu, tutkimustulokset tässä tutkimuksessa saattaisivat olla toiselta päivältä erilaisia. Nimittäin osaa hoitotyön sensitiivisistä mittareista käytetään vain tiettyinä ajankohtina hoitajakson aikana. Esimerkiksi kaatumisvaaran arviointia tulisi tehdä silloin, kun ikääntyneelle tehdään hyvinvointia edistävä kotikäynti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 119). Kuitenkaan opinnäytetyön potilasasiakirjojen lehtien kirjauksista ei käy ilmi, että tällaista kotikäyntiä olisi kyseisenä päivänä tehty. Lisäksi kaatumisvaaran arviointi tulisi tehdä heti, kun ikääntynyt siirtyy hoivapalveluun. Arviointi tulisi tehdä mieluiten ensimmäisen vuorokauden aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016, s. 123.) Myöskään tällaista tilannetta ei potilasasiakirjoista tule ilmi.

Lisäksi esimerkiksi paino tulisi mitata ikääntyneeltä kerran kuukaudessa, mutta tarvittaessa myös tiheämmin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020, s. 57). Näin ollen tutkimuksen aineiston keräyspäivänä ei välttämättä ole ollut tarvetta mitata potilaan painoa ja näin seurata ikääntyneen ravitsemustilaa kyseisenä päivänä. Kuitenkin kahdessa tutkimuksen dokumentissa on merkintä painon mittauksesta kyseiseltä päivältä (liite 8).

Kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa ikääntyneen ravitsemustilaa tulee arvioida riskitestin, kuten MNA-mittarin avulla 6 kk välein, kun taas perusterveydenhuollossa ravitsemustilan arviointi tulee tehdä kerran vuodessa. Kotona asuvien muistisairaiden ravitsemustila tulee arvioida vähintään kaksi kertaa vuodessa ja paino tulee punnita kerran kuukaudessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020, s. 58.) Näin ollen kyseistä hoitotyön sensitiivistä mittaria ei ole tarkoitus käyttää päivittäin ja tämä voi olla syynä siihen, ettei tutkimuksen dokumenteissa ole merkintöjä MNA-mittarin käytöstä.

Erilaisten hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö riippuu myös paljon siitä, millaisia potilaita kyseisessä hoitoyksikössä on ja mitkä ovat heidän tarpeensa (Terveyskylä, 2019). Lisäksi potilasasiakirjoihin kirjatessa voi tapahtua inhimillinen virhe, eli esimerkiksi kivun arviointi VAS-asteikolla on saattanut unohtua kirjata, vaikka kyseistä mittaria olisikin käytetty.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö on laadittu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla Satakunnan ammattikorkeakoulun määrittämien opinnäytetyöohjeiden mukaisesti. Lisäksi opinnäytetyölle on pyydetty tutkimuslupa yhteistyötaholta sekä sovittu yhteiset vastuut ja velvollisuudet niin opinnäytetyön tekijöiden, ohjaavan opettajan kuin organisaation yhteyshenkilön kanssa. (Arene, 2020, s. 21–22.)

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on edellytyksenä eettiselle, luotettavalle ja uskottavalle tieteelliselle tutkimukselle. Lainsäädäntö määrittelee rajat hyvän tieteellisen käytännön ohjeiden soveltamiselle. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisenä piirteenä tutkimusetiikan näkökulmasta toimii muun muassa se, että tutkimuksessa noudatetaan tarkkuutta, rehellisyyttä sekä huolellisuutta niin tutkimustyössä kuin sen tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 6.)

Tässä työssä ei käsitelty henkilötietoja, eivätkä opinnäytetyön tekijät saaneet tietoonsa, kenen potilasasiakirjojen lehtiä käsiteltiin. Opinnäytetyön tutkimusaineistona toimi kohdeorganisaation yksiköiden potilasasiakirjojen lehdet sairaalaosastoilta, tehostetusta palveluasumisesta, kotihoidosta sekä sosiaalipalvelujen yksiköstä. Organisaation edustaja teki satunnaisotannan ja huolehti potilasasiakirjojen anonymisoinnista, jonka jälkeen hän vasta luovutti ne opinnäytetyön tekijöille. Tutkimustyössä sekä sen tulosten tallentamisessa, arvioinnissa ja esittämisessä noudatettiin erityistä huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä etenkin, kun tutkimusta teki kaksi ihmistä.

Lainmukaisuus, vastuullisuus ja suunnitelmallisuus ovat keskeisiä periaatteita sellaisen tutkimusaineiston käsittelyssä, joka sisältää henkilötietoja. Riskit tutkittavien

kannalta on otettava tutkimusaineiston käsittelyssä asianmukaisesti huomioon. Tutkijat ovat vastuussa tutkimusaineistosta koko tutkimuksen elinkaaren ajan. Lainsäädännön lisäksi tutkijat noudattavat oman organisaation tietosuojaohteita. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja, 2019, s. 11.)

Aineistoa säilytettiin ja käsiteltiin huolellisesti niin, että muut ihmiset eivät nähneet niiden sisältöä. Opinnäytetyön tutkimuksen valmistuttua tekijät luovuttivat potilasasiakirjojen lehdet takaisin kohdeorganisaation yhteyshenkilölle, joka hävitti ne asianmukaisesti tietosuojajätteeseen.

Potilaille mahdollisesti koituvia haittoja arviotiin suhteessa tietoarvoon, johon tutkimuksella pyrittiin. Potilaihin kohdistuvat riskit koskivat henkilötietojen käsittelyyn sekä tietoturvaan ja –suojaan liittyviä asioita, eikä heidän potilastietojensa käyttö tutkimuksessa esimerkiksi vaikuttanut heidän saamaansa hoitoon.

Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava, sillä virheitä pyritään välttämään tutkimustoiminnassa. (Sarajärvi & Tuomi, 2018, s. 119). Luotettavuuspohdinnoissa pitää huomioida tutkijan puolueettomuusnäkökulma. Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään reliabiliteetin ja validiteetin käsittein. Tarkastellaan siis tutkimustulosten toistettavuutta ja sitä, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä oli tarkoituskin. (Sarajärvi & Tuomi, 2018, s. 119.) Laadullisen tutkimuksen arviointiin ei ole yksiselitteistä tiettyä ohjetta. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, joten siinä painottuu sen sisäinen koherenssi eli johdonmukaisuus. (Sarajärvi & Tuomi, 2018 s. 121.) Laadullista tutkimusta arvioidessa on huomioitava tutkimuksen kohde ja tarkoitus, oma sitoutuminen tutkijana, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja-suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen raportointi ja tutkimuksen luotettavuus itsessään, eli mikä tekee siitä eettisesti korkeatasoisen ja luotettavan. (Sarajärvi & Tuomi, 2018, s. 122–123.)

Eri tutkijoilla on hieman eri mielipiteitä määrällisyyden merkityksestä kuvaamisessa. Sisällön erittelyssä tietoja on mahdollista kerätä sanallisina ilmaisuina, sanallisessa muodossa tai määrällisessä muodossa, tilastoituina ja luokiteltuina. Siinä ei ainoastaan rajoituta erilaisten sanontojen ja sanojen esiintymistiheyden laskemiseen. Sen sijaan päähuomio kiinnittyy sanontojen ja sanojen välisiin yhteyksiin. Tällä tavalla

tulkinnoissa päästään suurempaan joustavuuteen kuin vain jakaumiin nojaututtaessa. (Sarajärvi & Tuomi, 2018, s. 88.) Sisällön analyysissä on keskeistä se, valitseeko tutkija alkuperäisestä aineistosta ilmauksia tai asioita tietyn teorian mukaan vai lähestyy kun hän aineistoa sen omilla ehdoilla ja pakottaa sen sopivaksi tiettyyn katsomaansa teoriaan vasta analyysivaiheen edetessä. (Sarajärvi & Tuomi, 2018, s. 98.)

Opinnäytetyön tutkimusta oli tekemässä kaksi ihmistä. Tutkimusaineistoa ei jaettu erilleen, vaan molemmat tutkijat tarkastelivat koko aineistoa, eli kaikkia tutkimukseen valittuja potilasasiakirjoja. Tämän myötä tutkimustulosten luotettavuus nousi, koska molempien tutkijoiden saamien tuloksien yhdenmukaisuutta tarkasteltiin. (Sarajärvi & Tuomi, 2018, s. 124.)

8.3 Oman osaamisen kehittyminen

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ja aikaa vaativa prosessi, joka on vaatinut paljon ajatustyötä. Etenkin opinnäytetyön suunnitelman tekeminen pitkittyi, kun esimerkiksi tutkimusmenetelmä muuttui suunnitelmaa tehtäessä. Suunnitelmaa pystyi kuitenkin hyödyntämään paljon itse opinnäytetyön valmiissa raportissa. Potilasasiakirjojen lehtien läpikäynti, analysointi ja kvantifiointi olivat prosessin odotetuin osio, mutta niiden osuus jäikin tutkimustuloksista johtuen hyvin minimaaliseksi. Sen myötä esimerkiksi suunniteltujen ympyrädiagrammien tekeminen jäi kokonaan pois. Mutta toisaalta taas sai tutustua sisällön erittelyyn ja aineiston purkamiseen hieman laajemmalta näkökulmalta kuin alun perin oli tarkoitus.

Opinnäytetyötä tehdessä oppi pääpiirteittäin erilaisista tutkimusmenetelmistä. Yksi tärkeimmistä asioista oli se, että oppi etsimään systemaattisesti tietoa erilaisista tietokannoista. Tämän lisäksi omaa tekstiä tuli arvioida kriittisesti. Omaa ammatillista kasvua on esiintynyt opinnäytetyön tekemisen varrella ja etenkin osaaminen hoitotyön sensitiivisiin mittareihin on syventynyt. Tutkimustulokset herättelivät myös siihen, kuinka vähän hoitotyön sensitiivisiä mittareita käytetään. Se osaltaan toimi myös itsellemme muistutuksena siitä, kuinka usein niitä jää käyttämättä. Pidämme hoitotyön mittareiden käyttöä tärkeänä, sillä ne mahdollistavat yhtenäisempiä toimintatapoja ja

parantavat tiedon kulkua hoitohenkilökunnan välillä. Tämä mahdollistaa hoitotyön laadun paranemisen.

8.4 Jatkotutkimus- ja projektiaiheet

Satasairaalalla on käynnissä hoitotyön vertaiskehittämishanke eli HoiVerKe. Kyseessä on kansallinen hanke, jossa on ajankohtaisesti mukana 12 sosiaali- ja terveysalan organisaatiota. Hankkeen tavoitteena on hoitotyön laatumittareiden kehittäminen. Hoitotyösensitiivisillä indikaattoreilla voidaan tuoda ilmi, miten hoitajien toiminta on vaikuttanut potilaan hoidon tuloksiin. Tarkoituksena yhteistyöllä on potilaan hoidon laadun kehittäminen tuottamalla tietoa kehittämisen perustaksi. Hyvien käytänteiden jakaminen ja kansallisen vertailutaidon käyttö on mahdollista, kun mittareita kehitetään ja käytetään. Mittarien tulosten pohjalta arvioidaan hoitotyön laatua, reagoidaan laadun poikkeamiin ja kehitetään päivittäistä potilashoitoa. Hoitotyön laatua suhteessa muiden organisaatioiden toimintaan tarkastellaan käyttämällä kansallista vertaistietoa. Uusia hoitotyön mittareita kehitetään ja otetaan käyttöön hankkeen ohessa. (Satasairala, 2021.)

Opinnäytetyön tutkimus on osaltaan toiminut myös pohjana sille, millä tasolla hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö on ollut ennen hoitotyön vertaiskehittämishankkeen päättymistä. Tämän jälkeen tulevaisuudessa on mahdollista toteuttaa opinnäytetyönä vastaavanlainen tutkimus liittyen siihen, onko mittareiden käyttö esimerkiksi lisääntynyt hankkeen myötä. Tutkimustuloksista johtuen oleellisena voisi olla myös tutkia, miksi hoitotyön sensitiivisten mittareiden käyttö on vähäistä.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S. & Sulosaari, V. (2019). Kliininen hoitotyö (uudistettu painos). Sanoma Pro.

Alastalo, M. & Vuori, J. (n.d.). Dokumentit. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Haettu 20.10.2021 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/dokumentit/>

Arene. (2020). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Haettu 17.12.2020 osoitteesta <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Duodecimin sanakirjat. (n.d.). Hoitotyö. Lääketieteen termit. Haettu 1.12.2020 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/>

Duodecimin sanakirjat. (n.d.). Poikittaistutkimus. Lääketieteen termit. Haettu 1.12.2020 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/>

Formisto, K. (2017). Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä [pro gradu -työ, Tampereen yliopisto]. Trepo. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201704101417>

Gery. (n.d.). Ravinnonsaanti ja ravitsemustila. Haettu 8.2.2021 osoitteesta <https://www.gery.fi/avuksi-ohjaukseen/ravinnonsaanti-ja-ravitsemustila/>

Grommi, S. (2015). Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitetuilla potilailla [pro gradu -työ, Itä-Suomen yliopisto]. UEF eRepository. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20150461>

Hamunen, K. & Kontinen, V. (2018). Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V & Vainio, A. (toim.), Kipu. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/kip00001/do>

Heiskanen, T., Haakana, S. & Koivusalo, A-M. (2015). Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa Palliatiivinen hoito. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi>

Hoikka, A. (2013). Kivun arviointi. Sairaanhoitajan käsikirja. Haettu 30.11.2020 osoitteesta <https://www-terveysportti-fi>

Hotus-hoitosuositus. (2013). Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 12.5.2021). Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuositukset/>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2016). Hoida ja kirjaa. Sanoma Pro.

Juva, K. (n.d.). Muistihäiriöiden tutkimus. Muistiliitto. Haettu 15.9.2021 osoitteesta <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistihairioiden-tutkimus>

Kalso, E. & Kontinen, V. (2018). Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V & Vainio, A. (toim.), Kipu. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/kip00001/do>

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona – Miten kirjoittajan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasmäki, E. & Pudas-Tähkä, S-M. (2017). Kivun arviointi. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Haettu 28.11.2020 osoitteesta <https://www-terveysportti-fi>

Kerminen, H., Jäppinen, A-M., Kiviniemi, K., Tikkanen, P. & Havulinna, S. (2019). Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. TOIMIA-tietokanta. Haettu 28.11.2020 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi>

KvantiMOTV. (2003). Otos ja otantamenetelmät. Haettu 23.3.2021 osoitteesta [Otantamenetelmät - KvantiMOTV \(tuni.fi\)](http://www.kvanti.fi/otantamenetelmät)

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy.

Laakkonen, T. (2018). Kaatumis- ja putoamistapaturmat sairaalassa vuosina 2011–2016 - Kuvaus yliopistosairaalan HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten pohjalta [pro gradu -työ, Itä-Suomen yliopisto]. UEF eRepository. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20180981>

Lepistö, J. (31.10.2016). Kipujana [kuva]. Oppiportti. https://www.oppiportti.fi/op/jtk00236/do?p_haku=kipumittari#q=kipumittari

Nukari, T. (2017). Muistisairaahan hoidon arviointi. Pitkäaikaissairaudet. Haettu 29.11.2020 osoitteesta <https://www-terveysportti-fi>

Pudas-Tähkä, S-M. (2018). Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto [väitöskirja, Turun yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7152-7>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2016). Hoitotyön taidot ja toiminnot (4.–5. painos). Sanoma Pro.

Rönkä, P. (2018). 1–6-vuotiaiden lasten postoperatiivisen kivun hoitotyö: Lapsen kivun arviointi, hoito ja kirjaaminen [pro gradu -työ, Itä-Suomen yliopisto]. UEF eRepository. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20180713>

Salonen, K. (2020). Kivun hoitoon liittyvien haittatapahtumien kirjaukset – Potilasasiakirja-analyysi Global Trigger Tool -menetelmällä [pro gradu -työ, Itä-Suomen yliopisto]. UEF eRepository. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20200806>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (uudistettu laitos). Tammi.

Satasairaala. (2021). HoiVerKe. Haettu 15.9. osoitteesta [HoiVerKe | Satasairaala](#)

Soini, H. (2017). Vanhuksen aliravitseminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Haettu 30.11.2020 osoitteesta <https://www-terveysportti-fi>

Schwab, U. (2020). Ikääntyneiden ravitseminen. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 16.10.2021 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01086>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2016). Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). Vireyttä seniorivuosiin - ikääntyneiden ruokasuositus. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-472-1>

Terveyskylä. (2019). Opi arvioimaan kipua. Haettu 5.1.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

Toimintakyvyn arviointi: Käypä hoito –suositus. (2016). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (uudistettu laitos). Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. (3/2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Haettu 7.12.2020 osoitteesta [Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa \(tenk.fi\)](#)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaapio, S. (2009). Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. [väitöskirja, Turun yliopisto]. [Microsoft Word - Sari Vaapio 1.4.2009 \(utupub.fi\)](#)

Valli, R. (2018). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 (uudistettu painos). PS-kustannus.

Valvira. (2018). Potilasasiakirjat. Haettu 29.11.2020 osoitteesta <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/potilasasiakirja>

Vanhatalo, A. (2011). Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotto – Case KYS: Kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus [pro gradu -työ, Itä-Suomen yliopisto]. UEF eRepository. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20120004>

Wisur-Hokkanen, C. & Plukka, M. (2016). Terveystenhoollon ammattitaitoa tarvitaan potilaan hoidon tarpeen tunnistamisessa. Vaasan sairaanhoitopiiri potilasturvallisuustiedote 2/2016, 4. https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedotot/potilasturvallisuus/potilasturvallisuustiedotteet/ptt_2_2016_fi_low.pdf

Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt hakusanat

YSO-sanat	MeSH-sanat	Muut
Hoitotyö , sairaanhoito, näyttöön perustuva hoitotyö, nursing (work)	Hoitotyö , hoitaminen Nursing	
Potilasasiakirjat , sairauskertomukset, terveystodotukset, potilastiedot, patient documents	Sairauskertomukset , potilasasiakirjat, potilasasiakirja, potilaskertomukset, potilaskertomus, potilastiedot, sairauskertomus Medical records , medical record	
Kipu , särky, pain	Kipu , kivunhoito, kiputunto, kivuntunto, kivut, särky, säryt, yleinen kipu Pain , ache, burning pains, crushing pain, migratory pain	Kivun arviointi, kivun mittaaminen
Mittarit , measuring instruments (indicators)	Terveystieteiden arviointimenetelmät , arviointimenetelmät, terveydenhoidon arviointimenetelmät Health Care Evaluation Mechanisms	Hoitotyön sensitiivinen mittari, hoitotyössä käytössä olevat mittarit, hoitotyön riskimittari, riskiluokitusmittari, hoitotyösensitiivinen mittari risk assessment scale
Mittaus , mittausmenetelmät, mittaaminen, measurement, measurements	Terveystieteiden arviointimenetelmät , arviointimenetelmät, terveydenhoidon arviointimenetelmät Health Care Evaluation Mechanisms	
Arviointi , kognitio, laadunarviointi, riskinarviointi, evaluatio, evaluation, assessment	Harkinta , arviointi, evaluatio, toiminnan arviointi Judgment	
Käyttö , käyttöönotto, use	Käyttöarvio , hoitotarpeen arviointi, Utilization Review	
Poikittaistutkimus , cross-sectional research	Poikkileikkaustutkimukset Cross-sectional studies	
Ravitsemus , ravinto, ruokavalio, aliravitsemus, dietetics	Ravitsemusfysiologiset ilmiöt , ruokavalio, ruoka, ravitsemus, ravinnontarpeet, ravitsemustila, nutritio	

	Nutritional physiological phenomena	
Ikääntyneet , pitkäikäisyys, ikäihmiset, iäkkäät, seniorit, vanhukset, senior citizens, elderly	Vanhukset , geriatria, pitkäikäisyys, ikäihminen, ikääntyneet, iäkkäät, vanhus Aged	
Kaatuminen , putoaminen	Kaatumistapaturmat , kaatuilu, kaatuminen, kaatumiset, putoaminen, tapaturmainen kaatuminen Accidental Falls , falling	Kaatumisriski, kaatumisriskin arviointi
Kirjaaminen , sähköinen kirjaaminen, kirjaus, registering	Dokumentaatio , arkistointi, asiakirjat, dokumentointi, kirjaaminen Dokumentation	Hoitotyön kirjaaminen
Tutkimus , analyysi, research	Tutkimustyö , tieteellinen työ, tutkimukset, tutkimus Research	Tutkimuksellinen

LIITE 2

Liite 2. Hakutulokset tietokannoista

Tietokannat	Hakusanat ja hakutyyppi	Tulokset	Hyväksytyt
Medic	(hoitotyö OR nursing) AND (mittaaminen OR measurements)	9	0
Medic	(hoitotyö OR nursing) AND (mna OR mini nutritional assessment)	164	0
Medic	(hoitotyö OR nursing) AND (terveydenhuollon arviointimenetelmät OR measurements OR measurement OR health care evaluation mechanisms) AND (kipu OR pain)	32	1
Google Scholar	(hoitotyö OR sairaanhoito) AND (terveydenhuollon arviointimenetelmät OR mittarit) AND (käyttö)	547	0
Google Scholar	(hoitotyö OR sairaanhoito) AND (kipu) AND (arviointi OR hoito OR hoitotyön kirjaaminen) AND (tutkimus OR tutkimuksellinen)	5740	2
Google Scholar	(hoitotyö OR sairaanhoito) AND (ravitsemus OR ravinto) AND (arviointi OR hoitotyön kirjaaminen) AND (tutkimus OR tutkimuksellinen)	3000	0
Google Scholar	(hoitotyö OR sairaanhoito) AND (kaatumisvaara) AND (hoitotyön kirjaaminen) AND (tutkimus)	175	2
Finna	(kipu) AND (arviointi) Rajattu väitöskirjat ja pro gradut	1464 > 211	1

Liite 3. Kirjallisuudessa löydetty tutkimukset

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Rönkä, 2018, Suomi 1–6-vuotiaiden lasten postoperatiivisen kivun hoitotyö: Lapsen kivun arviointi, hoito ja kirjaaminen	Selvitetään kirjausten perusteella lasten leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja kivun hoidon kirjaamisen toteutumista.	1 – 6-vuotiaat postoperatiiviset lapset (n = 125).	Kvalitatiivinen tutkimus, deduktiivinen sisällönanalyysi ja kvantifiointi.	Pro gradun mukaan postoperatiivisen kivunhoitotyön voidaan todeta olevan puutteellista useimmissa tapauksissa. Nimittäin kipumittareita käytetään vähän ja kivun arviointi perustuu lähinnä keskusteluihin. Lisäksi kirjauksista löytyi puutteita lääkkeiden kirjaamisessa, sillä yleisimmin puuttui antoreitti. Lapsille oli annettu lääkkeitä eniten suun kautta. Annettujen kipulääkkeiden vaikutusta oli myös arvioitu vähän, sillä niiden vaikutusta oli arvioitu vain 14,6 % kaikista annetuista lääkkeistä. Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä oli kirjattu eniten vanhempien läsnäolo. Lääkkeettömän kivun hoidon menetelmien tehoa kipuun ei ollut kirjattu kertaakaan. Lääkkeet kirjataan joitakin tapauksia lukuun ottamatta pääosin tarkasti, mutta lasten kivun arviointia ja lääkkeiden vaikutuksen arviointia on kirjattu hoitokertomuksiin vähän.
Pudas-Tähkä, 2018, Suomi Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto	Tarkoituksena oli validoida kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin soveltuva kivun arviointimittari ja implementoida se	Teho-osaston potilaat ja hoitajat.	Tarkasteltavat mittarit valittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. IS-POR-menetelmää käytettiin apuna, kun arvioitiin mittareiden käyttökelpoisuutta.	Suomalaiseen tehohoitoon valittiin implementoitavaksi CPOT-mittari, koska sen reliabiliteetti oli toistomittauksessa vahvin ja kaikissa mittauspisteissä sen sisäinen johdonmukaisuus oli paras. Tehohoitajat oppivat mittarin käytön periaatteet video-opetuksen avulla. Se oli tehohoitajien tietotasoa lisäävä käyttökelpoinen

	<p>suomalaiseen tehohoitoon. Tutkimuksen tavoitteena oli saada käyttöön tehohoitopotilaiden kivun arviointiin soveltuva mittari, joka on kliinisesti käyttökelpoinen, validi ja reliabeeli.</p>		<p>Tehohoitajat arvioivat CPOT-mittarin kliinistä käyttökelpoisuutta ja soveltuvuutta arviointilomakkeen avulla. CPOT-mittarin video-opetuksesta kerättiin teemahaastattelun avulla kokemuksia 20 tehohoitajalta yksilö- tai parihaastatteluina. Kokemusten analysointiin käytettiin temaattista analyysiä ja muun kerätyn aineiston analyysiin tilastollisia menetelmiä.</p>	<p>opetusmenetelmä. Kivun arvioinnin yhtenevyys oli kuitenkin vain keskinkertainen. Mittarin käyttötaitojen osaaminen vaatii toisenlaista opetusta tai enemmän harjoittelua. Tehohoitajat pitivät tehohoitopotilaan kivun arviointiin CPOT-mittaria sopivana ja käyttökelpoisena.</p> <p>CPOT-mittari on kliinisesti käyttökelpoinen, validi ja reliabeeli mittari, jota tulee käyttää kommunikoimaan kykenemättömien tehohoitopotilaiden kivun arvioinnissa. CPOT-mittarin käyttö edellyttää koulutusta ja taitojen harjoittelua. Tutkimuksessa arvioitiin kivun arvioinnin käyttöönottoprosessia, jota voidaan käyttää sekä sairaanhoitajakoulutuksessa että opetuksessa tehosastoilla. Tuloksia voidaan hyödyntää kivun ydintoimintojen opetuksessa.</p>
<p>Formisto, 2017, Suomi</p> <p>Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan näkökulmasta käsityksiä kipumittarin käyttöön vaikuttavista tekijöistä iho- ja keuhkosairauksien sekä sisätautien vuodeosastoilla. Lisäksi tarkoituksena oli henkilökunnan käsityksien kuvaaminen kivun arvioinnin kehittämistä edistävästä tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kivun arvioinnin kehittämiseksi käytettävää tietoa kivun arvioinnin nykytilanteesta.</p>	<p>Tiettyjen vuodeosastojen hoitajat (n=79) ja lääkärit (n=12).</p>	<p>Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä oli tutkimuskohteena olevien vuodeosastojen hoitajille (n=79) ja lääkäreille (n=12) tarkoitettu kysely, jossa oli avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Avointen kysymysten vastauksien analysointiin käytettiin induktiivisen sisällön analyysiä.</p>	<p>Tutkimuskohteena olevilla osastoilla oli lähes 75 % jokin kipumittari käytettävissä. Yleisin oli VAS-mittari. Kipumittaria käytettiin kuitenkin vain noin viidennellä kipupotilaista. Yli 70 % vastaajista kertoi, että työyksikössä ei ole sovittu kivun kirjaamisesta tai siitä ei ole tietoa. Henkilökunnan mukaan potilaan yhteistyökyky ja sairaus, kivun luonne ja henkilökunnan asennoituminen kivun arviointiin vaikuttivat kipumittarin käyttöön.</p> <p>Henkilökunnan käsitysten mukaan kivun arvioinnin kiinnittäminen, kivun arvioiminen päivittäisessä potilastyössä sekä potilastietojärjestelmän hyödyntäminen kivun arvioinnissa edistäisivät kivun arvioinnin kehittämistä.</p> <p>Tutkimuksen perusteella tutkimuskohteena olevassa organisaatiossa kivun hoito ei ole suosituksiin pohjautuvaa tai tasalaatuaista. Suuressa osassa yksiköissä kipua</p>

				ei arvioida jokaiselta potilaalta ja kivun arvioinnin kirjaaminen on puutteellista, vaikka niissä on käytössä jokin kipumittari.
Vaapio, 2009, Suomi	Tavoitteena oli kuvata ja arvioida elämänlaatu kaatumisten ehkäisy tutkimusten vaikuttavuuden mittarina, kuvata iäkkäiden elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus arvioida kaatumisten ehkäisyn vaikutukset iäkkäiden elämänlaatuun.		Tutkimuksen tekemisessä käytettiin metadologista triangulaatiota. Lääke- ja hoitotieteellisistä tietokannoista kerättiin tiedot systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. 19 kotona asuvaa iäkästä ihmistä osallistui kvalitatiiviseen elämänlaadun sosiaalisen ulottuvuuden tutkimukseen. Kvantitatiiviseen laaja-alaiseen kaatumisten ehkäisy tutkimukseen osallistui 591 palvelutalossa tai kotona asuvaa iäkästä. Heillä kaikilla oli kohonnut kaatumisen vaara. Tutkittavat satunnaistettiin koe tai vertailuryhmään. 12 kuukautta kestäneen ehkäisyn jälkeen tehtiin seurantamittaukset. Keräämiseen käytettiin elämänlaatumittari 15D:tä ja strukturoitua kyselylomaketta.	Kirjallisuuskatsauksen mukaan kaatumisten ehkäisy aiheutti positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun vain muutamassa tutkimuksessa, joissa sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky, psyykkinen terveys, energisyys ja ympäristöllinen ulottuvuus parantuivat. Haastattelututkimuksen mukaan elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus muodostui kolmesta teemasta. Ne olivat oma arki, henkilökohtaiset arvot ja oma lähiympäristö. Miehillä kaatumisen ehkäisyn vaikutuksesta ahdistuneisuus ja masennusoireet vähenivät. Tämän lisäksi tavanomaisista toiminnoista suoriutuminen, puhelinkontaktit ja seksuaalinen aktiivisuus lisääntyivät. Naisilla kaatumisen ehkäisy auttoi tavanomaisista toiminnoista suoriutumiseen, vierailujen lisääntymiseen sekä erilaisten vaivojen ja oireiden vähenemiseen. Koettu terveys koeryhmään kuuluvilla naisilla sekä koe- ja vertailuryhmään kuuluvilla miehillä parani ryhmien sisäisiä muutoksia tarkasteltaessa. Koeryhmään kuuluvilla naisilla vähenivät lisäksi turvattomuuden tunteet ja kaatumisen pelko.

<p>Grommi, 2015, Suomi</p> <p>Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitetuilla potilailla</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata, mitä potilasasiakirjoihin on kirjattu alaraajaohitettujen potilaiden leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnista ja hoidosta sekä miten kivun hoidon prosessimallin mukainen kirjaaminen toteutuu.</p>	<p>Alaraajaohitetut potilaat (N=100).</p>	<p>Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisistä potilasasiakirjoista kahdesta keskussairaalaan retrospektiivisesti vuosina 2012–2013.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua analyysirunkoa, joka laadittiin hyödyntämällä suosituksia akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta sekä aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeistä lyhytkestoisen kivun hoitotyöstä.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin induktiivis-deduktiivista sisällönanalyysia. Tämän jälkeen aineisto kvantifioitiin ja analysoitiin käyttämällä kuvailevia tilastollisia menetelmiä.</p>	<p>Tutkimuksessa hoitojaksolla käytetty kivunhoitomenetelmä ja lääkemääräysten tekijä oli kirjattu lähes kaikilla potilailla.</p> <p>Tutkimuksessa havaittiin puutteita kivun hoitotyön kirjaamisessa. Kipua ei arvioitu validoiduilla mittareilla levossa ja liikkeessä käytännössä lainkaan ja potilaista vain viidesosa sai ohjausta kivunhoidosta. Keskimäärin kymmenesosalla potilaista oli arvioitu kivun hoidon prosessia hoitotyön kirjausten perusteella.</p> <p>Kivun hoitotyön kirjaaminen oli kokonaisuudessaan puutteellista ja epäsystemaattista.</p>
<p>Salonen, 2020, Suomi</p> <p>Kivunhoitoon liittyvien häiritsevien tapahtumien kirjaukset – Potilasasiakirja-analyysi Global Trigger Tool -menetelmällä</p>	<p>Tutkimuksessa kartoitettiin, minkälaisia potilaan kivunhoitoon liittyviä häiritseviä tapahtumia on kirjattu potilastietojärjestelmään erikoissairaanhoidossa. Lisäksi kartoitettiin toteutuvatko tutkimuksen kohteena olevan organisaation</p>	<p>Kuopion yliopistollisen keskussairaalan potilasasiakirjat, joista oli löytynyt kivunhoitoon liittyvä häiritsevä tapahtuma (n = 29) Global Trigger Tool -menetelmän avulla.</p>	<p>Tutkimuksen aineisto kerättiin potilasasiakirjoista rekisteritutkimuksena.</p> <p>Aineisto analysoitiin kuvailevia kvalitatiivisia menetelmiä hyödyntäen sekä tilastollisin menetelmin SPSS-tilastoanalyysiohjelmalla.</p>	<p>Tutkimuksen tulosten mukaan yleisin kivunhoitoon liittyvä häiritsevä tapahtuma on kipua, joka on hoidettu, mutta se uusi.</p> <p>Tutkimuksen kohteena olevan organisaation kivunhoidon kirjaamisen tavoitteet toteutuivat vaihtelevasti. Kaikissa kivunhoitoon liittyvissä kirjaamisen osaluissa olisi parannettavaa.</p>

	kivunhoidon kirjaamisen tavoitteet tietosisältöjen näkökulmasta.			
<p>Vanhatalo, 2011, Suomi</p> <p>Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotto – Case KYS: Kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvä suositus</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönoton edistymistä kaatumistapaturmien ehkäisyyn liittyvän suosituksen käyttöönoton yhteydessä Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmella osastolla.</p>	<p>Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmen valitun osaston sairaanhoitajat (n=5).</p>	<p>Tutkimuksen aineisto koottiin Kuopion yliopistollisen sairaalan kolmen valitun osaston pilotoinnin avainhenkilöiltä Focus group-tyypisellä teemahaastattelulla.</p> <p>Aineisto analysoitiin sisälönanalyysillä.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että tutkituilla osastoilla ei ollut ennen suosituksen pilotointia ollut käytössä kaatumisen ehkäisyyn liittyviä suosituksia. Henkilökunnalle ei myöskään ollut tarjolla aiheeseen liittyvää koulutusta.</p> <p>Vastuuhenkilöt olivat avainasemassa suosituksen pilotoinnin tuomisessa käytäntöön muulle henkilökunnalle. Heidän roolinsa korostui yksiköissä, joissa oli yhtäaikaaisesti menossa myös muita uusia kokeiluja.</p> <p>Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämä toimintamalli todettiin toimintaa selkeyttävänä ja pilotointia tukevana. Kaatumisten ehkäisystrategiassa tulisi haastateltavien mielestä huomioida osastojen fyysiset olosuhteet, riittävät ja kunnolliset apuvälineet, henkilöstömitoitukset sekä johdon rooli koko strategiaa koossapitävänä ja eteenpäin vievänä elementtinä.</p>
<p>Laakkonen, 2018, Suomi</p> <p>Kaatumis- ja putoamistapaturmat sairaalassa vuosina 2011–2016 - Kuvaus yliopistosairaalan HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten pohjalta</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata potilaiden kaatumis- ja putoamistapahtumia sairaalassa HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten pohjalta vuosina 2011–2016.</p>	<p>Yliopistosairaalassa vuosina 2011–2016 tehdyt HaiPro-ilmoitukset (n=703).</p>	<p>Tutkielman aineiston muodostivat kaikki kaatumisia ja putoamisia koskevat vaaratapahtumailmoitukset yhdessä yliopistosairaalassa vuosina 2011–2016.</p> <p>Ilmoitukset analysoitiin tilastollisesti IBM SPSS Statistics 24-ohjelmalla. Aineisto kuvaillaan frekvenssein, prosenttein, pylväsdiagrammien,</p>	<p>Vertaisarvioinnin tulos NDNQI haitta-asteen arviointikriteerien ”samanmielisyydestä” oli merkittävä (Kappa-testi 0.791).</p> <p>Vaaratapahtumailmoituksista 79 % koski potilaan kaatumista ja 21 % putoamista. Potilaiden kaatumisia ja putoamisia koskevien häiritäapahtumailmoitusten osuus oli tässä aineistossa 97 % ja läheltä piti– tilanteiden osuus 3 %.</p> <p>Potilaan kaatumisia ja putoamisia tapahtuu kaikkina vuorokauden aikoina, mutta yöaikaan tapahtumia raportoidaan eniten. Kaatumista ja putoamista koskevia</p>

			<p>ristiintaulukoinnin sekä samanmielisyyttä kuvaavan Kappa-testin avulla.</p> <p>Aineisto uudelleen luokiteltiin kansainvälisten National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) haittaste kriteerien mukaan.</p>	<p>vaaratapahtumia raportoitiin aktiivisimmin kolmella eri osastolla.</p> <p>FRAT-kaatumisriskin arvio oli tehty 20 %:ssa kaikista ilmoituksista.</p> <p>Kaatumiseen tai putoamiseen keskeisin myötävaikuttava tekijä oli ”potilaasta tai hänen terveydestä/sairaudesta johtuva tekijä.</p>
--	--	--	--	---

Liite 4. Lyhyt MNA

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

Sukunimi:		Etunimi:		
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Lopullisen seulonnan kokonaispistemäärä.

Seulonta	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipöytätilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F1 Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>
JOS ET VOI LASKEA BMI:TÄ, KORVAA KYSYMYS F1 KYSYMYKSELLÄ F2. ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2, JOS OLET JO VASTANNUT KYSYMYKSEEN F1.	
F2 Pohkeen ympäröimä (PYM), cm 0 = PYM on alle 31 cm 3 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (Maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu	

- Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status*. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.

Liite 5. Pitkä MNA

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Sukunimi:	Etunimi:			
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta		J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateria 2 = 3 ateria	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>	K Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, vili) päivässä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastausta 1.0 = jos 3 kyllä-vastausta	
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>	L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>	M Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista	
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>	N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>	O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	
F Painoindeksi eli (BMI) = paino kg / (pituus m)² 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23, 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>	P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	
Seulonnan tulos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (välisumma maksimi 14 pistettä) 12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Virheravitsemus Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R		Q Olkavaren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm	
G Asuuko haastateltava kotona 1 = kyllä 0 = ei	<input type="checkbox"/>	R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>	Arviointi (maksimi 16 pistettä) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seulonta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>	Ravitsemustilan arviointiasteikko 24-30 pistettä <input type="checkbox"/> Normaali ravitsemustila 17-23,5 pistettä <input type="checkbox"/> Riski virheravitsemukselle kasvanut alle 17 pistettä <input type="checkbox"/> Virheravitsemus	

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.

Liite 6. FROP-Com, lyhyt kaatumisvaaran arviointi



Kotona asuvat ikäihät										
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FROP-Com Screen, Falls Risk for Older People)										
Nimi:										
Syntymäaika:										
Osoite / osasto / huone:										
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti										
					Arvioinnin tekijä					
					Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)					
					ARVIOINTIPISTEET					
KAATUMISHISTORIA										
Kaatumiset edeltävien 12 kk aikana		Ei yhtään		(0 p.)						
		Yksi kaatuminen		(1 p.)						
		Kaksi kaatumista		(2 p.)						
		Kolme kaatumista tai enemmän		(3 p.)						
PÄIVITTÄINEN TOIMINTAKYKY										
Kulnka paljon henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toimissa kotona (ruuanlaitto, siivous, pyykki yms. kotiöt)? <i>Jos kaatunut, kirjataan tilanne ennen kaatumista.</i>		Täysin itsenäinen		(0 p.)						
		Selvytyy vähäisen avun turvin		(1 p.)						
		Tarvitsee paljon apua		(2 p.)						
		Tarvitsee apua lähes kaikissa toiminnoissa (3)		(3 p.)						
TASAPAINOKYKY										
Henkilöä pyydetään nousemaan istumasta selsomaan, kävelemään muutaman metrin eteenpäin, kääntymään ja palaamaan takaisin istumaan. <i>Jos apuväline käytössä, tehdään suorituksen kanssa.</i> <i>Jos tasapainokyky vaihtelee suorituksen eri vaiheissa, pisteytys heikoimman vaiheen suorituksen mukaan.</i>		Ei havaittavaa tasapainon heikkoutta		(0 p.)						
		Jonkin verran tasapainon heikkoutta		(1 p.)						
		Selvästi heikentynyt tasapaino (tarvitsee hieman apua tai käyttää apuvälinettä)		(2 p.)						
		Tarvitsee jatkuvasti apua tai ei pysty lainkaan suoritukseen		(3 p.)						
PISTEET YHTEENSÄ										

Pisteet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kulnka paljon suurentunut kaatumisvaara	0,25 kertainen		0,7 kertainen		1,4 kertainen		4,0 kertainen		7,7 kertainen	
Kaatumisvaara	0–3 lievästi kohonnut				4–7 kohonnut			8–9 erittäin korkea		
Toimenpiteet	Tasapainokyvyn ylläpitäminen Liikuntakyvyn ylläpitäminen				Kaatumisvaaran kokonaisvaikuttava arviointi ja yksilöllisten ehkäisytoimien toteutus			Välitön kaatumisvaaran kokonaisvaikuttava arviointi ja toimenpiteiden käynnistäminen		

Lähde: Australian Guideline, community care. FROP-COM Screen (Mukaeltu). Russell MA, Hill KD, Blackberry I, Day LM, Dharmage SC. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment FROP-Com Screen (Falls Risk for Older People) tool. Age Ageing. 2008 Nov;37(6):634-9. Suomenkielinen käännös ©THL, IKINÄ, www.tapaturmat.fi

SUORITUSOHJE

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

Liite 7. FRAT, lyhyt kaatumisvaaran arviointi



Hohvapaheet ja sairaala

LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Nimi:				
Syntymäaika:				
Osoite / osasto / huone:				
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti				
			Arvioinnin tekijän nimenkirjaimet	
			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 lääkeyhmän lääkettä	(1 p.)				
	Yksi lääke	(2 p.)				
	Kaksi lääketä	(3 p.)				
	Useampi kuin kaksi lääketä	(4 p.)				

HENKINEN TILA

Onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikatio- ja yhteistyökyvyssä, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä	Ei mitään mainitulta	(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 [*] -testipisteiden tai kysymyksen mukaan	MMSE		Onko muistivaikeuksia?				
	24–30	(1 p.)	Ei vaikeuksia	(1 p.)			
	18–23	(2 p.)	Vähäisiä muistivaikeuksia	(2 p.)			
	12–17	(3 p.)	Kohtalaisesti muistivaikeuksia	(3 p.)			
	0–11	(4 p.)	Etenevä muistisairaus	(4 p.)			

PISTEET YHTEENSÄ (max. 20 p.)

--	--	--	--	--	--	--

* Mini-Mental State Examination

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

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

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

SUORTUSOHJE

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

Liite 8. Sisällön erittely

Potilas-asiakirjan numero	Kivun kirjaaminen	Ravitsemustilan kirjaaminen	Kaatumisvaarasta kirjaaminen	Muista hoitotyön sensitiivisistä mittareista kirjaaminen
1		“Lounaalla ruokaillut tuolissa istuen.”		
2				“ADL 4/6”
3				“MMSE tehdään”
4		“Lounas ei maistunut.”		
5		“Ruoka ei oikein lounaalla maistunut.” “Päivällisellä ja iltapalalla ruoka maistunut hyvin.”		
7		“Päivällisellä ei halunnut syödä lainkaan. Iltapalalla söi reippaammin, mutta sanoi ei enää, kun halusi lopettaa ruokailun.”		
11	“Ennen kantapäiden hoitoa Oxynorm oraaliliuos 10 mg/ml, 0.5.” “Vasemman kantapään hoito: kipu +.” “Oikean kantapään hoito: kipu.”	“Päivällistä ei saada syötettyä, koska ikään kuin asukas ei olisi hereillä vaikka silmät ovat auki.” “Iltapala saadaan syötettyä.”		
13		Asiakas syönyt hyvän aamupalan ja ison annoksen lounasta.”		
14	“Annettu kipulääkettä ennen iltatoumia, siitä ei juurikaan apua tuntunut olevan.”	“Aamupala ei maistunut, nesteitä mennyt hyvin.”		

15	<p>“Kipuun Oxynorm kapseli, kova 5mg: 5mg.”</p> <p>“Pyynnöstä kipuihin Oxynorm kapseli, kova 5mg: 5mg.”</p>			
16	<p>“Asukas valitellut aamulla ennen yhdeksää kipua vatsalla. Tarkistetty cystofixin tilanne, ja huomattu sen tulleen täyden ballongin kanssa ulos. Soitettu sh, joka tilannut taksin kiirevastaanotolle. Palannut parin tunnin kuluttua takaisin kotiin ja nyt kaikki hyvin.”</p>			
17		<p>“Lounaalla syönyt puolet tarjotusta ruoasta.”</p>		
18		<p>“Aamupalalla söi itse puolet voileivästä ja joi mehun ja kahvia. Puuroa meni puolet. Lounaalla söi itse, osasi ohjattuna, puolet lämpimästä ruoasta ja joi mehun. Sitten alkoi yökkimään, ja lopetti syömisensä.”</p>		
21	<p>“Saanut klo 5:55 Magnesium-tabletin jalkojen kipuun.”</p>			
22		<p>“Sängyn laidalla söi aamupalan itse.”</p>		
25		<p>“Asukas on syönyt itsenäisesti, ruoka on maistunut hyvin.”</p>		
26	<p>“Potilaalla ollut aamulla hankalaa kipua alaselässä, ei ole päässyt tuolilta ylös ilman apua. Potilas saanut kipulääkkeen tuolloin.”</p> <p>“Potilas edelleen tuolilla istumassa, kun ei ole päässyt ylös.”</p>	<p>“Potilaan ruokahalu hyvä kuin myös juominen.”</p>		

	<p>“Molemmissa kyljissä sekä selässä tuntuu repivää/sahaavaa kipua, jonka vuoksi ei pääse liikkeelle.”</p> <p>“Annettu Oxynorm mikstuuraa 5mg ko 15:22 kipuun.”</p> <p>“Potilas tarvitsee vaihtelevasti kipulääkettä. Välillä päiviä, jolloin ei tarvitse kipulääkettä ollenkaan. Maksimissaan potilas on saanut Oxynorm mikstuuraa kolmesti päivässä, kun on kipulääkettä tarvinnut.”</p>			
27	<p>“Sanoo että nyt ei ole ollut kipuja. Kipulääkitys toistaiseksi riittävä.”</p>	<p>“Asiakkaalle tuotiin ruuaksi sosekeittoa, minkä söi syötettynä.”</p>		
28	<p>“Levottomuuteen/kipuun? OXYNORM oraaliliuos 1 mg/ml 3 mg.”</p> <p>“Vain lyhyen aikaan nukkunut kipulääkkeen saannin jälkeen.”</p>	<p>“Istumaan nostettu vuoteen reunalle, ei toimeentunut syömään, syötetty puuro ja lääkkeet.”</p>		
29	<p>“Suunniteltu kotiin menemistä, mutta perutaan se, potilas kertoo olevan enemmän kipua vatsan alueella.”</p>			
30	<p>“Laitettu subcutiskanyyli vasempaan reiteen, josta Ondansetron laitettu. Lääkitys tekee kipeää.”</p> <p>“Kivulias hoitotoimenpiteiden ja asennonvaihdon yhteydessä. Kaksi bolusta painettu illan aikana.”</p> <p>“Potilaalle laitettu PCA-kipupumppu.”</p> <p>“Oxanest 5 mg sc. Kipuun.”</p>			

	<p>“Kipuun. OXANEST injektioneste, liuos 10 mg/ml 5 mg. Arviointi: Auttoi, potilas nukahti.”</p> <p>“Nukkunut kipulääkkeen saannin jälkeen.”</p>			
31	<p>“Kurtistaa voimakkaasti kulmiaan ja vaikertaa kävellessä ja pytyllä istuessaan. Pytyllä istuessaan huutaa ja kasvot ovat hikiset. Valittaa kovaa kipua selässä.”</p>	<p>“Omatoimisesti syönyt vuoteen reunalla istuen ja välillä maaten.”</p>		
33		<p>“Syönyt sängyn pääty kohotettuna.”</p>		
35		<p>“Syönyt ja juonut hyvin aamupalalla ja lounaalla.”</p>		
36	<p>“Asukkaan vasen käsi/käsivarsi/olkapää todella kipeä, ylösnouseminen sängystä vaikeaa.”</p>			
38	<p>“Asentoa vaihdettaessa kivulias, näyttää kädellä oikean lonkan aluetta. Samanlaista kipua oli myös 14.8. lauantaina.”</p>			
44		<p>“Asiakas jo syönyt aamupalaa.”</p>		
47		<p>“Ohjattu tekemään voileivän, syö. Sai voileivän syötyä.”</p>		
48		<p>“Puuro haudutettu kattilassa. Asiakas voiteli itse ruisleivän. Lasillinen maitoa ja lasillinen vettä mistä molemmista joi käynnin aikana puolet. Jäi syömään.”</p> <p>“Lämmitetty peruna ja lihapulla sekä muutama pikkuporkkana. Lasi piimää pyytää. Juo lasillisen vettä ja vesilasi täytetty uudestaan. Voitelee itse ruisleivän.”</p>		

		<p>“Lasillinen vettä ja riisipuuroa. Asiakas syö paljon pipareita ja sokeria. Ruoka ei maistu. Tytär tuo jatkossa vähemmän herkkuja josko ruokakin maistuisi.”</p>		
49		<p>“Aamupalaksi puuroa maidon ja voisilmän kera, alkaa syömään. Paino 62 kg.”</p> <p>“Lounaan syönyt. Suihkun jälkeen jää syömään marjapuuroa maidon ja sokerin kera. “</p> <p>“Päivälliseksi lämmitetty pinaattikeittoa. Juomaksi maitoa. Hyvällä ruokahalulla jäi syömään hoitajan lähtiessä käynniltä.”</p> <p>“Iltapalaksi ruismarjapuuroa maidon kera. Hyvällä ruokahalulla jäi syömään hoitajan lähtiessä käynniltä.”</p>		
52		<p>“Aamupalaksi puuro hillolla ja maidolla.”</p> <p>“Syö nyt tuodun lounaan. Kaikki hyvin.”</p> <p>“Iltapalaksi leipää ja maitoa.”</p>		
53		<p>“Asiakas ohjatusti annostelee ruuan lautaselle, lämmitetty. Ruoka maistuu hyvin, vaikka sanoo, ettei ole nälkä.”</p>		
56	<p>“Asiakas kertoo nukkuneensa yönsä huonosti. Jaloissa ollut kipua ym.”</p>	<p>“Paino 92,8kg.”</p>		

