



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Lonkkamurtumapotilaan psyykkinen kuntoutuminen leikkauksen jälkeen terveyskeskuksen vuodeosastolla

---

Paunila, Seija  
Peltola, Kirsi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## **Lonkkamurtumapotilaan psyykinen kuntoutuminen leikkauksen jälkeen terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla**

Paunila, Seija  
Peltola, Kirsi  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Tammikuu, 2012

Paunila Seija ja Peltola Kirsi

**Lonkkamurtumapotilaan psyykkinen kuntoutuminen leikkauksen jälkeen terveyskeskuk-  
sen vuodeosastolla**

Vuosi 2012 Sivumäärä 57

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoille 1 ja 4 lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeisen psyykkisen kuntoutumisen arviointia. Opinnäytetyö on osa kuntouttavan hoitotyön hanketta Lohjan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella. Psyykkisen kuntoutumisen arviointi perusterveydenhuollossa on osa lonkkamurtumapotilaan hoitoketjua.

Projektin aikana opiskelijat muodostivat Lohjan terveyskeskuksen osaston edustajien kanssa työryhmän. Työryhmän tarkoituksena oli kehittää uutta toimintamallia, jolla hoitajat arvioivat lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeistä psyykkistä kuntoutumista. Kehittämistöiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista, jossa tuotetaan uutta tietoa työyhteisön käyttöön. Nykytilanteen kuvauksessa ja uuden toimintatavan arvioinnissa käytettiin tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelua.

Työryhmän työskentelyn tuloksena osastolle haluttiin ottaa käyttöön uudeksi toimintamalliksi Cornell-depressioasteikko ja kasvokuvamittari, jolla hoitajat voivat käyttää apuna arvioidessaan potilaan psyykkistä vointia. Cornell-depressio- ja kasvokuvakyselyt tehdään potilaalle viiden vuorokauden kuluttua osastolle tulosta. Testeistä saaduista tuloksista tehdään yhteenveto. Jos potilaalla todetaan psyykkisen voinnin laskua, lääkäri päättää miten potilasta jatkossa hoidetaan.

Työyhteisössä uutta toimintamallia, Cornell-depressioasteikon ja kasvokuvamittarin käytettävyyttä arvioivat testin tehneet hoitajat swot-analyysin avulla. Cornell-depressioasteikkoa pidettiin haastavana mallina potilaan psyykkisen voinnin arvioinnissa. Uuden kehittämistavan myötä lonkkamurtumapotilaitten psyykkistä kuntoutumista voidaan seurata mittareita käytämällä. Työyhteisö jatkaa lonkkamurtumapotilaiden psyykkisen voinnin arviointia Cornell-depressioasteikolla ja Pain faces scale-kasvokuvilla kuntoutuksen yhteydessä. Potilaan psyykkisestä voinnista kirjataan tarkemmin hoitosuunnitelmaan.

Tulevaisuudessa kehittämistyötä voidaan jatkaa muokkaamalla Cornell-mittarin kysymysten pohjalta osastolle sopiva lomake tai testaamalla vielä muita mittareita, jotta löydettäisiin osaston tarpeisiin sopiva mittari.

Asiasanat: lonkkamurtuma, psyykkinen kuntoutuminen, arviointi, juurruttaminen.

Laurea Lohja  
Health Care  
Nursing

Paunila Seija & Peltola Kirsi

**The post-operative psychiatric rehabilitation of a hip fracture patient at the medical center bed ward**

| Year | 2012 | Pages | 57 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

---

The goal of this thesis was to develop the evaluation of psychiatric rehabilitation after a hip fracture operation for wards 1 and 4 in the Lohja Medical Center.

The thesis is part of a project on rehabilitation nursing “the treatment chain for hip fractures in the LOST area” and concerns the patient’s psychiatric rehabilitation.

During the project students formed a work group with the representatives of the Lohja Medical Center. The purpose of the work group was to develop a new operating model to help nurses to evaluate patients’ psychiatric rehabilitation after a hip fracture operation.

The work is activity-oriented and based on the wishes of the working life. The method used for the development was dissemination, in which the new information is produced for the use by the work community. Theme interviews were used to describe the current situation and to collect data on the evaluation of the new operating method.

As a result of the work of the work group, Cornell depression scale and facial expression meter were suggested to be implemented. These tests can be used to help evaluate the mental well-being of the patient and are performed five days after the patient has been assigned to the ward. The results of the tests are then summarized and, if there is any decline in the patient’s psychiatric condition, the doctor decides on further treatment.

The usability of the new operating model in the work community was evaluated through interviews and by conducting a SWOT analysis. The new methods for mental evaluation were considered challenging. With the new development method, hip fracture patient’s mental recovery can be evaluated by using these meters. The work community will continue to evaluate the patient’s psychiatric well-being during the rehabilitation. The patient’s psychiatric status will be entered in greater detail into the treatment plan.

In the future, research can be continued by testing of different depression meters in order to find the most suitable method for their use.

Keywords: Hip fracture, psychiatric rehabilitation, evaluation, dissemination.

## Sisällys

|   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | Johdanto .....   | 6  |
| 2 | Kehittämistoiminnan ympäristö .....                              | 7  |
| 3 | Kehittämistoiminnan menetelmät .....                             | 8  |
|   | 3.1 Juurruttaminen .....   | 8  |
|   | 3.2 Haastattelu .....  | 10 |
|   | 3.3 Litterointi.....   | 11 |
|   | 3.4 Sisällönanalyysi .....                                       | 12 |
| 4 | Teoreettiset lähtökohdat .....                                   | 13 |
|   | 4.1 Lonkkamurtumapotilas .....                                   | 13 |
|   | 4.2 Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju .....                       | 14 |
|   | 4.3 Psykkinen kuntoutuminen .....                                | 16 |
|   | 4.4 Psykkisen voinnin arviointi .....                            | 20 |
|   | 4.5 Hoitotyön kirjaaminen .....                                  | 21 |
|   | 4.6 Moniammatillisuus .....                                      | 22 |
|   | 4.7 Kuntouttava työote ja kuntoutus.....                         | 23 |
| 5 | Kehittämistoiminnan toteutus .....                               | 25 |
|   | 5.1 Nykytilan kuvaus .....                                       | 25 |
|   | 5.2 Kehittämiskohteen valinta.....                               | 27 |
|   | 5.3 Uuden toimintatavan rakentaminen ja sen juurruttaminen ..... | 27 |
| 6 | Uusi toimintatapa .....  | 29 |
| 7 | Kehittämistoiminnan arviointi .....                              | 30 |
|   | 7.1 Uuden toimintamallin arviointi .....                         | 31 |
|   | 7.2 Kehittämisen eettisyys .....                                 | 34 |
|   | 7.3 Työryhmän toiminnan arviointi .....                          | 35 |
|   | Lähteet .....  | 37 |
|   | Kuvioluettelo .....  | 41 |
|   | Liitteet.....  | 42 |

## 1 Johdanto

Vuosittain Suomessa tapahtuu yli 7000 lonkkamurtumaa. Pitkät sairaalajaksot ovat kalliita ja sitovat resursseja. Merkittävää on se, että kolmasosa kotona kaatuneista ja lonkkamurtuman saaneista jää pysyvästi laitospaikalle. Lonkkamurtuman jälkeen on moninkertainen vaara kaatua uudestaan. Murtumista 19 % tapahtuu laitoshoidossa ja lonkkamurtumien määrä voikin pitää yhtenä laitoshoidon tason mittarina. Laitoshoitoon jäävät jo siellä olleet ja dementoituneet vanhukset. (Hurri 2006, 39.)

Opinnäytetyön aiheena on lonkkamurtumapotilaan psyykinen kuntoutuminen leikkauksen jälkeisessä hoitotyössä LOST Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 ja 4. Kyseiset osastot ovat toivoneet kehittämistyötä aiheesta. Työn muoto on toimintakeskeinen ja sen lähtökohtana on työelämän toivoma kehittämishanke. Osastojen nykytilanne kartoitettiin havainnoimalla ja keskustelemalla hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajan kanssa. Kehittämistoiminta tapahtuu juurruttamalla. Tarkoituksena on kehittää osastolla lonkkamurtumapotilaan psyykkistä kuntouttavaa hoitotyötä. Työn perusteena on edistää terveyskeskuksen vuodeosaston moniammatillista kuntouttavaa yhteistyötä ja potilaan kotiutus mahdollisuutta.

Vuorovaikutus potilaan kanssa vähentää levottomuuden tunnetta ja lisää turvallisuutta. Vanhusten kanssa painottuu vuorovaikutuksen lisäksi voimakkaasti hoivan merkitys. Yleensä on potilaan hoidon tavoitteena toipuminen ja kotiutuminen mahdollisimman nopeasti mutta turvallisesti. Nykykäsityksen mukaan omaisten osuus leikkauspotilaan toipumisessa ja kuntoutuksessa on merkittävä. (Järvinen & Rautiainen 2008.)

Opinnäytetyö on osana kuntouttavan hoitotyön hanketta, jossa kolmen ammattikorkeakoulun (Hamk, Lamk ja Laurea) yhteistyönä toteutettiin kirurgisen hoitotyön kliinistä kehittäjäkoulutusta. Lohjan Laureassa koulutuksessa oli mukana 16 sairaanhoitajaa Lohjan ja Jorvin sairaaloista ja Lostin alueelta. Koulutuksessa sairaanhoitajat tekivät kehittämistyön omalle työpaikalleen. Lostin alueella kehitettiin lonkkamurtumapotilaan hoitoketjua, johon tämä opinnäytetyö liittyy.

Osastolle haluttiin hoitajien työkaluksi mittari, jolla voitaisiin mitata potilaan psyykkistä kuntoutumista. Potilaan psyykinen vointi, onko hänellä masennuksen merkkejä, voitaisiin arvioida hoitajakson aikana. Masennukseen päästäisiin aloittamaan tarvittaessa hoito, ettei se pitkittäisi potilaan hoidon tarvetta ja kotiutumista.

## 2 Kehittämistoiminnan ympäristö

Vuoden 2009 alusta perustettu LOST on Lohjan, Siuntion, Inkoon, Karjalohjan ja Lohjaan liittyneen Sammatin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue. Kuntien asukkaat saavat palvelut omilta terveysasemiltaan ja sosiaalitoimistoistaan. Vammaisten, päihdepotilaiden ja vaikeimmin sairaiden palvelut on keskitetty Lohjalle. (Yliluoma 2009.)

Lohjan kaupunkistrategian konkretisoinnissa painottuu kolme johtoaajatusta. Nämä ovat: kaupunkimaisuuden ja vetovoiman kehittäminen, palvelutuotannon tehostaminen, uudistuminen ja rohkea yhteistyö. Strategia on toiminnan punainen lanka: se on näkemys siitä, miten toimintaa tulee kehittää tulevaisuudessa. Se korostaa valintojen tekemistä, pitkäjänteisyyttä ja johdonmukaisuutta. Strategialla on siis varsin painavat ominaisuudet; se onkin kaupungin johtamisen keskeinen työväline. Lohjalla strategiatyötä on tehty pitkään ja monipuolisesti. Lohjan edellinen kaupunkistrategia on hyväksytty vuonna 2001 ja tämän jälkeen on tehty useita erillisstrategioita. (Lohjan kaupunkistrategia 2005-2013.)

Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastolla 1 ja 4 on potilaita 23 +14 ja heitä hoidetaan moniammatillisesti, ja tavoitteena on hyvä hoito. Hoitoon tulevat tutkitaan, heidän toimintakykynsä arvioidaan ja heidän lääkehoitonsa tasapainotetaan. Koko henkilökunta osallistuu kuntouttamiseen. Potilaan psyykkisessä kuntoutumisessa autetaan potilasta löytämään hänen voimavaransa ja sitä kautta rohkaistaan ja kannustetaan potilasta leikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa omatoimisuuteen, mutta autetaan tarpeen mukaan. Potilas yritetään saada huomaamaan kuntoutuksensa eteneminen tällä osastolla. Näin vahvistetaan potilaan itseluottamusta. Potilaat kotiutetaan aina yhteistyössä omaisten ja kotihoidon kanssa. Osastolla on Lohjan yleiset arvot kuten avoimuus, asiakaslähtöisyys, tasapuolisuus ja tuloksellisuus. (Lostin omat sivut 2011.)

Terveyskeskuksen vuodeosasto tekee yhteistyötä omaisten lisäksi kotihoidon, vanhainkotien, erilaisten vanhusten asumisyksiköiden, Lohjan sairaalan sekä muiden hoitoon liittyvien sidosryhmien kanssa. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat osastolla lääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, lähi/perushoitaja ja sosiaalityöntekijä. Lonkkamurtumapotilaiden hoitojaksot kestävät osastoilla kahdesta viikosta-vuoteen, jotkut potilaat jäävät pysyvästi laitoshoidon. (Lostin omat sivut 2011.)

### 3 Kehittämistoiminnan menetelmät

Kehittämällä tavoitellaan työyhteisöön uutta mallia ja sitä käytetään apuna hoitotyössä. Kehittäminen on muutosta parempaan ja sillä tarkoitetaan prosessia ja tulosta. Tutkiminen ja kehittäminen toimivat yhdessä onnistuneesti. Kehittämistä voidaan tarkastella monella eri tapaa. Hankkeesta voidaan tehdä raportti ja siihen kerätään tutkittua tietoa. Näin voidaan ottaa työväliseksi kehitetty tieto. Projektina tehty kehittäminen on hanke, joka tehdään kokonaisuutena aikataulussa. Hankkeilla on yleensä tavoitteet ja ne kuvaavat muutosta työyhteisöön. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 22-25.)

#### 3.1 Juurruttaminen

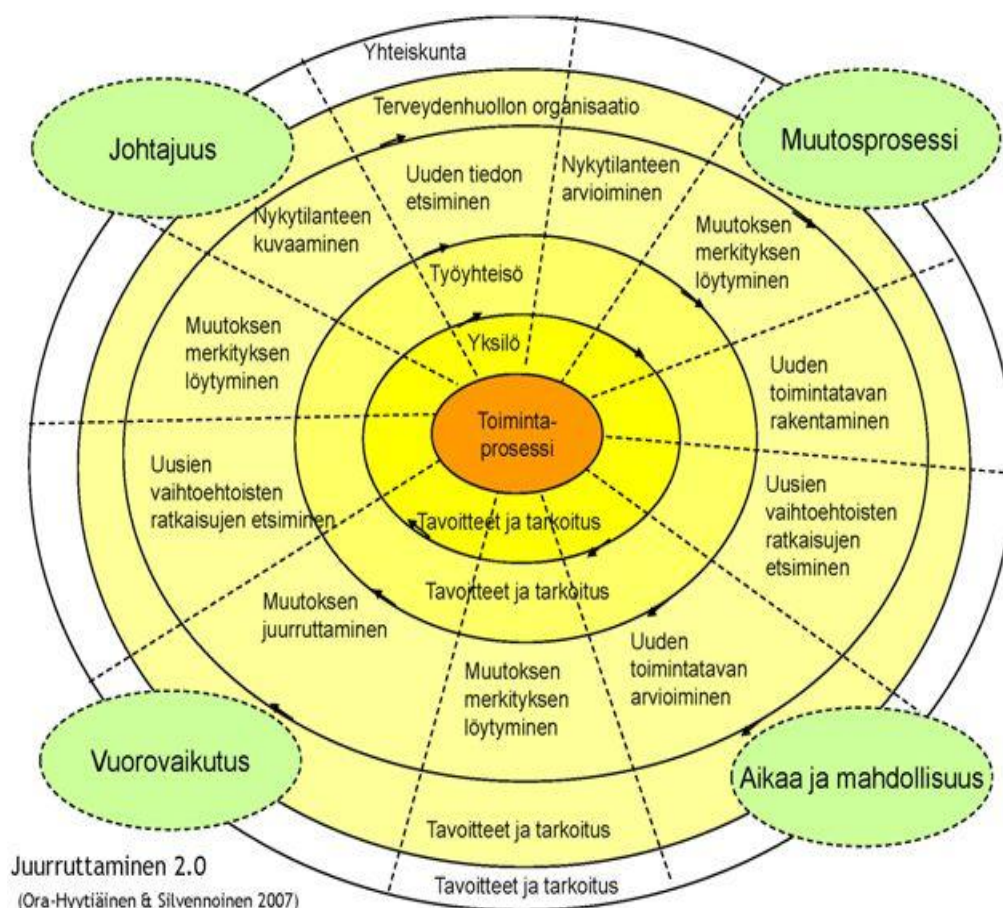
Juuruttaminen on prosessi, jossa uusia toimintatapoja otetaan käyttöön ja vakiinnutetaan osaksi jo olemassa oleviin työkäytäntöihin. Siinä muokataan työtoimintaa ja työympäristöä yhteen sopiviksi, jota käyttäisi koko työyhteisö. Juurruttamalla tuodaan uutta tutkittua tietoa työpaikalle ja kehitetään sitä yhdessä. Hiljainen tieto on olennainen tässä toiminnassa. Hiljainen tieto on subjektiivinen, intuitiivinen ja henkilösidonnaista tietoa. Kehittämistoiminta kiteytetään yhteisön toimintaan, jota opinnäytetyössä tuodaan esiin. Aina tieto ei ole muutettavissa, vaan tieto pitää näyttää muulla keinoin. Tieto on usein näkyvää, teoreettista ja tutkittua. Juurruttaminen on oppimisprosessi ja vuorovaikutuksessa tuodaan työyhteisöön uutta tutkittua tietoa. Tavoitteeksi on laitettu muutos hoitotyön toiminnassa ja ajattelu tavassa. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4.)

Prosessi toteutetaan kolmiosaisena, opinnäytetyöpajat, työryhmät ja työyhteisö. Muutosta edistävät työryhmät, muutosta tekevät työyhteisö sekä johtajat johtavat muutoksen tapahtumisen. Vuorovaikutus työryhmien välillä on tärkeää, jotta saadaan muutos tapahtumaan. Opinnäytetyön työpajat ovat tärkeässä roolissa asian etenemiseen. Työpajoja muodostetaan erilaisten aiheiden mukaan. Juurruttaminen perustuu japanilaisten kehittämään kahden tiedon lajin välisiin tietojen käsittelyjen kierroksiin. Juurruttamisprosessiin liittyy paljon vuorovaikutusta osapuolten kesken. Johtamisen tehtävä on juurruttamisen mahdollistaminen, salliminen ja edistäminen. Tiedon käsittelyyn ja käytäntöön vaikuttavat toimijat sekä toiminnan ympäristö. (Ahonen ym. 2006, 17.)

Uuden mahdollisen ratkaisun etsiminen on yksi osa muutosprosessia, joka auttaa työyhteisössä konkretisoimaan muutoksen merkitystä. Juurruttamisprosessissa ovat osallisina työyhteisö, opiskelijat sekä opettajat ja ohjaajat, jotka yhdessä työstävät uutta toimintatapaa työyhteisöön. Osallistumisesta syntyy muutosprosessi, johon tarvitaan yhteistä aikaa, toteutusmahdollisuutta ja vuorovaikutteisuutta. Juurruttamisen kehään kuuluu yhteisten toimintojen läpikäyminen ja osallistumisen dialogi. (Ora - Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)

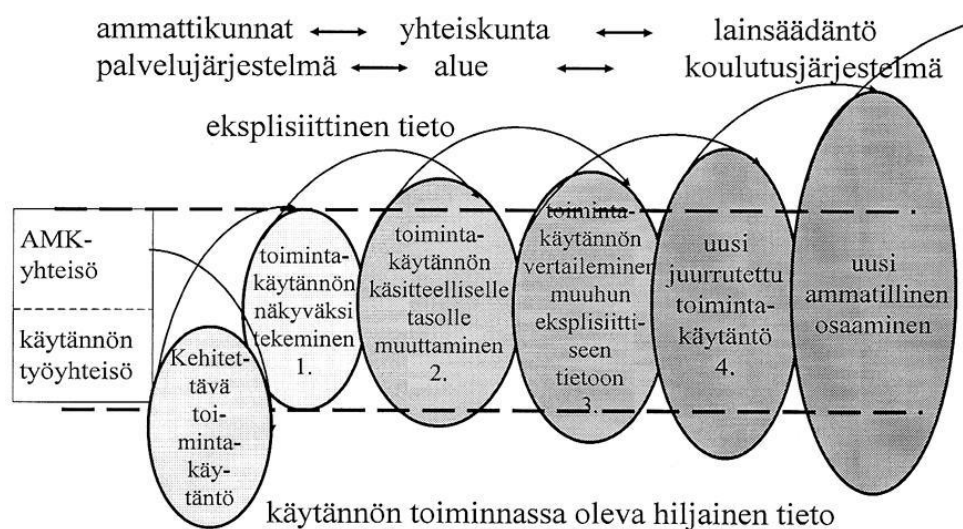


Jotta muutosprosessiin päästäisi, tarvitaan hyvää vuorovaikutusta ja selkeää johtajuutta. Kaikki tämä prosessi tarvitsee aikaa ja mahdollisuuden (kuvio 1). (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)



Kuvio 1: Juurruttaminen 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Juuruttamisen kehittämistoiminta on jaettu kuuteen juurruttamisen vaiheeseen (kuvio 2). Ensin tunnistetaan kehittämiskohteen nykytoiminta ja työyhteisön hiljainen tieto pyritään saamaan näkyväksi. Toisella kierroksella kuvataan työyhteisön nykytilanne ja muutetaan se käsitteiksi. Kolmannella kierroksella etsitään kehittämiskohde. Neljännellä kierroksella haetaan tutkittua ja teoreettista tietoa. Viidennellä kierroksella muodostetaan uusi toimintamalli. Kuudennella kierroksella pyritään juurruttamaan uusi toimintamalli työyhteisössä. (Ahonen ym. 2005, 5-7.)



Kuvio 2: Tiedonkäsittelyn kierrokset 1.0 (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 6)

### 3.2 Haastattelu

Kehittämistyö on kokonaisvaltaista tiedon hankkimista ja aineisto kerätään jokapäiväisestä elämästä todellisista tilanteista. Tässä otetaan huomioon kohde kokonaisuudessa ja analysoidaan. Aineisto kerätään haastattelemalla, esimerkiksi teemahaastattelulla tai parihaastattelulla. Laadulliseen haastattelun kohde valitaan tarkoituksenmukaisesti ja kaikki vastaajat on ainutkertaisia. Aineisto analysoidaan ja otetaan yksilöllisyys huomioon.

(Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, kun siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutussuhteessa haastateltavaan. Tällaisesta tiedonkeruumenetelmästä on sekä haittaa ja etua. Pääasiassa etuna pidetään joustavuutta aineistoa kerätessä. Haastattelussa voidaan kerätä aineistoa vastaajia myötäillen sekä joustavasti myös tilanteen edellyttämällä tavalla. Haastattelun aikana on mahdollisuus vaihdella asioiden järjestystä sekä tulkita vastauksia erilalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 199 - 200.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä käy hyvin tähän opinnäytetyöhön, koska tavoitteena on saada tietoa potilaan psyykkisestä kuntoutumisesta haastattelulla. Nämä kuvaukset pitävät sisällään hoitohenkilöiden ajatuksia psyykkisestä kuntoutuksesta. Laadullisella tutkimusmenetelmällä on mahdollista tavoittaa potilaan koettua tapahtumaketjua, oman elämän kulkua ja elämän pidemmälle sijoittuvaa asiaa (Vilka 2005, 97).

Laadullista tutkimusmenetelmää voidaan toteuttaa monella tavalla. Usein kokemukset kerätään puheen muodossa haastatteleamalla. Tämä on järjestelmällistä tiedon keruuta ja havainnointia osaston toimintaa. Laadullisen tutkimusmenetelmän haastattelumuotoja ovat: tutkimushaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Teemahaastattelu on yleisin käytetty haastattelu muoto, siitä käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu.

(Vilkkä 2005, 101.)

Useat seikat joita pidetään haastattelun etuna, sisältävät myös eräänlaisia ongelmia. Haastattelussa kuluu paljon aikaa. Haastattelujen tekeminen vaatii suunnittelua, kouluttautumista haastattelijan rooliin ja tehtäviin. Haastatteluun voi tulla virhelähteitä, jotka voivat johtua haastattelijan ja haastateltavan kokonaisuudesta kyseisessä tilanteessa. Haastateltava voi kokea haastattelu tilanteen pelottavaksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 201.)

Kysymysten muotoiluun tulisi kiinnittää paljon huomiota, sillä on tärkeitä minimoida haastattelijan vaikutus vastauksiin. Kysymykset tulisi muodostaa niin, että ne liittyvät edeltäviin kysymyksiin aihealueittain. Kuitenkin olennaista on kysymyksien muotoilu, jotta ne jättävät haastateltavien omille tavoille tilaa kuvata puheena olevaa asiaa. Tutkimushaastattelu yleensä rakentuu olennaisesti kysymyksiin ja vastauksiin. Kysymykset toimivat myös velvoitteena vastaajille. (Ruusuvoori & Tiitula 2005, 27, 51, 55.)

Tiedonkeruumenetelmänä opinnäytetyössä käytetään teemahaastattelua. Teemahaastattelu toimii toiminnallisessa opinnäytetyössä silloin, kun aineistoa kerätään jostain tietystä teemasta. Teemahaastattelua voidaan käyttää, kun tutkittavaa asiaa ei tunneta hyvin ja tutkimusasetelmaa ei ole määritetty tarkasti, vaan se täsmentyy hankkeen edetessä. Teemahaastattelussa tutkija esittää avoimia kysymyksiä, joihin ei ole vastausvaihtoehtoja valmiina. Teemahaastattelu on käyttökelpoinen kvalitatiivisessa ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Sen aineisto voidaan saattaa tilastollisen analyysin edellyttämään muotoon ja sitä voidaan analysoida ja tulkita monin eri tavoin. (Hirsjärvi ym. 2007, 203; Airaksinen & Vilkkä 2003, 63.)

Strukturoitu- eli lomakehaastattelu tapahtuu lomaketta apuna käyttäen, jossa ennalta laadittujen kysymysten ja väitteiden muoto ja esittämisjärjestys on ennalta määrätty. Strukturoidussa lomakkeessa vastaajalla on mahdollisuus valita yhden tai useamman vaihtoehdon välillä annetusta listasta. (Hirsjärvi ym. 2007, 203.)

### 3.3 Litterointi

Aineiston litterointi tarkoittaa tallennetun laadullisen aineiston puhtaaksi kirjoittamista. Aineistoa voidaan litteroita koko kerätystä tiedosta tai teema-alueiden mukaisesti. Litteroinnin tarkkuudesta ei ole yksiselitteistä ohjetta, mutta ennen litteroimista on tiedettävä, minkä-

laista analyysia aiotaan tehdä ja käytetäänkö jotakin analyysiohjelmaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.)

Litteroimisessa on tärkeä, että kaikki puhutut lauseet ja virkkeet saa kirjoitettua ylös. Jos haastattelusta poimitaan vain keskeisimmät asiat, on riskinä, että jotakin tutkimuksen kannalta tärkeää materiaalia voi jäädä huomioimatta tai tutkimuksen ulkopuolelle. Osittainen aineiston käyttö tulee aina perustella tutkimusraportissa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138-141.)

Litterointi toimii hyvänä muistiapuna ja helpottaa tärkeiden asioiden yksityiskohtien havaitsemista aineistosta. Litteroinnin tarkkuus on riippuvaista tutkimuskysymyksistä ja käytetystä tutkimusmetodista. Mitä enemmän aineistoa analysoidaan vuorovaikutuksena, sitä tärkeämpää on litteroinnin tarkkuus. (Ruusuvuori ym. 2005, 16.)

### 3.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida suullista tai kirjallista kommunikatiota. Menetelmällä voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkitystä, seurauksia ja yhteyksiä. Analyysin tavoitteena on analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentteja ovat esim. kirjat, haastattelut, keskustelut, artikkelit raportit ym. kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Sisällönanalyysi on tapa kuvailla, järjestää ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä ja saattaa tutkittava ilmiö tiivistettyyn ja yleiseen muotoon. (Janhonen, & Nikkonen 2001, 23-24)

Sisällönanalyysissä aineistoa tutkitaan eritellen, yhtäläisyyksiä etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jota tutkitaan jo valmiiksi tekstimuotoisena tai jo sellaiseksi muutettua aineistoa. Tutkittavat tekstit voivat olla usein mitä vain esimerkiksi kirjoja, haastatteluja, keskusteluita sekä puheluita. Sisällönanalyysillä muodostetaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset laajempaan koskeviin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Sisällönanalyysilla voidaan tarkoittaa myös laadullista sisällönanalyysia kuin sisällön määrällistä erittelyä sekä molempia voidaan hyödyntää samaa aineistoa analysoitaessa. Sisällönanalyysia voidaan jatkaa tuottamalla sanallisesti kuvatusta aineistosta määrällisiä tuloksia. Tutkimusaineiston laadullisessa sisällönanalyysissä aineisto pirstotaan pieniin osiin ja käsitteellistetään sekä lopuksi laitetaan uudelleen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysia voidaan tehdä aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti. Näillä on erona analyysin ja luokittelun perustuminen valmiiseen teoreettiseen viitekehykseen tai aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109 - 116; Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

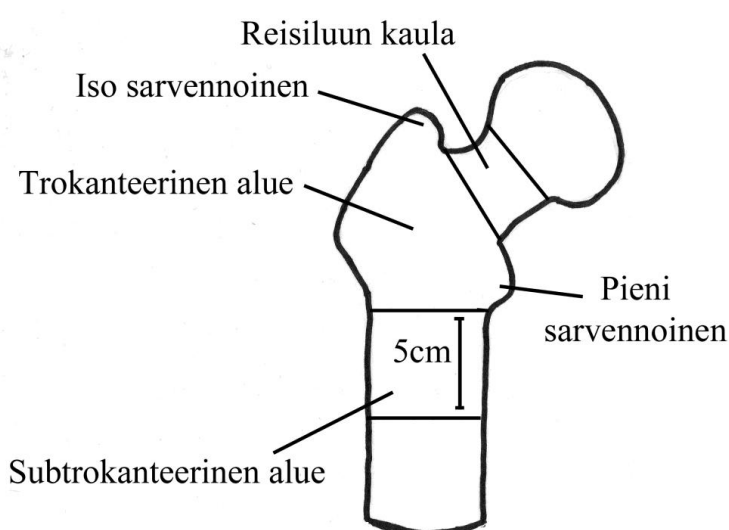
## 4 Teoreettiset lähtökohdat

### 4.1 Lonkkamurtumapotilas

Suomessa tapahtuu vuosittain yli 7000 lonkkamurtumaa. Lonkkamurtuma aiheutuu luiden haurastumisesta tai kaatumisesta. Seitsemän kymmenestä murtumasta tapahtuu naisille, joiden keski-ikä on 80 vuotta. Lonkkansa murtavat miehet ovat keskimäärin 75-vuotiaita. Lonkkamurtumista kolmannes tapahtuu laitoksissa, koska potilaan tasapaino- ja voimaharjoittelu jäävät niissä vähäiseksi. (Aho, Arnala & Österman 2006, Lonkkamurtumasta kuntoutuminen 2010.)

Lonkkamurtuma pyritään hoitamaan leikkauksella. Reisiluun murtumatyyppi vaikuttaa hoitomuodon valintaan. Hoitomuotoina käytetään endoproteesin asettamista, naulausta ja konservatiivista hoitoa. Jos kyseessä on reisiluun sarvennoisen murtuma ja luutumista on odotettavissa, käytetään naulaamista. Hyväkuntoisilla vanhuksilla ja nuorilla naulaus on yleisin vaihtoehto. Murtuman ollessa lähellä reisiluun päätä asetetaan leikkauksessa puoliproteesi. Proteesipotilas on yleensä 65-75 vuotias ja hänellä on muita sairauksia. Huonokuntoisille vuodepotilaille, joita ei voida leikata muiden sairauksien vuoksi, käytetään konservatiivista hoitoa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 710-711.)

Lonkkamurtumat voidaan luokitella murtumatyyppin sijainnin mukaan, reisiluun kaulan murtumiin, trokanteerisiin murtumiin tai subtrokanteerisiin murtumiin (Kuva 3.)



Kuvio 3: Reisiluun yläosa (Arnala, I 2011.)

Lonkkamurtumat lisääntyvät ihmisten vanhetessa, joten tehokas ja oikea-aikainen kuntoutus estää tapaturman aiheuttamien haittojen pitkittymistä ja edistää nopeaa kuntoutusta takaisin kotihoitoon (Pietikäinen, Heinonen, Karppi & Huusko 2003. 191). Yli 65-vuotiaista kotona asuvista kolmasosa kaatuu ainakin kerran vuodessa. Lonkkamurtumat ovat kaatumistapaturmasta johtuvia eriasteisia reisiluun murtumia, joita hoidetaan leikkauksella. Nämä tilanteet tulevat yllätyksenä ja aiheuttavat henkistä ja fyysistä tuskaa potilaalle. Potilaalta kuitenkin edellytetään omaa motivaatiota hoitoon ja paranemiseen hoidon kaikissa vaiheissa. (Hyttinen & Kainava 2011. )

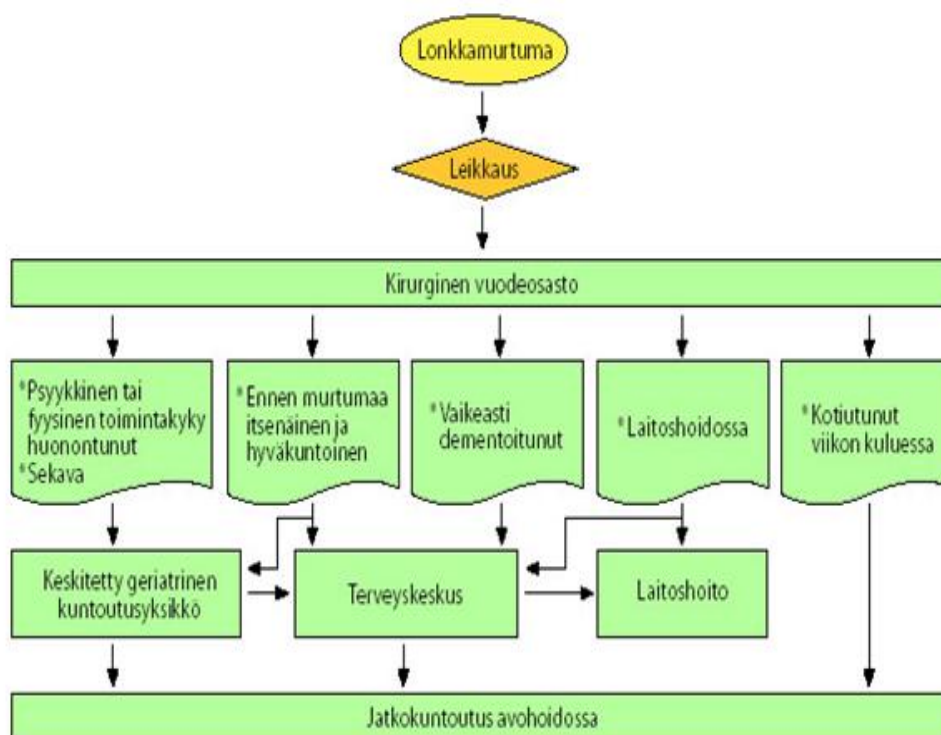
Vanhuksille tapahtuu yleensä kotitapaturmia ja kaatumisia. Vanhuksille kaatuminen aiheuttavat sairaalaan joutumisen. Jatkuvat kaatuilemiset tulisi selvittää lääkärin tarkastuksella ja muilla tutkimuksilla. Kaatumisten taustalta voi usein löytyä vakava, terveyttä uhkaava sairaus, joka vaatii tutkimuksia ja hoitoa. Vanhusten uudelleen kaatumisen ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota. Riskihenkilöt tulisi tunnistaa jo perusterveydenhuollossa ja ammattilaisten tulisi kysyä kaikilta ikääntyneiltä asiakkailta kaatumisista ja niiden määrästä viimeksi kuluneen vuoden aikana. (Rinne 2011.)

Lönngoos väittää tutkimuksessaan (2009), että suurin osa ikääntyneiden tapaturmista sattuu kaatumisen seurauksena ja näin tapahtuu myös lonkkamurtumissa. Lönngoosin tutkimuksen mukaan myös ikääntyvien käyttämät psyykenlääkkeet voivat lisätä kaatumisvaaraa. Useissa tutkimuksissa todettiin Lönngoosin (2009) mukaan psyykenlääkkeiden käytön ja kaatumisvaaran välinen yhteys. ”Epidemiologisen tutkimuksen tavoitteena oli selvittää lonkkamurtumien ilmaantuvuutta, kuolleisuutta ja sairaalahoitopäivien käyttöä. Tyypillinen lonkkamurtumapotilas oli yli 80-vuotias omassa kodissaan asuva nainen, joka oli kaatunut sisätiloissa. Tutkimuksessa Lönngoos huomasi, että psyykenlääkkeiden käyttö myös lisääntyi ensimmäisen lonkkamurtuman jälkeen niin, että 36 % potilaista käytti ko. lääkettä ensimmäisen murtuman aikaan ja että toisen murtuman saaneista 59 % käytti psyyken lääkkeitä. (Rinne 2011.)

#### 4.2 Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju

Hoidon keskeiset periaatteet ovat kuntouttava työote ja varhainen mobilisaatio. Kaikki mitä tehdään potilaan kanssa, wc:ssä käynnistä alkaen on osa kuntoutusta. Varausluvat leikkauksen jälkeen eivät perustu tieteelliseen näyttöön vaan totuttuun tapaan. Palaveriin, jossa suunnitellaan potilaan hoitoa, pitäisi osallistua lääkäri, fysioterapeutti, kuntohoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja osastonhoitaja, koska kaikkien asiantuntemus on tärkeää. (Hurri 2006, 40.)

Leikkauksen jälkeisen jatkohoitoapaikan valinta riippuu potilaan murtumaa edeltänyt psyykinen ja fyysinen suorituskyky ja kuntoutumisen tavoitteet. (Kuvio 4) Potilaan kotiutuminen vaatii tavoitteellista kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaa. (Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju 2011.)

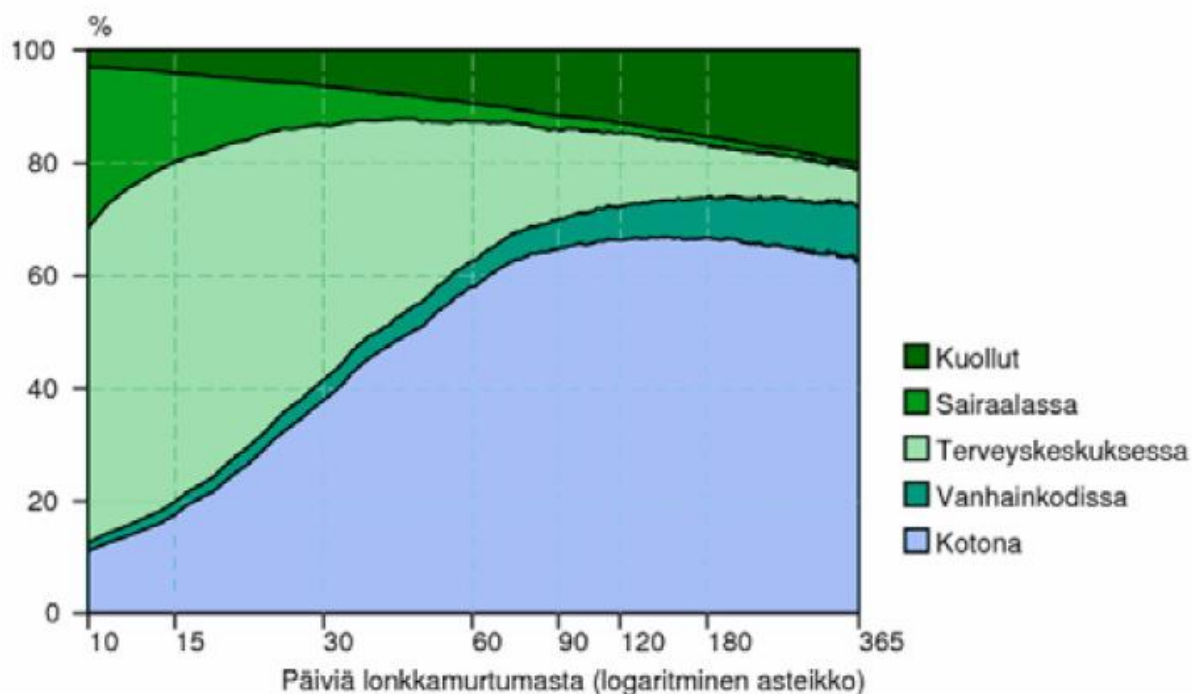


Kuvio 4: Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju (© 2011 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim)

Potilaat ovat usein sekavia, hämmentyviä ja nestehukasta kärsiviä tullessa hoitoon. Omatoimisuuteen kannustaminen ja yleistilan kohentaminen on tärkeää hoidon kannalta. Kipulääkettä pyritään antamaan suun kautta ja nesteytystä annetaan sitä tarvitseville, näin saadaan potilas kuntoutumaan. (Pietikäinen ym. 2003.194.)

Suomessa lonkkamurtumapotilaiden hoitoajat erikoissairaanhoidossa ovat varsin lyhyitä ja potilaat siirtyvät nopeasti jatkokuntoutukseen terveyskeskuksen vuodeosastolle. Vuonna 2007 leikkaushoitajakson kesto oli keskimäärin n.seitsemän vuorokautta.

Tiladiagrammi 50 vuotta täyttäneille kotona asuneille lonkkamurtumapotilaille (Kuvio 5.) vuonna 2007 (Käypähoitosuositus 2011.)



Kuvio 5: Käypähoitosuositus 2011.

#### 4.3 Psyykinen kuntoutuminen

Psyykinen kuntoutus on tärkeä osa-alue, jotta lonkkamurtumapotilaan hoidosta tulee kokonaisvaltaista. Lonkkamurtuma on traumaattinen ja äkillinen tapahtuma, joka aiheuttaa avuttomuuden tunteen potilaalle. Murtumasta kuntoutuminen on hidasta ja se aiheuttaa liikuntakyvyn alenemisen. Potilaan itseluottamus ja aloitekyky alenevat, voimavarat kuluvat ja riski masentuneisuuteen lisääntyy. (Liponkoski & Routasalo 2001, 263; Routasalo & Lauri 2001, 211.)

Potilaan psyykkisen kuntoutumista vaikeuttaa muun muassa muistihäiriöt ja muut sairaudet. Alzheimer- ja muiden dementiapotilaiden kohdalla iso ongelma on kommunikoinnin vaikeus. Lonkkamurtumapotilaista suurin osa on vanhuksia ja heillä on monenlaisia perussairauksia. Esimerkiksi yleiskunto on usein heikko, jolloin kuntoutumisjaksot ovat pitkät ja itseluottamuksen luominen on vaikeaa. Potilaan itseluottamus ja aktiivisuus on pitkälti kiinni potilaan elämänsenteesta. Positiivisen elämänsenteen omaavan potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen on helpompaa, kuin negatiivisen elämänsenteen omaavan potilaan tukeminen. Positiivi-



sen elämänasenteen omaava potilas on kiinnostunut kuntoutumaan ja haluaa selvittää omatoimisesti.

Kuntoutujan olisi hyvä saada osastolla psyykkistä tukea hoitohenkilökunnalta ja omaisilta. Kuntoutujan kanssa puheeksi otetaan murtuman aiheuttamat pelot, surut ja ahdistavat asiat. Tuetaan potilasta keskustelemalla hänen tuntemuksistaan, koskettamalla, rohkaisemalla ja mielialaa parantamalla. Hoitajalta vaaditaan hyviä kommunikointitaitoja ja kykyä asettua kuntoutujan asemaan. Kuntoutujaa auttaa selviytymään hoitajalta ja omaisilta saatu tuki. Omaisilta saatu tuki on erityisen tärkeää, koska kuntoutujan on helpompi puhua tuntemuksistaan lähiomaisten kanssa. Tunteista ja tuntemuksista puhuminen parantaa hyvinvointia, vähentää stressiä ja lisää aloitekykyä sekä omatoimisuutta. (Liponkoski & Routasalo 2001, 258-265.)

Kuntoutumistulokset ovat hyviä potilaan näkökulmasta, mutta se vaatii paljon kuntoutusta edistävää toimintaa. Hoitajien pitää edistää vanhusten kuntoutumista kannustamalla, yksilöllisellä kohtaamisella, kosketuksella tai vaikka hymyllä. Näillä on merkitystä potilaan mielialaan. Omaisista on tuki vanhuksille ja tärkeä kuntoutuksen kannalta myös henkisesti. Ikääntyvien määrä lisääntyy ja myös avuntarve, niinpä tulevaisuudessa hoitotyön määrä kasvaa. Psykkiseen kuntoutumiseen tarvitaan potilaan omaa osallistumista, omaisten ja sosiaaliverkoston tukea (tarvittaessa myös vertaistukea), hoitajien ja lääkärin kannustusta sekä tarvittaessa lääkkeitä. (Liponkoski & Routasalo 2001.)

Lonkkamurtumapotilaan toipumisen kannalta olisi tärkeää päästä nopeasti leikkaukseen, joka ei kuitenkaan ole aina mahdollista. Vanhuksella on muita sairauksia joiden tasapainoon saaminen on välttämätön. Leikkaukseen menevän vanhuksen kivun hoito on saatava kuntoon. Tulehduskipulääkkeet rasittavat munuaista kun taas opioidit lamaavat hengitystä ja aiheuttavat sekavuutta. Sekavuus voi ilmaantua myöhemminkin: esimerkiksi esilääkkeet, kipulääkkeet ja nukutuslääkkeet altistavat sekavuudelle. Erityisen vaarallinen on sekavuuden hiljainen muoto, jossa vanhus on masentuneen oloinen. Vanhus voidaan virheellisesti tulkita dementoituneeksi ja helppohoitoiseksi. Sekavuus pitää kuitenkin hoitaa, sillä se heikentää ennustetta ja kuoleman vaara on suuri, jos sekavuus jää diagnosoimatta. Lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat rauhallinen hoitoympäristö, potilaan kiireetön käsittely hoitotoimenpiteissä, aktiivinen kuntouttava hoito ja omaisten läsnäolo. (Hurri 2006, 41.)

Lonkkamurtuman yhteydessä delirium eli äkillinen sekavuus on hyvin yleinen. Sen oireet ilmaantuvat päivien tai tuntien kuluessa leikkauksesta. Delirium on elimellisten tekijöiden aiheuttama aivojen vajaatoimintatila, jonka oireita ovat tarkkaavuuden, tajunnan ja vireystilan muutokset, aistiharhat, muistihäiriöt sekä uni-valverytmin ja psykomotorisen aktiivisuuden muutokset. Sitä esiintyy 25-61 prosentilla leikatuista. Deliriumille altistavat korkea ikä, de-

mentia ja Parkinsonin tauti. Oireet lievittyvät tavallisesti 10-12 vuorokauden kuluessa, mutta voivat kestää pitempäänkin. Deliriumin kehittyminen lonkkamurtumapotilaalle ennakoii suurempaa kuolleisuutta, pidempää toipumisaikaa ja suurempaa vaaraa joutua laitoshoitoon. Lisäksi potilaan psyykinen ja fyysinen toimintakyky palautuvat tavallista huonommin. (Aho, Arnala & Österman 2006.)

Delirium vaikuttaa merkittävästi kuolleisuuteen, kuntoutumiseen ja kognitioon. Deliriumin ehkäisy, diagnosointi ja hoito vaativat erityistä huomiota ja osaamista hoidon alusta lähtien. Seulontaan voidaan käyttää CAM-mittaria. Vanhuspotilaiden hoitoon perehtyneen henkilökunnan toteuttama laaja-alainen moniammatillinen kuntoutus ja geriatrinen arviointi vähentävät deliriumin vaikeusastetta. (Aho ym. 2006.)

Psyykkisessä kuntoutumisessa on tärkeää, että vanhuksella on käytettävissä paljon toivon elementtejä. Tärkeimmät näistä ovat tavoitteiden asettaminen, potilaan informointi asioista, hengellisyuden tukeminen, positiiviset ihmissuhteet ja hyvä suhde omaisiin. Siihen kuuluu myös luottamuksellisuutta, vanhuksen ihmisarvon vahvistamista ja eläytymistä hänen tilanteeseensa sekä rohkaisua ja ymmärtämistä. (Kohonen ym.2007.) Yksinäisyys ja sosiaalinen eristyneisyys johtavat kognition ja toiminnan heikkenemiseen, näin ollen vanhus joutuu usein laitokseen. Vanhus on usein kuntoutumisprosessissakin passiivinen osallistuja, hänen ylitseen puhutaan tai hänen puolestaan tehdään asioita. (Pitkälä ym. 2007.)

Lonkkamurtumapotilaan fyysisen toimintakyvyn aleneminen voi vaikuttaa haavoittavasti itsetuottamukseen. Tästä syystä riski masentua lisääntyy, joka vaikuttaa haitallisesti toivon ylläpitämisessä ja motivaatioon yrittää itse. Vanhus voi itse vaikuttaa terveytensä saavuttamiseen ja sen ylläpitämiseen. Siihen vaikuttaa myös miten henkilö kokee muuttuvan tilanteen ja hyväksyy siihen kuuluvan hoidon. Se miten ottaa vastuun itsestään ja sitoutuu hoitoon vaikuttavat kuntoutumiseen. Vanhuksen pitää käsitellä tunteensa, löytää tasapaino ja saavuttaa tavoitteet. Nämä vaikuttavat psyykkiseen kuntoutumiseen ja elämän laatuun. (Ryppö & Salonen 2008.)

Vanhusten yleisin mielialahäiriö on masennus. Erilaiset sairaudet sekä voimavarojen vähentyminen voivat johtaa masennukseen. Naisilla on miehiä yleisemmin masennusoireita sekä laitoksissa hoidettavilla on muita yleisemmin masennusta. Masennusta aiheuttavat myös muistihäiriösairaudet, pitkäaikaiset kiputilat, menetykset ja yksinäisyys. (Omaiset mielenterveys-työn tukena Tampere ry 2011.)

Vanhuksilla masennus jää usein hoitamatta koska ajatellaan, että masennus liittyy ikääntymiseen tai sairauteen. Vanhusten masennus voi ilmetä erilaisena kuin muilla ikäryhmillä. Hoitajat eivät usein edes tunnista masennuksen oireita, lääkkeellistä hoitoa tai miten masennuksen

kanssa edetään. Masennuksen oireita ovat muistiongelmät, sekavuus, sosiaalinen vetäytyminen, ruokahaluttomuus, laihtumine, epämääräinen valitus, unettomuus, ärtyisyys ja harhaluulo. (Duckworth 2009.)

Depressio on mielialan muutos, sen keskeinen ominaisuus on alakuloisuus eli mielialan lasku. Masennus voi olla lyhytaikainen tunnereaktio tai pidempään jatkuva tunnetila. Pitkittynyt stressi voi aiheuttaa tai laukaista masennusta. (Lönnqvist 2009.) Sairastumisen myötä mielialan muutokset toivottomuus, viha, ahdistus ja ärtyisyys voivat vaikuttaa ja näiden käsittely vie oman aikansa. Jokapäiväisistä toiminnoista suoriutuminen alkaa ahdistaa, kun ne eivät enää suju. Kipu ja väsymys myös aiheuttavat ärtyymistä. Sairauden tuoma epätietoisuus, hoito, toimintakyvyn muutos, suhteet henkilökuntaan ja jatkosuunnitelmat vaikuttavat mielialaan. (Kyngäs 2007.)

Mielialaa voidaan arvioida yksinkertaisesti kysymällä, onko vanhus masentunut. Kysellään helppoja kysymyksiä, ollaan ystävällisiä ja kiinnostuneita heidän sairaudestaan. Kun epäillään masennusta, voidaan mielialaa arvioida erilaisin mieliala-asteikoin. Näiden avulla tavoitellaan erilaisia oireita ja tunnetilan voimakkuutta. (Heikkinen 2007, 136.)

Masentuneen vanhuksen kohtaaminen vaatii taitoja. Epämääräisten vatsakipujen ja päänsäryn taustalla voi olla masennusta, jolloin hoitohenkilökunnan on syytä selvittää särkyjen taustaa. Iäkkään ihmisen masennusta ei pidä nähdä ”masentuneena vanhuksena” vaan tulee huomioida omana persoonana. Hoitajan pitää kuunnella kärsivällisesti mitä vanhuksella on sanottavana, sekä myös huomioida miten masentunut kokee oman tilanteensa. (Vanhustyö 2010, 6.)

Masentuneen itsetuntoa voidaan kohottaa kannustamalla, rohkaisemalla, myönteisellä asenteella sekä herättää toiveita onnellisemmasta elämästä. Pienetkin asiat auttavat tuntemaan arvokkuuden, kuten yhteydenpito, lepo, ravinto ja huolehtiminen. Fyysisellä kosketuksella tuodaan läheisyyden tunnetta. Masentuneen kohtaaminen on haastavaa hoitohenkilökunnalle ja omaisille, sillä masentuneen kanssa voi olla ahdistava tunne. Masennuksen edetessä hoitajat voivat kokea itsenä riittämättömäksi, kun masentunut haluaa apua hoitajilta. Tärkeintä on, ettei hoitaja itse ahdistu ja kuormita masentunutta entisestään. Masentuneen kohtaamisessa ei ole mitään valmista mallia, vaan jokainen käsitellään yksilöllisesti. (Vanhustyö 2010, 6.)

#### 4.4 Psyykkisen voinnin arviointi

Suomessa on käytössä useita mittareita, jotka liittyvät psyykkiseen terveyteen ja positiiviseen käsitykseen omasta itsestä sekä käsitykseen itseä koskevien tärkeiden asioiden hallinnasta. Psyykkiselle toimintakyvylle ei ole yleistä yhtenäistä määritelmää. Sillä tarkoitetaan kykyä tuntea, kokea, muodostaa käsityksiä omasta itsestä, sekä ympäröivästä maailmasta, suunnitella elämäänsä, tehdä sitä koskevia ratkaisuja ja valintoja. Mittareista on saatavilla eripituisia versioita ja lyhyiden versioiden on todettu toimivan hyvin suhteessa pidempiin versioihin. Useat psyykkisen toimintakyvyn mittarit kartoittavat lähinnä psyykkisen toimintakyvyn vajaita. Tutkimuksissa on tärkeää mitata psyykkistä toimintakykyä laajasti siten, että myös jatkumon positiivinen pää huomioidaan. (Psyykkisen toimintakyvyn mittaaminen väestötutkimuksissa. 2011.)

Mini-Mental State Examination MMSE (Liite 3) on muistin ja tiedonkäsittelyn arvioimiseen tarkoitettu minitesti. Testin tekemiseen menee aikaa 10-15 minuuttia, riippuen potilaasta. MMSE on helppo ja se soveltuu muistisairauden seulontaan ja seurantaan. Varhaiseen ja lievään muistisairauden seulontaa testi ei sovellu. Tehtävät ovat kielellisiä, mieleen painamista, tarkkaavaisuutta, laskuja sekä hahmotusta. Kokonaispisteet ovat 30 ja virheet vähentävät pisteitä, näin saadaan selville potilaan muistikyky. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007.)

Rava-toimintakykymittarilla (Liite 2) arvioidaan potilaan avuntarvetta. Myös sanallinen ohjaus on avuntarvetta. Toimintakyky arvion tekee yleensä omahoitaja. Mittari koostuu 12 osiosta, josta valitaan yksi parhaiten potilasta kuvaava vaihtoehto. Näin ohjelma laskee RAVA- indeksin, joka on 1,29-4,03 välillä riippuen avun tarpeesta. Periaatteena on, että potilas selviytyy toiminnoista itse, jolloin hänet merkitään omatoimiseksi. Arvioinnissa valitaan aina potilasta kuvaava vaihtoehto. (Rava- Lomake 2008.)

Masennukseen DGS-15 mittari (Liite 4) sisältää 15 kysymystä ja niihin vastataan kyllä tai ei. Mahdolliseen masennukseen viittaa, kun 10 kysymykseen vastaa kyllä ja ei vastauksia tule 5. Näihin kysymyksiin tulee arvioida potilaan tilannetta ja mielialaa kuluneen viikon aikana. Masennukseen viittaavista kysymyksistä saa yhden pisteen, josta muodostetaan mittarin tulos. Asteikolla on 0-15 vaihteluväli. Aikaa mittarin käyttöön menee 5-7 minuuttia. Tutkimuksen mukaan pistemäärät 0-4 viittasivat normaaliin tilanteeseen, 5-9 lievään masennukseen ja pistemäärät 10-15 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. Käyttökelpoisuudesta: helppokäyttöinen, laajalti käytössä maailmalla, suomessa ei järjestetä systemaattista koulutusta, voidaan käyttää lievästi muistihäiriöisille henkilöille, yleisesti naiset tunnistavat masentuneisuuden miehiä tarkemmin. (GDS-15, myöhäisiä depressioneula 2011.)

Kasvomittarilla Pain Faces Scale (Liite 5) voidaan tarkkailla dementoituneen masennusta ja kipua. Kasvomittari sisältää yleensä kuusi tai seitsemän erilaista kasvokuvaa, jotka ovat iloisesta surulliseen. Niistä potilas voi näyttää mikä kuvaa parhaiten hänen sen hetkistä olotilaansa. (Lämsä 2011.)

Erityisesti muistisairaiden ja dementiaoireisten depression on kehitetty Cornell-mittari (Liite 6), jolla voidaan havaita depression vaikeusaste. Mittari on koottu viidestä osa-alueesta ja ne muodostuvat 19:sta osiosta. Mittarissa osa-alueina potilaasta kuvataan mielialaan liittyvät oireet ahdistuneisuus, surullisuus ja ärtyisyys. Käyttäytymiseen liittyvät levottomuus, hidastuminen, moninaisten ruumiin vaivojen valittaminen ja mielenkiinnon menetys. Vuorokauden rytmiin liittyvät mielialaoireet, nukkuminen ja heräileminen aikaisemmin ja yön aikana. Lisäksi vääristyneet mielikuvat, itsetuhoisuus, itsetunnon menetys, pessimismi ja masentunutta mielialaa ilmaisevat harhaluulot. Kun potilaalla on havaittu masennusoireita viikon ajan, tehdään haastattelu. Haastattelun tekee henkilökunta, jolla on kokemusta dementoituneen potilaan käyttäytymisestä. Kysymykset esitetään potilaalle ja selventäviä lisäkuvauksia saa käyttää, jotta potilas ymmärtäisi kunkin kohdan merkityksen. Mittarin kokonaispisteet vaihtelevat 0-38 välillä. Vähemmän pisteitä kuvaa vähäistä häiriötä ja korkeammat pisteet kertovat vakavammasta häiriöstä. Pistemäärä yhdeksän tai enemmän kuvaa depression esiintymistä. (Dementiahoitoyhdistys 2010.)

Kaksi kysymystä masennuksesta mittarilla (Liite 7) voidaan nopeasti tehdä testi masentuneisuudesta. Soveltuu erinomaisesti masennuksen yleiseen, valikoivaan sekä kohdennettuun seulontaan. Yhteen kysymykseen, kun vastaa kyllä, se tarkoittaa masennusta. Suurin osa kyllä vastanneista on masentunut (96 % tarkkuudella). Mittari on helppo, nopea ja ilmainen käyttää. Sitä voidaan käyttää aikuisilla. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

Depressioseula (DEPS) masennuksen (Liite 8) toteamiseksi käytettävä seula. Depressioseulassa vähintään 12 pistettä saaneella todetaan depressio, mitä suurimmat pisteet sitä vaikeampi masennus on, mutta diagnoosin varmistamisen tekee lääkäri. (Depressioseula Deps 2011.)

#### 4.5 Hoitotyön kirjaaminen

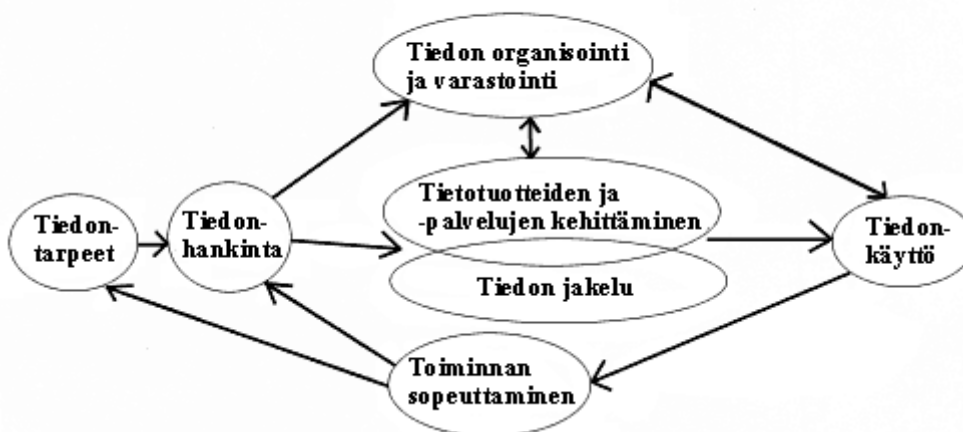
Potilaan tietojen kirjaaminen on tärkeää hoidon toteuttamisessa. Potilaan päivittäisessä hoidossa on suurin merkitys kirjatulla tiedolla ja ne pitää olla hoitohenkilön saatavana. Kirjaaminen pitää olla rakenteellista ja yhdenmukaista kaikilta. Potilaan psyykkistä kuntoutumista ja psyykkisen voimien tarkkailemisesta kirjataan potilaan tietoihin. Kirjaamisessa pitää olla sisältö ja rakenne, mitä ja miten. Potilaskohtaisesti merkitään mitä on tapahtunut hoitotapahtumalla ja mahdollisesti potilaan psyykkinen vointi. Hoitokertomukseen merkitään eri ammattiryhmien laatima potilaskertomus ja sen tuottama hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arvioin-

ti. Hoitoisuusmittarilla arvioidaan hoitoon käytettäviä resursseja, jolla luokitellaan potilaan hoidon vaativuus. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 12-13.)

Potilaan hoito perustuu tietoon. Sen vuoksi on hyvä saada nopeasti tietoa potilaan hoidosta. Tiedonhallinta on tietoa ja niihin liittyvää toimintaa. Tiedonhallinnassa luodaan tietoa toimintayksikölle. (Kuvio 6.) Tiedon tarpeet, hankinta ja saatua tietoa voidaan analysoida eri tavoin. Päämääränä on kuitenkin toiminta ja ylläpitäminen. Terveystieteiden alalla voidaan yllä olevaa mallia käyttää paikallisella kansallisella ja työyksikön tavoin. ( Saranto ym. 2007, 26.)

### TIEDONHALLINNAN PROSESSIMALLI

(Lähde: Choo, 1995. Mukaeltuna.)



Kuvio 6: Choon tiedonhallinnan prosessimalli (mukaillen Huotari 2003).

Potilaskertomukset ovat moniammatillisia ja sitä toteutetaan potilaan ja omaisten kanssa yhteistyössä. Näin eri ammattiryhmien kanssa saavutetaan potilaan hoidossa sovitut yhteiset tavoitteet. Eri ammattiryhmät kirjaavat tietoja omille lomakkeille potilaskertomuksessa. Näin ei aina tiedä mitä toinen on kirjannut ja tulee helposti päällekkäisiä tietoja. Sähköinen kirjaaminen on helpompaa eri ammattiryhmien kesken ja tiedon kulku parempaa, mikä takaa hoidon jatkuvuutta ja potilaslähtöisyyttä. Sähköisessä potilasjärjestelmässä voidaan tietoja lukea ja kirjata eri ammattikuntien välillä. Potilaan hoitoon kuuluvat asiat voidaan nopeasti käsitellä potilaan vierellä. Kirjaamisella turvataan potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeuksia. Kirjaamisella tuetaan potilaan hoidon etenemistä, jatkuvuutta, tiedonsaantia ja toteutusta sekä arviointia. (Saranto ym. 2007, 129.)

#### 4.6 Moniammatillisuus

Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään ottamaan asiakkaan kokonaisuus huomioon eri asiantuntijoiden työskentelyssä. Asiantuntijoiden taidot ja tiedot punnitaan yhteisessä tiedon pro-

sessoinnissa asiakaslähtöisesti yhteen. Vuorovaikutusprosessi ja keskustelu käydään yhteisesti sovitulla toiminta periaatteella. Yhteisessä keskustelussa on mukana asiakas ja omainen, joten kaikki voivat osallistua päätöksentekoon. Moniammatillisessa yhteistyössä on käytännön näkökulmia esimerkiksi tiimityö. Tiimityössä on tärkeää tunnistaa oma ja toistenkin rooli ja antaa tilaa jokaiselle. Yleensä lähtökohtana on asiakas ja hänet pyritään ottamaan huomioon kokonaisvaltaisesti. Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä on tiedon ja eri näkökulmien kerääminen yhteen, asiakaslähtöisyys, rajojen ylitykset, verkostojen huomioiminen ja vuorovaikutustietoinen yhteistyö. (Isoherranen 2005, 14-15.)

Moniammatillista yhteistyötä kuvataan käsitteenä hyvin erilaisten asiantuntijoiden yhteistyönä syntyvään tulokseen, se on kuin sateenvarjokäsite. Sitä tarkastellaan monesta eri näkökulmasta. Helpommin sanoen, siinä on asiantuntijoiden yhteinen työ, ongelman ratkaisu ja tehtävä. Tavoitteeseen pääsemiseksi he yhdistävät tiedon sekä osaamisen. Siihen tulee mukaan eri tiedon ja osaamisen näkökulmia, johon tämä kokonaisuus rakennetaan. Moniammatillisessa yhteistyössä tulisi tieto koot ja prosessoida tavoitteen rakentamiseksi. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 33.)

Yhteistyö edellyttää halua työskennellä yhdessä, tavoitteiden ja toiminnan sekä työyhteisön tukemista. Tässä täytyy olla myös avointa keskustelua ja neuvotteluiden kehittämistä, sekä johtamista mikä tuo uusia visioita esille. Työryhmä tarvitsee koulutusta, ohjausta ja neuvotteluja asian etenemisestä. Sairaanhoidajalta edellytetään hoitotyön asiantuntijan roolia, yhteistyövalmiuksia, tiedonhakuvalmiuksia sekä päätöksen teko kykyä. (Kuivamäki & Patteri 2003, 5-6.)

Moniammatillisen kuntoutuksen tavoitteeksi on asetettu potilaan palautuminen mahdollisimman omatoimiseksi ja toimintakykyiseksi, jotta hän voi palata entiseen elin- ja toimintaympäristöönsä. Tavoitteena on myös että, komplikaatiot ja uudet kaatumistapaturmat voidaan ehkäistä. (Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2010.)

Tiimityöskentelyssä on jaettu kullekin vastuu alueet. Tiimityöskentelyssä on tärkeää saada uutta tietoa koko ajan asiakkaalta, tiimin henkilöiltä ja koko organisaatiosta. Tiimin henkilöt ja yksilöt saavat tietoa jatkuvan arvioinnin kautta, näin sitä pystytään kehittämään saadun tiedon kautta. Tiimityössä tarvitaan toiminnallista asiantuntemusta, ongelmanratkaisuja ja päätöksentekoa ja vuorovaikutustaitoja. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 161.)

#### 4.7 Kuntouttava työote ja kuntoutus

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan potilaan omia voimavaroja ja toimintaa tukevaa ja aktiivisuuteen kannustavaa toimintaa. Kuntouttava työ näkyy siinä miten kohdataan asiakas,

miten hoidetaan ja autetaan potilasta toimimaan päivittäisissä toiminnoissa. Ohjataan ja motivoidaan potilas, tekemään itse, ei tehdä puolesta. Käytännössä tämä näkyy siten että, potilas tekee kaiken sen itse mihin pystyy. Hoitaja toimii ohjaajana ja motivoi potilasta. Kuntoutus perustuu suunnitelmaan ja monialaiseen toimintaan, kuten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioimiseen. Potilaiden kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä. (Häkkinen & Holma 2004, 19.)

Kuntoutusta määritellään prosessiksi, jossa kuntoutujaa autetaan toimimaan itse ja pitämään yllä hyvää fyysistä, sosiaalista ja mielenterveydellistä toimintaa sekä hyvää elämänlaatua. Kuntoutus voi olla myös ennaltaehkäisevää. Ikääntyminen tuo monenlaisia haasteita kuntoutukseen, kun sairaudet alkavat heikentää toimintaa. Pitkäaikainen liikkumattomuus johtaa usein kaatumisiin ja luunmurtumiin. Ikääntyneen kuntoutuksen keskeisiä tavoitteita ovat toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen, sekä omatoimisuuden ja elämänlaadun parantaminen. (Pitkälä 2003, 26-27.)

Kuntouttava hoitotyö näkyy yleensä siinä miten hoitajat auttavat potilaita jokapäiväisissä toiminnoissa kuten ruokailussa, peseytymisessä ja wc-käynneillä. Se on potilaan ohjausta ja motivointia mahdollisimman itsenäiseen toimintaan ja tiedon välittämistä potilaalle, omaisille sekä hoitohenkilökunnalle. Hoitajan omat asenteet, hyvä ammatillinen tietopohja sekä taito toimia iäkkään potilaan kanssa ovat hyvää kuntouttavaa tukea hoitotyölle. Kokemusten kautta kehittyvä taito, jota pitää vahvistaa opiskelulla. Parhaiten ikääntyneen potilaan toimintakykyä ylläpitävät kuntoutumista tukeva hoitotyö sekä kannustaminen aktiiviseen elämäntapaan. Nämä ovat osa myös psyykkistä kuntoutumista. (Heimonen, Holma & Voutilainen 2006, 45.)

Kuntoutuksen tavoitteena on potilaan palaaminen mahdollisimman nopeasta asumaan samaan paikkaan missä hän on ollut ennen tapaturmaa. Kotiutusta suunnitellaan heti alkuvaiheessa. Omahoitaja ja sosiaalityöntekijä suunnittelevat yhdessä potilaan kotiutumista ja sinne tarvittavat tukitoimet huomioiden potilaan voimavarat ja kotona selviytymisen keinot. Kotihoito, kotisairaanhoido ja omaiset ovat tärkeä osa jatkohoidon suunnittelua, jonka pitäisi tapahtua mahdollisimman nopeasti potilaan kuntoutumisesta. Pääpaino on liikkuminen ja päivittäisten toimintojen harjoittelu. Potilaalle laaditaan kirjallinen kotivoimisteluohtjelma, johon tehdään tarvittaessa muutoksia. (Pietikäinen ym. 2003, 195.)

Omahoitaja kertoo kuntoutus mahdollisuudesta ja potilaan tilasta omaisille. Omahoitaja haastattelee ja tarkkailee potilasta onko hän orientoitunut aikaan, paikkaan ja tilanteeseen. Sekä huomioi kivun hallinnan ja nestetasapainon. Myös anemisoitumisen, pahoinvoinnin ja mahahaavan ehkäisy ja hoito on tärkeitä asioita. Kaatumistapahtuman yksityiskohtien selvittely on tärkeää tietoa potilaalle, omaisille ja henkilökunnalle. Omahoitajan toteuttama mobilisointi ja asentohoito auttavat turvaamaan verenkiertoa haava-alueella ja painehaavaumien



ehkäisyä. Potilaan tilaa arvioidaan lääkärin, hoitajan ja fysioterapian yhteistyönä myös omaiset otetaan huomioon. (Pietikäinen ym. 2003. 193.)

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa on tärkeää saada minimoitua raajan vajaatoiminta ja palauttaa toiminnot nopeasti entiselleen. Kuntoutuksen tulisi edistää kävelemisen harjoitusta. Yleensä ensimmäisellä viikolla leikkauksen jälkeen potilaan pitäisi pystyä tekemään aktiivista liikerataa ja suorittaa harjoituksia polven ja lonkan kohdalla. Yleensä, lonkkaleikkaus potilas on opastettu asianmukaisesti nousemaan ylös ja liikkumaan esimerkiksi vessakäyntiä varten. Potilas saa apuvälineitä ja avustusta fysioterapeutilta. Voimaharjoituksia tulisi tehdä useampi viikko, joka sisältää harjoituksia sekä lonkkaan että polveen. On monia tekijöitä, jotka voivat johtaa kaatumiseen ja lonkkamurtumaan. Sekä on olemassa tapoja, joilla voidaan minimoida kaatumisriskiä ja siten vähentää mahdollisuutta lonkkamurtumiin. (Hip fractures rehabilitaation 2011.)

Dementoituneen lonkkamurtumapotilaan kuntouttavassa hoidossa on huomioitavia näitä asioita: liikerajoitusten takia on muistettava oikea vuoteesta nousu, noustava aina terveeltä puolelta, korotettu sänky ja istuimet sekä WC-koroke. Asentohoito on tärkeä ja tarvittaessa käytetään tyynyjä sekä kiiloja. Varausrajoituksen takia oikea liikkumisapuväline, varausrajoitus on sovellettava mahdollisuuksien mukaan. Kipuun tarvitaan oikea lääkitys ja harjoitusten oikea ajoittaminen. Motivointiin tulee ohjaus ja neuvonta. (Kuntoutusopas 2009.)

Yleensä lonkkasuojaimien käyttöä tulee harkita potilaan ollessa laitoshoidossa, koska lonkkamurtuman riski siellä on erityisen suuri. Lonkkasuojaimien käyttö voi olla hyödyllistä myös kotona asuville iäkkäille henkilöille. Lonkkasuojaimet ehkäisevät murtumia tehokkaimmillaan, kun niitä käytetään koko ajan. Lonkkasuojaimia on nykyisin saatavana pehmeämpänä ja hyvin muotoiltuina. (Käypä hoito; suositus 2011.)

## 5 Kehittämistoiminnan toteutus

### 5.1 Nykytilan kuvaus

Juurruttamisen ensimmäisellä kierroksella osaston työryhmän jäsenet ja opiskelijat etsivät kehittämiskohdetta lonkkamurtumapotilaan psyykkiseen kuntoutumiseen. Osaston työryhmän jäsenet kuvasivat opiskelijoille lonkkamurtumapotilaan psyykkisen kuntoutumisen arvioinnin nykytilannetta vuodeosastolla. Haluttiin tehdä hiljaisen tiedon näkyväksi haastattelun avulla, joka tehtiin syyskuussa. Varsinaisesti ei ole mitään mittaria käytössä, vaan osastot käyttävät erilaisia masennus- ja muistitestejä.

Työryhmän jäsenet eli sairaanhoitajaopiskelijat ja vuodeosaston työryhmä tapasivat vuodeosastolla. Tapaamisen tarkoituksena oli löytää lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeiseen psyykkiseen kuntoutumiseen kehittämiskohde. Työryhmässä nousi esille potilaan psyykkisen voinnin testaaminen, koska useimmat potilaat masentuvat leikkauksen jälkeen. Osaston nykytilanteen selvittämiseksi laitettiin kysymyksiä työryhmälle pohtimista varten sähköpostitse ja vastaukset kerättiin sekä analysoitiin. Niistä saatiin hyvää tietoa opinnäytetyöhön lonkkamurtumapotilaiden psyykkisestä kuntoutumisesta leikkauksen jälkeen vuodeosastolla.

Haastattelu aineisto käsiteltiin sisällön analyysiä käyttäen, näin saatiin kartoitettua nykytilanne ja tarvittavat kehittämiskohteet esille. Kehittämistoiminnan alueita tuli ilmi analyysin jälkeen. Teoreettista tietoa kerättiin kevään 2011 aikana ja orientaatiovaiheen osion saatiin valmiiksi.

Lonkkamurtumapotilaat tulevat osastolle Lohjan sairaalan kirurgiselta osastolta jatkohoitoon ja kuntoutukseen. Lääkäri tapaa potilaan ja tekee hoitosuunnitelman, jossa on potilaan lääkitys, tutkimukset, potilaan seuranta ja fysioterapeutille lähete. Potilaan omahoitaja tekee hoitotyön suunnitelman, jonka mukaan potilasta pyritään hoitamaan ja kuntouttamaan. Hoitotyön suunnitelmassa ei näy erikseen psyykinen kuntouttaminen. Hoitajat tekevät moniammatillista yhteistyötä lääkärin, fysioterapeutin ja omaisten kanssa.

Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen elämä muuttuu yleensä entistä rajoittuneemmaksi. Elinympäristö on muuttunut kotiympäristöstä laitokseen, fyysinen kunto on alentunut, liikkuminen vaikeutunut ja sosiaalinen elämä on rajoittunutta. Kivulias potilas ei enää suoriudu itsenäisesti päivittäisistä toimista. Muutokset saattavat aiheuttaa potilaalle masennuksen. Potilaan elämän eheyden rikkoutuminen voi heikentää potilaan omaatuntoa ja itseluottamusta. Potilaan psyykkisessä kuntoutumisessa autetaan potilasta löytämään hänen voimavaransa ja sitä kautta rohkaistaan ja kannustetaan potilasta leikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa omatoimisuuteen. Potilas yritetään saada huomaamaan kuntoutuksensa eteneminen. Näin vahvistetaan potilaan itseluottamusta. Tarvittaessa tehdään yhteistyötä potilaan lähiomaisten kanssa. Jossain tapauksissa masennuslääkitys on myös tarpeellinen.

( Työyhteisön työryhmä 2011.)

Osastolla ei ole tällä hetkellä käytössä masennusmittaria, jolla testattaisiin potilaan psyykkistä vointia. Osastolla on käytössä Rava- ja MMSE testit (Liitteet 2 ja 3) joilla testataan potilaan toimintakykyä ja muistia. Hoitajan tulee havaita päivittäisissä hoitotilanteissa potilaan mielialan muutokset, kirjata ne ja konsultoida työryhmälle. Hoitotyönsuunnitelmassa tulee ottaa paremmin huomioon potilaan psyykkiset ongelmat ja mielialan vaihtelut sekä suunnitella hoitokeinot niihin. ( Työyhteisön työryhmä 2011.)

## 5.2 Kehittämiskohteen valinta

Opinnäytetyö oli osana kuntouttavan hoitotyön hanketta, jossa kolmen ammattikorkeakoulun (Hamk, Lamk ja Laurea) yhteistyönä toteutettiin kirurgisen hoitotyön kliinistä kehittäjäkoulutusta. Lohjan Laureassa koulutuksessa oli mukana 16 sairaanhoitajaa Lohjan ja Jorvin sairaaloista ja Lostin alueelta. Koulutuksessa sairaanhoitajat tekivät kehittämistyön omalle työpaikalleen. Lostin alueella kehitettiin lonkkamurtumapotilaan hoitoketjua, tämä opinnäytetyö liittyy siihen. Opinnäytetyötä tehtäessä sitoo vaitiolovelvollisuus kaikissa kehittämishankkeen asioissa. Projektin aikana oli tarkoitus oppia ymmärtämään lonkkamurtuman jälkeisen psyykkisen kuntoutumisen ja moniammatillisen yhteistyön merkitys kuntoutumisessa.

Tiedonkäsittelyn toisella kierroksella kehittämiskohteeksi valittiin lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen psyykinen kuntoutuminen. Kuntoutumisen arvioimiseksi osastolle haluttiin käyttöön mittari, jolla voidaan arvioida potilaan psyykkistä kuntoutumista. Masennusta voi olla vaikeaa tunnistaa potilaasta. Masentuneisuus on yleistä lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa, jos esimerkiksi potilas ei kuntoudu suunnitellusti tai potilas pelkää elää tämän asian kanssa ja mennä kotiin. Näissä asioissa on hoitohenkilökunta erittäin tärkeässä asemassa kuntoutuksessa, jotta saadaan jatkuvuus hoitoon. Kuntoutus pitäisi aloittaa mahdollisimman pian ja jatkaa koko hoitajakson ajan, sekä myös kotioloissa. Psyykinen kuntoutus on yhtä tärkeää kuin fyysinen kuntoutus. ( Työyhteisön työryhmä 2011.)

Kehittämistoiminnan tavoite tähtää muutokseen työyhteisössä ja se on kehittämisen elementti. Kehittämisentoiminnassa on muutosta uuden tiedon rakentamiseen. Suuntana on menneestä tulevaan, jolloin tilanteet voivat muuttua laadulliseksi tai määrälliseksi. Kehittäminen voi olla ammatillisen tehtävän työväline, joka otetaan osastolla käyttöön. ( Toikko & Rantanen 2009, 16.)

## 5.3 Uuden toimintatavan rakentaminen ja sen juurruttaminen

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lonkkamurtumapotilaan psyykkistä kuntoutumista ja tarkoituksena oli löytää hoitajille apuväline potilaan psyykkisen tilan seuraamiseen. Opinnäytetyö aloitettiin tammikuussa 2011 Laurean seminaarissa. Hankkeisiin haettiin jokaisen mielenkiinnon mukaan ja sitten alkoi aineiston keruu hankkeisiin. Maaliskuussa oli alustava suunnitelma valmis ja kesällä esitettiin suunnitelmat seminaarissa. Opinnäytetyön kehittämistoiminnan ympäristöön ja työryhmään tutustuttiin käymällä osastolla huhtikuussa 2011.

Kesäkuussa tehtiin teemahaastatteluna kysymyksiä työyhteisölle osasto 1:lle. Syyskuussa työryhmässä nousi esille kehittämiskohteeksi mittari, jolla henkilökunta voi arvioida potilaiden mahdollista masennusta. Loka- ja marraskuussa haettiin teorian tietoa mittareista ja testeistä,

joilla voidaan arvioida potilaan psyykkistä vointia. Marraskuun lopulla käytiin esittelemässä vuodeosaston työryhmälle erilaisia mittareita ja testejä. Työryhmä päätti ottaa kokeiltavaksi Cornell-depressio testin ja Pain faces Scale kasvokuvat. Joulukuussa vuodeosastot 1, 2, 3, 4 ja 6 ottivat mittarit kokeiluun ja tulokset testien käytettävyydestä saatiin valmiiksi joulukuun lopulla. Joulukuussa oli opinnäytetyön julkaisuseminaari. Lopullinen työ valmistui tammikuussa 2012.

Tiedonkäsittelyn kolmannella kierroksella etsittiin teoretietoja erilaisista testeistä ja mittareista, joilla voidaan arvioida potilaan psyykkistä vointia. Osaston työryhmän jäsenille valittiin esiteltäväksi GDS-15 mittari, joka sisältää 15 kysymystä ja niihin vastataan kyllä tai ei. Pain faces scale-kasvokuvat, joilla voidaan tarkkailla dementoituneen masennusta ja kipua. Cornell-masennusasteikko, jolla voidaan havaita depression vaikeusaste. Kaksi kysymystä masennuksesta, jolla voidaan nopeasti tehdä testi masentuneisuudesta ja DEPS-depressioseula masennuksen toteamiseksi käytettävä seula. Työryhmässä käytiin läpi testit ja mittarit, mietittiin miten ja mikä uusi malli otetaan käyttöön osastolle. Lisäksi selvitettiin kyselemällä, oliko psyykkisen kuntoutumisen arviointiin käytössä mittareita muilla vuodeosastoilla ja käytetäänkö masennustestejä ja muistikyselyjä.

Opinnäytetyöpajoissa haettiin ja saatiin tietoa kuinka voimme hakea tutkittua tietoa aiheesta. Teoriatiedon ja nykytilanteen kuvauksella pyrittiin löytämään uusi toimintatapa arvioida lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeistä psyykkistä kuntoutumista. Juurrutusmenetelmällä kehitettiin osaston kuntouttavan hoitotyön käytäntöä. Arvio tehtiin syksyllä ja osastolla käytiin keskustelemassa aiheesta ja tuloksista. Lonkkamurtumapotilaan moniammatilliseen psyykkisesti kuntouttavaan aiheeseen liittyvää uutta ja tutkittua tietoa oli haasteellista löytää. Suuriosa psyykkisyyden voinnin tutkitusta tiedosta menee mielenterveyteen eikä somaattisen potilaan kuntoutukseen.

Uusi toimintamalli oli tarkoitus kehittää terveystieteiden vuodeosastoilla 1 ja 4. Lonkkamurtumapotilaiden vähäisyyden vuoksi jouduttiin laajentamaan työtä muillekin LOST:in alueen vuodeosastoille. Tämä hankaloitti ja hidasti opinnäytetyön tekoa, koska muiden osastojen henkilökunta ei ollut tietoinen kehittämistyöstä.

Opinnäytetyön tekijät ovat tavanneet työyhteisön kanssa ja saaneet tietoa osastosta, toimintatavoista ja potilaitten kuntoutumisesta. Lähetettiin sähköpostia muihin kuntoutusyksiköihin ja tiedusteltiin onko heillä käytössä mittaria tai testiä jolla mittaavat potilaan psyykkisestä kuntoutumisesta. Vastaukseksi saatiin, että käytössä on RAVA, MMSE, joilla testataan potilaan toimintakykyä ja muistia, varsinaisesti psyykkistä kuntoutumista ei erikseen testata.

Hoitajalta vaaditaan paljon potilasta hoidettaessa, hänen pitää olla kiinnostunut työstään ja hyväksyä potilas omana persoona, olla halukas auttamaan, huomioida potilaan terveydentilan muutokset, ottaa omaiset huomioon, jakaa tunteita potilaan kanssa myös tulkita potilaan ajatuksia ja omata hyvät vuorovaikutus taidot sekä kunnioittaa potilasta. Potilaan omien voimavarojen löytäminen olisi myös tärkeää. Potilasta tulisi rohkaista ja kannustaa eteenpäin sairauden myötä. Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen elämä on aiempaan verrattuna rajoittuneempaa. Elämäntilanne on muuttunut kotoa laitokseen, sosiaalinen elämä rajoittunutta, fyysinen kunto alentunut ja potilaalla on kipuja, mielikin voi olla maassa. ( Työyhteisön työryhmä 2011.)

Kehittämiskohde liittyy myös kirjaamiseen ja hoitosuunnitelman tekemiseen. Suunnitelmassa tulee ottaa paremmin huomioon potilaan psyykkiset ongelmat ja mielialan vaihtelut, sekä suunnitella hoitokeinot niihin. Kirjaamisella on suuri merkitys potilaan hoidossa ja miten hoito tapahtuu. Potilasturvallisuus ja luottamuksen luominen on hyvälle hoitosuhteelle tärkeä merkitys kirjaamisenkin kannalta. Psykkisen kuntoutumisen kannalta on hyvä kirjata päivittäin havaintoja potilaasta, niin psyykkisestä, sosiaalisesta kuin kulttuurisista toiminnoista. ( Työyhteisön työryhmä 2011.)

## 6 Uusi toimintatapa

Vuodeosaston työryhmä päätyi koekäyttämään uutta toimintamallia, jossa uutena asiana oli arvioida lonkkamurtumapotilaan psyykkistä kuntoutumista Cornell-depressiotestillä (liite 6) ja Pain faces Scale (liite 5) kasvomitalla. Cornell-testin ja Pain faces scale kasvokuvat valittiin osastolle, koska Cornell-testin kysymykset olivat työryhmän jäsenten mielestä sopivia sisältönsä ja pituudeltaan iäkkäälle potilaalle sopivia. Kasvokuvat valittiin, koska niistä on potilaan helppo näyttää sen hetkinen mielialansa. Kasvokuvat sopivat hoitajien mielestä myös dementoituneen potilaan arvioimiseen.

Uuden toimintatavan kokeiluun ongelmia aiheutti lonkkamurtumapotilaiden puute osastolla, mutta saatiin testien kokeilu aikaiseksi hyödyntäen muitakin vuodeosastoja. Kokeilua laajennettiin Lohjan terveyskeskuksen muille vuodeosastoille. Uudella toimintatavalla hoitajat voivat arvioida onko masennuksen merkkejä hoitajakson aikana, näin päästään siihen tarttumaan ajoissa ennen kotiutumista. Potilaille tehdään Cornell-depressiotesti ja apuna käytetään Pain scale faces kasvokuvia viiden vuorokauden kuluttua osastolle tulosta. Cornell testi tehdään kyselemällä potilaalta lomakkeen kysymykset ja käyttämällä selventäviä lisäkysymyksiä, jotta potilas ymmärtää kunkin kohdan merkityksen oikein. Kasvokuvista potilas voi näyttää sen hetkisen mielialansa.

Hoitajat konsultoivat lääkäriä, mikäli potilaan Cornell-testistä saama pistemäärä siihen edellyttää. Yleensä yhdeksän pistettä tai enemmän merkitsevät masennuksen esiintymistä. Lääkäri päättää potilaan hoidosta, tarvitseeko hän mahdollisesti lääkitystä. Potilaan hoitokertomukseen kirjataan testistä saadut pisteet ja mahdolliset hoitomääräykset. Testin voidaan tehdä kolmen-viiden viikon kuluessa uudestaan tarvittaessa ja arvioidaan sitten uudelleen potilaan mielialaa. Jos on aloitettu masennuslääkitys, lääkityksen vaikutus näkyy vasta silloin.

Osastoille toimitettiin Cornell-masennus- ja Pain Faces scale kasvokuva mittarin lomakkeet ja ohjastettiin hoitajia niiden käytössä. Jätettiin myös kirjalliset käyttöohjeet testeistä. Hoitajat tekivät testit osastolla oleville lonkkamurtumapotilaille. Osastoilta haettiin lomakkeet viikon kuluttua pois ja vietiin SWOT-analyysi kaavakkeet mittareiden käytettävyyden arvioimiseksi. Cornell-testin teki hoitaja potilaalle kyselemällä kysymykset kaavakkeen mukaisesti. Lisäksi potilas näytti kasvokuvista sen hetkisen mielialansa.

## 7 Kehittämistoiminnan arviointi

Projektissa tulee koko ajanjakson ajalta arvioida, miten on saatu tuloksia ja sitä pystytään arvioimaan vasta ajan kuluessa tarkemmin. Näin saadaan tämän tutkimuksen käyttökelpoisuus havaittua. Projektin etenemisellä voidaan arvioida eteneekö se suunnitelmien mukaisesti ja riittääkö aika sekä työilmapiiri projektissa. Hankkeen onnistumista kuvaa osaston tarve hankkeelle. Hankesuunnittelussa otetaan huomioon juurruttaminen ja käytännön leviäminen. (Heikkilä ym. 2008, 127-130.)

Ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin kohdistuva arviointi on hankkeen ja suunnittelun tulos. Arvioinnissa tutkitaan miten on saavutettu tavoitteet. Arviointia voidaan luokitella ajallisesti tai sisällön mukaan. Ennakkoarviointi on ajallisesti ihmisiin kohdistunutta arviointia ja sisällönarviointi on prosessi ja tulosten arviointia. Tulosarviointi on toteuttamista ja vaikutusta eli arvioidaan miten on hanke onnistunut. (Nelimarkka & Kauppinen 2007.)

Vuodeosastoilta saatiin koottua yhdentoista potilaan masennuskyselyn tulokset. Tulokset osoittivat, että pitkään osastolla olleet potilaat eivät olleet masentuneita, kun taas vasta sairastuneista potilaista yli puolet oli lievästi masentuneita. Opinnäytetyön aihe on ajankohdainen, koska Suomessa tehdään paljon lonkkaleikkauksia ja tarve potilaiden kuntoutukseen lisääntyy. Potilaiden masennus leikkauksen jälkeen on yleistä ja masennus voi jäädä huomattamatta, jollei arvioida psyykkistä vointia, kun potilas tulee osastolle. Näin masennukseen voidaan tarttua ajoissa ja potilas kuntoutuu mahdollisimman pian takaisin kotiin.

Kaikissa asioissa mitä on potilaan kanssa tehty pitää kirjata, miten potilaan kuntoutus edistyy.

Potilasta pitää kuunnella ja tarkkailla, omaiselta ja potilaalta saatuja tietoja sekä hoitahoitoilta tulleet tiedot. Potilaasta kirjataan hoitavalta tiimiltä tulleet tiedot, johon kuuluu lääkäri, hoitajat, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä toimintaterapeutti. Suunnitelmaan kirjataan keinot ja kun on tehty hoitosuunnitelma potilaalle. Pitää huomioida ja kirjata potilaan asento, kipu, mieliala ja kaikki mitä potilaan hoitoon liittyy. Mitä ei ole kirjattu ei myöskään ole tehty.

Opinnäytetyötä tehdessä tutustuttiin lonkkamurtumapotilaan psyykkiseen kuntoutukseen ja saatiin paljon uutta tietoa. Opinnäytetyö oli aikaa vievä kehittämishanke ja vaati meidän molempien aikataulujen yhteen sovittamista. Saatiin kuitenkin sovittua opinnäytetyötä varten yhteisiä aikoja työn ja harjoittelun lomassa. Kehittämishanke oli kokonaisuudessa mielenkiintoinen ja haastava alusta loppuun saakka. Tämä kehittämishankeen myötä toivottavasti pystytään parantamaan lonkkamurtumapotilaan psyykkisen kuntoutumisen arviointia.

### 7.1 Uuden toimintamallin arviointi

SWOT-analyysi on menetelmä, jota käytetään oppimisen ja ongelmien tunnistamisessa, arvioinnissa ja kehittämisessä. SWOT-analyysissä kirjattiin nelikenttään Cornell-masennusasteikon käytettävyyden vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Kentän yläosassa kuvataan nykytilaa ja sisäisiä asioita, alapuoli ilmaisee tulevaisuuden ja ulkoiset asiat. Vasemmalle sijoittuvat myönteiset, oikealle kielteiset asiat. (SWOT-analyysi 2008.)

SWOT-analyysi käytetään usein arviointimenetelmänä suunnittelussa. Menetelmää voidaan käyttää myös jonkin idean hyödynnettävyyden arviointiin. Sen etuja on helppokäyttöisyys, mutta tulosten hyödynnettävyys ei aina ole itsestään selvää. Menetelmän avulla osallistujat määrittelevät arvioinnin kohteen vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. SWOT-nimi tulee osa-alueiden englanninkielisestä nimestä. Eri ulottuvuudet kirjataan yleensä nelikenttään. Tämän tekstin ohessa on yksinkertainen työkalu Swot-analyysin tekoon, jolle voidaan tallentaa Swot-analyysin keskeiset tulokset. Swot-analyysin tekoon osallistuvat täyttävät kohtia yksin tai ryhmissä. Lomakkeista voidaan keskustella ja tehdä yhteenvedot tai niitä voi soveltaa jokaisen itse parhaakseen katsomallaan tavalla. (SWOT-analyysi 2011.)

Hoitajia haastatteleamalla ja SWOT-analyysillä saatiin tuloksia Cornellin masennusasteikon ja Pain Scale faces kasvokuvien käytettävyydestä lonkkamurtumapotilaiden psyykkisen voinnin arvioissa. Valitut mittarit ehtivät olla käytössä lyhyen ajan, joten hoitajien antama arviointi uudesta toimintamallista koski vain yhdelle lonkkamurtumapotilaalle/hoitaja tekemää kyselyä. Mittari käytettävyyttä voisi arvioida uudestaan, kun se on juurtunut osastolle käyttöön pidemmäksi aikaa.

Projektien arvioimiseksi informaation kerääminen on välttämätöntä, mutta itse informaation keräämisen ohella tärkeäksi tekijäksi muodostuu myös informaation laatu. Tarvittava informaatio voidaan saada esimerkiksi palaverista, lomakkeista ja raporteista, sekä käytettävissä olevista tietojärjestelmistä. Informaation laatu puolestaan muodostuu sen tarkoituksenmukaisesta muodosta, ajanmukaisuudesta, eheydestä ja luotettavuudesta. (Heerens 2002, 168 )

Arvioinnin tarkoituksena on selvittää mitä projektissa tapahtuu kun sitä toteutetaan. Myös on selvitettävä miten projektia toteutetaan ja toimiiko se suunnitellusti. Suunnitellusti etenevän projektin vaikutuksia tulee arvioida ja miettiä minkälaisia seurauksia projektilla on siihen osallistuvilla. Tärkein arviointi uudessa projektissa voi koskea keskittymistä ehdotuksiin tai voista, joille sitä voitaisiin kehittää ja tehdä paremmaksi. (Robson 2001, 36.)

Osaston sairaan- ja lähihoitajilta (Kuvio 7.) saatu palaute Cornellin masennusasteikon käytettävyydestä käyttäen apuna arviointikaavaketta (SWOT-analyysi).

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Vahvuudet</b></p> <p>Voidaan tehdä uudestaan, jos todetaan mielialan laskua.<br/>Mittarin käyttöön ei tarvita koulutusta.<br/>Mittari saatavissa suoraan netistä tulostettavaksi.<br/>Yksinkertainen.<br/>Helposti käytettävä.<br/>Dementoituneesta pystyy myös havainnoimaan.</p>                                       | <p><b>Mahdollisuudet</b></p> <p>Potilaan masentuneisuus havaitaan ajoissa.<br/>Sopii potilaan lonkkamurtuman jälkeen elämän muutosvaiheessa.<br/>Voi käyttää myös dementoituneen masennusta arvioitaessa.</p> |
| <p><b>Heikkoudet</b></p> <p>Lonkkamurtumapotilas ei ole välttämättä dementoitunut.<br/>Potilaan mielialat voivat vaihdella. voimakkaasti, joten mittari ei varma.<br/>Ei sovellu pitkään osastolla olleelle potilaalle.<br/>Potilaan hankala ymmärtää kysymyksiä.<br/>Liikaa kysymyksiä.<br/>Ei tarvetta meidän osastolla.</p> | <p><b>Uhkatekijät</b></p> <p>Väärä tulkinta, hoitaja ei ole aiemmin tehnyt testiä.<br/>Omaisat, voivat vaikuttaa potilaan mielialaan.</p>   |

Kuvio 7: SWOT- analyysi Cornell-masennusasteikon käytettävyydestä



Cornell-testin tekeminen potilaille koettiin helpoksi. Testin tekemiseen ei tarvitse erillistä koulutusta ja se on saatavissa internetistä. Testi koettiin helposti käytettäväksi, yksinkertaiseksi ja se voidaan tehdä uudestaan, jos potilaalla todetaan mielialan laskua. Dementoituneesta voidaan myös havainnoida kysymysten esittämiä mielialan muutoksia.

Heikkouksiksi koettiin se, että kysymyksiä on liikaa ja osa niistä on potilaan vaikea ymmärtää. Joidenkin testin tehneiden mielestä se ei sovi kauan osastolla olleelle potilaalle, koska potilas on sopeutunut osastolla olemiseen. Osalla potilaista mielialat vaihtelevat päivittäin voimakkaasti, joten testi ei anna varmaa tulosta. Yhden hoitajan mielestä heidän osastolla ei tarvitse mittaria potilaan psyykkisen voinnin arviointiin.

Testin mahdollisuuksiksi koettiin potilaan masennuksen ajoissa havaitseminen, sitä voidaan käyttää myös dementoituneen masennusta arvioitaessa ja sopii se potilaalle, jonka elämä on lonkkamurtuman jälkeen muutosvaiheessa.

Uhkatekijöinä testin käytölle on potilaan vastausten väärä tulkinta, jos hoitaja ei ole aiemmin tehnyt testiä. Omaiset koettiin myös uhkatekijänä koska, he voivat vaikuttaa potilaan mielialaan.

Osaston sairaan- ja lähihoitajilta (Kuvio 8.) saatu palaute Pain faces scale kasvokuvien käytettävyydestä käyttäen apuna arviointikaavaketta (SWOT-analyysi).

|   |  |
|---|--|
| <p>Vahvuudet</p> <p>Kasvokuvista potilaan helppo näyttää sen hetkinen mieliala.</p> | <p>Mahdollisuudet</p> <p>Kasvokuvat sopivat dementoituneelle paremmin kuin kyselyt.</p>                            |
| <p>Heikkoudet</p>   | <p>Uhkatekijät</p> <p>Potilaan mieliala muuttuu joskus nopeasti, kasvokuva voi näyttää sen hetkinen mielialan.</p> |

Kuvio 8: SWOT-analyysi Pain faces scale kasvokuvien käytettävyydestä.

Pain faces scale kasvokuvia hoitajat pitivät helppoina ja yksinkertaisena käyttää. Potilaan on helppo näyttää kuvasta sen hetkinen mielialansa. Kasvokuvat sopivat käytettäväksi dementoituneelle potilaalle ja sitä voidaan käyttää myös kipumittarina.

Mahdollisuutena hoitajat kokivat kasvokuvien käytön dementoituneelle paremmin kuin kyse-lyt. Heikkoutena koettiin, se että potilaan mielialat saattavat muuttua nopeasti ja he näyttävät vain sen hetkisen mielialan, joka saattaa olla masentunut, vaikka masennusta ei olisikaan.

Osaston työryhmän tapaamisessa keskustelemalla arvioitiin Cornell-mittarin käytettävyyttä osastolla. Mittari sellaisenaan ei sovi osaston käyttöön, vaan kysymykset on muokattava potilaalle ja hoitajalle sopiviksi. Lomakkeen kysymyspohjaa pidettiin hyvänä, mutta ne oli avattava potilaalle, ei voinut suoraan kysyä kysymyksiä. Testi olisi tehtävä kaksi kertaa viikon aikana, jotta saataisiin luotettavampi tulos. Testi ei sovi potilaille, jotka ovat olleet osastolla kauan, koska potilas on sopeutunut laitoshoitoon. Osaston työryhmän mielestä testin voisi muokata kaksiosaiseksi, potilaalle ja hoitajille omat kysymykset. Hoitajien kysymykset pitäisi soveltua potilaan havainnointiin ja potilaiden kysymykset tulisi olla selkeitä ja helposti ymmärrettäviä.

## 7.2 Kehittämisen eettisyys

Kehittämisessä on otettu eettisyys huomioon ja itsenäisyyden säilyttäminen. Kehittämisessä oli tavoite parantaa työyhteisön arviointimenetelmiä lonkkamurtumapotilaan psyykkiseen vointiin. Kaikki potilaan hoitoon liittyvät ja henkilötiedot on pidetty salassa. (Heikkilä ym.2008, 151). Opinnäytetyötä tehtäessä sitoo vaitiolovelvollisuus kaikissa kehittämishankkeen asioissa. Useat ratkaisut voivat muuttaa potilaan itsemääräämistä asioissa. Eettiset periaatteet on huomioitava ja hyvä ammatillinen toiminta eettisesti. (Kettunen ym. 2009, 38.) Luotettavuuteen ja eettisyyteen pyrimme opinnäytetyössämme sillä, että valittiin lähteiksi uusimpia tutkimuksia, joita on julkaistu virallisissa tietokannoissa.

Kehittämismenetelmät tulisivat olla yleisesti hyväksytyjä. Kehittämistyön tekijöiden vastuulla on eettisten periaatteiden tunteminen, sekä periaatteiden mukaan toimiminen. Lähtökoh- tana kehittämisessä tulisi olla ihmisarvon kunnioittaminen ja toiminta eettisten periaatteiden mukaan. Kehittämisessä tulee välttää epärehellisyyttä jokaisessa vaiheessa esimerkiksi testin tekemisessä. Kehittämisessä on otettava huomioon, ettei toisten tekstejä plagioida tai tulok- sia yleistetä sekä raportointi ei tule olla puutteellista, eikä harhaan johtavaa, myös testien tuloksia ei tule vähätellä. (Hirsjärvi ym. 2008, 23-27.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen ja ongelmiin, otoksen valintaan, analyysiin ja sen tulkintaan sekä yleistettävyyteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 166). Nimettömyyden säilyttämisessä perusajatuksena on se, että tietojen paljastuminen tehdään mahdollisimman hankalaksi. Tutkijan tulee aina ottaa huomioon henkilötietojen paljastumisen riskit ja mahdolliset seuraukset. (Eskola & Suoranta 2005, 56-57.)

### 7.3 Työryhmän toiminnan arviointi

Oman työskentely aloitettiin jakamalla teorian haun aiheittain. Käytiin yhdessä läpi toisten löytämät ja käyttämät lähteet. Aiheiden jakaminen helpotti työmäärää, ja parityöskentely mahdollisti keskinäisen tuen antamisen. Aiheiden jakamisen todettiin hyväksi keinoksi, sillä yhteisen työskentelyajan löytäminen oli välimatkan, opiskelun ja töiden vuoksi usein hankalaa. Tärkeäksi koettiin se että, yhdessä käytiin löytämämme aiheet läpi, keskustellen näin saatiin molemmat hyödyn kirjallisuudesta. Opinnäytetyö toimi hyödyllisenä oppimisprosessina yhteistyötaidon, tiedonhaun ja vastuunkannon kannalta. Saatiin ohjaavilta opettajilta hyödyllistä palautetta ja neuvoja työn eri vaiheissa. Työn aikataulun suunnittelussa tavoitteena oli valmistuminen kahden ja puolen vuoden opiskelun jälkeen. Aikataulu oli tiivis ja siihen tuli muutoksia, mutta koettiin silti onnistuminen opinnäytetyön tekoprosessissa.

Yhteistyö työyhteisön työryhmän kanssa on sujunut moitteettomasti, koska aikataulut ovat toimineet suunnitelmien mukaisesti. Aikataulun ollessa kiireellinen, ei osastotuntia ehditty järjestämään, missä olisi käyty arviointia läpi. Uuden toimintatavan arviointia käytiin läpi työyhteisön työryhmän jäsenten kanssa keskustelemalla. Opinnäytetyöprosessin aikana oltiin aktiivisesti yhteydessä toimeksiantajaan joko sähköpostitse tai tapaamalla henkilökohtaisesti työyhteisön työryhmän jäseniä. Opinnäytetyöprosessin aikana otettiin huomioon toimeksiantajan tarpeet ja toiveet.

Oltiin kaikin puolin tyytyväisiä aihevalintaan. Tulevaisuutta ajatellen lonkkamurtumat lisääntyvät entisestään ihmisten vanhetessa ja ikäihmisten määrä kasvaa. Tutkimustietoa aiheesta tarvitaan, jotta lonkkamurtumapotilaiden hoitoa ja psyykkistä kuntoutumista voidaan arvioida paremmin. Suurinta kasvua tässä työssä on varmasti tapahtunut henkiselä puolella, varsinkin kun voi huomata, että pystyy sittenkin saavuttamaan tavoitteet kaikkien elämän muiden haasteiden aikana. Kuitenkaan itsensä kehittäminen ei saa pysähtyä valmistumiseen, vaan aina on kehitettävää ja uuden oppimista sairaanhoitajan työssä.

Tutustuttiin lonkkamurtumapotilaan psyykkiseen kuntoutukseen ja saatiin paljon uutta tietoa. Opinnäytetyö oli aikaa vievä kehittämishanke, joka vaati meidän molempien aikataulujen yhteen sopimista. Saatiin kuitenkin sovittua opinnäytetyötä varten yhteisiä aikoja työn ja harjoittelun lomassa. Kehittämishanke oli kokonaisuudessa mielenkiintoinen ja haastava alusta loppuun saakka. Tämä kehittämishankeen myötä toivottavasti pystytään parantamaan lonkkamurtumapotilaan psyykkisen kuntoutumisen arviointia. Kehittämisehdotuksena olisi että, Cornell-mittarin kysymysten pohjalta muokattaisiin osastolle sopiva lomake. Cornell-mittarin kysymykset sellaisenaan eivät olleet soveltuvia sellaisenaan osaston käyttöön. Kysymykset tulisi muokata potilaille ”selkokielellä” ja hoitajille potilaan havainnointiin sopiviksi.

Huolellinen kirjaaminen potilastietoihin tapahtumista ja testistä saaduista tuloksista on tärkeää. Näin huomioidaan potilaan mahdollinen masentuneisuus leikkauksen jälkeen paremmin. Mittarin käytettävyyttä voitaisiin arvioida uudestaan, kun mittari on ollut pidemmän aikaa vuodeosastolla käytössä.

## Lähteet

### Kirjat

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heerkens, G. 2002. Project Management. The McGraw-Hill Companies, Inc.

Heikkinen, R.-L. 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Heimonen, S.-L., Holma, T & Voutilainen, P. 2006. Kuntouttava työote. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S & Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti, tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Helsinki: Hakapaino oy.

Isoherranen, K. Moniammatillinen yhteistyö. 2005. Vantaa: Dark OY.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä moniammatillinen yhteistyö. Oppimateriaalit OY. WSOY.

Janhonen, S & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kuivamäki, M & Patteri, E. 2003. Moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Nelimarkka, K & Kauppinen, T. 2007. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. Vaajakoski: Kirjapaino OY. Gummerus.

Pitkälä, K. 2003. Kuntoutushankkeen tausta ja suunnittelu. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu; tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttua, K & Sonninen, A.- L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Oppimateriaalit Oy WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

#### Artikkelit

Ahola, T & Raitavuo, J. 2010. Masentuneen vanhuksen kohtaaminen vaatii taitoja. Vanhustyö/1.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro terveys. no. 6.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro terveys. no. 2.

Hurri, S. 2006. Liike on lääke lonkkamurtumassakin. Sairaanhoidtaja no. 6-7.

Hyttinen, H & Kanerva, A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus. Tutkiva Hoitotyö no. 2.

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 2001. Sisällön analyysi. Hoitotiede no. 1.

Liponkoski & Routasalo. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaanhoitojakson aikana. Hoitotiede no.5.

Pietikäinen, S., Heinonen, M., Karppi, P & Huusko, T M. 2003. Lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus geriatrisella osastolla. Hoitotiede/4.

Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M.-L., Pietilä, M., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Stranberg, T & Tilvas, R 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutus tulisi kehittää? Suomen Lääkärilehti 42.

#### Internet lähteet

Aho, T., Arnala, I. & Österman, H. 2006. Viitattu 13.3.2011.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00055>

CES-D-lomake. Viitattu 4.11.2011.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8342/pieirola.pdf?sequence=1>

Dementiahoitoyhdistys. Viitattu 20.10.2011.  
[http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page\\_id=34&submit=browseFile&id=4&doc\\_id=137](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=34&submit=browseFile&id=4&doc_id=137)

Dementiahoitoyhdistys. Viitattu 10.10.2011.  
[http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/modules/doku/files/137/Cornellin\\_masennusasteikko\\_150210.pdf](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/modules/doku/files/137/Cornellin_masennusasteikko_150210.pdf)

Depressioseula DEPS. Viitattu 20.10.2011.  
<http://www.masennustalkoot.fi/deps.htm>

DGS-15. Gernet. Viitattu 10.10.2011.  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/tulosta/>

Duckworth, K. 2009. Viitattu 20.10.2011.  
<http://translate.google.fi/translate?hl=fi&langpair=en%7Cfi&u=http://www.nami.org/helpline/elddepres.htm>

eNNI-hanke. 2008. Viitattu 7.7.2011.

[http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen\\_kuvaus.pdf](http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf)

Hip fractures rehabilitation. Viitattu 7.7.2011.

<http://translate.google.fi/translate?hl=fi&sl=en&tl=fi&u=http%3A%2F%2Fwww.enotes.com%2Fnursing-encyclopedia%2Fhip-fractures-rehabilitation&anno=2>

lökkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö. 2008. Viitattu 8.9.2011.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38270/stadia-1210921203-4.pdf?sequence=1>

Juuruttamisen malli. 2008. Viitattu 13.3.2011.

[http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen\\_kuvaus.pdf](http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf)

Pain faces scale Kasvokuvat. Viitattu 10.10.2011.

<http://www.google.fi/search?q=pain+faces+scale&hl=fi&biw=1366&bih=571&prmd=imvns&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=MbeSTunzl43LtAazuZnBDQ&ved=0CCIQsAQ>

Kaupunkistrategia. 2005-2013. Viitattu 26.8.2011.

[http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/Keskushallinto/Strategiat/Kaupunkistrategia\\_2005-2013.pdf](http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/Keskushallinto/Strategiat/Kaupunkistrategia_2005-2013.pdf)

Kuntoutusopas. 2009. Viitattu 26.8.2011.

[http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/1/Kuntoutusopas\\_web.pdf](http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/1/Kuntoutusopas_web.pdf)

Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju. 2006. Viitattu 13.3.2011.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=imk00007](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=imk00007)

Lonkkamurtumasta kuntoutuminen. 2010. Viitattu 8.9.2011.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24204/Lonkkamurtumasta%20kuntoutuminen.pdf?sequence=2>

Lostin omat sivut. 2011. Viitattu 13.3.2011.

<http://www.lohja.fi/lost/index.html>

Lämsä, R. 2011. Viitattu 29.10.2011.

<http://rlamsa.wordpress.com/tt11k/hoitotyön-toiminnot/kipu/>

Lönngvist, J. 2009. Sairauksien ehkäisy. Viitattu 20.10.2011.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00020](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020)

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T & Lounamaa, A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumista-paturmat Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Viitattu 10.10.2011.

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/terveydenhuollon\\_ammattilaisille/tapaturmat/ikina-opas/liite8\\_2.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/terveydenhuollon_ammattilaisille/tapaturmat/ikina-opas/liite8_2.pdf)

Omaiset mielenterveystyön tukena. Viitattu 20.10.2011.

<http://www.omaistampere.fi/seniorit/pdf/22.1.2010%20Ikaantyneiden%20masennus%20perusopas%20%28pdf%29.pdf>

Pro gradu tutkielma. 2011. Viitattu 26.8.11.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/27246/URN:NBN:fi:jyu-2011062911090.pdf?sequence=1>

Psyykkisen toimintakyvyn mittaaminen väestötutkimuksissa. 2011. Viitattu 5.12.2011.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/11/>

Rava-lomake. Viitattu 10.10.2011.

<https://www.ravatar.fi/RAVAHelp/ar01s04.html>

Sairastuminen ja sairauden kanssa eläminen. Viitattu 20.10.2011.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00316](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00316)

SWOT analyysi. Viitattu 21.11.2011.

<http://opetuki2.tkk.fi/p/tehopenaali/itsetuntemus/SWOT.htm>

SWOT-analyysi. 2011. Viitattu 15.12.2011.

<http://ok-opintokeskus.fi/arvioinnin-menetelm%C3%A4t-ja-ty%C3%B6kalut>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 20.10.2011.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/55/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.12.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50040.pdf>

Terveydenhuollon laadun parantaminen. Viitattu 8.11.2011.

<http://www.hqip.org.uk/hip-fracture-audit/>



## Kuvioluettelo

|  |    |
|--|----|
| Kuvio 1: Juurruttaminen 2.0 .....  | 9  |
| Kuvio 2: Tiedonkäsittelyn kierrokset 1.0 .....                             | 10 |
| Kuvio 3: Reisiluun yläosa .....  | 13 |
| Kuvio 4: Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju .....                            | 15 |
| Kuvio 5: Käypähoitosuositus 2011.....                                      | 16 |
| Kuvio 6: Choon tiedonhallinnan prosessimalli .....                         | 22 |
| Kuvio 7: SWOT- analyysi Cornell-masennusasteikon käytettävyydestä .....    | 32 |
| Kuvio 8: SWOT-analyysi Pain faces scale kasvokuvien käytettävyydestä. .... | 33 |

## Liitteet

|  |    |
|--|----|
| Liite 1. Teemahaastattelun kysymykset .....  | 43 |
| Liite 2. MMSE-testilomake .....              | 44 |
| Liite 3. RAVA-kysymykset.....                | 47 |
| Liite 4. GDS-15.....                         | 51 |
| Liite 5. Kasvokuvat.....                     | 52 |
| Liite 6. Cornellin-masennusasteikko .....    | 53 |
| Liite 7. Kaksi kysymystä masennuksesta ..... | 55 |
| Liite 8. DEPS-kyselylomake.....              | 56 |

## Liite 1. Teemahaastattelun kysymykset

Lonkkamurtumapotilaan psyykinen kuntoutuminen osastolla. Kysymyksiä joita esitimme työryhmälle osaston nykytilanteen karkottamiseksi.

Mitä tarkoittaa psyykinen kuntoutuminen osastolla lonkkamurtumapotilaiden kohdalla?

Millaisia tarpeita ja esteitä on potilaan psyykkiseen kuntoutumiseen?

Miten psyykinen kuntoutuminen näkyy potilaiden hoitosuunnitelmissa? Mitkä asiat ovat hyvin ja mitä tulee kehittää?

Kokevatko hoitajat omaavansa osaamista psyykkiseen kuntoutukseen? Minkälaista osaamista he tarvitsevat lisää?

Miten osastolla mitataan potilaan masennusta?

Liite 2. MMSE-testilomake

MMSE-testilomake

TUTKITTAVA: \_\_\_\_\_

SYNTYMÄAIKA: \_\_\_\_\_

TEKIJÄ: \_\_\_\_\_

PVM: \_\_\_\_\_

Seuraavassa esitän Teille erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä kysymyksiä ja tehtäviä:

*Väärin Oikein*

1. Mikä vuosi nyt on? ..... 0 1

2. Mikä vuodenaika nyt on? ..... 0 1

(talvi = joulukuu, tammi, helmikuu / kevät = maaliskuu, huhtikuu, toukokuu / kesä = kesäkuu, heinäkuu, elokuu / syyskuu = syyskuu, lokakuu, marraskuu; aina ± 1 vko)

3. Monnesko päivä tänään on? (± 1 pv) ..... 0 1

4. Mikä viikonpäivä tänään on? ..... 0 1

5. Mikä kuukausi nyt on? ..... 0 1

6. Missä maassa olemme? ..... 0 1

7. Missä läänissä olemme? ..... 0 1

8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi? ..... 0 1

9. Mikä on tämä paikka jossa olemme? ..... 0 1

(Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)

10. Monennessako kerroksessa olemme? ..... 0 1

11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleen

ne kolme sanaa. Kun olen sanonut ne,

toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)

PAITA - RUSKEA - VILKAS

RUUSU - PALLO - AVAIN

PAITA RUUSU .....0 1

RUSKEA tai PALLO .....0 1

VILKAS AVAIN .....0 1

(Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu.)

Toistoja \_\_\_\_\_. (Enintään 5 kertaa)

12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja

saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään

7, kunnes pyydän lopettamaan.

|          |     |
|----------|-----|
| 93 ..... | 0 1 |
| 86 ..... | 0 1 |
| 79 ..... | 0 1 |
| 72 ..... | 0 1 |
| 65 ..... | 0 1 |

(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä.

Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee vääriä vastauksia

1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)

*Väärin Oikein*

13

? . Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin

Teitä painamaan mieleenne

(Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)

PAITA RUUSU .....0 1

RUSKEA tai PALLO ..... 0 1

VILKAS AVAIN .....0 1

14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.

a) Mikä tämä on? - näytetään rannekelloa ..... 0 1

b) Mikä tämä on? - näytetään lyijykynää ..... 0 1

15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan

sen perässäni:

EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA ..... 0 1

(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lausetta ei saa toistaa.)

16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän

Teitä tekemään sille jotain.

(Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)

Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taittakaa

se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle.

(Ohjeita ja lausetta ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa.)

Ottaa paperin vasempaan käteen ..... 0 1

Taittaa sen ..... 0 1

Asettaa paperin polville ..... 0 1

17. Näytän Teille tekstin ”SULKEKAA SILMÄNNE”.

Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja

noudattamaan sen ohjetta. .... 0 1

(Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä.)

18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mieleenne

mukaan. Kirjoittakaa lause tähän..... 0 1

(Annetaan erillinen paperi. Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)

19. Voisitteko piirtää tämän kuvion alapuolelle

samanlaisen kuvion. .... 0 1

(Annetaan kopio alla olevasta kuviosta malliksi. Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)

MMSE-testin pistemäärä...../30

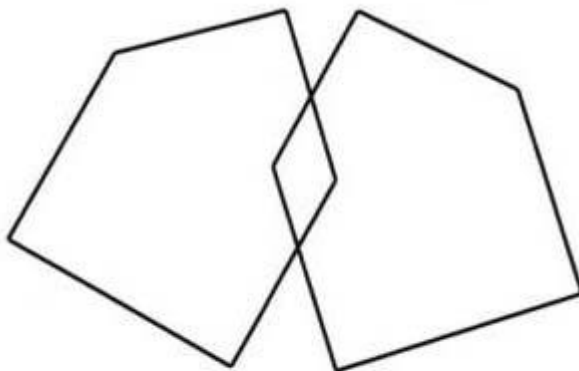
Kirjoittaisitteko lauseen tähän.

---

---

---

Piirtäisittekö tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion.



### Liite 3. RAVA-kysymykset

#### 1. Näkö

- Normaali -> Näkee kauas ja lähelle ilman silmälaseja tai silmälaseja käyttäen. Näkökyky ei haittaa päivittäisiä toimia.
- Heikko -> Näkö on heikentynyt ja rajoittunut myös apuvälinein (esimerkiksi suurenuslasi). Ohjauksen tarve vieraassa ympäristössä.
- Sokea -> Näkö niin huono, että omin avuin liikkuminen onnistuu vain tunnustelemalla.

#### 2. Kuulo

- Normaali -> Kuulee normaalin puheen ilman apuvälinettä.
- Alentunut -> Kuulee korotetun ja selkeän puheen tai käytössä on apuväline.
- Kuuro

#### 3. Puhe

- Normaali -> Tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta, jossa on selkeä viesti
- Epäselvä -> Puhe on puuromainen, sammaltava.
- Takelteleva puhe -> Sanoista puuttuu osia, Puhe voi olla selvää, mutta puheessa ei ole aina selkeää viestiä.
- Afasia -> Sanojen merkitys on väärä, Ei löydä oikeita sanoja, Puhetta on vaikea ymmärtää, Puhekyvytön, Tuotettu puhe voi olla täysin menneessä, ei yhteyttä nykyhetkeen.

#### 4. Liikkuminen

- Normaali -> Liikkuu itsenäisesti ilman apuvälineitä, Ei tarvitse sanallistakaan ohjausta
- Epävarma -> Liikkuminen on horjahtelevaa, mutta pysyy pystyssä. Tarvitsee tueksi kepin tai kävelysauvat tai pitää kiinni esim. huonekaluista.
- Itsenäinen telinekävelijä -> Liikkuminen on itsenäistä ja turvallista kävelytelineen avulla rollaattori, esla, tarvitsee liikkumisen avuksi kävelytelineen tai kaksi kyynär-/kainalosauvaa, Ei tarvitse fyysistä eikä sanallista ohjausta ja apua.
- Itsenäinen pyörätuolilla -> liikkuu itsenäisesti pyörätuolin avulla, Siirtyy tuoliin ja siitä pois itsenäisesti, ei tarvitse minkäänlaista ohjausta tai apua pyörätuolilla siirtymisessä tai liikkumisessa.
- Talutettava -> tarvitsee liikkumisessa avustajan, ei pysty turvallisesti liikkumaan yksin apuvälineitä, talutettava tai ei löydä kohteita, esimerkiksi dementoitunut tai sokea,

joka liikkuu mutta ei osaa mennä esim. huoneeseensa, ei tiedä minne menee, eksyilevä.

- Kaatuileva -> tasapainoton, apuvälineistä huolimatta kaatuilee toistuvasti.
- Nostettava pyörätuoliin tai muuhun vastaavaan -> tarvitsee avustajan pyörätuoliin siirtymisessä.
- Vuodepotilas -> täysin vuoteeseen perushoidettava, ei nosteta ylös vuoteesta, pesut suihkuvuoteella.

#### 5. Rakon toiminta

- Normaali -> tunnistaa virtsaamistarpeen, ei kastele tai jos kastelee, vaihtaa itse vaipat / housut, itsensä katetroiva.
- Kasteleva -> ei tunnista virtsaamisen tarvetta, pidätyskyvytön, tarvitsee apua kastelun hoitamiseksi.
- Katetri -> virtsaa katetrin kautta, hoitajan katetroitava.

#### 6. Suolen toiminta

- Normaali -> tunnistaa ulostamisen tarpeen, ei tuhri, käy wc:ssä ja / tai ulostaa wc-tuolissa, itsensä hoitava avannepotilas, joka ei tarvitse hoitajan apua, suolen toimintaan liittyviä ongelmia, jotka hoitaa itse, suun kautta menevät ulostuslääkkeet, jotka lääkelistalla.
- Alle -> ei hallitse suoltaan, ei tiedosta ulostamisen tarvetta, ulostaa alleen tai vaippaan.
- Tuhriva -> pidätyskyvyn puutetta, sotkee ulosteen kanssa itseään ja / tai ympäristöään.
- Toimitettava -> suoli toimii harvoin spontaanisti ilman peräruisketta, tarvitsee apua suolen toimittamisessa, potilas, jonka suoliavanteen hoitaa avustaja / hoitaja.

#### 7. Syöminen

- Itsenäisesti -> tiedostaa nälän tunteen, annostelee ruuan jääkaapista tai ateriapalvelun tuomasta laatikosta lautaselle, syö ruuan ilman sanallistakaan ohjausta tai apua, ei oteta kantaa siihen, kuka tuo ruuat kaupasta, ateriapalvelu voi tuoda ruuan kotiin tai henkilökunta voi tuoda ruuan esim. ruokalassa hihnalta pöytään, ei tarvitse itse laittaa ruokaa.
- Autettava -> tarvitsee ohjausta syömisessä, ruoka annosteltava ja asetettava eteen
- Letkuruokinta -> syöminen ei onnistu, ruokinta nenämahaletkun avulla, ravintoliuos ja nesteet annetaan suonensisäisesti.



- Syötettävä -> täysin autettava ruokailussa ja nesteen annossa, saattaa tiedostaa nälän.

#### 8. Lääke

- Itsenäisesti -> ei tarvitse lääkkeitä, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä, pistää itse esim. insuliini-injektiot, ei tarvitse hakea itse lääkkeitä apteekista tai uusia reseptejä.
- Autettava -> hoitaja jakaa lääkkeet annostelijaan dosettiin tai annosmukiin, josta asiakas ottaa ne itse, hoitaja vetää insuliinin ruiskuun tai lataa kynän, asiakas itse pistää insuliinin.
- Valvottava -> hoitaja tai avustaja jakaa lääkkeet ja varmistaa, että asiakas ottaa ja nielee ne, hoitaja pistää injektiot päivittäin pistettävät, esim. Klexane, lääkkeiden antamisessa käytetään lääke- / kipupumppua.

#### 9. Pukeutuminen

- Itsenäisesti -> tiedostaa pukeutumistarpeen, pukeutuu itsenäisesti ja asianmukaisesti, osaa valita vaatteet ja pukeutua säänmukaisesti.
- Autettava -> tarvitsee pukeutumisessa hoitajan tai avustajan apua, osittain tai täysin puettava, ei vaihda vaatteita, on aina yöpukeissa kotiooloissa (vertaa entiseen toimintatapaan), ali- tai ylipukeutuu, myös tukisukkien pukemisessa avustaminen.

#### 10. Peseytyminen

- Itsenäinen -> tiedostaa peseytymistarpeen, peseytyy itsenäisesti, saattaa tarvita apua selänpesussa, samalla siisteystasolla kuin aikaisemmin eli verrataan asiakkaalle ominaiseen tapaan peseytyä, kaikki eivät yhtä innokkaita.
- Autettava -> tarvitsee avustajan apua peseytymisessä, ei pysty tai ei halua peseytyä itse, osittain tai täysin autettava esim. jalkojen pesussa.

#### 11. Muisti

- Normaali -> orientoitunut aikaan ja paikkaan, muistaa menneet ja nykyiset tapahtumat, MMSE-testissä 25 tai yli.
- Alentunut -> muisti on lievästi alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin viimeaikaiset, MMSE 12-24.
- Muistamaton -> muisti on voimakkaasti rajoittunut, ei orientoitunut aikaan ja paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa, MMSE 11 tai alle.

## 12. Masentunut.

- Masentunut -> myös ahdistunut, haluton kaikkeen, aloitekyvytön, eristäytyvä, Itkee usein, haluaa kuolla.
- Aggressiivinen -> lyö, kiroilee, vastustelee hoitotoimenpiteitä.
- Sekava -> ei tiedä aikaa eikä paikkaa, epäasiallinen puhe ja /tai käytös esim. näkö- / kuuloharhainen, ei kykene itsenäisesti hoitamaan arkipäivän asioitaan.
- Häiritsevä -> Äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita, levoton.
- Harhaileva -> Harhailee, eksyy normaalissa ympäristössään, kuljeskelee kaiken aikaa, karkailee.
- Kontaktikyvytön -> henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia tai tajuton, katatoninen.

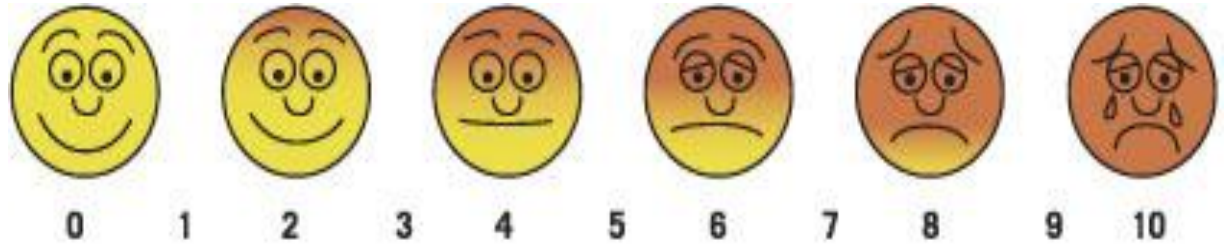
## Liite 4. GDS-15

|   |       |    |   |       |    |
|---|-------|----|---|-------|----|
| Potilaan nimi:  |       |    | Arviointipäivämäärä:  |       |    |
| Syntymäaika:  |       |    | Arvioija:   |       |    |
| Myöhäisiän depressioseula GDS-15                                    |       |    |   |       |    |
| 1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne?                  | kyllä | EN | 10. Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin muilla?  | KYLLÄ | ei |
| 2. Oletteko luopuneet monista toimistanne ja harrastuksistanne?     | KYLLÄ | en | 11. Onko mielestänne nyt hyvä elää?   | kyllä | EI |
| 3. Pidätkö elämäänne tyhjänä?                                       | KYLLÄ | en | 12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin kelvottomaksi?   | KYLLÄ | en |
| 4. Ikävystyttekö usein?   | KYLLÄ | en | 13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa?   | kyllä | EN |
| 5. Oletteko useimmiten hyväällä tuulella?                           | kyllä | EN | 14. Pidätkö tilannettanne toivottomana?   | KYLLÄ | en |
| 6. Pelkäätkö että teille tapahtuisi jotain pahaa?                   | KYLLÄ | en | 15. Meneekö mielestänne useimmilla muilla paremmin kuin teillä?   | KYLLÄ | ei |
| 7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi?                     | kyllä | EN | Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa ai-<br>hetta depression epäilyyn. |       |    |
| 8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?                            | KYLLÄ | en |   |       |    |
| 9. Pysyttekö mielummin kotona kuin lähdette ulos kokeilemaan uutta? | KYLLÄ | en |   |       |    |

Summapisteet GDS- testistä \_\_\_\_\_ pistettä/15

Liite 5. Kasvokuvat

Näillä kasvokuvilla voidaan tarkkailla dementoituneen masentuneisuutta ja kipua.



## Liite 6. Cornellin-masennusasteikko

### **Cornellin masennusasteikko - dementiaoireisten muistisairaiden depression mittari**

Cornell-mittari on kehitetty erityisesti dementiaoireisten muistisairaiden depressio-oireiden ja niiden vaikeusasteen tunnistamiseen. Mittari koostuu viidestä osa-alueesta, jotka muodostavat yhteensä 19 osiota.

Arviointi pohjautuu potilaalla viikkoa ennen haastattelua esiintyneiden oireiden ja löydösten havainnointiin. Lisäksi on otettava huomioon, että osioiden 8 ja 11 arviointi tapahtuu sen pohjalta, että muutos on tapahtunut suhteellisen äkillisesti, alle kuukauden aikana.

Arvioinnin tekee potilasta hoitavan henkilökunnan jäsen, jolla on riittävä ammattitaito ymmärtää ja tulkita dementiapotilaiden käyttäytymistä. Kotihoidossa arviointi voi tarvittaessa tapahtua haastattelemalla omaishoitajaa tai muuta potilaan arkipäivää tuntevaa henkilöä.

Kysymykset esitetään lomakkeen mukaisesti. Selventäviä lisäkuvauksia saa käyttää, jotta haastateltava ymmärtää kunkin kohdan merkityksen oikein. Potilasta on syytä haastatella, jotta nähdään, että esim. omaishoitajan ja potilaan tilanteen arvion välillä ei ole ristiriitaa.

Koulutus Cornell-mittarin käyttöön tapahtuu parhaiten siten, että opiskeleva perehtyy ensin mittariin sitä aiemmin käyttäneen henkilön kanssa, ja he täyttävät yhdessä osiot vähintään kahdesta potilaasta.

Mittarista saatavat kokonaispisteet vaihtelevat välillä 0-38. Matalat pisteet kuvaavat vähäistä häiriötä tai häiriön puuttumista. Mitä korkeammat pisteet ovat, sitä vakavampi häiriö on. Yleensä pistemäärä yhdeksän tai enemmän merkitsee depression esiintymistä.

#### Asiantuntijat:

Suomen Alzheimer-tutkimusseura

Petteri Viramo

Kari Alhainen

Antero Leppävuori

Timo Erkinjuntti

Tiina Huusko

Sirkka-Liisa Kivelä

Keijo Koivisto

Hannu Koponen

Tuula Saarela

Raimo Sulkava

Risto Vataja

Lähde: Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23:271-284

## Cornellin masennusasteikko – dementiaoireisten muistisairaiden depression mittari

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Nimi: _____             | Syntymäaika: _____  |
| Pvm: _____              | Arvioitsija: _____  |
| Pisteet yhteensä: _____ | Pisteytys: a ei voida arvioida 0 ei esiinny<br>1 lievä tai satunnainen 2 vakava |

Pisteytyksen tulee pohjautua oireisiin ja löydöksiin, jotka ovat esiintyneet haastattelua edeltäneen viikon aikana. Pisteytystä ei tehdä niistä oireista, jotka johtuvat fyysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta.

### A Mielialaan liittyvät oireet

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <b>1. Ahdistuneisuus</b>                             | a | 0 | 1 | 2 |
| vaikuttaa ahdistuneelta, hautoo asioita, huolestunut |   |   |   |   |
| <b>2. Surullisuus</b>                                | a | 0 | 1 | 2 |
| vaikuttaa surulliselta, surullinen ääni, itkuinen    |   |   |   |   |
| <b>3. Ei reagoi miellyttäviin tapahtumiin</b>        | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>4. Ärtäisyys</b>                                  | a | 0 | 1 | 2 |

### B Käyttäytymisen oireet

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>5. Levottomuus</b>   | a | 0 | 1 | 2 |
| vaikuttaa kiihtyneeltä, vääntelelee käsiään, repii hiuksiaan  |   |   |   |   |
| <b>6. Hidastuminen</b>  | a | 0 | 1 | 2 |
| hitaat liikkeet, hidas puhe, hitaat reaktiot  |   |   |   |   |
| <b>7. Moninaisten ruumiillisten oireiden valittaminen</b><br>(pisteytys 0, jos vain vatsavaivoja)   | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>8. Mielenkiinnon menetys</b><br>osallistuu vähemmän tavanomaisiin toimintoihinsa<br>(pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana) | a | 0 | 1 | 2 |

### C Ruumiilliset oireet

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>9. Ruokahaluttomuus</b>  | a | 0 | 1 | 2 |
| syö tavallista vähemmän   |   |   |   |   |
| <b>10. Laihtuminen</b><br>(pisteytys 2, jos paino pudonnut yli 2 kg kuukauden aikana)   | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>11. Energian puute</b><br>uupuu helposti, ei jaksaa ylläpitää aktiviteetteja<br>(pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana) | a | 0 | 1 | 2 |

### D Vuorokauden rytmiin liittyvät oireet

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <b>12. Mielialaoireet pahempia aamuisin</b>        | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>13. Nukahtaa myöhemmin kuin tavallisesti</b>    | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>14. Heräilee tavallista useammin yön aikana</b> | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>15. Herää aikaisemmin kuin tavallisesti</b>     | a | 0 | 1 | 2 |

### E Vääristyneet mielikuvat

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>16. Itsetuhoisuus</b><br>ei koe elämäänsä elämisen arvoiseksi, itsemurha-ajatuksia tai itsemurhayritys | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>17. Itsetunnon menetys</b><br>moitiskelee itseään, huono omanarvontunne, epäonnistumisen tunteita      | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>18. Pessimismi</b><br>odottaa pahinta  | a | 0 | 1 | 2 |
| <b>19. Masentunutta mielialaa ilmaisevat harhaluulot</b>  | a | 0 | 1 | 2 |

Liite 7. Kaksi kysymystä masennuksesta

KAKSI KYSYMYSTÄ MASENNUKSESTA

Kysymykset:

- 1) Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?
- 2) Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?

Yksi myöntävä vastaus tarkoittaa todennäköistä masennusta:

## Liite 8. DEPS-kyselylomake

## DEPS-kyselylomake (mahdollisen depression selvittämiseksi)

Seuraavat kysymykset koskevat tuntemuksiasi viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Ympyröi jokaisen väittämän kohdalla se numero, joka parhaiten vastaa tuntemuksiasi.

Nimi \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_

| Viimeksi kuluneen kuukauden aikana:   | Ei lainkaan | Jonkin verran | Melko paljon | Erittäin paljon |
|---|-------------|---------------|--------------|-----------------|
| Kärsin unettomuudesta   | 0           | 1             | 2            | 3               |
| Tunsin itseni surumieliseksi  | 0           | 1             | 2            | 3               |
| Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta                                       | 0           | 1             | 2            | 3               |
| Tunsin itseni tarmottomaksi   | 0           | 1             | 2            | 3               |
| Tunsin itseni yksinäiseksi  | 0           | 1             | 2            | 3               |
| Tulevaisuus tuntui toivotomalta   | 0           | 1             | 2            | 3               |
| En nauttinut elämästäni   | 0           | 1             | 2            | 3               |
| Tunsin itseni arvottomaksi  | 0           | 1             | 2            | 3               |
| Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä  | 0           | 1             | 2            | 3               |
| Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla | 0           | 1             | 2            | 3               |

(Pisteet yhteensä (terveydenhuollon ammattihenkilö täyttää) \_\_\_\_\_)



## CES-D-KYSELYLOMAKE

LAITAKAA RASTI RUUTUUN, JOKA PARHAITEN KUVAASITÄ KUINKA USEIN VIIMEKSI  
KULUNEEN VIIKON AIKANA TUNSIITTE SEURAAVALLA TAVALLA

|   | HARVOIN TAI<br>EI KOSKAAN | JOSKUS | MELKO<br>USEIN | LÄHES<br>KOKO<br>AJAN |
|---|---------------------------|--------|----------------|-----------------------|
| 1. OLIN JOSKUS LEVOTON ASIOISTA, JOISTA<br>EN YLEENSÄ HUOLESTU            |                           |        |                |                       |
| 2. MINUN EI TEHNYT MIELI SYÖDÄ;<br>RUOKAHALUNI OLI HUONO                  |                           |        |                |                       |
| 3. TUNSIN ITSENI ALAKULOISEKSI PERHEENI JA<br>YSTÄVIENI TUESTA HUOLIMATTA |                           |        |                |                       |
| 4. MINUSTA TUNTUI, ETTÄ OLIN AIVAN YHTÄ<br>HYVÄ IHMINEN KUIN MUUTKIN      |                           |        |                |                       |
| 5. MINULLA OLI VAIKEUKSIA KESKITTÄY-<br>TEKEMISIINI                       |                           |        |                |                       |
| 6. TUNSIN ITSENI MASENTUNEEKSI  |                           |        |                |                       |
| 7. KAIKKI MITÄ TEIN TUNTUI VAIVALLOISELTA                                 |                           |        |                |                       |
| 8. TULEVAISUUS TUNTUI TOIVEIKKAALTA                                       |                           |        |                |                       |
| 9. MINUSTA TUNTUI, ETTÄ OLIN<br>EPÄONNISTUNUT ELÄMÄSSÄNI                  |                           |        |                |                       |
| 10. PELKÄSIN MONIA ASIOITA  |                           |        |                |                       |
| 11. NUKUIN LEVOTTOMASTI   |                           |        |                |                       |
| 12. OLIN ONNELLINEN   |                           |        |                |                       |
| 13. PUHUIN VÄHEMMÄN KUIN TAVALLISESTI                                     |                           |        |                |                       |
| 14. TUNSIN ITSENI YKSINÄISEKSI  |                           |        |                |                       |
| 15. IHMISET OLIVAT EPÄYSTÄVÄLLISIÄ  |                           |        |                |                       |
| 16. NAUTIN ELÄMÄSTÄ   |                           |        |                |                       |
| 17. MINULLA OLI ITKUKOHTAUKSIA  |                           |        |                |                       |
| 18. OLIN SURULLINEN   |                           |        |                |                       |
| 19. TUNTUI KUIN IHMISET EIVÄT OLISI<br>PITÄNEET MINUSTA                   |                           |        |                |                       |
| 20. EN SAANUT ITSEÄNI KUNNOLLA KÄYNTIIN                                   |                           |        |                |                       |