

Sari Nissilä

TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI OSANA
KOTIUTTAMISEN TYÖKALUA -
APUVÄLINE LONKKAMURTUMAPOTILAIDEN
KOTIUTTAMISEEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Fysioterapian koulutusohjelma

2014



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI OSANA KOTIUTTAMISEN TYÖKALUA – APUVÄLINE LONKKAMURTUMAPOTILAIDEN KOTIUTTAMISEEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Nissilä, Sari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Tammikuu 2014
Ohjaaja: Jaakkola-Hesso, Sirpa
Sivumäärä: 49
Liitteitä: 7

Asiasanat: lonkkamurtuma, toimintakyky, toimintakyvyn arviointi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli valita toimintakyvyn mittarit Kotiuttamisen työkaluun. Kotiuttamisen työkalun kehittämisessä on mukana Satakunnan ammattikorkeakoulun tutkijaopettajia sekä ylemmän ammattikorkeakoulun ja ammattikorkeakoulun opinnäytetyöntekijöitä. Työkalu tehdään Satakunnan ammattikorkeakoulun Esteettömyyden tutkimus- ja osaamiskeskityksessä osana sen tutkimus ja kehittämistoimintaa. Kotiuttamisen työkalun tavoitteena on ennakoida potilaan selviytymistä kotona ja ennalta ehkäistä potilaan joutumista takaisin sairaalaan. Kotiuttamisen työkalua kehitetään, koska lonkkamurtumat ovat suurimpia terveydenhuollon haasteita Suomessa väestön ikääntyessä ja potilailla on usein vaikeuksia sairaalasta kotiutuessa.

Kotiuttamisen työkalu on apuväline perusterveydenhuollon henkilökunnalle lonkkamurtumapotilaiden kotiuttamiseen. Kotiuttamisen työkalu sisältää toimintakyvyn mittarit sekä kodin esteettömyyden selvityksen, johon ollaan kehittämässä sähköistä esteettömyyden työkalua. Opinnäytetyön tarkoituksena oli valita toimintakyvyn mittarit, jotka soveltuvat lonkkamurtumapotilaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin kotiutustilanteessa.

Opinnäytetyöhön valittiin tutkimusten perusteella viisi erilaista toimintakyvyn mittaria, joista kolme arvioi fyysisistä toimintakykyä ja kaksi sosiaalista, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä. Mittarit valittiin olemassa olevista testistöistä ja mittareista. Mittarien valinnan jälkeen mittarit pilotoitiin kahdella Porin perusturvakeskuksen lonkkamurtumapotilaalla. Pilotoinnin avulla pyrittiin selvittämään mitkä mittareista soveltuvat parhaiten lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn arviointiin kotiutustilanteessa. Mittareilta haluttiin selkeyttä, lyhyttä toteutusaikaa sekä mahdollisuutta toteuttaa perusterveydenhuollon vuodeosastolla.

Pilotoinnin tulosten perusteella Kotiuttamisen työkaluun valittiin kolme mittaria: Katzin indeksi, Elderly Mobility Scale ja Myöhäisiän depressioseula. Katzin indeksi arvioi ADL- toimintoja, Elderly Mobility Scale liikkumiskykyä ja Myöhäisiän depressioseula psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä. Valitut mittarit soveltuivat parhaiten kotiutuvien lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn arviointiin. Mittarien avulla saadaan monipuolinen kuva potilaan sen hetkisestä toimintakyvystä sekä pystytään ennakoimaan potilaan selviytymistä kotona.

ASSESSMENT OF ABILITY TO FUNCTION – TOOL FOR DISCHARGE OF PATIENTS WITH HIP FRACTURE IN PRIMARY HEALTH CARE

Nissilä, Sari

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

January 2014

Supervisor: Jaakkola-Hesso, Sirpa

Number of pages: 49

Appendices: 7

Keywords: hip fracture, ability to function, assessment of ability to function

The purpose of this thesis was to choose measurements for ability to function to the Tool for discharge. In the development of Tool for discharge people that are include teachers of Satakunta University of Applied Sciences and authors of theses of higher University of Applied Sciences and University of Applied Sciences. The Tool for discharge is made in the liberty of research and knowledge cluster of Satakunta University of Applied Sciences as part of its research and development function. The aim of this thesis is to anticipate how the discharged patient will cope at home and prevent the return of the patient back to hospital. With aging of the population hip fractures are the biggest challenge of public health in Finland. Patients with hip fracture have also usually difficulties with discharge from the hospital. These are the reasons why the Tool for discharge is developed.

The Tool for discharge helps the personnel of primary health care when they discharge patients with hip fracture. The Tool for discharge includes measurements of ability to function and liberty clearance of patients home. Electric tool for liberty are being developed to help liberty clearance. The purpose of this thesis was to choose measurements for ability to function, i.e., which are suitable methods to assess patient's physical, mental, social and cognitive abilities to function during discharge.

Based on the theory five different measurements of ability to function were chosen to the thesis. From the measurements, three assessed physical abilities to function and two assessed social, mental and cognitive abilities to function. Measurements were chosen from existing measurements. After the measurements were chosen, they were piloted with two patients with hip fracture in Pori Perusturvakeskus. The purpose of the piloting was to find out which measurements are the most suitable to assess the ability to function with patients with hip fracture. We wanted measurements to be easy and quick to perform and practical in ward of primary health care.

Three measurements were chosen to the Tool for discharge: Katz Index of ADL, Elderly Mobility Scale and Geriatric Depression Scale. Katz Index of ADL assesses ADL function, Elderly Mobility Scale assesses locomotion and Geriatric Depression Scale assesses mental and cognitive abilities to function. With the help of measurements personnel of hospital will get diverse information from patient's ability to function at that moment. They can also anticipate how patient will cope at home.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	8
2.1 Porin perusturvakeskus.....	9
2.2 Vanhustenhuollon kotihoito Porissa.....	9
3 TOIMINTAKYKY	10
3.1 ICF- luokitus.....	10
3.1.1 ICF – luokituksen rakenne	11
3.1.2 ICF- luokituksen käyttäminen toimintakyvyn arvioinnin tukena	12
3.1.3 Lonkkamurtumapotilaan ICF- luokittelu	13
3.2 Toimintakyvyn heikentyminen ikäihmisillä.....	15
3.2.1 Päivittäisissä toiminnoissa heikentyminen	16
3.2.2 Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen	16
3.2.3 Kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikentyminen	17
4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI IKÄIHMISSÄ	19
4.1 Toimintakyvyn arviointi lonkkamurtumapotilailla	20
4.1.1 Fyysisen toimintakyvyn arviointi	21
4.1.2 Psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointi	22
5 LONKKAMURTUMAN JÄLKEINEN HOITO JA KUNTOUTUS.....	23
5.1 Lonkkamurtumapotilaan hoito	24
5.2 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus.....	25
6 POTILAAN KOTIUTUMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSTA	27
6.1 Lonkkamurtumapotilaan kotiutuminen	28
6.2 Sairaalaan uudelleen joutuminen.....	29
7 PILOTOINTIIN VALITUT MITTARIT	31
7.1 Barthel- indeksi	32
7.2 Elderly Mobility Scale (EMS).....	33
7.3 Katzin indeksi.....	34
7.4 Myöhäisiän depressioseula (GDS-15).....	34
7.5 Social Provision Scale (SPS).....	35
7.6 Minimental State Examination (MMSE)	36
8 PILOTOINNIN TOTEUTUS JA TULOKSET	37
8.1 Pilotoinnin toteutus.....	37
8.1.1 Testattavat potilaat	38
8.2 Pilotoitavien mittareiden tulokset.....	39
8.3 Kotiuttamisen työkaluun valitut toimintakyvyn mittarit	41

9 POHDINTA	42
9.1 Opinnäytetyöprosessi	43
9.2 Kotiuttamisen työkalu ja jatkoehdotukset	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa lonkkamurtumat ovat terveydenhuollon suurimpia haasteita väestön ikään-tyessä. Lonkkamurtumia tapahtui Suomessa vuosien 1996–2008 aikana noin 7000 joka vuosi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011) Vuonna 2009 lonkkamurtumia ilmeni Suomessa 6085. Potilaiden keskimääräinen ikä oli 75–82 –vuotta ja suurin osa potilaista oli naisia. Yleisin murtumatyyppi oli reisiluun kaulan murtuma (yli 50 %). Vuonna 2009 6085 lonkkamurtumasta 322 murtumaan haettiin hoitoa Satakunnassa. (Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2013)

Lonkkamurtuma tapahtuu yleensä kaatumisen tai putoamisen seurauksena (Medina 2006, 153) ja suurin osa (noin 20 %) murtumista tulee pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville iäkkäille ihmisille. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 3) Lonkkamurtuman seurauksena iäkäs ihminen menettää elämänlaatunsa ja noin 20–30 % potilaista kuolee seuraavan vuoden aikana lonkkamurtumasta. (Sund ym. 2008, 9)

Sairaalasta kotiutuu potilaita viikon jokaisena päivänä sekä kaikkina vuorokauden aikoina. Kriittisimmät ajankohdat lonkkamurtumapotilailla kotiutumisen jälkeen ovat ensimmäiset vuorokaudet. Auttaakseen potilaan selviytymistä kotona ja ehkäistäkseen sairaalaan uudelleen joutumisen, kotiutumisen tulee olla hyvin suunniteltu ja valmisteltu. (Perälä, M-L 2003, 26.) Sairaalasta kuitenkin kotiutetaan potilaita yhä nopeammin ja huonokuntoisempina, koska sairaalahoido on kallista. (Koponen 2003, 28) Tämän seurauksena myös kuntoutus jää usein kesken ja riski sairaalaan uudelleen joutumiseen ja uuden lonkkamurtuman saamiseen kasvaa. (Ahvo & Valvanne 2001, 31) Osa potilaista palaa takaisin sairaalaan tai kulkee edestakaisin sairaalan ja kodin välillä esimerkiksi huonon toimintakyvyn takia tai jos potilaalla on ongelmia kotona selviytymisessä. (Hammar & Perälä 2007)

Kotiuttamismallin kehittämisessä on mukana Satakunnan ammattikorkeakoulun tutkijaopettajia sekä ylemmän ammattikorkeakoulun ja ammattikorkeakoulun opinnäytetyöntekijöitä. Kotiuttamismalli tehdään Satakunnan ammattikorkeakoulun Esteet-

tömyyden tutkimus- ja osaamiskeskittymässä osana sen tutkimus ja kehittämistoimintaa. Yhteistyötahoina kotiuttamismallin kehittämisessä ovat Porin perusturvakeskus sekä Vanhustenhuollon kotihoito. Kotiuttamisen työkalu kuuluu kotiuttamismalliin ja se on yksi väline kotiuttamismallin sisällä. Kotiuttamisen työkalu sisältää toimintakyvyn mittarit sekä kodin esteettömyyden selvityksen.

Kotiuttamisen työkalulla pyritään helpottamaan lonkkamurtumapotilaan siirtymistä terveydenhuollon vuodeosastolta kotiin ja ennaltaehkäisemään sairaalaan takaisin joutumista. Kotiuttamisen työkalun avulla arvioidaan lonkkamurtumapotilaan toimintakyky sekä tehdään kodin esteettömyyden selvitys kotiutumisen yhteydessä. Toimintakyvyn arviointi ja kodin esteettömyyden selvitys toteutetaan lääketieteellisen arvioinnin lisäksi. Toimintakyvyn arvioinnilla pyritään selvittämään onko potilaan toimintakyky tarpeeksi hyvä, jotta hän selviytyisi päivittäisistä toiminnoista kotona. Esteettömyys-kartoituksen avulla selvitetään potilaan kodin esteettömyys ennen kotiutumista sekä laaditaan suunnitelma mahdollisten muutostöiden tekemiseen. Kotiutumisen työkalu on apuväline Porin perusturvakeskuksen henkilökunnalle, kotipalvelulle ja sosiaalitoimelle, jota he voivat hyödyntää lonkkamurtumapotilaan kotiutuessa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on valita toimintakykymittarit Kotiuttamisen työkaluun. Tarkoituksena on valita mittarit, jotka soveltuvat arvioimaan kotiutuvan lonkkamurtumapotilaan sen hetkistä fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä. Toimintakyvyn testeillä arvioidaan potilaan selviytymistä päivittäisistä arjen askareista kotiuttamistilanteessa. Päätöksen potilaan kotiutumisesta tekee lääkäri, mutta sitä ennen varmistetaan potilaan kotikuntoisuus. (Kehusmaa henkilökohtainen tiedonanto 10.12.2013) Tavoitteena on, että toimintakyvyn arviointi suoritetaan ennen kotiutuspäätöstä. Tällöin arvioinnin tulokset vaikuttavat kotiutuspäätökseen. Opinnäytetyön tavoitteena on valita mittarit, jotka soveltuvat lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn arviointiin sekä ovat helppo ja nopea toteuttaa. Toimintakyvyn arvioinnit tulee pystyä toteuttamaan perusterveydenhuollon vuodeosastolla joko mittareihin perehtyneiden sairaanhoitajien tai fysioterapeuttien toimesta.

Kotiuttamisen työkalu on suunnattu kotona, yksin tai yhdessä asuville, Porin perusterveydenhuollon ikääntyneille lonkkamurtumapotilaille. Kotiuttamisen työkalun tavoitteena on luoda apuväline perusterveydenhuollon osaston henkilökunnalle kotiutustilanteeseen sekä pyrkiä ennakoimaan potilaan selviytymistä kotona ja ennalta ehkäistä potilaan joutumista takaisin sairaalaan.

Kotiuttamisen työkalun kohderyhmäksi valittiin lonkkamurtumapotilaat, koska lonkkamurtumat ovat suurimpia terveydenhuollon haasteita Suomessa väestön ikääntyessä. Iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla on myös usein vaikeuksia kotiutumisessa esimerkiksi heikentyneen toimintakyvyn tai muiden sairauksien vuoksi. Lonkkamurtuman seurauksena iäkkäiden ihmisten elämänlaatu heikentyy merkittävästi ja heidän sairautensa vaatii pitkää sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävää hoitoa. (Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2013) Lonkkamurtumapotilaat tarvitsevat erityistä huomiota kotiutustilanteessa.

Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena tutkimuksena, jossa tutkimusmenetelmänä toimii pilotointi. Opinnäytetyön tutkimuskohteena ovat lonkkamurtumapotilaiden kotiuttamiskäytännöt (Jyväskylän Yliopiston www-sivut) ja lonkkamurtumapotilaat

otetaan aktiivisiksi osallisiksi tutkimukseen mukaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) Toimintakyky mittarien pilotoinnin avulla valitaan Kotiuttamisen- työkaluun soveltuvat toimintakyvyn mittarit. (Opinnäytetyö tehdään fysioterapian näkökulmasta, jolloin fyysinen toimintakyky korostuu verrattuna psyykkiseen, sosiaaliin ja kognitiiviseen.)

2.1 Porin perusturvakeskus

Opinnäytetyön pilotoinnit toteutetaan Porin perusturvakeskuksen vuodeosastojen lonkkamurtumapotilaille. Porin perusturvakeskus tarjoaa sosiaali- ja terveystalvveluja Porin, Merikarvian ja Ulvilan asukkaille. Perusturvakeskukseen sisältyy Porin kaupunginsairaala, Kotisairaala sekä Ulvilan sairaala. Porin kaupunginsairaalassa on kirurgian osasto, kuusi lyhytaikashoidon osastoa, neljä pitkäaikaisosastoa sekä sisätautien ja kirurgian poliklinikat. Ulvilan sairaalassa on sairaansijoja lyhytaikaispotilaille. Kotisairaalan hoitajat hoitavat potilasta kotona ihan kuten potilasta hoidettaisiin sairaalan vuodeosastolla. (Porin kaupungin www-sivut 2013)

2.2 Vanhustenhuollon kotihoito Porissa

Kotihoidon palvelut auttavat iäkästä ihmistä selviytymään arjessa. Kotihoitoa tarvitaan kun iäkkään kotona selviytyminen on vaikeaa vanhuuden, sairauden, perhetilanteen tai vammaisuuden vuoksi. Kotihoidon palveluiden avulla avustetaan iäkästä muun muassa päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä kuten ruokailussa, henkilökohtaisen hygienian hoidossa sekä kuntoutumisessa ja liikkumisessa. Kotihoidon palveluihin on saatavana myös ateriapalveluita, itsehoidon ohjeistusta, lääkehoitoa ja sairaanhoitoa. Kotihoidon palveluiden tarve arvioidaan kotihoidon työntekijän sekä perheen kanssa. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen pohditaan tarvitseeko vanhus joko säännöllistä vai tilapäistä hoitoa vai riittävätkö pelkät tukipalvelut auttamaan selviytymisessä. (Porin kaupungin www-sivut 2013)

3 TOIMINTAKYKY

Toimintakyky tarkoittaa kykyä selviytyä arjen askareista ja haasteista. Toimintakykyyn kuuluvat itsestä ja toisista huolehtiminen, työ, vapaa-aika ja harrastukset. (Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2013) Toimintakyky voidaan arvioida joko jäljellä olevan toimintakyvyn tason tai todettujen toiminnanvajauksien mukaan. Toimintakyky liittyy vahvasti ihmisen hyvinvointiin, josta sairaudet ovat vain yksi osa. Ihmisen oma identiteetti ja ympäristö, jossa hän asuu muodostavat kontekstin, jossa ihminen arvioi omaa toimintaansa ja toimintakykyään verraten niitä ikätovereihin sekä omaan aikaisempaan toimintaan. (Heikkinen & Rantanen 2003, 255)

Toimintakyky voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen; fyysiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Fyysinen suorituskky tarkoittaa suoriutumista päivittäisistä perustoiminnoista (syöminen, juominen, nukkuminen, peseytyminen jne.) ja asioiden hoitamisesta (kotiaskareet, asiointi kodin ulkopuolella) sekä terveydentilan ja erilaisten toimintojen vajavuuksien esiintymisistä. Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky määrittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Psykkinen toimintakyky käsittää mielenterveydellisen ja psyykkisen hyvinvoinnin sekä liittyy ihmisen elämänhallintaan. Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. (Voutilainen & Vaarama 2005, 8)

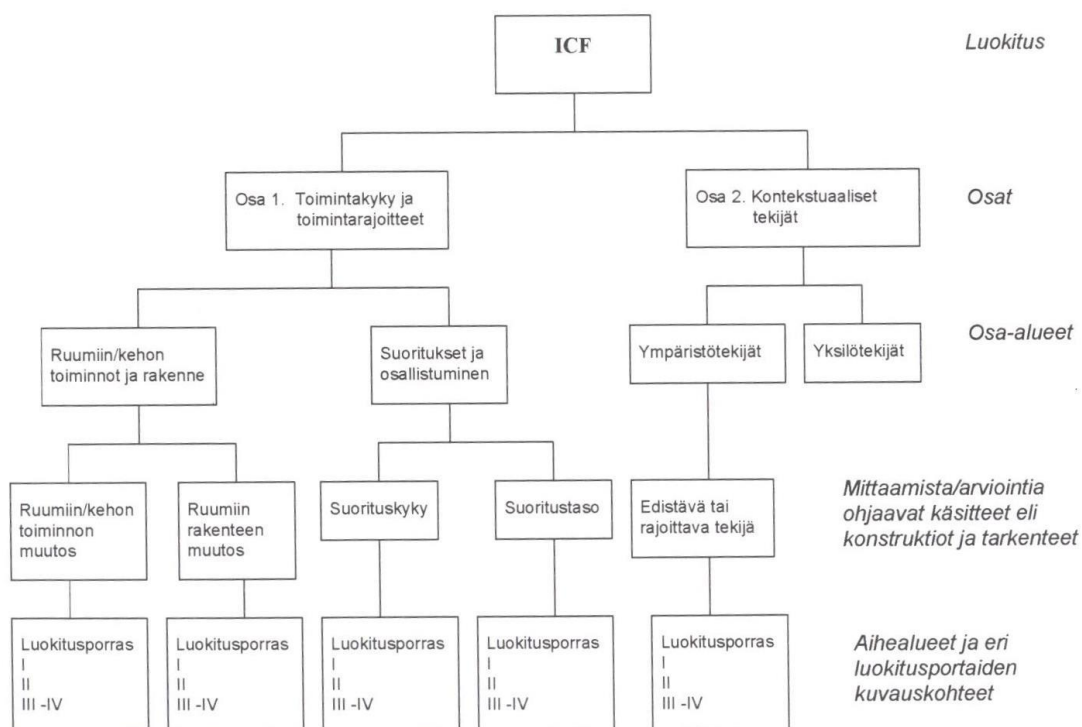
3.1 ICF- luokitus

Toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä voidaan kuvata myös maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämän International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)- luokituksen avulla. ICF- luokitus on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF – luokitus on kehitetty terveyteen liittyviä erilaisia tarkoituksia varten ja sen avulla pystytään esittämään terveyden monipuolista informaatiota koodeilla. Koodeilla pystytään esittämään esimerkiksi diagnooseja, toimintakykyä ja toimintarajoitteita sekä hoitoon tulon syytä.

ICF- luokituksen tavoitteena on luoda yhteinen kieli eri käyttäjäryhmien väliseen viestintään, antaa mahdollisuus tietojen vertaamiseen eri terveydenhuollon erikoisalojen, palveluiden, eri ajankohtien ja maiden välillä sekä tarjota terveydenhuollon tietojärjestelmiä varten yhtenäinen ja järjestelmällinen koodausmenetelmä. ICF- luokituksella ei kuvata vain henkilöitä, joilla on toiminnanrajoitteita. Luokituksen avulla voidaan kuvata kaikkien ihmisten toiminnallista terveydentilaa sekä terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa lääketieteellisten ongelmien yhteydessä. ICF- luokitusta voidaan käyttää tilastointivälineenä, tutkimusvälineenä, kliinisen työn välineenä, sosiaalipolitiikan välineenä sekä koulutusvälineenä. (WHO & STAKES 2009, 3-5) Opin- näytetyössä ICF- luokitusta käytetään apuna toimintakykytestien valinnassa sekä lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn arvioinnissa.

3.1.1 ICF – luokituksen rakenne

ICF- luokitus koostuu kahdesta osasta, joista Osa 1 käsittelee toimintakykyä ja toimintarajoitteita ja Osa 2 kontekstuaalisia tekijöitä. Nämä kaksi osaa jakautuvat vielä kahteen osa-alueeseen. Osa 1, Toimintakyky ja toimintarajoitteet, jakautuvat Ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet -osa-alueeseen sekä Suoritukset ja Osallistuminen -osa-alueeseen. Osa 2, Kontekstuaaliset tekijät, jakautuvat Ympäristötekijöihin ja Yksilötekijöihin. ICF- luokitusta voidaan selkeyttää kuvan 1 avulla. (WHO & STAKES 2009, 7-8)



Kuva 1. ICF- luokituksen rakenne. (WHO & STAKES 2009, 211)

ICF- luokituksen osa-alueet määritellään seuraavasti. **Ruumiin/kehon toiminnot** kuvaavat elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja (mukaan luetaan myös mielentoiminnot). **Ruumiin rakenteet** kuvaavat ruumiin anatomisia osia, kuten elimiä, raajoja ja näiden rakenneosia. **Vajavuudet** kuvaavat ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden ongelmia, kuten puutoksia tai poikkeamia. **Suoritus** kuvaa tehtävää tai toimintaa, jota ihminen toteuttaa. **Osallistuminen** kuvaa ihmisen osallisuutta elämän tilanteisiin. **Suoritusrajoite** kuvaa vaikeutta, joka ihmisellä on toteuttaessaan toimea ja tehtävää. **Osallistumisrajoite** kuvaa ongelmaa, jonka ihminen kokee osallisuudesta elämän tilanteisiin. **Ympäristötekijät** kuvaavat fyysistä, sosiaalista ja asennepäristöä, jossa ihmiset elävät ja asuvat. (WHO & STAKES 2009, 10)

3.1.2 ICF- luokituksen käyttäminen toimintakyvyn arvioinnin tukena

ICF- luokituksessa ei käytetä yleisiä terveyden määritelmiä, vaan terveyden tai toimintakyvyn tilaa kuvataan operationaalisilla vakiomääritelmillä. Määritelmät kuvaavat kunkin aihealueen olennaisia piirteitä (laadulliset piirteet, ominaisuudet ja suhteet) ja niistä saadaan tietoa, mitä kuhunkin kuvauskohteeseen sisältyy ja mitä ei.

Määritelmät sisältävät yleisesti käytettyjä arvioinnin kiintopisteitä, joiden avulla voidaan laatia arviointilomakkeita sekä koodata muilla arviointimittareilla saatuja tuloksia. (WHO & STAKES 2009, 21, 217)

ICF- luokitus on alfanumeerinen ja se koostuu yhdestä kirjaimesta sekä 1-5 numerosta. Koodissa oleva kirjain kertoo ICF – luokituksen osa-alueen. Luokituksessa kirjain b kertoo ruumiin/kehon toiminnoista, s ruumiin rakenteista, d suorituksista ja osallistumisesta ja e ympäristötekijöistä. Luokituksessa ensimmäinen numero kertoo osa-alueen pääluokan ja seuraavat 2-4 numeroa kuvaavat toimintaa tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin. (WHO & STAKES 2009, 21) ICF – luokituksen osa-alueiden pääluokkien nimet on kuvattu liitteessä 1. Alla on esimerkki koodauksesta ja koodien merkityksestä.

b	Ruumin ja kehon toiminnot
b7	Tuki- ja liikuntaelimitykseen ja liikkeisiin liittyvät toiminnot
b730	Lihaskuonun ja tehon tuottotoiminnot
b7301	Yhden raajan lihaskuonun voiman teho

Edellä mainittujen koodien lisäksi ICF- koodi sisältää vielä tarkenteen, jolla kuvataan terveyden tasoa kyseisellä aihealueella. Tarkenne tulee koodiin kuuluvan pisteen (.) jälkeen ja tarkenteessa voidaan käyttää yhtä, kahta tai useampaa koodia. Tarkenne numero 0 tarkoittaa, että ongelmaa ei ole, 1 tarkoittaa lievää ongelmaa, 2 kohtalaista ongelmaa, 3 vaikeaa ongelmaa, 4 ehdotonta ongelmaa, 8 ei määriteltyä ja 9 ei sovellettavissa. (WHO & STAKES 2009, 93–95, 21–22)

3.1.3 Lonkkamurtumapotilaan ICF- luokittelu

Alla olevaan taulukkoon (Taulukko 1) on koottu lonkkamurtumapotilaan ICF- luokittelu. Luokittelu on jaettu ICF- luokituksen neljään osa-alueeseen ja osa-alueisiin on koottu aihealueet, jotka kuvaavat potilaan toimintakykyä lonkkamurtuman jälkeen.

Taulukko 1. Lonkkamurtumapotilaan ICF- luokittelu

<p>RUUMIIN/KEHON TOIMINNOT</p> <p>b280 Kipuaistimus</p> <p>b710 Nivelten liikkuvuustoiminnot</p> <p>b730 Lihaskäytön ja tehon tuottotoiminnot</p> <p>b740 Lihaskäytävyysoiminnot</p> <p>b770 Kävely- ja juoksutyylitoiminnot</p>	<p>RUUMIIN RAKENTEET</p> <p>s750 Alaraajan rakenne</p> <p>s770 Muut liikkeeseen liittyvät tuki- ja liikuntaelimestön rakenteet</p>
<p>SUORITUKSET JA OSALLISTUMINEN</p> <p>d410 Asennon vaihtaminen</p> <p>d415 Asennon ylläpitäminen</p> <p>d420 Itsensä siirtäminen</p> <p>d450 Käveleminen</p> <p>d460 Liikkuminen erilaisissa paikoissa</p> <p>d465 Liikkuminen välineiden kanssa</p> <p>d510 Peseytyminen</p> <p>d530 WC:ssä käyminen</p> <p>d540 Pukeutuminen</p> <p>d640 Kotitaloustöiden tekeminen</p> <p>d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika</p>	<p>YMPÄRISTÖTEKIJÄT</p> <p>e120 Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa</p> <p>e 150 Julkisten rakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat</p> <p>e155 Yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat</p> <p>e310 Lähiperhe</p> <p>e340 Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat</p> <p>e355 Terveydenhuollon ammattihenkilöt</p> <p>e580 Terveys- palvelut, hallinto ja politiikka</p>

Lonkkamurtuman seurauksena iäkkään liikkuvuusvarmuus, tasapaino ja ulkona liikkuminen heikentyvät. Myös potilaan itsenäisyys ADL- toiminnoissa (Activity of Daily Living) eli päivittäisissä toiminnoissa sekä IADL- toiminnoissa (Instrumental Activities of Daily Living) eli niin sanotussa välinetoiminnoissa heikentyy. Kaikki edellä mainitut toiminnot vaikuttavat potilaan suorituksiin ja osallistumiseen. (Piirto-

la 2011) ADL- toiminnot vaikuttavat myös asennon vaihtamiseen, itsensä siirtämiseen, peseytymiseen, WC:ssä käymiseen, pukeutumiseen sekä kotitaloustöiden tekemiseen. Liikkuvuusvarmuus, tasapaino ja liikkuminen ulkona vaikuttavat liikkumiseen erilaisissa paikoissa ja apuvälineen kanssa.

Lonkkamurtuma itsessään vaikuttaa alaraajan rakenteeseen. Lonkkamurtuman jälkeen alaraajojen lihasvoima ja nivelten liikkuvuus on alentunut sekä murtunut lonkka tuottaa kipua, mikä vaikuttavaa ruumin ranteeseen sekä ruumin/kehon toimintoihin. Nämä seikat vaikuttavat kipuaistimukseen, lihasvoiman ja tehon tuottotoimintoihin sekä lihaskestävyystoimintoihin. Murtuman jälkeen potilas tarvitsee useimmiten apuvälineen liikkumisen tueksi ja kotiin täytyy tehdä muutoksia itsenäisen selviytymisen tueksi. Potilas voi tarvita myös avustusta kotona selviytymiseen kotiutumisen jälkeen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011) Potilas tarvitsee joko lähiperheen tukea tai ulkopuolisia apupalveluita ja avustajia, koska potilaan toimintakyky heikkenee väliaikaisesti ja se vaikuttaa huomattavasti potilaan arkielämän askareisiin sekä vapaa-aikaan.

3.2 Toimintakyvyn heikentyminen ikäihmisillä

Useimmin käytetty teoreettinen malli toimintakyvyn heikentymisestä on Nagin kehittämä ja se kuvaa toiminnanvajavuuksien syntyprosessia, jossa patologinen muutos johtaa suorituskvyn rajoitukseen ja sen seurauksena toiminnanvajavuuteen. Vuonna 1994 Verbrugge ja Jette kehittivät Nagin mallia sosiaalilääketieteelliseen suuntaan. Opinnäytetyössä käytetään Verbruggen ja Jetten mallia, jossa patologiset syyt aiheuttavat vaurion/vaurioita ja vauriot johtavat suorituskvyn rajoitukseen, mikä puolestaan johtaa toiminnanvajaukseen. Patologisilla syillä tarkoitetaan sairauksia ja vammoja. Vaurioilla tarkoitetaan esimerkiksi toiminnanhäiriöitä ja rakenteellisia poikkeavuuksia tuki- ja liikuntaelimestössä, sydän- ja verenkiertoelimestössä ja hermossa. Suorituskvyn rajoituksilla tarkoitetaan rajoituksia esimerkiksi fyysisissä ja psyykkisissä toiminnoissa, liikkumisessa, puhumisessa sekä aistitoiminnoissa. Toiminnanvajavuudella tarkoitetaan vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa, aktiivisessa osallistumisessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Mallissa huomioidaan myös riskitekijöiden vaikutukset vaurioihin sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutukset suoritus-

kyvynrajoituksiin. Ympäristö- ja yksilötekijät voivat joko nopeuttaa tai hidastaa toiminnanvajauden kehitystä. (Heikkinen ym. 2013, 280–281)

3.2.1 Päivittäisissä toiminnoissa heikentyminen

Vanhenemisen ja pitkäaikaissairauksien myötä toimintakyvyn heikkeneminen ilmenee asteittain. Ensin ilmenee heikentymistä vaativien päivittäisten toimintojen (AADL; Advanced Activities of Daily Living) parissa, kuten yhteiskunnallisessa harrastustoiminnassa. Seuraavaksi toimintakyvyn alenemista näkyy niin sanotuissa välinetoiminnoissa (IADL; Instrumental Activities of Daily Living), kuten asioiden hoitamisessa, taloustöissä ja kaupan käynnissä. Viimeiseksi heikentyminen vaikuttaa päivittäisiin perustoimintoihin (BADL tai ADL; Basic Activities of Daily Living), joiden on arvioitu heikentyvän seuraavassa järjestyksessä: käveleminen, kylpeminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja syöminen. (Voutilainen & Vaarama 2005, 7)

3.2.2 Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen

Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen tarkoittaa elimistön toimintojen hidastumista. Iän myötä autonominen hermosto heikkenee, jolloin stressin jälkeinen palautuminen on hitaampaa ja iäkkäät ihmiset kestävät heikommin kuumuutta, kylmyyttä, fyysistä rasitusta, hapenpuutetta, sairauksia ja vaikeita traumoja. Lähes kaikki aistit rappeutuvat iän myötä, jolloin esimerkiksi näössä tapahtuu muutoksia ja etenkin lähinäkö heikkenee. Aisteista myös sisäkorvan tasapainoelin rappeutuu, joka on yksi syy iäkkään tasapainon heikkenemiseen. Tasapainoon vaikuttavista tekijöistä sisäkorvan tasapainoelin vastaa tasapainosta vain noin 60 prosenttia. Tasapainon heikentymiseen vaikuttavat sisäkorvan tasapainoelimen lisäksi myös näköaisti sekä lihasten ja jalkapohjien tuntoaistien heikentyminen. (Medina 2006, 22–25)

Heikentynyt tasapaino on yksi riskitekijä iäkkään kaatumisille. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2013) Kaatuminen taas altistaa iäkästä saamaan lonkkamurtuman, koska yli 90 % lonkkamurtumista tapahtuu kaatumisen seurauksena.

(Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011)

Luustossa tapahtuu muutoksia iän myötä ja tällöin luun mineraalikato lisääntyy ja altistaa luuston osteoporoosin sairastumiselle. Lihasmassa vähenee ja lihasten nopeus heikkenee. Nivelten liikkuvuus heikkenee ja nivelrusto kuluu. Iäkkäillä esiintyy usein myös nivelkulumia. (Medina 2006, 22–25) Motorinen kunto ja tuki- ja liikuntaelimestön kunto ovat tärkeimmät terveystason osa-alueet fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta ja erityisesti tasapaino ja alaraajojen lihasvoima vaikuttavat liikkumiskykyyn ja sitä kautta itsenäiseen selviytymiseen. Terveystason käsite on syntynyt 1980- ja 1990- lukujen vaihteessa ja se tarkoittaa niitä kunnan osa-alueita, joihin liikunnalla ja fyysisellä aktiivisuudella on positiivinen vaikutus ja aktiivisuuden puutteella negatiivinen vaikutus. (Husu 2008, 16)

Sydän ja verisuonisto muuttuvat iän lisääntyessä, jolloin sydämenmaksimaalinen suorituskyky heikkenee sekä alttius sydämen vajaatoimintaan lisääntyy. Iän myötä myös ruoansulatuskanavan rakenteessa ja toiminnassa tapahtuu muutoksia. (Medina 2006, 22–25)

Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on väistämätöntä ja siitä aiheutuneet muutokset heikentävät elimistön toimintaa. (Medina 2006, 25) Muutokset näkyvät useimmiten ensimmäisenä toiminnanrajoituksissa, kuten liikkumisvaikeuksissa, jolloin portaissa liikkuminen vaikeutuu ja kävelynopeus hidastuu. (Husu 2008, 16) Iäkkään keho on heikko rasituksessa, vaikka hän selviytyisikin hyvin tavanomaisessa elämässä. Iän mukana tulevat muutokset ovat kuitenkin yksilöllisiä ja muutokset voivat tapahtua kaikille eri aikaan. Fyysisen toimintakyvyn heikentymistä voidaan hidastaa terveellisillä elintavoilla, kuten liikkumisella ja hyvällä ravinnolla. (Medina 2006, 25)

3.2.3 Kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikentyminen

Psyykinen vanheneminen ei ole rappeutumista vaan kehittymistä, kypsymistä ja muuttumista. Ihminen joutuu oppimaan elämään entistä hitaammaksi muuttuvassa

kehossa ja sopeutumaan muutoksiin. Ikääntyessä havaintotoiminnot hidastuvat ja tarkkuus huonontuu, kun taas kognitiiviset toiminnot voivat jopa parantua iän myötä ja heikentyvät vasta hyvin vanhana. Vanhuudessa yleisesti sosiaalisuus ja ulospäin suuntautuneisuus kuitenkin vähenevät sekä sisäänpäin kääntyvyys lisääntyy. Toisaalta ulkomaailmasta eristäytymiseen saattaa olla muitakin syitä kuin vanhuus kuten depressio, virikkeiden puute, toimintakyvyttömyys tai huono kuulo. (Medina 2006, 25–26, 58)

Yli 65- vuotiailla ihmisillä etenkin keskivaikeat ja lievät masennustilat ovat yleisiä. (Kivelä 2005, 4863) Erityisen yleistä on lievä masennusoireilu, joka ei täytä kliinisen masennuksen kriteereitä. (Pietilä & Saarenheimo 2011, 165) Iäkkäiden masennusoireet voivat sekoittaa fyysisten tautien oireisiin. Tämän takia iäkkäiden oireiden syiden selvittely vaatii perusteellista kliinistä, laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. (Kivelä 2005, 4865) Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida neljällä eri tavalla. Vaikeusastetta voidaan arvioida oireiden lukumäärän perusteella, käyttämällä oiremittaria kuten BDI-21:tä, käyttämällä Montgomery-Åsbergin depressioasteikkoa tai arvioida vaikeusastetta toimintakyvyn heikkenemisen perusteella. (Haarala ym. 2010, 11)

Depressiota seuraavat usein sekundaariset ongelmat, kuten ravitsemushäiriöt, hoitojen puutteet fyysisissä sairauksissa sekä alkoholin liikakäyttö. Jos masennustiloja ei hoideta tai tunnisteta iäkkäillä ihmisillä, heidän fyysinen toimintakykynsä heikkenee ja kuntoutus vaikeutuu muun muassa murtumien, sydäninfarktin ja aivohalvauksen yhteydessä. Hoitamattomat ja tunnistamattomat masennustilat ovat myös yleinen syy itsemurhaan. (Kivelä 2005, 4865)

Iäkkäisiin ihmisiin liitetään usein yksinäisyyden tunne, vaikka kaikki iäkkäät ihmiset eivät kuitenkaan koe yksinäisyyttä. Vain noin kolmasosa ikäihmisistä kokee yksinäisyyden tunnetta. Useiden tutkimusten mukaan iäkkäiden ihmisten keskuudessa yksinäisyys on yleisempää kuin muissa ikäryhmissä, kun taas toisten tutkimusten mukaan nuoret ovat yksinäisin ikäryhmä. Iän merkitys ei siis ole yksiselitteinen, vaan siihen vaikuttavat vahvasti persoonallisuus- ja tilannetekijät. Yksinäisyys koetaan ja arvioidaan eri tavoin eri-ikäisinä. Ikäihmiset tietenkin kohtaavat erilaisia menetyksiä ja

elämää eri tavoin rajoittavia asioita, jotka voivat johtaa yksinäisyyden kokemiseen toisin kuin nuorilla ihmisillä. (Uotila 2011, 24–25)

Puhuttaessa kognitiivisesta ikääntymisestä tarkoitetaan ikääntyessä tapahtuvia muutoksia tiedon käsittelyyn liittyvissä ajattelutoiminnoissa. Nämä muutokset ovat ilmeisessä yhteydessä aivoissa tapahtuviin muutoksiin. Usein kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen tapahtuu iän myötä tulevien aivosairauksien takia, mutta kognitiivista heikentymistä voi myös tapahtua ilman, että löydetään lääketieteellistä syytä. (Heikkinen ym. 2013, 210–212)

4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI IKÄIHMISSILLÄ

Toimintakyvyn testeistä saatavia arviointituloksia voidaan käyttää esimerkiksi työvälineenä palvelutarpeen selvittämisessä, osana asiakkaan hoidon ja palvelun suunnittelua, toteutusta ja arviointia sekä arvioitaessa ja seurattaessa kuntoutuksen vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 1-2) Toimintakyky on tärkeä mittari vanhenemisen ja vanhusten hoidossa, koska iän myötä tulevat muutokset ja sairaudet näkyvät muun muassa juuri toimintakyvyn huononemisena. (Medina 2006, 57)

Toimintakyvyn testeillä voidaan tarkastella jäljellä olevaa toimintakykyä ja sen tasoa tai todettuja toimintakyvyn rajoituksia ja –vajauksia. (Tiainen 2005, 35) Toimintakykyä tarkastellessa tarkennetaan näkemystä potilaan elämänlaadusta ja sairausdiagnooseista yleiseen selviytymiseen toimintaympäristössä. (Heikkinen 2008, 262) Ikäihmisten toimintakyvyn arvioinnissa saadaan tietoa tämänhetkisestä suorituskyvyn ja toimintakyvyn tasosta. Testien avulla voidaan myös ennustaa toimintakyvyn heikkenemistä. (Tiainen 2005, 35) Toimintakyky ei ole pysyvä tila, vaan se muuttuu eri tekijöiden vaikutuksesta. Toimintakykyyn voi vaikuttaa heikentävästi akuutti sairaus tai kriisi, esimerkiksi puolison menettäminen, tai psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Toisaalta toimintakyky voi myös parantua tavoitteellisen hoito-, kuntoutus- ja

palvelukokonaisuuden vaikutuksesta. Toimintakykyä arvioitaessa on ymmärrettävä tämä dynaamisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4-5)

Toimintakykyä arvioitaessa tulisi valittujen arviointimenetelmien ottaa huomioon toimintakyvyn eri ulottuvuudet: fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen. Ottamalla eri ulottuvuudet huomioon taataan mahdollisimman laaja kuva ikäihmisen toimintakyvystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4-5) Yksi testi ei riitä kuvaamaan iäkkään ihmisen vanhenemista vaan tarvitaan useita mittauksia, joista saadaan kokonaiskuva iäkkään toimintakyvystä. Kokonaiskuvan avulla voidaan arvioida, mitä toimintoja tulisi kehittää. (Medina 2006, 59) Arviointimenetelmät tulee valita olemassa olevista menetelmistä ja valinnassa tulee ottaa huomioon keitä, mitä ja kuinka tarkasti halutaan arvioida. (Tiainen 2005, 34) Toimintakyvyn arvioimiseen on kehitetty useita erilaisia asteikkoja. (Medina 2006, 60) Esimerkiksi TOIMIA-tietokannasta löytyy noin 70 toimintakykytestiä. TOIMIA-tietokanta on kehitetty Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisessa asiantuntijaverkostossa ja tietokantaa ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Valkeinen & Syrjäso 2013) Yhtenäisten asteikkojen avulla helpotetaan tiedonvälitystä toimintakykyyn liittyvissä asioissa. (Medina 2006, 60)

4.1 Toimintakyvyn arviointi lonkkamurtumapotilailla

Opinnäytetyössä toteutettavat lonkkamurtumapotilaiden testaukset toteutetaan perusterveydenhuollon vuodeosastolla ja testaukset pyritään toteuttamaan kotiuttamisen yhteydessä. Toimintakykytesteillä pyritään arvioimaan ja ennustamaan, miten potilas pärjää kotona kotiutumisen jälkeen. Perusterveydenhuollossa käytettävien testien tulee olla suhteellisen nopeita tehdä, helposti standardoitavissa, edullisia, turvallisia, iäkkäiden asiakkaiden hyväksyttävissä sekä valideja ja reliaabeleja. Iäkkäiden potilaiden toimintakyvyn arvioinnin luotettavuuteen ja menetelmän valintaan vaikuttavat sairaudet ja toimintakyvyn rajoitteet, joita iäkkäillä tutkittavilla on usein moniakin. (Heikkinen & Rantanen 2008, 286–287) Toimintakykyä arvioitaessa tulee kirjata tunnettuja ja epäiltyjä riskitekijöitä kunkin potilaan kohdalla, esimerkiksi liikapaino, vähäinen liikunta, tupakointi, tapaturmat. (Matikainen ym. 2004, 81) Ikäihmisiä voidaan ryhmitellä toimintakyvyn tason mukaan esimerkiksi itsenäisesti selviytyviin,

fyysisesti heikkokuntoisiin, jotka selviytyvät kotona avustuksen turvin sekä laitoshoidoa tarvitseviin. (Tiainen 2005, 35)

4.1.1 Fyysisen toimintakyvyn arviointi

Liikkumiskyvyn testaamiseksi on kehitetty yksinkertaisia testejä, joita pystyy helposti käyttämään perusterveydenhuollossa. Näillä testeillä voidaan arvioida esimerkiksi kävelyä, portaiden nousua, tuoilta seisomaan nousua, tasapainoa ja nostamista. Iäkkään toimintakyvystä voidaan saada tietoa myös haastattelun avulla. (Heikkinen & Rantanen 2008, 289–292) Iäkkäiden toimintakyvyn arvioinnissa etenkin fyysisesti heikkokuntoisilla ihmisillä tulee ottaa huomioon potilaan itsearviointi. Testeistä saatavat tulokset eivät aina täsmää kyselyistä ja haastatteluista saatavien tuloksien kanssa, mutta ne eivät ole toisiaan poissulkevia menetelmiä vaan täydentävät toisiaan toimintakyvyn arvioinnissa. (Tiainen 2005, 35)

Lonkkamurtuma heikentää elämänlaatua pitkäaikaisesti sekä kasvattaa toimintakyvyn heikkenemisen riskiä useiksi vuosiksi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011) Tasapaino ja kävely ovat tärkeitä tekijöitä lonkkamurtumapotilaan itsenäisen toiminnan arvioinnissa. (SIGN 2009, 26) Toimintakyvyn arvioinnissa myös kävelynopeuden mittaaminen on yleistä, koska elinympäristössä selviytyminen itsenäisesti vaatii riittävää kävelynopeutta. Kävelynopeuden huonontuessa toiminnanvajavuuden riski kasvaa ja se ennustaa myös toiminnanvajauksien ilmaantuvuuden lisääntymistä. (Tiainen 2005, 36) Selviytyäkseen esimerkiksi ADL (Activity of Daily Living) -toiminnoista, ihmisen kävelynopeuden pitää olla vähintään 0,5 m/s. (Piirtola 2011) Jos tavanomainen kävelynopeus on alle 4 m/s, kuvastaa tämä vaikeaa toiminnanvajautta sekä ennustaa kaatumisriskiä ja avun tarpeen lisääntymistä. Kävely kokonaisuudessaan vaatii monen järjestelmän yhteistoimintaa, muun muassa lihasvoimaa, nivelten liikkuvuutta, koordinaatiota, proprioseptiikkaa, näkökykyä sekä tasapainoa. (Stenholm, Paltamaa & Peurala 2011)

Päivittäisten toimintojen (ADL) arvioinnissa voidaan käyttää havainnointimenetelmää, mutta asioiden hoitamisesta (IADL, Instrumental Activities of Daily Living)

selviytymistä on vaikea arvioida havainnoimalla. Arvioitaessa IADL- toimintoja henkilökohtainen haastattelu ja kyselymenetelmät ovat osoittautuneet varsin luotettaviksi menetelmiksi. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan arvioida joko yksinään tai osana laajempaa toimintakykymittaria. Tällöin arvioinnin kohteena on myös terveydentila, kognitiivinen kyvykkyys, sosiaaliset suhteet, harrastustoiminta, psyykkinen hyvinvointi, palvelujen käyttäminen ja elinympäristö. (Heikkinen & Rantanen 2008, 295–296)

EUNAAPA- projektissa yhtenä osana selvitettiin minkälaisia mittareita ja mittausmenetelmiä asiantuntijat käyttävät arvioidessaan iäkkäiden henkilöiden fyysistä toimintakykyä Euroopan maissa. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioitiin yleisimmin Barthelin indeksillä, Katzin ADL testillä sekä FIM- toimintakykymittarilla. (Tiainen 2008, 36–37) Barthel- indeksi ja Katzin indeksi ovat mittareita, jotka valittiin myös tähän opinnäyteyöhön pilotoitaviksi mittareiksi.

4.1.2 Psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointi

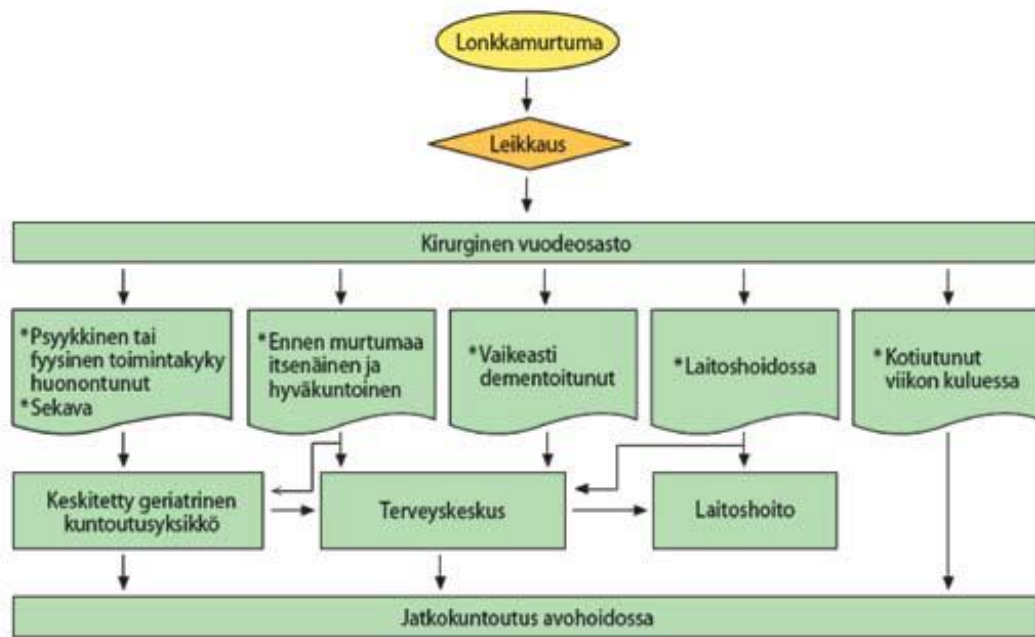
Arvioidessa psyykkistä toimintakykyä tutkitaan usein aistitoimintojen ja havaintomotoristen toimintojen muutoksia sekä pyritään arvioimaan, miten hyvin iäkkään henkilön henkiset voimavarat riittävät arkielämän vaatimuksiin ja miten iäkäs selviytyy elämän kriisitilanteista. (Medina, A 2006, 58–60)

Arvioitaessa kognitiivista toimintakykyä on käytetty perinteisesti lähestymistapaa, joka liittyy älykkyyden psykometriseen tutkimiseen. Älykkyyden tutkiminen yksinään on kuitenkin vähentynyt ja nykyään huomio kiinnitetään arvioinnissa enemmän erillisten kognitiivisten toimintojen tarkasteluun sekä toiminnanohjauksen ja prosessointinopeuden hidastumiseen. Suomessa psykologit käyttävät älykkyyden arvioinnin menetelmää eli Wechslerin älykkyysasteikkoa, jossa aikaisemmissa versioissa jaoteltu tehtiin kahteen osa-alueeseen, kielelliseen ja suorituspainotteiseen älykkyyteen. Uudemmissa versioissa käytetään indeksejä kuten kielellinen ymmärtäminen, (kielellinen) työmuisti, visuaalinen päättely sekä (visuomotorinen) prosessointinopeus. (Heikkinen 2013, 210–212)

Sosiaalinen toimintakyky on käsitteenä hyvin laaja ja se on tiukasti sidoksissa ihmisen ympäristöön. Tämän takia sosiaalista toimintakykyä arvioidessa ei voida keskittyä pelkästään yksilön ominaisuuksiin vaan tulee ottaa huomioon myös yhteiskunnallinen, yhteisöllinen ja ihmisten välinen vuorovaikutus sekä yksilön sisäiset prosessit. (Heikkinen ym. 2013, 284) Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida kolmesta eri näkökulmasta. Ensimmäisen näkökulman mukaan arvioidaan, miten iäkäs ihminen sopeutuu yhteiskuntaan. Toisessa näkökulmassa arvioidaan sosiaalisia taitoja, esimerkiksi ystävyys- ja perhesuhteita, tuloja, koulutusta ja terveyttä. Kolmanneksi sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida tarkastelemalla, kuinka hyvin iäkäs ihminen pystyy säilyttämään vuorovaikutussuhteitaan ja roolejaan yhteiskuntaelämässä. (Medina, A 2006, 58–60)

5 LONKKAMURTUMAN JÄLKEINEN HOITO JA KUNTOUTUS

Suomessa lonkkamurtumapotilaat siirtyvät tavallisesti jatkokuntoutukseen erikoissairaanhoidosta terveyskeskussairaalaan, jonka myötä hoitoajat ovat melko lyhyet erikoissairaanhoidossa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistyksen asettama työryhmä 2011, 18) Erikoissairaanhoidossa potilaat ovat usein noin 10 vuorokautta ja muussa sairaalahoidossa noin 40 vuorokautta. (Sund 2008, 9) Lonkkamurtumapotilaan hoito voi jatkua myös geriatrisella osastolla, vanhusten palvelukeskuksessa tai kotona. (Medina 2006, 155) Potilaan jatkohoito kestää pitkään, mutta siitä huolimatta kaikki potilaat eivät kuntoudu omatoimiseksi, vaan joutuvat pysyvään laitoshoidon. Lonkkamurtuman jälkeiseen kuolleisuuteen vaikuttavat muun muassa tehoton kuntoutus, monet vuodelevon haitat, kuten veritulpat ja infektiot, sekä potilaan monet sairaudet ja heikkokuntoisuus. (Medina 2006, 152) Kuvassa 2 on esitetty lonkkamurtumapotilaan hoitoketju lonkkamurtumaan aiheutuneesta tapaturmasta kotiutumiseen saakka.



Kuva 2. Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 19)

Ennen murtumaa olevan fyysisen ja psyykkisen suorituskyvyn sekä kuntoutussuunnitelman perusteella lonkkamurtumapotilaille valitaan leikkauksenjälkeinen kuntoutuspaikka. Kotiutuminen avohoitoon edellyttää tavoitteellista hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa riippumatta potilaan kuntoutuspaikasta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 19)

5.1 Lonkkamurtumapotilaan hoito

Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky tulee kartoittaa ennen lonkkamurtuman hoitoa potilaan tullessa sairaalaan. Samaan aikaan tulee arvioida myös potilaan ravitsemustila, nestetasapaino, kivuliaisuus, virtsarakon toiminta, sairaudet, lämpö, lääkitys ja painehaavariski. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 8-9) Murtuma aiheuttaa iäkkäälle ihmiselle kovan kivun. Kivun ja verenvuodon seurauksena iäkäs voi olla hyvin sekava ja yhteistyökyvytön. Lonkan murtuminen on iäkkäälle ihmiselle traumaattinen tapahtuma, koska silloin iäkäs kokee kauhua, kuolemanpelkoa ja avuttomuutta. (Medina 2006, 153)

Lonkkamurtuman sattuessa kirurginen toimenpide on yleensä aiheellinen, mutta hoito voidaan toteuttaa myös konservatiivisena, mikäli ennustettu elinikä on hyvin lyhyt tai leikkausriskin katsotaan ylittävän mahdolliset hyödyt. Konservatiivisessa hoidossa tulee kiinnittää huomiota hyvään kivun hoitoon, koska hoitoon tiedetään liittyvän komplikaatioita. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 8-9) Lonkkamurtumien kirurgisissa toimenpiteissä voidaan käyttää muun muassa osteosynteesiä, puoli- tai kokoproteeseja, liukuruuveja, sivulevyjä tai ydinnauloja. Hoito menetelmän valinta tulee tehdä murtuman tyyppin mukaan.

Leikkauksen jälkeen potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti moniammatillisessa työryhmässä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 11–14) Potilaan tullessa osastolle arvioidaan potilaan tilanne ja tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Arviointia tehdään kierrolla sekä keskustellaan yhdessä tiimipalaverissa. Tiimipalaveriin osallistuu lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja kuntoutushenkilökunta sekä ajoittain myös sosiaalihoitaja. (Kehusmaa henkilökohtainen tiedonanto 10.12.2013) Hoidossa huomioidaan varausluvut sekä röntgenkuvausseuranta, ravitsemustila, lääkehoito ja delirium eli sekavuustila. Mobilisaatio tulee aloittaa heti seuraavana päivänä leikkauksesta. Varhainen mobilisaatio ja tehokas fyysinen harjoittelu ehkäisevät kipua ja auttavat ylläpitämään nivelten liikkuvuutta sekä parantavat liikkumis- ja toimintakyvyn palautumista ja ehkäisevät komplikaatioita. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 11–14)

5.2 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus

Suunniteltaessa potilaan kuntoutusta on tärkeää selvittää, millainen toimintakyky potilaalla on ollut ennen sairastumista. Usein potilaiden, jotka menettävät toimintakykynsä äkillisen sairastumisen seurauksena, kuntoutuksesta saadaan nopeimmat tulokset ja heidän toimintakykynsä palautuu sairastumista edeltävälle tasolle. Jos kyseessä on äkillisen sairastumisen jälkitila, etenevä sairaus tai terminaalivaihe, tavoitteena on toimintakyvyn ylläpito. (Heikkinen 2008, 264)

Kuntoutuksella pyritään kohentamaan potilaan toimintakykyä, edistämään terveyttä ja antamaan voimavaroja elämän hallintaan. ”Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen tavoitteena on palauttaa toimintakyky mahdollisimman nopeasti sellaiseksi, että hän voi jatkaa elämäänsä entisessä elinympäristössään.” (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 16) Potilaan kognitiivisen kyvyn taso, mieliala, persoonallisuus sekä paranemisen halu vaikuttavat huomattavasti kuntoutumisen onnistumiseen. (Medina 2006, 155; Heikkinen 2010, 264) Toimintakyvyn palautumiseen vaikuttavat heikentävästi muut sairaudet, kuten depressio, muistisairaus, alkuvaiheen delirium eli sekavuustila, murtumaa edeltänyt heikko toimintakyky, viivästynyt mobilisaatio ja heikko ravitsemustila. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011, 16)

Kuntoutus tapahtuu moniammatillisen kuntoutusryhmän toimesta, johon kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja potilas. Moniammatillisessa kuntoutuksessa korostuvat kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi, varhainen mobilisaatio, potilaan omatoimisuus sekä yhteistyö avohoidon, potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Medina 2006, 154) Skotlantilaisen tutkimuksen mukaan ortopedian kirurgin ja geriatrin yhteistyö leikkauksen jälkeisessä hoidossa vaikuttaa positiivisesti lonkkamurtumapotilaan kuntoutukseen. Tällöin potilas pystyy toimimaan itsenäisesti aikaisemmin, sairaalassa olon pituus vähenee, lääketieteellisen tilan hoito paranee ja tulevaisuuden laitoshoidon tarve pienenee. (SIGN 2009, 26)

Kuntoutus tulee aloittaa aikaisin, jotta voidaan tukea potilaan itsenäistä liikkumista ja toimintaa. Eniten huomiota tulee kohdistaa kävelyyn ja ADL- toimintoihin, kuten siirtymiseen, peseytymiseen, pukeutumiseen ja WC:ssä käyntiin. (SIGN 2009, 26) Murtumatyyppin, leikkaustekniikan, iäkkään luuston ja lihasten kunnon, painon sekä henkisten valmiuksien mukaan lonkkamurtumapotilaalle annetaan yksilölliset ohjeet leikatun alaraajan mahdollisista liikkumis- ja istumisrajoituksista sekä kuormituksesta. (Medina 2006, 154) Kuntoutuksen aikana potilaalle tehdään tasaisin väliajoin toimintakyky testi, jonka avulla seurataan kuntoutumista ja annetaan palautetta poti-

laalle hänen edistymisestään. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistyksen asettama työryhmä 2011, 16)

6 POTILAAN KOTIUTUMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSTA

Ahvon ja Valvanteen mukaan vanhusten hoidossa siirtymävaihe laitoksen kuntoutusjaksolta kotiin jää usein vaille riittävää huomiota. Huonosti toteutettu siirtymävaihe voi johtaa laitostuntoutuksessa saavutettujen tulosten hukkaamiseen sekä ongelmalanteisiin vanhuksen kotona. Onnistunut kotiutus laitoshoidosta vaatii saumatonta eri hoitavien tahojen yhteistyötä sekä jatkuvaa toimintakyvyn arviointia, sillä kodin olosuhteet voivat erota merkittävästi turvallisesta laitosympäristöstä. (Ahvo & Valvanne 2001, 31)

Kotiuttamisen suunnittelu on tärkeää ja se on määritelty prosessiksi, joka koostuu neljästä eri vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään potilaan avun tarve. Toisessa vaiheessa laaditaan kotiutussuunnitelma. Kolmas vaihe koostuu potilaan auttamisesta ja hoitamisesta, ja neljäs vaihe koostuu arvioinnista. (Koponen 2003, 20) Kotiuttamisen työkaluun sisältyvä toimintakyvyn arviointi kuuluu neljänteen vaiheeseen. Toimintakyvyn arviointia tehdään useasti kuntoutuksen aikana, mutta Kotiuttamisen työkalulla arvioidaan potilaan toimintakykyä kotiuttamisvaiheessa ja pyritään selvittämään, pärjääkö potilas itsenäisesti kotona. Toimintakyvyn arviointi suoritetaan ennen kotiutuspäätöstä, jolloin arviointi on yksi vaikuttava tekijä kotiutuspäätöstä tehdessä. Jos testeistä saadaan tulos, että potilas ei pärjää itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista, tämä tulee ottaa huomioon myös kotiutuspäätöksessä.

Kun potilas ja läheinen ovat valmiita kotiutumiseen ja yhteisistä toimintaperiaatteista on sovittu sairaalan ja kotihoidon kesken, kotiutumiset sujuvat hyvin lyhyelläkin varoitusaajalla. (Perälä, M-L 2003, 26.)

6.1 Lonkkamurtumapotilaan kotiutuminen

On todettu, että hoitohenkilökunnan, sairaanhoitajan, fysioterapeutin ja toimintaterapeutin varhainen arviointi ja yksilöllinen alustava kuntoutussuunnitelma helpottavat kuntoutusta ja kotiutusta lonkkamurtumapotilailla. Varhaisessa arvioinnissa tulee ottaa selvää potilaan toimintakyvystä ennen lonkkamurtumaa, potilaan sosiaalisesta tuesta, nykyisestä voinnista ja psyykkisestä tilasta. (SIGN 2009, 25)

Kotiutuksen tulee olla hyvin suunniteltu ja valmisteltu yhteistyössä potilaan, hänen läheistensä ja avohoidon kanssa. Hyvä kotiutus ja jatkuva suunnitelmallinen kuntoutus parantavat potilaan toimintakykyä ja elämän laatua. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011) Potilaat, jotka ovat mahdollisen operaation jälkeen vireitä, voivat lääketieteellisesti hyvin ja liikkuvat jo paljon pääsevät kotiutumaan nopeammin kuin muut. Potilaat, jotka tulevat sairaalaan suoraan kotoaan, usein myös kotiutuvat suoraan kotiin. Tähän on kuitenkin poikkeuksia. Esimerkiksi potilaat, jotka ovat olleet epävakaita, vaikka ovatkin asuneet kotona, joutuvat usein olemaan pidempään sairaalan kuntoutuksessa. Kognitiivisella tasolla on vaikutus toimintakykyyn, sairaalassa olon pituuteen sekä kuntoutuksen tuloksiin. (SIGN 2009, 25, 27)

Omaiset tai läheiset tulee ottaa mukaan kotiutuksen suunnitteluun jo heti alkuvaiheessa ja heille täytyy antaa myös ohjeistusta ja tukea. Ohjeistus tulee antaa myös avustajille eli kotihoidon henkilöstölle. Mikäli mahdollista, potilas voidaan päästää kotilomalle (harjoittelujaksolle) kuntoutuksen aikana, jonka aikana nähdään mitä tulee vielä ottaa huomioon kuntoutuksessa, mitä täytyy harjoitella tai muuttaa. Fysioterapeutti luo kotikuntoisuussuunnitelman, josta löytyy vanhuksen tarpeista lähtevät kotihoito-ohjeet. Kotiutuksessa tulee myös miettiä, olisiko potilaan mahdollista saada fysioterapeutti alkuvaiheeseen kotiutumisen jälkeen. Vanhukselle tulee myös luoda turvaverkko, jotta hän saa apua aina tarvittaessa ja tietää kehen ottaa yhteyttä. (Ahvo & Valvanne 2001, 31–32)

Potilaan kuntoutuksen edetessä, mietitään millä edellytyksillä potilas voisi kotiutua. Arvioidaan potilaan selviytymistä kotona sekä erilaisten palveluiden tarvetta, esimerkiksi kotihoidon palvelu, ateria- ja kauppapalvelu. (Kehusmaa henkilökohtainen

tiedonanto 10.12.2013) Ennen kotiutusta tehdään kotikäynti, johon osallistuvat potilaan lisäksi tavallisesti myös fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä potilas. Muutostöillä ja apuvälinetarpeen arvioinnilla pyritään ehkäisemään lonkkamurtumapotilaan kaatumisia ja uusia murtumia. Yksilöllinen apuvälineidentarpeen arviointi on tärkeää, koska sillä pyritään tukemaan potilaan itsenäistä selviytymistä. Jos kotikäyntiä ei jostain syystä toteuteta, apuvälinetarpeen arviointi voidaan suorittaa myös sairaalassa tai apuvälineen lainauspaikassa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä 2011) Jos potilas tarvitsee kotiutumisen jälkeen kotihoidon palveluita, kotihoidon väki voi käydä jo osastolla tutustumassa potilaaseen. Näin voidaan tehdä, jos potilas on kotihoidolle uusi asiakas tai potilas tarvitsee kotona jotain hoitotoimenpiteitä. (Kehusmaa henkilökohtainen tiedonanto 10.12.2013)

Tällä hetkellä esimerkiksi Porin kaupunginsairaalan osasto viidessä ei ole yhtenäisiä testejä käytössä lonkkamurtumapotilaiden kotiutuksessa. Heille on muodostunut tiettyt asiat, jotka he arvioivat ennen kotiutusta, kuten portaissa ja tasamaalla kävely sekä pukeutuminen. Fysioterapeutti Mäen mielestä olisi hienoa, jos käytössä olisi esimerkiksi lista, josta pystyisi tarkastamaan onko kaikki tarvittavat ominaisuudet otettu arvioinnissa huomioon. (Mäki henkilökohtainen tiedonanto 29.8.2013)

6.2 Sairaalaan uudelleen joutuminen

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan 32 % kotiutetuista lonkkamurtumapotilaista (562 potilaasta) joutui uudelleen sairaalaan kuuden kuukauden sisällä murtumasta, joista 8 % joutuivat sairaalaan useammin kuin kerran. Tutkimuksen mukaan yleisimmät syyt sairaalaan uudelleen joutumiseen kuuden kuukauden sisällä olivat tulehdukset (21 %), sydänsairaudet (12 %), leikkauskomplikaatiot (11 %), neurologinen sairaus (10 %) ja murtuma (8 %). Sairaalaan uudelleen joutuminen on useimmiten seurausta ”ei kirurgisista” sairauksista. (Boockvar ym. 2003, 399–402)

Kotiutumisen jälkeen potilaalla on suuri riski joutua takaisin sairaalaan. (Hammar & Perälä 2007) Suurin riski sairaalaan uudelleen joutumiseen on ensimmäisten viikkojen aikana kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksen mukaan 20 % kotiutetuista lonkka-

murtumapotilaista joutui takaisin sairaalaan ensimmäisten kahden viikon aikana ja 34 % ensimmäisten neljän viikon aikana. (Boockvar ym. 2003, 399–402) Sairaalaan uudelleen joutumisen riskejä ovat yli 80 -vuoden ikä, heikko toimintakyky, krooniset sairaudet, ongelmat selviytymisessä sekä sosiaalisen tuen puute.

Lonkkamurtumapotilaalla on 2-5 -kertainen riski saada uusi murtuma lonkkamurtuman jälkeen. Jo akuuttisairaanhoidossa tai kuntoutuksen aikana lonkkamurtumapotilaalla on riski kaatua ja saada uusi lonkkamurtuma tai jokin muu murtuma kaatumisen seurauksena. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediayhdistyksen asettama työryhmä) Lonkkamurtumapotilaat, jotka joutuvat uudelleen sairaalaan tarvitsevat todennäköisesti enemmän apua liikkumisen kanssa kuuden kuukauden päästä murtumasta ja heillä on suurempi kuolleisuusriski. (Boockvar ym. 2003, 399–402)

Potilaan hakeutuessa uudestaan sairaalaan pian kotiutumisen jälkeen syynä ei välttämättä ole sairauden uusiutuminen, vaan kyse voi olla myös potilaan turvattomuuden tunteesta. (Koponen 2003, 14) Suunnittelematon sairaalaan uudelleen joutuminen koetaan tärkeänä mittarina kotiuttamisen suunnittelun ja tuetun kotiseurannan onnistumisessa. (Koponen 2003, 20)

Potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä aiheuttaa stressiä sekä potilaalle että hänen perheenjäsenilleen. Kodin ja sairaalan välillä siirryttäessä potilas ja hänen lähiomaisensa kokevat paljon erilaisia muutoksia, jotka voivat kasautua ja aiheuttaa sekä negatiivisuutta että positiivisuutta heidän elämässään. Muutoksia tapahtuu esimerkiksi potilaan terveydentilassa, voinnissa, voimavaroissa ja kotona selviytymisessä. Muutoksia tapahtuu myös potilaan hoidossa sekä avun järjestelyissä. Potilas voi kokea epävarmuutta siirtymiseen liittyvissä odottamattomissa tilanteissa tai selviytymisen tunnetta onnistumisista ja positiivisista muutoksista selviytyessä. (Koponen 2003, 28)

7 PILOTOINTIIN VALITUT MITTARIT

Tarkoituksena oli valita mittareita, joilla voidaan arvioida lonkkamurtumapotilaiden ADL- toimintoja, fyysistä suorituskykyä sekä sosiaalista, kognitiivista ja psyykkistä toimintakykyä. Mittareita valittiin olemassa olevista testistöistä ja mittareista. Erilaisia mittareita etsiessä rajattiin pois mittarit, jotka vaativat koulutusta ja jonka kohde-ryhmä poikkesi kovasti lonkkamurtumapotilaista. Pilotointiin valittiin sellaiset mittarit, joita pystyvät jatkossa käyttämään sekä sairaanhoitajat että fysioterapeutit, jotka ovat perehtyneet mittariin ja sen toteuttamiseen sekä osaavat tulkita mittarin tuloksia. Mittarien valinnassa huomioitiin myös kuinka paljon välineitä ja tilaa toteuttamiseen tarvitaan. Valinnan yhteydessä tarkasteltiin myös mittarien luotettavuutta ja toistettavuutta. TOIMIA- tietokannassa mittarien soveltuvuutta kuvataan sanallisesti ja liikennevalojen avulla. Esimerkiksi, kun mittarilla on vihreä valo, se on parhaiten sovellettavissa kyseiseen käyttötarkoitukseen. Valon ollessa keltainen mittari soveltuu varauksella kyseiseen käyttötarkoitukseen, jolloin mittarin pätevyydestä tai toistettavuudesta ei ole tarpeeksi luotettavaa näyttöä. (Valkeinen & Syrjäso 2013)

Pilotoitavat mittarit valittiin yhteistyössä sairaalan asiantuntijoiden, Kotiuttamisen työkalun kehittämisessä mukana olevan opiskelijan sekä opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Pilotoitaviksi mittareiksi valittiin Barthel- indeksi, EMS – Elderly mobility scale sekä Katzin indeksi arvioimaan fyysistä toimintakykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Sellaista mittaria, joka arvioisi kaikkia sosiaalista, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä ei löytynyt. Kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn mittariksi valittiin Myöhäisiän depressioseula (GDS-15) sekä sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn mittariksi valittiin Social Provision Scale. Edellä mainittujen testien lisäksi valittiin vielä muistisairaille tehtävä testi, Minimental State Examination-testin (MMSE). Testi on niin sanotusti vaihtoehtoinen, koska testiä ei suoriteta jokaiselle potilaalle. Mittarit soveltuvat tarkoituksensa ja sisällön puolesta hyvin toimintakyvyn arviointiin. Tarkemmat perusteet mittarien valinnoille löytyvät seuraavista kappaleista.

7.1 Barthel- indeksi

Useimmilla kotiutuvilla lonkkamurtumapotilailla on varauskiellot poistettu ja he kävelevät kotona usein rollaattorin tai jonkun muun apuvälineen turvin. (Mäki henkilökohtainen tiedonanto 29.8.2013) Barthel- indeksi valittiin pilotoitavaksi mittariksi, koska mittari sisältää tärkeimmät ADL- toiminnot sekä fyysisen suorituskyvyn testit, kävelyn tasamaalla ja portaissa. Indeksien ICF – koodista nähdään myös, että indeksi on soveltuva lonkkamurtumapotilaiden arviointiin, koska melkein kaikki koodit ovat verrattavissa lonkkamurtumapotilaan fyysisestä toimintakykyä ja päivittäisiä toimintoja kuvaaviin ICF - koodeihin.

Barthel- indeksi on myös helppo toteuttaa, koska kaikkia toimintoja ei tarvitse erikseen testata. Suurin osa indeksissä olevista päivittäisistä toiminnoista tulevat esille sairaalan vuodeosaston jokapäiväisessä elämässä. Tämän myötä indeksiä toteuttaessa mittarin päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan tiedustella joko osaston fysioterapeutilta tai sairaanhoitajalta, jotka osaavat suoraan arvioida potilaan ADL-toimintoja. Tällä tavoin mittarin toteutusta pystytään nopeuttamaan. Jos jokin päivittäisistä toiminnoista jää epäselväksi, se testataan normaalisti.

Barthel- indeksi arvioi itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa. Indeksissä sisältyy kymmenen toimintakyvyn osa-alueita. Toiminnot arvioidaan pistein 0, 5 tai 10, riippuen siitä, kuinka itsenäisesti potilas suoriutuu toiminnasta. Kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 0-100. Indeksistä saatavat pisteet määrittävät suuntaa antavasti potilaan avun tarpeen. Potilaan saadessa pisteet 0-30 potilas tarvitsee kaksi avustajaa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Potilaan saadessa pisteet 30–60 potilas tarvitsee yhden avustajan. Potilaan saadessa 60–100 pistettä potilas selviytyy toiminnoista lähes itsenäisesti tai itsenäisesti.

Barthel- indeksin soveltuvuutta kuvataan vihreällä liikennevalolla ja indeksin avulla on tehty hoito-, kuntoutumis- ja kotiutumisen suunnitteita sekä arvioitu esimerkiksi kuntoutuspotilaiden hoitajakson pituutta. Indeksillä voidaan kerätä tietoa haastattelemalla, havainnoimalla tai potilaan täyttämällä kyselylomakkeella. Barthel- indeksiin on koottu ICF- koodit, joista saadaan selville minkä toimintakyvyn alueiden arvioimiseen indeksi soveltuu. Nämä ICF – koodit ovat biosynteesitoiminnot (b520), itsensä

siirtäminen (d420), kiipeäminen (d4551), kotona liikkuminen (d4600), peseytyminen (d510), WC:ssä käyminen (d530) ja pukeutuminen (d540). (Autio & Vesterinen 2011) Mittarin pisteytysosuus löytyy liitteestä 2.

7.2 Elderly Mobility Scale (EMS)

Elderly Mobility Scale ei sisällä ADL- toimintojen arviointia, mutta se sisältää hyviä fyysisen toimintakyvyn osa-alueita, joiden avulla pystytään arvioimaan ihmisen liikkumista ja suoriutumista. Barthel- indeksiin verrattuna EMS- mittari sisältää monipuolisemmat fyysisen toimintakyvyn testit, koska EMS- mittarissa mitataan kävelyn lisäksi makuulta ylösnousua, siirtymisiä, tasapainoa sekä kävelynopeutta. Negatiivisena puolena EMS- mittarissa on, että se ei sisällä portaissa kävelemistä. Portaissa käveleminen on tärkeä testata ennen kotiutusta, jos potilaan kotona on portaita. Koska EMS- mittari ei arvioi päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä, siihen voidaan liittää toinen mittari, joka arvioi pelkästään päivittäisiä toimintoja, esimerkiksi Katzin indeksi.

Elderly Mobility Scale on kehitetty raihaisten ikääntyneiden ihmisten liikkumisen arviointiin. Mittari sisältää seitsemän erilaista tehtävää, jotka arvioidaan pistein 0-2, 0-3 tai 0-4. Tehtävät arvioidaan havainnoimalla tai testaamalla. Mittarin kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 0-20. Mittarista saatavien pisteiden avulla pystytään määrittämään pystyykö potilas liikkumaan itsenäisesti vai tarvitseeko potilas apua liikkumisessa. Mittarin soveltuvuutta kuvataan keltaisella liikenne valolla. TOIMIA- tietokannassa mittarista sanotaan, että se soveltuu arvioimaan liikkumista ikääntyvillä ihmisillä sekä MS- tautia ja aivoverenkiertohäiriötä sairastavilla. Mittari todetaan olevan validi iäkkäiden tutkimuksissa, mutta tutkimukset MS- tautia sairastavilla puuttuvat. Elderly Mobility Scalen ICF - koodit ovat makuulle meno (d4100), istuminen (d4103), seisominen (d4104) sekä lyhyiden matkojen käveleminen (d4500). (Peurala & Paltamaa 2011) Mittarin testiosuus löytyy liitteestä 3.

7.3 Katzin indeksi

Koska EMS- mittari ei sisällä ADL- toimintojen arviointia, valittiin pilotoitavaksi mittariksi myös Katzin indeksi. EMS- mittarin rinnalla voidaan toteuttaa Katzin indeksi, jolloin pystytään arvioimaan sekä fyysinen toimintakyky että ADL- toiminnot. Katzin indeksissä olevien päivittäisten toimintojen perusteella pystytään selvittämään, miten potilas pärjää kotonaan näistä toiminnoista ja missä asioissa hän tarvitsee vielä apua. Niin kuin Barthel- indeksissä ei myöskään Katzin indeksissä tarvitse testata erikseen jokaista päivittäistä toimintaa. Suurin osan toiminnoista näkyy sairaalan vuodeosaston arjessa, jolloin sairaanhoitajat tai fysioterapeutit osaavat vastata suoraan, mistä toiminnoista potilas selviää itsenäisesti ja mistä ei. Tämä nopeuttaa ja helpottaa huomattavasti arviointia.

Katzin indeksillä arvioidaan potilaan päivittäisiä perustoimintoja. Arviointi voidaan suorittaa joko haastattelemalla tai havainnoimalla. Indeksi on alun perin kehitetty arvioimaan fyysistä toimintakykyä iäkkäillä ja kroonisesti sairailta aivohalvaus- tai lonkkamurtumapotilailla. Indeksi sisältää kuusi päivittäistä toimintaa, jotka arvioidaan asteikolla 0 tai 1. Katzin indeksin soveltuvuutta arvioidaan vihreällä liikennevalolla. Katzin indeksin ICF- koodit ovat makuulle meno (d4100), peseytyminen (d510), WC:ssä käyminen (d530), virtsaamisen sääteleminen (d5300), ulostamisen sääteleminen (d5301) sekä pukeutuminen (d540). (Autio, T & Vesterinen, P 2011) Katzin indeksi löytyy liitteestä 4.

7.4 Myöhäisiän depressioseula (GDS-15)

Myöhäisiän depressioseula kertoo potilaan oman mielipiteen hänen psyykkisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystään. Seula valittiin pilotoitavaksi mittariksi, koska mittarin avulla saadaan selville esimerkiksi potilaan alakuloisuus, pelon tunne sekä potilaan tunne omaa sairauttaan kohtaan. Seulan avulla saadaan myös selville, tulisiko potilaan mielentilaan kiinnittää enemmän huomiota.

Myöhäisiän depressioseula on kehitetty vanhuusiän depression tunnistamisen helpottamiseksi erityisesti terveyskeskuksissa. Depressioseulalla pystytään seulomaan poti-

laita sekä seuraamaan heidän hoitoaan. Depressioseulaan sisältyy 15 kysymystä, jotka esitetään suullisesti potilaalle. Potilas vastaa kysymyksiin KYLLÄ/EI- vastauksin. Vastausten tulos voi olla 0-15 pistettä. Jos tulos ylittää kuusi pistettä, tulisi epäillä depressiota. Depressioseulan tulos on kuitenkin vain suuntaa antava. Depressioseulan soveltuvuutta kuvataan vihreällä liikennevalolla. (Oy H. Lundbeck Ab 2003)

Depressioseulan ICF- koodit ovat ulospäin suuntautuneisuus (b1260), myönteisyys (b1265), itseluottamus (b1266), henkisen energian taso (b1300), muistitoiminnot (b144), tunne-elämän toiminnot (b152), tunteiden säätely (b1521), tunteiden vaihtelu (b1522) sekä virkistäytyminen ja vapaa-aika (d920). (Oy H. Lundbeck Ab 2003) Depressioseulan kysymykset löytyvät liitteestä 5.

7.5 Social Provision Scale (SPS)

Social Provision Scale- testi keskittyy enemmän sosiaalisiin suhteisiin kuin Myöhäisiin depressioseula. SPS- testin avulla saadaan tietoa potilaan ihmissuhteista ja tuen saatavuudesta sekä siitä, mitä mieltä hän on omasta elämästään. Testi valittiin testaamaan potilaan sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä, joiden avulla saadaan tietoa esimerkiksi mahdollisesta yksinäisyydestä ja sosiaalisista suhteista.

Social Provision Scale on kehitetty tarkastelemaan sosiaalisen tuen ja terveyden yhteisvaikutusta. Mittari sisältää 24 kysymystä, jotka on jaettu neljään eri vuorovaikutussuhteisiin liittyvään ulottuvuuteen; kiintymys, liittyminen, arvostus ja avun saannin mahdollisuus. Kysymyksiin vastataan asteikolla 1-4 (1=Täysin ei mieltä ja 4=Täysin samaa mieltä). Vastaukset kuvaavat potilaan tämän hetkistä tilaa ja tunteista. Potilas vastaa kysymyksiin itsenäisesti. Vastausten kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 24–96. Mitä suuremman pistemäärän potilas saa mittarista sitä enemmän on koettua yhtenäisyyttä. Mittaria on käytetty mittaamaan yksinäisyyttä, koettua sosiaalista tukea sekä subjektiivisia arvioita vuorovaikutussuhteista ikääntyneillä ihmisillä. Mittarin soveltuvuutta kuvataan keltaisella liikennevalolla. (Tiikkainen, P. & Aho, T. 2010)

Mittarin ICF- koodit ovat itseluottamus (b1266), muiden henkilöiden avustaminen (d660), vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750), perhesuhteet (d760), intiimit ihmissuhteet (d770), virkistäytyminen ja vapaa-aika (d920), uskonto ja hengellisyys (d930), poliittinen elämän ja kansalaisuus (d950), Pääluokka 3 Tuki ja keskinäiset suhteet (e3), Pääluokka 4 Asenteet (e4) sekä tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit ja yhteisön jäsenet (e325). (Tiikkainen, P. & Aho, T. 2010) Mittari löytyy liitteestä 6.

7.6 Minimental State Examination (MMSE)

Minimental State Examination on vaihtoehtoinen testi, joka tehdään vain muistisairaille potilaille. Jos lonkkamurtumapotilaalla on muistisairautta, MMSE- testi on helppo ja nopea tapa arvioida potilaan kognitiivista toimintakykyä ja sen myötä arvioida palveluntarvetta. MMSE- testillä voidaan arvioida palveluntarvetta kokonaisuudessaan, mutta se ei ole riittävä arvioimaan tietyn yksittäisen palvelun tarvetta. (Mäkelä 2012)

MMSE- testin avulla saadaan tietoa etenevissä muistisairauksissa tapahtuvasta kognitiivisen toiminnan heikkenemisen etenemisestä. Varhaisen tai lievän muistisairauden seulontaan MMSE- testi ei kuitenkaan sovellu. MMSE on lyhyt ja helppo testi, josta saadaan tulokseksi dokumentoitava numeerinen arvio. Testissä kokonaispistemäärä on 30 pistettä. ”24–30 pistettä edustaa normaalia tai lievästi heikentynyttä kognitiivista toimintakykyä, 18–23 pistettä lievää dementiaa, 12–17 pistettä keskivaikeaa ja 0–11 vaikeaa dementiaa.” MMSE- testin soveltuvuutta iäkkään ihmisen palveluntarpeen arvioinnissa kuvataan vihreällä liikennevalolla ja soveltuvuutta kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa kuvataan keltaisella liikennevalolla. MMSE- testi ei sisällä ICF- kooditusta. (Mäkelä 2012)

MMSE- testillä arvioidaan kognitiivisen toiminnan heikkenemistä potilailla, joilla on etenevää muistisairautta (Mäkelä 2012) esimerkiksi Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus tai Lewyn kappale-tauti. Suomessa on muistisairaita lähes 130 000 ihmistä ja väestön ikääntyessä myös muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy entisestään. Etenevät muistisairaudet luokitellaan kansantaudeiksi kuten sydän- ja verisuonisairaudet. Muistisairauksien tunnetuimmat oireet ovat muistin ja muun kog-

niitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen. (Muistiliiton www-sivut 2013) Testi löytyy kokonaisuudessaan liitteestä 7.

8 PILTOINNIN TOTEUTUS JA TULOKSET

Suurin osa lonkkamurtumapotilaista kotiutuu jo ensimmäisten kahden viikon aikana leikkauksesta. Opinnäytetyön kohderyhmä koostuu iäkkäistä kotiutuvista lonkkamurtumapotilaista, joilla on vaikeuksia kotiutumisessa esimerkiksi huonon toimintakyvyn tai muiden sairauksien takia ja jotka ovat joutuneet olemaan sairaalassa tai terveyskeskuksessa enemmän kuin kaksi viikkoa. Suomessa lonkkamurtumapotilaiden indeksihoito (leikkausjakson) pituus erikoissairaanhoidossa kestää keskimäärin kymmenen vuorokautta (Sund ym. 2008, 23), mutta osalla potilaista toimintakyky on niin heikko, että heidän kotiutuksensa ei ole mahdollinen näin lyhyessä ajassa. Lonkkamurtumapotilaat joilla on vaikeuksia kotiutumisessa joutuvat usein olemaan sairaalassa tai terveyskeskuksessa kahdesta viikosta kahteen tai kolmeen kuukauteen. (Mäki henkilökohtainen tiedonanto 29.8.2013) Kohderyhmästä on rajattu pois akuutin vaiheen lonkkamurtuma potilaat, jotka kotiutuvat sairaalasta viimeistään kahden viikonkuluttua tapaturmasta.

Pilotoitavat toimintakyvyn mittarit testataan kahdella eri lonkkamurtumapotilaalla, jotka täyttävät pilotoinnin kriteerit. Pilotoitavien potilaiden määrä on valittu yhdessä muiden Kotiuttamisen työkalun kehittämiseen kuuluvien opiskelijoiden sekä oman ohjaajani kanssa. Testien tulosten, ymmärrettävyyden ja soveltuvuuden perusteella, testeistä valitaan kaksi tai kolme mittaria Kotiuttamisen-työkaluun. Valituista mittareista osa arvioi fyysistä toimintakykyä ja osa sosiaalista, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä.

8.1 Pilotoinnin toteutus

Olin viikoittain yhteydessä vuodeosastoille kysellen pilotointiin soveltuvista lonkkamurtumapotilaista. Kohderyhmään soveltuvia potilaita etsiessä osastojen sairaan-

hoitajat, fysioterapeutit ja osastonhoitajat olivat hyvin avuliaita ja auttoivat minua mielellään. Aloin etsiä kohderyhmän potilaita lokakuun alussa ja lopetin joulukuun alussa. Tämän kahden kuukauden aikana pilotointiin soveltuvia lonkkamurtumapotilaita oli todella vähän. Muutamilla soveltuvilla potilailla ilmeni muita oireita tai he olivat huonovointisia, mikä esti testaamisen, ja muutama potilas ehti kotiutua ennen kuin ehdin testata heidät. Testaukset sujuivat mielestäni hyvin ja molemmilla kerroilla minua oli muutamassa testissä avustamassa osaston fysioterapeutti. Muuten sain toimia potilaan kanssa itsenäisesti. Sekä fysioterapeutit että sairaanhoitajat olivat kiinnostuneita opinnäytetyöstä ja avustivat minua mieluusti.

8.1.1 Testattavat potilaat

Ensimmäinen testattava potilas oli 86-vuotias mies, jolla oli todettu vasemman alaramuksen murtuma. Potilas oli joutunut sairaalaan sekä operoitu kaksi ja puoli viikkoa ennen testauspäivää ja potilas oli kotiutumassa lähipäivinä. Murtumaa hoidettiin konservatiivisesti ja potilas oli saanut varata painoa alaraajalleen kivun sallimissa rajoissa heti operaation jälkeen. Potilas käveli itsenäisesti rollaattorin kanssa. Social Provision Scale- testistä potilas sai pisteet 79, jonka myötä voidaan todeta, että potilaan sosiaalinen toimintakyky on hyvä. Myöhäsiän depressioseulasta hän sai 2 pistettä. Depressioseulassa potilaan saadessa 6 pistettä tai enemmän tulisi epäillä depressiota. Tämän potilaan kohdalla depressiota ei epäillä. Barthel- indeksistä potilas sai 75 pistettä, joka kertoo potilaan pärjäävän lähes itsenäisesti/itsenäisesti. Elderly Mobility Scale- testistä hän sai 18 pistettä, joka kertoo, että potilaalla on mahdollisuus pärjätä kotonaan itsenäisesti. Katzin indeksin päivittäisistä toiminnoista potilas selviytyy viidestä toiminnasta itsenäisesti (5/6).

Toinen potilas oli 76-vuotias mies, jolla oli todettu oikean reisiluun kaulan murtuma sekä ison trochanterin murtuma. Potilaalle oli laitettu operaatiossa (23.9.) puoliproteesi sekä posterolateraalinen koukku. Operaation jälkeen potilas sai kahdeksan viikon varauskiellon oikeaan alaraajaan. Potilas sairastaa Parkinsonin tautia, mutta tauti ei vaikuta huomattavasti hänen kävelyynsä. Potilas käveli rollaattorin kanssa avustetusti lyhyitä matkoja. Testauspäivään mennessä (4.12.) potilas on saanut varata operoidun alaraajan päälle noin yhdeksän päivää. Potilaalla oli testaus hetkellä nilkat

hieman kipeät, mutta siitä huolimatta hän jaksoi kävellä kävelypöydän avulla 50 metriä Barthel- indeksin testissä. Testi aloitettiin rollaattorin kanssa, mutta jouduttiin vaihtamaan kävelypöytään, koska potilas ei jaksanut pidempään rollaattorin avulla. Potilaan suunniteltu kotiutumispäivä on vasta 19.12. Potilas sai Social Provision Scale- testistä pisteet 80, jonka myötä voidaan todeta, että potilaan sosiaalinen toimintakyky on hyvä. Myöhäisiä depressioseulasta hän sai 4 pistettä. Tämän myötä depressionia ei tarvitse epäillä. Barthel- indeksistä potilas sai pisteet 65. Indeksillä kertoo avun tarpeesta ja pisteet 60–100 kuvaavat potilaan toiminnan lähes itsenäiseksi/itsenäiseksi. Koska pisteet ovat hyvin lähellä alarajaa, voidaan todeta, että potilas pärjää lähes itsenäisesti, mutta joissain toiminnoissa hän tarvitsee apua. Elderly Mobility Scale- mittarista potilas sai pisteet 13, joka kertoo, että potilas tarvitsee apua liikkumisessa. Potilas selviytyi itsenäisesti Katzin indeksin päivittäisistä toiminnoista 2 toiminnasta (2/6). Tämä kertoo myös, että potilas ei selviydy vielä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista.

8.2 Pilotoitavien mittareiden tulokset

Ennen testausten aloittamista tarkoitukseni oli jutella osaston työntekijän, joko fysioterapeutin tai sairaanhoitajan kanssa, joka hoitaa kyseistä potilasta. Ensimmäisellä testauskerralla juttelin sairaanhoitajan kanssa ja toisella kerralla fysioterapeutin kanssa. Minä kerroin heille ensin enemmän opinnäytetyöstäni sekä testeistä, jotka oli tarkoitus toteuttaa. Kävimme yhdessä läpi Barthel- indeksin päivittäiset toiminnot sekä Katzin indeksin toiminnot, joihin sairaanhoitaja ja fysioterapeutti pystyivät vastaamaan suoraan. Toisella kerralla fysioterapeutti kysyi muutamaa asiaa sairaanhoitajilta, koska hän ei osannut vastata kaikkeen. He pystyivät kertomaan ilman erillistä testaamista, miten potilas suoriutuu ruokailusta, henkilökohtaisesta hygieniasta, WC:ssä asioinnista, peseytymisestä, pukeutumisesta ja riisuutumisesta, suolen hallinnasta sekä virtsarakon hallinnasta. Tämän jälkeen Barthel- indeksistä jäi testattavaksi pelkästään siirtyminen sekä kävely tasamaalla ja portaissa. Katzin indeksistä jäi testattavaksi vain siirtyminen. Koska työntekijät osasivat vastata suoraan päivittäisiin toimintoihin, testien teko nopeutui huomattavasti.

Koska Barthel- indeksillä voidaan arvioida myös pyörätuolia käyttävää potilasta, mittarissa on kaksi hieman epäselvää arviointikohtaa. ”Siirtyminen” kohta on kohdistettu pelkästään pyörätuolipotilaan siirtymiseen, jonka takia pyörätuolittoman potilaan siirtymisen pisteytys on epäselvä. Tässä testissä minä havainnoin potilaan siirtymistä sängystä noustessa, sänkyyn mennessä ja sängyssä ollessa. Näiden pohjalta annoin täydet pisteet, jos kaikki onnistuivat. Toinen kohta on ”Kävely tasaisella maalla”, jossa pisteet saa ainoastaan silloin kun pystyy kävelemään 50 metriä joko apuvälineen kanssa tai ilman, tai jos pystyy liikkumaan kyseisen matkan pyörätuolilla. Jos potilas pystyy kävelemään lyhempiä matkoja kuin 50 metriä, hän saa pisteiksi nollan. Toisaalta tämä on hyvä, koska kotona selviytymiseen tarvitaan tiettyä toimintakyvyn tasoa. Toisaalta, jos potilas saa nolla pistettä, testin tuloksista ei selviä kuinka pitkän matkan potilas on kävellyt, onko hän kävellyt itsenäisesti ilman apuvälinettä vai apuvälineen kanssa, ja tarvitseeko hän tukea kävellessä. Nämä kaksi testiä tekivät pisteetyksestä hieman epäselvän. Barthel- indeksin muut testit oli helppo toteuttaa. Barthel- indeksi sisältää suurimmaksi osaksi päivittäisten toimintojen arviointia ja näihin sairaanhoitaja tai fysioterapeutti pystyi vastaamaan ilman erillistä testausta. Ainut osuus, mikä vei vähän enemmän aikaa, oli portaissa kävely. Mittarin haasteellisuus tuntui hyvältä kotiutuvan potilaan kanssa. Testiin kului aikaa noin 20–25 minuuttia.

Katzin indeksi oli mielestäni hyvin selkeä ja nopea toteuttaa. Se on myös helppo toteuttaa Elderly Mobility Scalen rinnalla, koska se antaa tärkeää tietoa, mitä EMS-mittarista ei saada. Elderly Mobility Scalen pisteytys oli hyvin selkeää eikä siinä tarvinnut miettiä, mikä vaihtoehto pisteetyksestä valitaan. Tämä tuntui selkeämmältä kuin Barthel- indeksin pisteytys. EMS- mittarissa tulee myös selkeämmin esille miten potilas pystyy kävelemään turvallisesti, apuvälineen kanssa vai ilman. Mittari on mielestäni selkeä ja antaa hyvän kuvan tarvitseeko potilas apua liikkumiseen vai selviytyykö potilas itsenäisesti. Toteuttamiseen ei myöskään kulunut aikaa kuin 10–15 minuuttia. Testin haasteellisuus kotiutuville lonkkamurtumapotilaille oli mielestäni myös sopiva. Mittari tuntuu mielestäni paremmalta kuin Barthel- indeksi, koska siinä arvioidaan laajemmin potilaan liikkumiskykyä ja testien pisteytys on selkeämpi. Kun mittarin rinnalla toteutetaan myös Katzin indeksi, tulee arvioitua potilaan liikkumiskykyä sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymistä.

Social Provision Scalen toteutuksessa jouduin auttamaan molempia potilaita, koska heidän oli vaikea ymmärtää osaa väitteistä. Lomakkeen täyttämiseen meni paljon aikaa, noin 10–15 minuuttia, koska lomake oli melko pitkä. Mielestäni lomake sisältää paljon samanlaisia väitteitä, jotka on vain kirjoitettu positiiviseen tai negatiiviseen sävyyn. Lomake on mielestäni liian pitkä ja hieman sekava. Lomake on ohjeiden mukaan tarkoitus täyttää itsenäisesti, mutta minä autoin molempia potilaita, koska he pyysivät. Verrattaessa Social Provision Scale- mittaria ja Myöhäisiän depressioseulaa, depressioseula on mielestäni selkeämpi, nopeampi toteuttaa ja siinä on vain kaksi vastausvaihtoehtoa, jolloin potilaan on helpompi vastata väitteisiin. Toisaalta myös depressioseulassa toisella potilaalla oli vaikea vastata muutamaankin väitteeseen, koska hänestä tuntui, että tunne on ajoittaista eikä jatkuvasti. Depressioseulaan meni aikaa haastatteleamalla noin 5 minuuttia. Depressioseula on hyvin selkeä, väittämät ovat lyhyitä ja ymmärrettäviä sekä pisteytys on helppo tehdä.

8.3 Kotiuttamisen työkaluun valitut toimintakyvyn mittarit

Fyysistä toimintakykyä mittaamaan valittiin Elderly Mobility Scale ja Katzin indeksi. EMS- mittari arvioi potilaan liikkumiskykyä paremmin ja monipuolisemmin kuin Barthel- indeksi. Elderly Mobility Scale on selkeä sekä nopea ja helppo toteuttaa vuodeosastolla. Barthel- indeksi sisältää todella hyviä testejä, mutta uskon että pyörätuoliosuudet sekoittavat testaajan. Tämän myötä vaarana voi olla, että eri ihmiset testaavat ja arvioivat pisteytyksen eri tavoin. Elderly Mobility Scale ei sisällä päivittäisten toimintojen arviointia. Tämän takia fyysisen toimintakyvyn mittariksi valittiin myös Katzin indeksi. Kun Katzin indeksi toteutetaan EMS- mittarin rinnalla, pystytään arvioimaan monipuolisesti sekä liikkumiskykyä että ADL- toimintoja. Nämä testit yhdessä toteutettuna vievät muutaman minuutin enemmän aikaa kuin Barthel- indeksi, mutta niiden avulla saadaan monipuolisemmat tulokset potilaan fyysisestä toimintakyvystä.

Tarkoituksena oli valita vielä mittari, joka arvioi potilaan sosiaalista, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä. Pilotoitavista mittareista näitä toimintakykyjä mittaamaan valittiin Myöhäisiän depressioseula. Depressioseula sisältää selkeät väittämät, joihin on vain kaksi vastausvaihtoehtoa. Depressioseulan pystyy toteuttamaan lyhy-

essä ajassa. Vaikka tarkoituksena oli valita mittari, joka arvioi sekä sosiaalista, psyykkistä että kognitiivista toimintakykyä, depressioseula ei sisällä yhtään kysymystä sosiaalisista suhteista. Minä kuitenkin uskon, että potilaan vastatessa kysymyksiin, mahdolliset huonot sosiaaliset suhteet tulevat esille keskustelun muodossa. SPS- testi on mielestäni liian pitkä ja samantapaiset väittämät toistuvat useasti testin aikana. Näistä syistä minä valitsin Kotiuttamisen työkaluun Myöhäisiän depressioseulan.

Yllämainittujen testien lisäksi Kotiuttamisen työkaluun otetaan mukaan Minimal State Examination, joka on tarkoitettu vaihtoehtoiseksi mittariksi. MMSE- mittaria käytetään muistihäiriöisten potilaiden kanssa, kun halutaan arvioida heidän sen hetkistä kognitiivista toimintakykyään. MMSE- mittaria ei siis ole tarkoitus teettää jokaiselle potilaalle.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli valita toimintakyvyn mittarit Kotiuttamisen työkaluun. Opinnäytetyön aihetta minulle ehdottivat muutamat Satakunnan ammattikorkeakoulun opettajat sekä projektityöntekijä, jotka olivat suunnitelleet Kotiuttamisen työkalua yhdessä ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijan kanssa. Opinnäytetyöprosessin alussa kohderyhmä oli vielä epäselvä. Kohderyhmäksi pohdittiin ensin yleisesti kirurgisia potilaita, jonka jälkeen kohderyhmä tarkentui lonkkamurtumapotilaisiin. Tämän jälkeen tuli päättää vielä, että kohdistuuko Kotiuttamisen työkalu akuutteihin lonkkamurtumapotilaisiin vai lonkkamurtumapotilaisiin, joiden hoitojakso on pidentynyt esimerkiksi heikon toimintakyvyn takia. Yhdessä ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijan sekä opinnäytetyön ohjaajamme kanssa päätimme, että kohderyhmänä toimivat lonkkamurtumapotilaat, joiden hoitojakso on pitkittynyt jostain syystä. Tämän myötä kohderyhmästä karsiutuivat pois myös suunnitellut proteti-
saatiot.

9.1 Opinnäytetyöprosessi

Keväällä 2013 sain opinnäytetyön aiheen ja kirjoitin tutkimussuunnitelman. Kesän aikana perehdyin teoriaan sekä kirjoitin raporttia. Kesän jälkeen esitin ohjaajalleni ja ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijalle vaihtoehdot pilotoitavista mittareista. Yhdessä heidän kanssaan pohdimme parhaiten soveltuvia mittareita. Tämän lisäksi keskustelin myös Porin Perusturvakeskuksen osasto viiden fysioterapeutin kanssa lonkkamurtumapotilaille soveltuvista testeistä. Näiden keskustelujen pohjalta päädyin pilotoimaan viisi mittaria, jotka opinnäytetyössä on esitetty. Ennen keskustelua fysioterapeutin kanssa olin ajatellut lonkkamurtumapotilaille haastavampia testejä. Keskusteltuani hänen kanssaan minä kuitenkin ymmärsin paremmin millaiset testit potilaille sopivat. Sain fysioterapeutilta tietoa, mitä mistään kirjoista tai tutkimuksista ei löytynyt.

Syyskuussa tutkimuslupa oli kunnossa ja ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija otti yhteyttä Porin perusterveydenhuollon osastonhoitajille. Kävimme yhdessä esittelemässä Kotiuttamisen työkalun sekä opinnäytetyömme osastonhoitajille. Tällöin myös sovimme osastonhoitajien kanssa miten menettelemme testausten suhteen. Osastonhoitajat ottivat opinnäytetyömme positiivisin mielin vastaan ja olivat valmiita auttamaan meitä testausten suhteen. Lokakuun alussa aloin etsiä testaukseen soveltuvia lonkkamurtumapotilaita ja joulukuun alkuun mennessä olin suorittanut kaksi pilotointia. Tarkoituksena oli toteuttaa testaukset noin viidelle potilaalle. Pitkittyneitä lonkkamurtumapotilaiden sairaalahoitajaksoja oli syksyn aikana kuitenkin niin vähän, että tähän ei ollut mahdollisuutta. Testaukset sujuivat hyvin ja olin yllättynyt, kuinka auttavaisia sairaanhoitajat ja fysioterapeutit olivat.

Testattavien potilaiden fyysisen toimintakyvyn testitulokset olivat erilaisia, koska ensimmäinen potilas oli kotiutumassa testausten aikaan ja toisen potilaan suunniteltuun kotiutumiseen oli vielä kaksi viikkoa aikaa. Tarkoituksena ei ollut testata näin eritasoisia potilaita. Tarkoituksena oli testata potilaita, jotka kotiutuisivat pian testausten jälkeen. Kotiutuvia potilaita, jotka ovat olleet sairaalassa yli kaksi viikkoa, oli kuitenkin niin vähän, että halusin mennä testaamaan myös tämän toisen potilaan, jotta saisin varmuutta mittarien valintaan. Jälkikäteen ajateltuna oli hyvä asia, että potilaat olivat fyysisesti hieman eritasoisia. Tällä tavoin mittareista saatiin myös eri nä-

kökulmat, kun potilas ei selviydykään itsenäisesti jokaisesta toiminnasta. Olen iloinen, että pääsin testaamaan vielä toista potilasta. Yhden potilaan testauksen jälkeen, minulla olisi ollut hieman epävarma olo valita mittareita Kotiuttamisen työkaluun. Toinen testaus vahvisti kuitenkin omaa mielipidettäni mittareista ja päätöstäni mittareiden soveltuvuudesta. Toivon kuitenkin, että testattavia potilaita olisi ollut enemmän, jotta olisin saanut enemmän tietoa mittareista. Tästä huolimatta Kotiuttamisen työkaluun valitut mittarit soveltuvat mielestäni hyvin arvioimaan kotiutuvien lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyä. Molemmista testauskerroista minulle jäi samanlaiset mielipiteet mittareista.

Kotiuttamisen työkaluun valitut fyysisen toimintakyvyn mittarit soveltuvat mielestäni hyvin kohderyhmälle. Katzin indeksiin on mielestäni tiivistetty hyvin tärkeimmät ADL- toiminnot, joita tulee tarkastella. Elderly Mobility Scale on mielestäni sopivan haastava lonkkamurtumapotilaille kotiutustilanteessa. Testattavista potilaista kotiutumassa oleva potilas sai melkein täydet pisteet mittarista (18/20), kun taas toinen potilas sai huomattavasti alhaisemmat pisteet (13/20). Oli hienoa huomata mittarin kannalta millaiset erot tuloksissa oli kahden eri vaiheessa kuntoutusta olevan potilaan välillä. Mittari soveltuu mielestäni hyvin kohderyhmälle ja mittari kertoo hyvin, pärjääkö potilas itsenäisesti vai ei.

Tutkimukset osoittavat, että lonkkamurtumapotilailla on suuri riski joutua takaisin sairaalaan kotiutumisen jälkeen. Sairaalaan takaisin joutumisen riskeihin lukeutuu heikko toimintakyky, ongelmat selviytymisessä sekä sosiaalisen tuen puute. Tämän lisäksi lonkkamurtumapotilailla on 2-5 -kertainen riski kaatua ja saada uusi murtuma leikkauksen jälkeen. Uskon, että opinnäytetyössä valittujen toimintakyvyn mittareiden avulla pystytään varmistamaan potilaalla olevan tarpeeksi hyvä toimintakyky kotiutuakseen. Jos potilas saa huonot tulokset toimintakyvyn mittareista, tulee potilaan hoidossa mukana olevien pohtia, mistä tämä johtuu. Hoitohenkilökunnan tulisi pohtia, mistä huonot tulokset johtuvat, miten niitä voidaan parantaa sekä onko potilas vielä kotikuntoinen. Huonot tulokset toimintakyvyn testeistä kertovat potilaan olevan liian heikossa kunnossa kotiutuakseen.

Yhdessä kodin esteettömyyden selvityksen kanssa, Kotiuttamisen työkalulla on hyvät mahdollisuudet vähentää sairaalaan uudelleen joutumista. Kotiuttamisen työkalun

avulla varmistetaan lonkkamurtumapotilaalle mahdollisimman hyvä kotiutuminen sekä mahdollistetaan potilaan selviytyminen kotiutuksen jälkeen joko itsenäisesti tai avustuksen turvin.

Mittareita valitessa käytin apuna ICF- luokitusta. Vertasin mittarien ICF- luokituksia lonkkamurtumapotilaan ICF- luokitukseen. Tämä auttoi minua pohtimaan, millä mittareilla on parhaat ominaisuudet potilaan toimintakyvyn arviointiin ja mitkä mittarit soveltuisivat parhaiten kohderyhmälle. Tutustuessani lähteisiin ja kirjoittaessani teoriaa ICF- luokituksesta, huomasin ymmärtäväni ensimmäistä kertaa luokituksen kokonaisuuden, miten sitä käytetään ja mitä apua siitä on. Koulun alussa aihe käytiin läpi ja siitä on puhuttu useasti koulun aikana, mutta en ole koskaan ennen ymmärtänyt sen laajuutta toimintakyvyn osalta. ICF- luokituksen käytön osaamisesta on varmasti hyötyä minulle tulevaisuudessa, koska luokituksen käyttö yleistyy työssämme koko ajan. Opinnäytetyöraportin kirjoittaminen on sujunut hyvin alusta asti. Kesällä kirjoitin paljon teoriaa ja syksyn alussa aloin muuttamaan opinnäytetyötä parempaan suuntaan opinnäytetyöohjaajani avulla.

9.2 Kotiuttamisen työkalu ja jatkoehdotukset

Opinnäytetyön kohderyhmä jäi todella suppeaksi, koska pitkittyneitä lonkkamurtumapotilaiden hoitajaksoja oli vähän opinnäytetyön käytännön osuuden aikana. Minusta olisi hieno, jos testien soveltuvuutta voitaisiin testata vielä isommalla kohderyhmällä. Tämä antaisi luotettavampaa tietoa mittarien soveltumisesta lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn arviointiin. Toiveena olisi myös, että toimintakyvyn mittareiden tuloksia pystyttäisiin hyödyntämään kodin esteettömyyden selvityksessä. Tulosten avulla tarkentuisi, mitä tulisi ottaa huomioon esteettömyyden selvitystä tehdessä. Esimerkiksi, jos potilas ei testien mukaan selviydy tietystä toiminnasta, tämä tulisi ottaa erityisesti huomioon esteettömyyden selvityksessä.

Kotiuttamisen työkalun kehittämisessä oli alun perin mukana vain kaksi opinnäytetyöntekijää. Aihe on hieman laajentunut aloittamisen jälkeen, joten mukaan tuli vielä kolmas opinnäytetyöntekijä. Kotiuttamisen työkalun kodin esteettömyyden selvitystä kehittävät tällä hetkellä kaksi opiskelijaa omana opinnäytetyönään. Opinnäytetyönte-

kijät kehittävät kodin esteettömyyden selvityksen ja pilotoivat sen myös Porin perusturvakeskuksen kotiutuvilla lonkkamurtumapotilailta. Kun lopullinen esteettömyyden selvitys on valmis, toimintakyvyn mittarit sekä kodin esteettömyyden selvitys kootaan yhtenäiseksi Kotiuttamisen työkaluksi. Kotiuttamisen työkalu tulee olemaan mielestäni hyvä apuväline perusterveydenhenkilökunnalle. En osaa sanoa miten Kotiuttamisen työkalu otetaan vastaan osastoilla ja miten sen käytön aloittaminen sujuu. Monet henkilökunnasta ovat kuitenkin olleet kiinnostuneita opinnäytetyöstä ja ovat olleet sitä mieltä, että tästä on hyötyä. Uskon kuitenkin, että kauan työskennelleillä työntekijöillä on muotoutunut tapansa toteuttaa tietyt asiat ja niiden muuttaminen voi viedä oman aikansa. Tällä hetkellä Kotiuttamisen työkalu on suunnattu pelkästään kotiutuville lonkkamurtumapotilaille, joiden hoitajakso on pidentynyt esimerkiksi heikon toimintakyvyn takia. Ehkä tulevaisuudessa kotiuttamismallia voidaan kehittää muillekin potilasryhmille.

LÄHTEET

- Ahvo, L. & Valvanne, P. 2001. Vanhuksen kotiutumiseen on panostettava. *Fysioterapia* 2, 31–32. Viitattu 19.5.2013.
- Autio, T. & Vesterinen, P. 2011. Katzin indeksi. Viitattu 16.10.2013.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/94/>
- Autio, T. & Vesterinen, P. 2011. Barthelin indeksi. Viitattu 4.11.2013.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>
- Boockvar, K., Halm, E., Litke, A., Silberzweig, S., McLaughlin, M., Penrod, J., Magaziner, J., Koval, K., Strauss, E. & Siu, A. 2003. Hospital readmissions after hospital discharge for hip fracture: Surgical and nonsurgical causes and effect on outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, 399–403. Viitattu 27.11.2013.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräköske, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki; Tammi. Viitattu 15.10.2013.
- Hammar, T & Perälä, M-L. 2007. Kotiutumiskäytännön prototyypin kehittäminen. Palko osatutkimus 3. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. [Verkojulkaisu]
- Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2008. *Gerontologia*. 2. uud. p. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 18.6.2013.
- Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. *Gerontologia*. 3. uud. p. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.11.2013.
- Husu, P. 2008. Liikkuminen kertoo fyysisestä toimintakyvystä – terveystutkimuksen heikentymisestä. *Liikunta & tiede* 5, 15–18. Viitattu 15.11.2013.
- Jyväskylän Yliopiston www-sivut. 2013. Toimintatutkimus. Viitattu 4.11.2013.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/toimintatutkimus>
- Kivelä, S. 2005. Vanhusten depression hoito perusterveydenhuollossa. *Suomen lääkärilehti* 47, 4865–4870. Viitattu 15.10.2013.
- Kehusmaa, S. 2013. Osastonhoitaja, Ulvilan sairaala. Pori. Sähköpostihaastattelu 10.12.2013. Viitattu 10.12.2013.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampere; Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Viitattu 20.10.2013
- Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. 2004. *Toimintakyky*. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.6.2013.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki; WSOY. Viitattu 18.10.2013.

Muistiliiton www-sivut. 2013. Viitattu 16.10.2013.

<http://www.muistiliitto.fi/fi/etusivu/>

Mäkelä, M. 2012. MMSE- testin käyttö iäkkään henkilön palveluntarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 16.10.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/87/>

Mäki, M. Fysioterapeutti, Porin perusturvakeskus. Pori. Puhelinkeskustelu. 29.8.2013.

Oy H. Lundbeck Ab. 2003. Myöhäsiän depressioseula GDS-15. Viitattu 9.10.2013.

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/24/GDS-15.pdf>

Perälä, M-L. 2003. PALKOMalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes: Aiheita / Stakes. 29/2003. Viitattu 24.3.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193941>

Peurala, S.H. & Paltamaa, J. 2011. Elderly Mobility Scale, EMS. Viitattu 9.10.2013.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/66/>

Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2011. Iäkkäiden ihmisten masennus perusterveydenhuollossa – Tutkimuksen, hallinnon ja ammattilaisten näkökulmat. Gerontologia 25, 165–176. Viitattu 15.10.2013.

Piirtola, M. 2011. Lonkkamurtumapotilaan toimintakykymittarit. Käypähoito. Viitattu 10.8.2013. www.kaypahoito.fi

Piirtola, M. 2011. Lonkkamurtumapotilaan postoperatiivinen mobilisaatio ja fyysinen harjoittelu. Käypähoito. Viitattu 16.11.2013. www.kaypahoito.fi

Porin kaupungin www-sivut. 2013. Viitattu 16.10.2013. www.pori.fi

Rissanen, P. & Noro, A. 1999. Ikääntyneiden potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt – Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaista. 44/1999. Helsinki: Stakes. Viitattu 24.3.2013.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Toimintatutkimus.

Viitattu 4.11.2013. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html

SAMK Esteettömyys 2013. Tietoa, koulutusta ja tulosta. Sarja B, Raportit 1/2014.

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Pori. (Ilmestymässä).

Satakunnan ammattikorkeakoulun www-sivut. 2013. Viitattu 4.6.2013.

<http://www.samk.fi/tutkimusyhteistyö/esteettömyys>

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2009. Management of hip fracture in older people – A national clinical guideline. Viitattu 16.11.2013.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Viitattu 26.6.2013.
<http://www.sosiaaliportti.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf>
- Stenholm, S., Paltamaa, J. & Peurala, S.H. 2011. Kävelytesti, lyhyet matkat (2,4 – 10 metriä). Viitattu 19.9.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/82/>
- Sund, R., Juntunen, M., Lüthje, P., Huusko, T., Mäkelä, M., Linna, M., Liski A. & Häkkinen U. 2008. PERFECT- Lonkkamurtuma- Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Helsinki; Stakes. Viitattu 17.10.2013.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. 2011. Käypä hoito – suositus lonkkamurtuma. Viitattu 1.7.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040>
- Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut. 2013. Viitattu 18.6.2013. www.thl.fi
- Tiainen, K. 2005. Iäkkäiden fyysinen toimintakyky: Testitulokset ennakoivat tulevaa. Liikunta ja tiede 3, 34–37. Viitattu 31.10.2013.
- Tiainen, K. 2008. Ikääntyvien toimintakyvyn tason vertailu vaikeaa – yhtenäiset käytännöt puuttuvat. Liikunta & tiede 2-3, 36–37. Viitattu 15.11.2013.
- Tiikkainen, P. & Aho, T. 2010. Social Provision Scale. Viitattu 9.10.2013.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/46/>
- Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys – Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampere; Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 15.10.2013.
- Valkeinen, H. & Syrjäsoo, S. 2013. Tervetuloa TOIMIA- tietokantaan. Viitattu 2.11.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>
- Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Helsinki; Stakesin monistamo. Viitattu 25.6.2013.
- World Health Organization (WHO) & Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). 2009. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy. Viitattu 4.7.2013.

Ruumiin/kehon toiminnot:

- b1 Mielentoiminnto
- b2 Aistitoiminnot ja kipu
- b3 Ääni- ja puhetoiminnot
- b4 Sydän- ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot
- b5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot
- b6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot
- b7 Tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot
- b8 Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot

Ruumiin rakenteet:

- s1 Hermojärjestelmän rakenteet
- s2 Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet
- s3 Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet
- s4 Sydän- ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet
- s5 Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän rakenteet
- s6 Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet
- s7 Liikkeeseen liittyvät rakenteet
- s8 Ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet

Suoritukset ja osallistuminen:

- d1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen
- d2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet
- d3 Kommunikointi
- d4 Liikkuminen
- d5 Itsestä huolehtiminen
- d6 Kotielämä
- d7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
- d8 Keskeiset elämänalueet
- d9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä

Ympäristötekijät:

- e1 Tuotteet ja teknologiat
 - e2 Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset
 - e3 Tuki ja keskinäiset suhteet
 - e4 Asenteet
 - e5 Palvelut, hallinto ja politiikat
-

Barthel -indeksi:

Toiminta	Kuvaus	Pisteet
1. Ruokailu	Itsenäinen	10
	Ruoka paloiteltava	5
	Avustettava	0
2. Tuolista vuoteeseen tai vuoteesta tuoliin siirtyminen (sisältää istumaan nousemisen vuoteesta)	Itsenäinen	15
	Vain vähän apua	10
	Kykenee istumaan, mutta täysin avustettava	5
	siirtymisessä Kykenemätön	0
3. Henkilökohtainen hygienia (kasvojen pesu, hiusten kampaaminen, parranajo, hampaiden harjaaminen)	Itsenäinen	5
	Avustettava	0
4. WC:ssä asiointi (vaatteet, pyyhkiminen, huuhtelu)	Itsenäinen	10
	Tarvitsee jatkuvasti apua	5
	Avustettava	0
5. Peseytyminen	Itsenäinen	5
	Avustettava	0
6. Kävely tasaisella maalla, tai jos ei mahdollista, pyörätuolilla liikkuminen	Itsenäisesti 50 m	15
	Avustettuna 50 m	10
	Pyörätuolilla 50 m	5
	Kykenemätön	0
7. Portaissa liikkuminen	Itsenäinen	10
	Tarvitsee apua	5
	Kykenemätön	0
8. Pukeutuminen (sisältää kengännauhojen solmimisen, kiinnitykset)	Itsenäinen	10
	Avustettava	5
	Kykenemätön	0
9. Suolen toiminta	Täysin pidätyskykyinen	10
	Osittain pidätyskykyinen	5
	Inkontinentti	0
10. Rakon toiminta	Täysin pidätyskykyinen	10
	Osittain pidätyskykyinen	5
	Inkontinentti	0
Pisteet yhteensä (max 100)		

Sairaala _____

ELDERLY MOBILITY SCALE (EMS)

MITTAUSLOMAKE

Nimi _____ Sotu _____ Os. _____

Mittaaja _____ Pvm _____ Os. _____

	Pisteet
Selinmakuulta istumaan nousu	
Nousee istumaan itsenäisesti	2
Tarvitsee istumaan nousussa yhden henkilön apua	1
Tarvitsee istumaan nousussa kahden tai useamman henkilön apua	0
Istumasta selinmakuulle meno	
Menee itsenäisesti selinmakuulle sänkyyn	2
Tarvitsee selinmakuulle menossa yhden henkilön apua	1
Tarvitsee selinmakuulle menossa kahden tai useamman henkilön apua	0
Istumasta seisomaan nousu	
Nousee seisomaan itsenäisesti 3 sekunnissa	3
Nousee seisomaan itsenäisesti yli 3 sekunnissa	2
Tarvitsee seisomaan nousussa yhden henkilön apua (sanallinen tai fyysinen)	1
Tarvitsee seisomaan nousussa kahden tai useamman henkilön apua	0
Seisominen	
Seisoo ilman tukea ja kykenee ojentamaan käden eteen ja sivulle	3
Seisoo ilman tukea, mutta tarvitsee tukea käden ojentamisessa eteen ja sivulle	2
Seisoo, mutta tarvitsee tukea	1
Seisoo, mutta tarvitsee tukea toiselta henkilöltä	0
Kävely	
Kävelee itsenäisesti ja turvallisesti (myös yhden kepin kanssa)	3
Kävelee itsenäisesti ja turvallisesti apuvälineen kanssa	2
Kävelee apuvälineen kanssa, mutta kävely epävarmaa/turvatonta	1
Tarvitsee kävellessä toisen henkilön tukea tai jatkuvaa valvontaa	0
Kurkottaminen eteen käsivarsi ojennettuna	
Eteen kurkotus yli 16 cm	4
Eteen kurkotus 8-16 cm	2
Eteen kurkotus alle 8 cm tai ei kykene kurkottamaan lainkaan	0
Kävelytesti 6 metriä	
Suoriutuu matkasta 15 sekunnissa	3
Suoriutuu matkasta 16-30 sekunnissa	2
Suoriutuu matkasta yli 30 sekunnissa	1
Ei kykene kävelemään 6 metriä	0

Pisteet yhteensä: _____

KATZIN INDEKSI päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointiin

Peseytyminen	<p>1 Peseytyy kokonaan itse tai tarvitsee apua korkeintaan yhden kehon osan pesemiseen (kuten selkä, genitaalialueet tai vammautuneet kehon osat)</p> <p>0 Tarvitsee apua useamman kuin yhden kehon osan pesemiseen, päästäkseen ammeeseen tai suihkuun tai sieltä pois tai on täysin autettava peseytymisessä.</p>
Pukeutuminen	<p>1 Ottaa itse vaatteet komerosta tai laatikoista; pukee itsenäisesti vaatteet ja päällysvaatteet kiinnittimeen, mutta saattaa tarvita apua kengännauhojen solmimiseen.</p> <p>0 Tarvitsee toisen henkilön apua pukeutumiseen tai on täysin puettava.</p>
WC-käynnit	<p>1 Menee vessaan ja sieltä pois, riisuu, pukee ja pyyhkii ilman apua (saattaa käyttää itsenäisesti yöastiaa).</p> <p>0 Tarvitsee apua siirtyäkseen vessaan tai siistiytymiseen tai käyttää alusastiaa tai wc-tuolia.</p>
Siirtyminen	<p>1 Siirtyy vuoteeseen / tuolille ja ylös vuoteesta / tuolilta ilman apua. Saattaa käyttää mekaanisia siirtymisen apuvälineitä.</p> <p>0 Tarvitsee apua päästäkseen vuoteeseen / tuolille tai ylös vuoteesta / tuolilta tai on täysin siirrettävä.</p>
Pidätyskyky	<p>1 Kontrolloii täydellisesti virtsaamisen ja ulostamisen.</p> <p>0 On osittain tai täysin pidätyskyvytön.</p>
Syöminen	<p>1 Saa ruoan lautaselta suuhun ilman apua, mutta toinen henkilö voi valmistaa tai pilkkoa ruoan tai voidella leivät.</p> <p>0 On osittain tai täysin syötettävä tai tarvitsee letkuruokinnan tai suonensisäisen ruokinnan.</p>

Kokonaispistemäärä: _____



Potilaan nimi: _____

Arviointipäivämäärä: _____

Syntymäaika: _____

Arvioija: _____

MYÖHÄISIÄN DEPRESSIOSEULA GDS-15					
1. Oletteko periaatteessa tyytyväinen elämääne?	kyllä	EN		KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopunut monista riennoistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en		kyllä	Ei
3. Tuntuuko elämäne tyhjältä?	KYLLÄ	ei		KYLLÄ	en
4. Pitkästyttkö usein?	KYLLÄ	en		kyllä	EN
5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	kyllä	EN		KYLLÄ	en
6. Pelkäätkö, että teille voi tapahtua jotain pahaa?	KYLLÄ	en		KYLLÄ	ei
7. Tunnetteko enimmäkseen olevanne iloinen?	kyllä	EN			
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähette ulos ja teette uusia asioita?	KYLLÄ	en			
Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.					

IHMISUHTEET, SOSIAALINEN TUKI, SOSIAALINEN YHTEISYYS

Social Provision Scale (SPS)

Seuraavassa esitetään joukko kysymyksiä, jotka koskevat tämänhetkisiä ihmissuhteitasi. Tässä keskitytään siis nykyisiin suhteisiin ystävien, muiden perheenjäsenten, työtovereiden, naapureiden jne. kanssa. Haluamme tietää missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä esitettyjen väittämien kanssa. Jos esimerkiksi jokin näistä väittämistä kuvaa nykyisiä ihmissuhteitasi erittäin hyvin, ympyröi asteikolta numero 4 "täysin samaa mieltä". Jos taas väittämä selvästi ei kuvaa nykyisiä suhteitasi, ympyröi numero 1 "täysin eri mieltä".

Asteikko: Täysin eri mieltä = 1, eri mieltä = 2, samaa mieltä = 3, täysin samaa mieltä = 4

1. Tunnen ihmisiä, joilta tiedän saavani apua silloin, kun sitä todella tarvitsen.	1	2	3	4
2. Minulla ei ole lainkaan läheisiä ihmissuhteita.	1	2	3	4
3. Minulla ei ole ketään, keneltä voisi kysyä neuvoa ja opastusta vaikeina aikoina.	1	2	3	4
4. On ihmisiä, jotka kääntyvät puoleeni tarvitessaan apua.	1	2	3	4
5. Tunnen ihmisiä, jotka pitävät samoista vapaa-ajan harrastuksista kuin minä.	1	2	3	4
6. Ihmiset eivät pidä minua täysin pätevänä.	1	2	3	4
7. Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa jonkun toisen ihmisen hyvinvoinnista.	1	2	3	4
8. Tunnen kuuluvani ryhmään, jolla on samat mielipiteet ja uskomukset kuin minulla.	1	2	3	4
9. Mielestäni ihmiset eivät kunnioita taitojani ja kykyjäni.	1	2	3	4
10. Jos jokin menisi pieleen, kukaan ei tulisi avukseni.	1	2	3	4
11. Minulla on läheisiä ihmissuhteita, jotka antavat minulle henkistä turvallisuuden tunnetta.	1	2	3	4
12. Voin keskustella elämäni liittyvistä tärkeistä päätöksistä jonkun toisen kanssa.	1	2	3	4
13. Minulla on ihmissuhteita, joissa pätevyyttäni ja taitojani arvostetaan.	1	2	3	4
14. En tunne ketään, joka olisi kiinnostunut samoista asioista kuin minä.	1	2	3	4
15. Minulla ei ole ketään, joka todella tarvitsisi apuani.	1	2	3	4
16. Tunnen luotettavan henkilön, jonka puoleen voisin kääntyä, jos minulla olisi ongelmia.	1	2	3	4
17. Minulla on erittäin lämmin ja läheinen suhde ainakin yhden ihmisen kanssa.	1	2	3	4
18. En tunne ketään, kenen puoleen kääntyä, jos tarvitsen apua.	1	2	3	4
19. En tunne ketään, jonka kanssa minun on helppo puhua ongelmistani.	1	2	3	4
20. On ihmisiä, jotka ihailevat kykyjäni ja taitojani.	1	2	3	4
21. Minulla ei ole todella intiimiä suhdetta kenenkään kanssa.	1	2	3	4
22. En tunne ketään, joka pitää samoista asioista kuin minä.	1	2	3	4
23. Tunnen ihmisiä, joiden puoleen voin kääntyä hätätilanteessa.	1	2	3	4
24. En tunne ketään, joka enää tarvitsisi huolenpitoani.	1	2	3	4

Lähde: Cutrona CE, Russel DW. The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*. 1987;1:37-67.

Suomennoksen on laatinut kaksikielinen virallinen kielenkääntäjä Ikivihreät -projektiin 1980-luvun lopulla.



MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

POTILAS: _____ SYNTYMÄAIKA: _____

TUTKIJA: _____ PVM: _____

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

	Väärin	Oikein		Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt on?	0	1	13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne? (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)		
2. Mikä vuodenaika nyt on? (talvi = joulukuu, tammikuu, helmikuu kevät = maaliskuu, huhtikuu, toukokuu kesä = kesäkuu, heinäkuu, elokuu syksy = syyskuu, lokakuu, marraskuu; aina ± 1 vko)	0	1	PAITA RUUSU 0 1 RUSKEA tai PALLO 0 1 VILKAS AVAIN 0 1		
3. Monesko päivä tänään on? (± 1 pv)	0	1	14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.		
4. Mikä viikonpäivä tänään on?	0	1	a) Mikä tämä on? – näytetään rannekelloa 0 1 b) Mikä tämä on? – näytetään lyijykynää 0 1		
5. Mikä kuukausi nyt on?	0	1	15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:		
6. Missä maassa olemme?	0	1	EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA 0 1		
7. Missä maakunnassa olemme? (Myös vanhan läänijaon mukaiset vastaukset hyväksytään)	0	1	(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lauseita ei saa toistaa.)		
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi?	0	1	16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain. (Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)		
9. Mikä on tämä paikka jossa olemme? (Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)	0	1	Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taittakaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle. (Ohjeita ja lausetta ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa.)		
10. Monennessako kerroksessa olemme?	0	1	Ottaa paperin vasempaan käteen 0 1 Taittaa sen 0 1 Asettaa paperin polville 0 1		
11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleen kolme sanaa. Kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)			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.)		
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).			18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mieleenne mukaan. (ks. seuraava sivu) 0 1 (Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)		
12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän lopettamaan.			19. Voisitko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. (ks. seuraava sivu) 0 1 (Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)		
93..... 0 1 86..... 0 1 79..... 0 1 72..... 0 1 65..... 0 1					

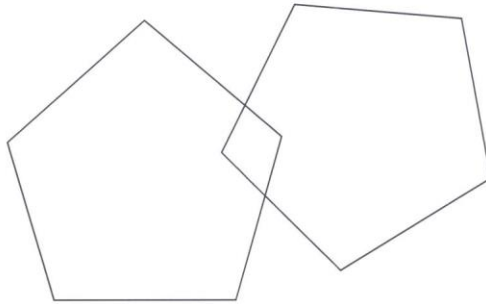
(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee väärää vastauksia 1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)

MMSE-testin pistemäärä _____ /30

KÄÄNNÄ

Kirjoittaisitteko lauseen tähän.

Piirtäisittekö tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion.



**SULKEKAA
SILMÄNNE**