

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Tanja Kauppinen
Pia Rajasuo

Letkeät Lonkat -
Kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2016



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2016
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät

Tanja Kauppinen, Pia Rajasuo

Nimeke

Letkeät Lonkat - Kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille

Toimeksiantaja

Oppimis- ja palveluympäristö Voimala/Karelia-ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan keskus

Tiivistelmä

Suomessa murtuu yli 7 500 lonkkaa vuosittain. Väestön ikääntyessä lonkkamurtumienkin määrä kasvaa. Kotona asuneista noin kolmasosa joutuu pysyvään laitoshoitoon ja saman verran menehtyy vuoden sisällä murtumasta. Lonkkamurtuman kotiutumisen jälkeiseen kuntoutukseen ei Suomessa ole edelleenkään yhteneviä käytäntöjä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea kotiutuneita lonkkamurtumakuntoutujia käyttäjälähtöisesti moniammatillisella ryhmäkuntoutuksella. Tavoitteena oli luoda kohderyhmälle ryhmäkuntoutusmalli Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö Voimalaan ja selvittää, voiko moniammatillisella, intensiivisellä ja lyhytkestoisella ryhmäkuntoutuksella vaikuttaa lonkkamurtumakuntoutujan toimintakykyyn. Lonkkamurtuman kokeneiden alkukartoitushaastattelusta kerättiin materiaalia moniammatillisen kuntoutuksen suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi käyttäjälähtöisyyden varmistamiseksi. Kuntoutajat tavoitettiin yhteistyökumppanin Siilaisen terveyskeskussairaalan kautta.

Tulokset osoittivat, että ryhmätoiminta vaikutti myönteisesti lonkkamurtumakuntoutujien fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Lisäksi moniammatillinen ryhmäkuntoutus tarjosi kohderyhmälle tärkeää vertaistukea. Jatkossa Letkeät Lonkat -ryhmäkuntoutusmalli jää Voimalan käyttöön. Sitä voidaan kehittää toteutettavaksi eri ympäristöissä ja moniammatillisuutta laajentaa eri alojen opiskelijoihin käyttäjälähtöisyyden ja moniammatillisuuden syventämiseksi. Lisäksi seurantamenetelmänä suositellaan mittauksen toistamista kohderyhmäläisille jonkin ajan kuluttua ryhmätoiminnan päättymisestä.

Kieli
suomi

Sivuja 73
Liitteet 13
Liitesivumäärä 26

Asiasanat

Lonkkamurtuma, ryhmäkuntoutus, käyttäjälähtöisyys, moniammatillisuus, kehittäminen



THESIS
April 2016
Degree Programme in Physiotherapy

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel +35850 405 4816

Authors

Tanja Kauppinen, Pia Rajasuo

Title

Letkeät Lonkat - A Group Rehabilitation Concept for Discharged Hip Fracture Patients

Commissioned by

Learning and Service Environment Voimala/Karelia University of Applied Sciences, Center for Social Services and Health Care

Abstract

There occur more than 7,500 hip fractures in Finland every year. The amount of hip fractures will increase as population gets older. One third of hip fracture patients will end up in a permanent institutional care and the same amount will die within a year the fracture has happened. However, in Finland there are still no convergent instructions for rehabilitation after discharging and sustaining a hip fracture.

The purpose of this thesis was to support discharged hip fracture patients by a user-centered and multi-professional rehabilitation group. The aim was to create a group rehabilitation concept for this target group to Learning and Service Environment Voimala of Karelia University of Applied Sciences. The aim was also to examine if it is possible to effect on performance of hip fracture patient by a multi-professional, intensive and short-term group rehabilitation. To ensure the user-centered process the material for multi-professional group planning and execution was collected by interviews of people who had sustained a hip fracture. The people to the interviews and rehabilitation group were reached through Siilainen Health Centre Hospital, the partner of this thesis.

In the end, the results showed that a group rehabilitation had positive effects on physical and psychical performance of the hip fracture patients. A multi-professional group rehabilitation offered also important peer support. Letkeät Lonkat -group rehabilitation concept will be used by Voimala in future. To deepen multi-professionalism and user-centeredness the concept can be improved in different environments and by students from different areas of studies. Furthermore, the follow-up would be recommended by repeating measurements within some time the group has ended.

Language

Finnish

Pages 73

Appendices 13

Pages of Appendices 26

Keywords

Hip Fracture, Group Rehabilitation, User-Centeredness, Multi-Professionalism, Development

Sisältö

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	7
3	Toimintakyky	8
3.1	Toimintakyky ja ICF	8
3.2	SPPB - Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö	11
3.3	WHOQOL-BREF -elämänlaatumittari	12
4	Lonkkanivelen toiminta.....	13
5	Lonkkamurtuma	16
5.1	Yleisyys ja kustannukset	16
5.2	Murtumatyypit ja vammamekanismi	17
5.3	Leikkaushoito	18
5.4	Paraneminen ja leikkauskomplikaatiot	20
5.5	Riskitekijät ja ehkäisy	21
6	Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus ja fysioterapia.....	23
6.1	Kuntoutus ja kuntoutuspalvelut.....	23
6.2	Fysioterapia	24
6.2.1	Ikääntyneiden lihasvoimaharjoittelu	25
6.2.2	Ikääntyneiden tasapainoharjoittelu.....	26
6.3	Gerontologinen ja geriatrinen kuntoutus.....	27
6.4	Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju	28
6.4.1	Postoperatiivinen kuntoutus	29
6.4.2	Jatkokuntoutus kotiutumisen jälkeen	30
6.5	Kotiutumisen haasteet	34
7	Opinnäytetyön toteutus.....	35
7.1	Kehittämistyö opinnäytetyönä	35
7.2	Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe	37
7.3	Tuki ja tarpeet -haastattelu lonkkamurtuman kokeneille	39
7.3.1	Subjektiiivinen kokemus kuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen.....	40
7.3.2	Subjektiiivinen kokemus tuesta ja vertaistuesta	41
7.3.3	Subjektiiivinen kokemus motivaatiosta	42
7.4	Suunnitteluvaihe.....	43
7.5	Käynnistämis- ja toteutusvaihe	47
7.6	Päätämisen- ja arviointivaihe.....	49
7.6.1	Ryhmäläisten palaute	49
7.6.2	Opiskelijatiimin palaute	53
7.7	Käyttöönotto- ja seurantavaihe	55
8	Letkeät Lonkat -ryhmätoimintamalli.....	56
9	Pohdinta.....	59
9.1	Letkeät Lonkat -ryhmätoiminnan tarkastelu	59
9.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	62
9.3	Jatkokehittämisideat	63
9.4	Oppimiskokemukset.....	65
	Lähteet.....	68

Liitteet

- Liite 1 Prosessikuvaus
- Liite 2 Toimeksiantosopimus
- Liite 3 Tutkimuslupa
- Liite 4 Tuki ja tarpeet -haastattelurunko kotiutuneille lonkkamurtuman kokeneille
- Liite 5 Lupa haastattelun nauhoittamiseen ja tietojen käyttöön opinnäytetyössä
- Liite 6 Letkeät Lonkat -ryhmätoiminnan mainos
- Liite 7 Letkeät Lonkat -ryhmätoiminnan saatekirje
- Liite 8 Suostumuslomake
- Liite 9 Ryhmätoiminnan sisältö
- Liite 10 Ryhmätoiminnan alkuhaastattelulomake
- Liite 11 Ryhmäkerran palautelomake
- Liite 12 Loppupalautelomake
- Liite 13 Kotiharjoitteluohjeet

1 Johdanto

Ikääntyneiden määrä kasvaa tasaisesti, ja näin myös lonkkamurtumat lisääntyvät. Yli 65-vuotiaita suomalaisia oli noin 20 % koko väestöstä vuonna 2015. (Tilastokeskus 2016.) Vuonna 2014 Suomessa murtui 7818 lonkkaa, joista Pohjois-Karjalassa 285 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a).

Yhden lonkkamurtumapotilaan hoitokustannukset ovat 19 150 euroa murtumaa kohti seuraavan vuoden kuluessa (vuoden 2010 kustannustason mukaan). Mikäli ennen murtumaa kotona asunut henkilö joutuu pysyvään laitoshoitoon, nousevat vastaavat kustannukset 47 100 euroon. Määriin sisältyvät kaikki sairaalahoidon ja kuntoutuksen kustannukset mukaan lukien leikkaushoito, kotihoito, lääkkeet sekä apuvälineet. Kotona asuneista noin kolmannes joutuu pysyvään laitoshoitoon ja saman verran menehtyy vuoden sisällä murtumasta. (Pajala 2012, 12, 14.)

Lonkkamurtumapotilaan sairaalajakson jälkeinen kuntoutus jää usein liian suppeaksi ja potilaiden toimintakyky romahtaa liikuntakyvyn menettämisen vuoksi. Sairaala-ajan kuntoutukseen on olemassa Käypä hoito -suositus, mutta yleisesti hyväksytyjä kuntoutuskäytäntöjä kotiutumisen jälkeiseen kuntoutukseen ei Suomessa ole vielä. (Salpakoski 2014a, 24–25.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda ryhmätoimintamalli Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö Voimalaan kotiutuneille lonkkamurtumakuntoutujille. Opinnäytetyömme on siis tärkeä kokeilu, jonka tarkoituksena on selvittää, voiko lyhytkestoisella intensiivisellä kuntoutusryhmällä olla vaikuttavuutta lonkkamurtumapotilaan toimintakykyyn fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn osa-alueilla.

Keskeiset teemat työssämme ovat käyttäjälähtöisyys, moniammatillisuus, ryhmämuotoisuus ja jatkuvuus. Käyttäjälähtöisyydellä tarkoitetaan ryhmään osallistujan tarpeista lähtevää ryhmän suunnittelua ja toteutusta. Moniammatillisuudella tarkoitetaan eri alojen opiskelijoiden yhteistyötä ja tämän hyödyntämistä ryhmäläisten kuntoutuksessa, ja ryhmämuotoisuudella kuntoutuksen toteutustapaa. Jatkuvuus on ryhmätoiminnan jat-

kumista osana opinnäytetyömme toimeksiantajan Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö Voimalan toimintaa.

Voimala toimii Tikkarinne-kampuksella, jossa sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat voivat suorittaa käytännön oppimisjaksoja tai muita lyhyempiä opintoja, jolloin heillä on mahdollisuus osallistua Voimalan ja työelämäkumppaneiden yhteisiin käynnissä oleviin toimintoihin. Opiskelijat muodostavat moniammatillisia tiimejä, joissa suunnitellaan ja toteutetaan erilaisia teemapäiviä, työpajoja, opinnäytetöitä ja pidempiaikaisia projekteja. Voimalan toiminta on laajentumassa ikääntyneistä muihinkin ikäryhmiin ja myös muiden alojen opiskelijoihin. Sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden lisäksi toimintaan osallistuu tällä hetkellä esimerkiksi musiikin opiskelijoita. (Juvonen 2016.)

Opinnäytetyömme yhteistyökumppanina toimii yksi Joensuun alueen terveyskeskussairaaloista, Siilainen, johon lonkkamurtumapotilaita siirrytään jatkokuntoutukseen erikoissairaanhoidosta (Lappalainen 2015). Yhteistyökumppanin kautta saimme opinnäytetyömme alkukartoitushaastatteluun lonkkamurtuman kokeneita, joilta keräsimme tietoa liittyen heidän kokemuksiinsa kuntoutuksesta, tuesta ja motivaatiosta kotiutumisen jälkeen. Hyödynsimme haastattelujen tuloksia ryhmän suunnittelussa ja toteutuksessa. Kuntoutajat pilottiryhmään saimme niin ikään yhteistyökumppanimme kautta.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tukea kotiutuneita lonkkamurtumapotilaita käyttäjälähtöisesti moniammatillisella ryhmäkuntoutuksella. Tavoitteena oli luoda kohderyhmälle kuntouttavan ryhmätoiminnan malli Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö Voimalaan. Ryhmäsisällöt suunniteltiin moniammatillisessa opiskelijaryhmässä, minkä tavoitteena oli varmistaa laaja-alainen kuntouttava suunnittelu ja toteutus. Fyysisen toimintakyvyn parantamisen ohella tavoitteena oli kohentaa ryhmäläisten psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Lisäksi ryhmämuotoinen kuntoutus tarjoaa osallistujille tärkeää vertaistukea.

Fyysisen toimintakyvyn mittarina käytettiin SPPB (Short Physical Performance Battery) -testistöä ja toimintakyvyn havainnointia kotiympäristössä. Psykkistä ja sosiaalista toimintakykyä kartoitettiin haastattelemalla, kyselylomakkeella ja WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarilla. Oletuksena oli ryhmäkuntoutuksen vaikuttavan myönteisesti toimintakykyyn sen eri osa-alueilla. Työn tavoitteena oli myös antaa tekijöilleen kokemus kehittämistyön suunnittelusta ja toteutuksesta, toimimisesta vastuuhenkilönä ja osana moniammatillista tiimiä sekä oppimiskokemuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksesta.

Opinnäytetyönohjaus tapahtui Karelia-ammattikorkeakoulun IkäONT-ryhmässä. Ryhmään kuuluu ikääntyneisiin liittyviä opinnäytetöitään työstäviä fysioterapeutti-, sosionomi- ja sairaanhoitajaopiskelijoita, yksi lehtori jokaiselta alalta sekä toimeksiantajamme edustaja. Ryhmä kokoontuu kerran kuussa, ja sen idea on antaa tukea ja ohjausta opinnäytetyön eri vaiheissa oleville opiskelijoille.

3 Toimintakyky

3.1 Toimintakyky ja ICF

Toimintakyvyllä tarkoitetaan tiivistetysti ihmisen selviytymistä hänelle itselleen tärkeistä päivittäisistä elämän toiminnoista itseään tyydyttävällä tavalla omassa arjen ympäristössään. Toimintakyky ilmenee siis esimerkiksi työkykenä, päivittäistoiminnoista selviämisenä ja harrastuksissa toimimisena. Toimintakyky on laaja käsite, jota tarkastellaan usein eri näkökulmista. Sitä voidaan esimerkiksi kuvata todettujen toiminnanvajauksien tai jäljellä olevan toimintakyvyn näkökulmasta. Usein toimintakyky myös jaotellaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuksiin. (Heimonen 2009, 9.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä fyysisyyttä vaativista tehtävistä ja fyysinen toimintakyky ilmeneekin esimerkiksi kykenä liikkua. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät läheisesti käsitteet fyysinen kunto sekä fyysinen suorituskyky.

Tärkeitä fysiologisia ominaisuuksia fyysisen toimintakyvyn kannalta ovat esimerkiksi lihasvoima ja -kestävyys, kestävyyskunto ja nivelten liikkuvuus. Myös aistitoiminnot, kuten näkö ja kuulo, luetaan kuuluvaksi fyysiseen toimintakykyyn. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Psyykkinen toimintakyky taas käsittää ihmisen voimavarat, joiden avulla hän pystyy selviytymään arjen haasteista sekä kriisitilanteista. Se kattaa tuntemiseen ja ajatteluun liittyviä toimintoja, kuten kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kykyä tuntea, kokea ja muodostaa käsityksiä itsestään ja ympäristöstään sekä kykyä suunnitella elämäänsä. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat myös persoonallisuus ja selviytyminen sosiaalisista tilanteista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

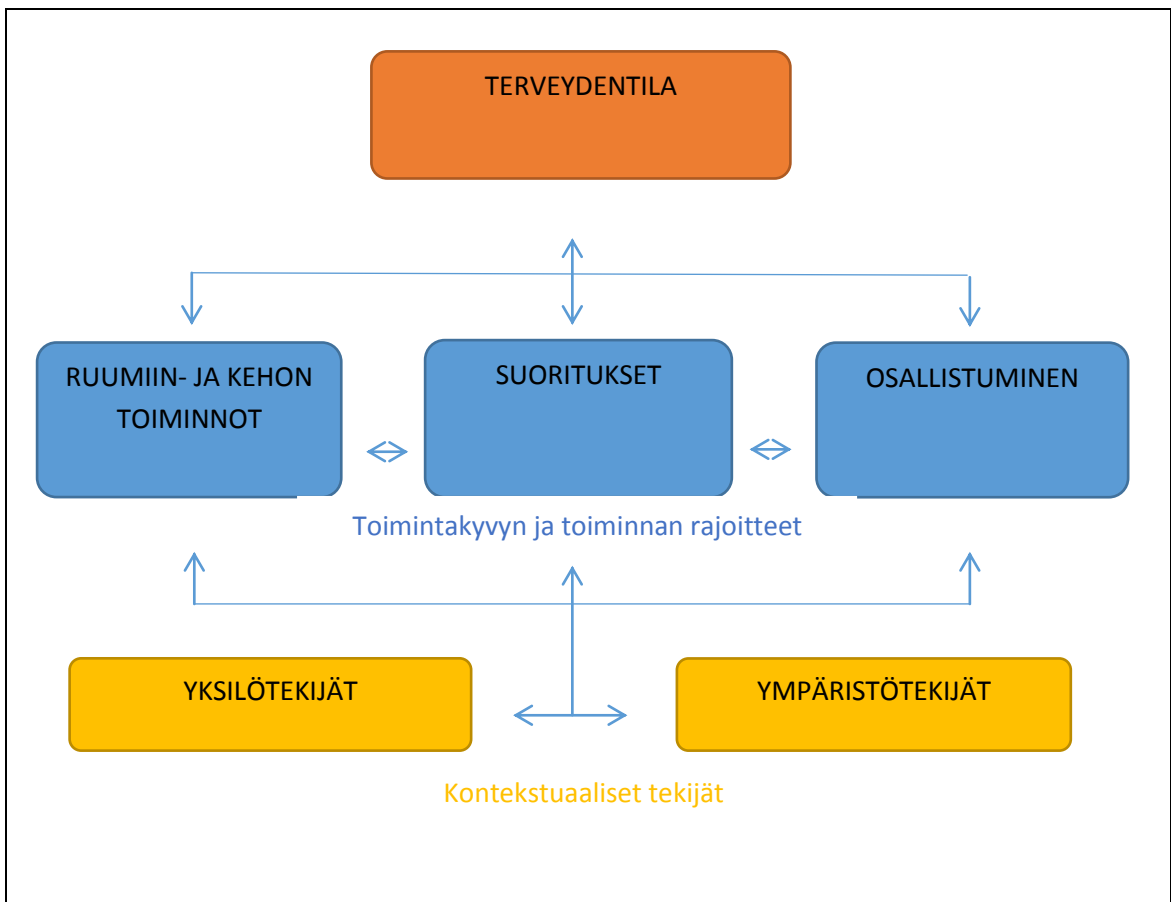
Sosiaalinen toimintakyky puolestaan muodostuu yksilön ja sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön tai yhteiskunnan välisessä vuorovaikutuksessa. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee vuorovaikutustilanteissa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena sekä osallistumisena ja osallisuuden kokemuksina. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.) Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen vaatii aina monimuotoista kuntoutusta (Kuntoutusportti 2014).

Toimintakykyä voidaan tarkastella myös selviytymisenä päivittäisistä toiminnoista eli ADL (Activities of daily living) -toiminnoista. Päivittäisiä perustoimintoja ovat esimerkiksi syöminen, peseytyminen ja pukeutuminen. Perustoimintojen lisäksi voidaan tarkastella selviytymistä välineellisistä toiminnoista eli IADL (Instrumental activities of daily living) -toiminnoista, joita ovat esimerkiksi puhelimen ja julkisten kulkuvälineiden käyttö sekä kaupassa käynti. IADL-toiminnot vaativat siis parempaa toimintakykyä verrattuna ADL-toimintoihin, ja IADL-toiminnoista suoriutuminen merkitseekin kykyä selviytyä kodin ulkopuolella. (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 278–279.)

ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 2001 kehittämä terveyteen liittyvä luokitus, jolla luokitellaan toimintakyky, toiminnanrajoitteet sekä terveys. Luokituksen tarkoituksena on auttaa hahmottamaan laaja-alaisesti toimintakyvyn käsitettä sekä auttaa käyttäjätahoja, kuten terveydenhuollon työntekijöitä, viestimään yhteisellä kielellä. Lääketie-

teellinen terveydentila, eli esimerkiksi sairaus, häiriö tai vamma, luokitellaan Kansainvälisen tautiluokituksen ICD-10 (International Classification of Diseases) avulla. ICD-10 tarjoaa siis etiologisen viitekehyksen, ja ne yhdessä ICF:n kanssa täydentävät toisiinsa. Niitä suositellaan käytettävän rinnakkain, jotta diagnoositieto yhdistettynä toimintakykyä koskevaan tietoon antaa laajemman kuvan yksilön terveydestä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a, 7, 9.)

ICF-luokittelu käsittelee ihmisen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti ja muodostaa näin viitekehyksen, joka jäsentää informaatiota mielekkäällä tavalla. ICF rakentuu kahdesta osa-alueesta, toimintakyvyn ja toiminnan rajoitteiden sekä kontekstuaalisten tekijöiden osa-alueista, suhteessa terveydentilaan. Toimintakyvyn ja toiminnan rajoitteet -osa-alue käsittää ruumiin- ja kehon toiminnot sekä suoritukset ja osallistumisen. Kontekstuaaliset tekijät käsittävät ympäristö- ja yksilötekijät. Luokittelu on havainnollistettu kuviossa 1. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a, 15–16.)



Kuvio 1. ICF-luokittelu (mukaiillen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a).

Ruumiin ja kehon toiminnot -osiossa kuvataan kehon fyysisiä toimintoja, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimistön toimintoja tai kipua. Suoritukset-osiossa taas kuvataan esimerkiksi, kuinka henkilö liikkuu ja osallistuminen-osiossa kykyä osallistua itselle mielekkäisiin asioihin elämässä. Yksilötekijät -osio kokoaa kaikki asiakkaan toimintaan vaikuttavat tekijät, jotka ovat lähtöisiä hänestä itsestään tai ovat hänen ominaisuuksiaan eli esimerkiksi perussairaudet ja ammatti. Ympäristötekijöissä voidaan kuvata mm. henkilön fyysistä tai sosiaalista toimintaympäristöä ja vaikkapa perhesuhteita. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus 2014b.)

3.2 SPPB - Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö

Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö eli SPPB-testistö (Short Physical Performance Battery) koostuu kolmesta osiosta: tasapaino-, kävelynopeus- ja tuolilta ylösnousutesteistä. Jokainen osio pisteytetään asteikolla 0–4, ja maksimipistemäärä koko testistöstä on siten 12 pistettä. Osiot voidaan arvioida myös yksittäisinä testeinä. (Valkeinen, Stenholm, Sainio, Pajala & Vaara 2014.) Tasapaino-testeissä testataan pystyasennon hallintaa kolmessa erilaisessa seisoma-asennossa: jalat vierekkäin, jalat puolittain peräkkäin ja jalat peräkkäin (Käypä hoito -suositus 2011). Kävelynopeus-osiossa mitataan testattavan maksimaalinen kävelynopeus neljän metrin matkalta. Tuolilta ylösnousutestillä taas testataan alaraajojen lihasvoimaa sekä suorituskykyä. (Valkeinen ym. 2014.) Mikäli testattavalla on vaikeuksia millä tahansa testistön osa-alueella, on kaatumisriski suurempi ja itsenäinen liikkumiskyky heikentynyt (Käypä hoito -suositus 2011).

Tutkimuksissa on todettu, että SPPB-testistön alhaisempi summapistemäärä ennustaa riskiä toimintakyvyn heikkenemiselle (Guralnik, Ferrucci, Simonsick, Salive & Wallace 1995; Guralnik, Simonsick, Ferrucci, Glynn, Berkman, Blazer, Scherr & Wallace 1994; Vasunilahn, Coppin, Patel, Lauretani, Ferrucci, Bandinelli & Guralnik 2009). Heikon pistemäärän on todettu myös ennustavan laitoshoitoon joutumista sekä ennen aikaista kuolemaa. Tarkkojen raja-arvojen määrittelyyn tarvitaan vielä lisää tutkimuksia, mutta suuntaa antavasti voidaan kuitenkin todeta, että alle 10 pisteen suorituksissa alaraajojen suorituskyky on heikentynyt sen verran paljon, että asiaan tulee kiinnittää huomiota. Tu-

loksia tulee myös tarkastella osio kerrallaan, jotta harjoittelu saadaan kohdistettua osa-alueelle, jossa on eniten ongelmia. (Valkeinen ym. 2014.)

Freibergerin, De Vreeden, Schoenen, Rydwikin, Muellerin, Frändinin, & Hopman-Rockin tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan (2012, 718, 720) SPPB on luotettava ja pätevä fyysisen toimintakyvyn mittari iäkkäillä henkilöillä verrattuna muihin vastaaviin mittareihin. Se on laajasti käytetty ja tutkittu erilaisilla käyttäjäryhmillä, kuten lonkkamurtumapotilailla. Kirjallisuuskatsauksen mukaan SPPB-mittari on hyvä arvioinnin tueksi, ja se näyttää muutokset hyvin tai vähintään keskinkertaisesti. Myös Käypä hoito -suositus (2011) suosittelee SPPB-testin käyttöä seulontatestinä sekä postoperatiivisen kuntoutuksen edistymisen seurantamittarina lonkkamurtumapotilailla. Testistö on helppo, nopea ja edullinen toteuttaa ja se soveltuu erinomaisesti ikäihmisille (Valkeinen ym. 2014).

3.3 WHOQOL-BREF -elämänlaatumittari

Maailman terveysjärjestön (WHO 1997) määritelmän mukaan ”elämänlaatu on henkilön subjektiivinen kokemus omasta elämäntilanteestaan suhteutettuna hänen omiin päämääriinsä, tavoitteisiinsa ja odotuksiinsa oman kulttuurin ja arvomaailman viitekehyksessä”. Elämänlaadun käsitetään ilmenevän kaikilla toimintakyvyn ulottuvuuksilla: fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella. Myös ympäristö ymmärretään yhdeksi ulottuvuudeksi ja se sisältää mm. taloudelliset resurssit ja palveluiden saatavuuden sekä turvallisen ja esteettömän ympäristön. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.) Hyvä elämänlaatu ilmenee eri tavalla eri elämänvaiheissa, mutta kaikille yhteistä vaikuttaa olevan myönteinen elämänasenne ja kyky nauttia elämästä. Elämänlaatuun tyypillisimmin vaikuttavia tekijöitä ovat terveys, toimentulo, elinolot ja asuinympäristö. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014d.)

WHOQOL-BREF -mittari on luotu laajemman WHOQOL-100 -mittarin pohjalta ja se on tarkoitettu terveydenalan ammattilaisille välineeksi elämänlaadun arviointiin ja seurantaan. Lyhyt, helppo ja nopea kysymyspatteristo soveltuu asiakastilanteisiin sekä terveys- ja hyvinvointitutkimuksien vaikuttavuuden arviointiin. Mittari sisältää yhteensä

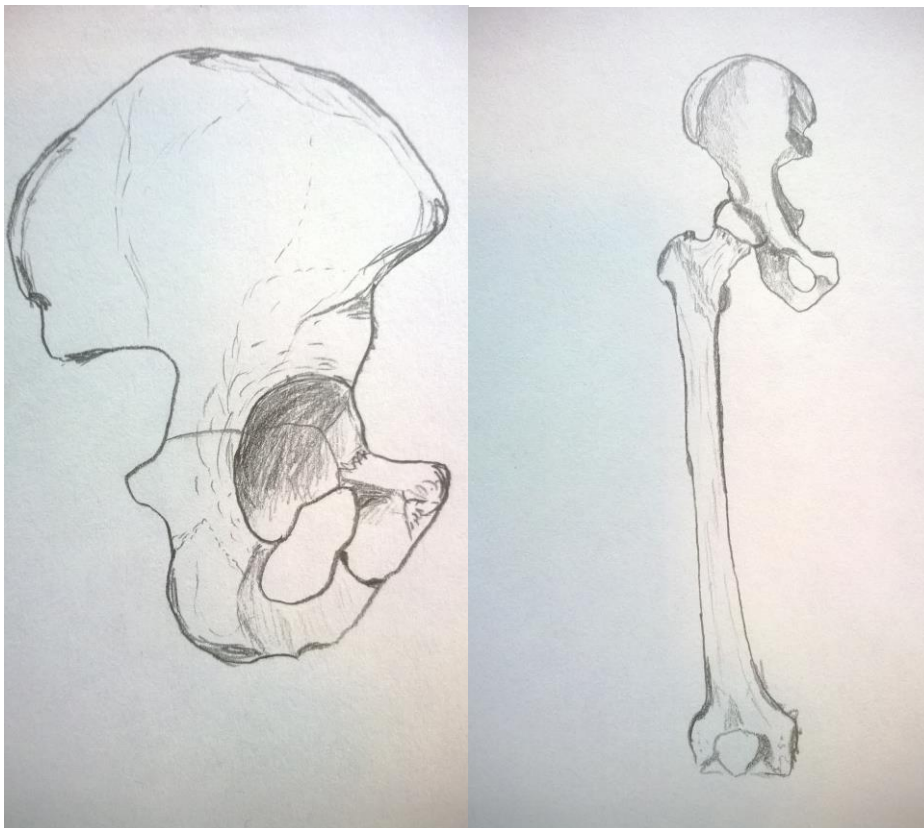
26 kysymystä, joista yksi koskee yleistä terveydentilaa ja yksi yleistä elämänlaatua. Loput 24 kysymystä jakaantuvat neljään ulottuvuuteen: Fyysinen ulottuvuus sisältää seitsemän (7) kysymystä, psyykinen ulottuvuus kuusi (6) kysymystä, sosiaalinen ulottuvuus kolme (3) kysymystä ja elinympäristö kahdeksan (8) kysymystä. Kysymysten vastausvaihtoehdot esitetään Likert-asteikolla 1–5 ja suuremmat arvot tarkoittavat parempaa elämänlaatua. Pisteet kustakin ulottuvuudesta lasketaan ensin yhteen ja muunnetaan sitten skaalapisteiksi ohjeiden mukaan. Suomessa käytetään asteikkoa 0–100 ja mittarista on käytössä suomalaiset viitearvot. Lähtökohtaisesti asiakas täyttää itse lomakkeen, mutta tarvittaessa kysymykset voidaan esittää haastatellen. Vastaaaja arvioi elämänlaatuun edeltäneen kahden viikon ajalta. (Korpilahti 2015.)

Mittaria on tutkittu laajalti, ja sen on todettu olevan muutosherkkydeltään vähintään keskinkertainen mm. lonkka- ja polviproteesipotilailla (Ackerman, Graves, Bennell & Osborne 2006) sekä hyvä iäkkäillä henkilöillä (Hwang, Liang, Chiu & Lin 2003). Mittarin neljän ulottuvuuden on todettu jakaantuvan erinomaisesti. Erityisesti fyysinen ja psyykinen ulottuvuus korreloivat hyvin SF-36-mittarin vastaavien ulottuvuuksien kanssa. (Skevington & McCrate 2011, 49.) Mittarin sisäisen yhtenevyyden on myös todettu olevan vähintään hyvä lukuun ottamatta sosiaalista ulottuvuutta (Korpilahti 2015; Skevington & McCrate 2011, 49). Mittari soveltuu siis käytettäväksi useille väestöryhmille, muttei esimerkiksi muistisairaille. Eniten haasteita täyttäjillä on ollut sukupuolielämää koskevissa kysymyksissä. (Korpilahti 2015.)

4 Lonkkanivelen toiminta

Lonkkanivel (*articulatio coxae*) on ihmiskehon vakain nivel. Se on lonkkaluun (*os coxae*) ja reisiluun pään (*caput femoris*) välinen nivelliitos tärkeimpänä tehtävänänsä tukea kehon painon jakautumista tasaisesti sekä paikallaan ollessa että liikkeessä. Lonkkaluu muodostuu kolmesta yhteen luutuneesta luusta: suoliluusta (*os ilium*), istuinluusta (*os ischium*) ja häpyluusta (*os pubis*). Nämä luut muodostavat koveran nivelpinnan eli lonkkamaljan (*acetabulum*), johon pyöreä reisiluun pää niveltyy (kuvat 1a ja 1b). (Kapandji 1997, 10, 24.)

Lonkkanivel on siis pallonivel, joka sallii liikkeen kaikkiin liikesuuntiin. Reisiluun pään ja reisiluun varren (os femoris) välistä aluetta kutsutaan reisiluunkaulaksi (collum femoris). Iso sarvennoinen (trochanter major) sijaitsee yhtymäkohdassa lateraalisesti ja pieni sarvennoinen (trochanter minor) mediaalisesti. (Kapandji 1997, 10, 24.) Reisiluun pään ja varren välinen kulma on normaalisti 120–125 astetta, ja reisiluun pää on kallistunut eteenpäin anteversioon noin 14 astetta. Reisiluun kaulan asento vaikuttaa nivelen tukevuuteen, jolloin epänormaaleilla lonkkakulmilla lonkka voi esimerkiksi ajautua helpommin pois paikaltaan. (Kapandji 1997, 24, 46; Krischak 2014, 111.)



Kuva 1a. Lonkkaluut ja lonkkamalja (mukaiillen Voll & Wesker 2009, 359).

Kuva 1b. Reisiluunpään nivELYMINEN lonkkamaljaan (mukaiillen Voll & Wesker 2009, 356).

Lonkkaniveltä tukevat vahvasti sitä ympäröivä nivelkapseli (capsula articularis) sekä lonkkamaljan rustosta ja sidekudoksesta muodostuva reunus (labrum acetabuli) (Kapandji 1997, 32, 42). Lonkkaniveltä ympäröi myös tiukka nivelpussi, jonka sisällä oleva nivelneste voitelee niveltä sen liikuessa. Nivelpussin sisäpinnalla on nivelkalvo ja nivelpussin sisäpuolella olevaa tilaa kutsutaan nivelonteloksi. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2011, 221, 229.)

Lonkkaniveltä ympäröivien nivelsiteiden ja lihasten tärkein tehtävä on tukea niveltä paikallaan ja liikkeessä. Ne toimivat tasapainossa ja vastavuoroisesti. Pystyasennossa myös painovoima vakauttaa niveltä. (Kapandji 1997, 44.) Lonkkaniveltä tukevat kolme nivelsidettä: ligamentum iliofemorale, ligamentum ischiofemorale ja ligamentum pubofemorale. Ligamentum iliofemorale on elimistön vahvin nivelside ja sen tehtävä on ylläpitää pystyasentoa ja estää lonkkanivelen liiallinen ojentuminen. (Magee 2014, 659.) Lisäksi ligamentum iliofemorale pysäyttää lantion ja reiden välisen liikkeen kävelyn tukivaiheessa (Arokoski 2015, 183). Ligamentum pubofemorale taas estää reisiluun liiallista loitonnutta sekä ojennusta ja ligamentum ischiofemorale tukee reisiluuta ojennuksessa. Kaikki kolme nivelsidettä rajoittavat reisiluun sisäkiertoa. (Magee 2014, 659.) Nivelsiteiden verisuonitus ja fibroblastien määrä ovat hyvin vähäisiä, mutta nestepitoisuus suuri. Ikääntymisen myötä nivelsiteiden mekaaninen lujuus vähenee. (Kröger 2010, 39–40.)

Lonkkanivelen aktiiviset liikesuunnat ja normaalit liikelaajuudet ovat koukistus 110–120 astetta, ojennus 10–15 astetta, loitonnut 30–50 astetta, lähennys 30 astetta, ulkokierto 40–60 astetta ja sisäkierto 30–40 astetta (Magee 2014, 667). Liikelaajuudet ovat keskiarvoja ja yksilöiden väliset erot voivat olla suuria. Liikkuvuus vähenee iän myötä, mutta siihen voi vaikuttaa harjoittelemalla. Supistuessaan luustolihakset mahdollistavat nivelen liikkeen ja niveltä ympäröivät lihakset ovat myös välttämättömiä stabiliteetin kannalta. (Kapandji 1997, 10, 14, 46; Sand ym. 2011, 222.)

Lonkkanivelen koukistukseen osallistuvat lihakset ovat mm. iliopsoas, m. rectus femoris, m. tensor fascia latae sekä m. sartorius. Lonkan ojennuksesta vastaavat pääosin m. gluteus maximus sekä m. biceps femoris. Lähentäjälihaksia ovat m. pectineus, m. adductor brevis, m. adductor longus, m. adductor magnus sekä m. gracilis. Loitonnuksesta taas vastaavat m. gluteus minimus ja medius. Ulkokiertäjiä ovat m. obturator internus ja externus, m. gemellus superior ja inferior, m. quadratus femoris ja m. piriformis. Yksikään lihas ei pääasiallisena tehtävänänsä tee reisiluun sisäkiertoa, mutta sivutehtävänänsä siitä huolehtivat m. gluteus medius ja minimus, m. tensor fascia latae ja lähennyksestä vastaavat lihakset. (Martin & Kivlan 2011, 375–379; Gilroy, MacPherson, Ross, Schuenke, Schulte & Schumacher 2009, 398.)

Lantion poikittaissuuntainen tuki syntyy lonkan loitontaja- ja lähentäjälilihasten yhtäaikaista supistumisesta. Lantio pysyy vakaana, kun vastavaikuttajalihasten toiminta on tasapainossa. Normaalin kävelyn heilahdusvaiheessa on olennaista, että tukijalan m. gluteus minimus ja medius sekä tensor fascia latae stabiloivat lantiota. Lihasepätasapaino tai -heikkous johtaa pahimmillaan kaatumiseen. (Kapandji 1997, 10, 56.) Lonkan loitontajien heikkous voi siis vaikuttaa kävelykykyyn, päivittäisten rutiinien suorittamiseen ja itsenäiseen elämään (Melchiorri, Viero, Triossi, Marchetti, Arena & Tancredi 2014, 759). Heikot lonkan ulkokiertäjät puolestaan aiheuttavat muutoksia liikkumisen strategiaan ja näin ollen voivat kuormittaa väärin alaselkää, lonkka- ja polviniveliä. Tämän vuoksi on tärkeää, että ulkokiertäjiä vahvistetaan. Lisäksi vahvat ulkokiertäjät mahdollistavat syvien lihasten paremman toiminnan. (Bolgia & Uhl 2005.)

5 Lonkkamurtuma

5.1 Yleisyys ja kustannukset

Vuonna 2014 Suomessa murtui 7 818 lonkkaa, joista Pohjois-Karjalassa 285 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Vuoden 2010 kustannustason mukaan yhden lonkkamurtumapotilaan hoitokustannukset ovat 19 150 euroa murtumaa seuraavan vuoden aikana. Mikäli ennen murtumaa kotona asunut henkilö joutuu pysyvään laitoshoitoon, nousevat vastaavat kustannukset 47 100 euroon. Määriin sisältyvät kaikki sairaalahoidon ja kuntoutuksen kustannukset, mukaan lukien leikkaushoito, kotihoito sekä apuvälineet. (Pajala 2012, 14.)

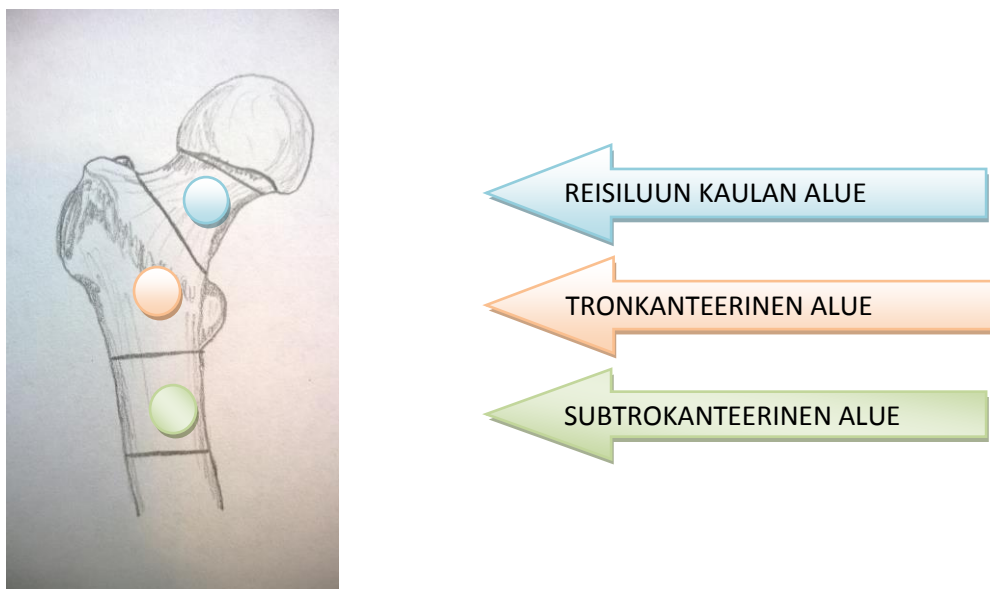
Kolme neljäsosaa lonkkamurtumapotilaista on yli 70-vuotiaita ja noin 70 % naisia. Suurimmalla osalla luuntiheys on alentunut. (Hirvensalo, Böstman, Harilainen, Kirjavainen, Lindahl & Salo 2010a, 512.) Lisäksi lonkkamurtumapotilaat ovat usein monisairaita (Salpakoski 2014a, 24). Väestön ikääntyessä murtumien määrä kasvaa jatkuvasti, ja uuden lonkkamurtuman riski lisääntyy lonkkansa aiemmin murtaneilla. Kotona asuneista noin 30 % joutuu pitkäaikaiseen laitoshoitoon vuoden kuluessa murtumasta ja joka vii-

des saa itsenäistä kotona asumista vaarantavan haitan. Lonkkamurtumapotilaista yli kolmasosa menehtyy vuoden sisällä murtumasta. (Pajala 2012, 12.)

5.2 Murtumatyypit ja vammamekanismi

Lonkkamurtumalla tarkoitetaan reisiluun yläosan murtumaa. Lonkkamurtumat jaetaan murtumakohdan mukaan reisiluun kaulan murtumiin (fractura colli femoris), trokanteerisiin murtumiin (fractura trochanterica femoris) ja subtrokanteerisiin murtumiin (fractura subtrochanterica femoris). (Hirvensalo 2010a, 512.)

Trokanteerinen murtuma sijaitsee reisiluun sarvennoisten (trochanter major ja trochanter minor) välisellä alueella, kun taas subtrokanteerinen murtumalinja kulkee pienemmän sarvennoisen alapuolella (kuva 2) (Hirvensalo ym. 2010a, 512). Reisiluunkaulan murtumat jaetaan dislokoitumattomiin ja dislokoituneisiin murtumiin. Dislokoituneella murtumalla tarkoitetaan murtumaa, jossa luu on siirtynyt pois anatomiselta paikaltaan. Trokanteeriset murtumat voidaan karkeasti luokitella stabiileihin ja instabiileihin murtumiin, joista instabiilit murtumat korjataan leikkaushoidolla. (Käypä hoito -suositus 2011.) Trokanteeriset ja reisiluun kaulan murtumat ovat yleisimpiä murtumia ikääntyneillä ja tavallisimpia sairaalahoitoa vaativia murtumia (Hirvensalo, Lindahl & Pajari- nen 2010b, 202).



Kuva 2. Murtumalinjat ja -alueet (mukaillen Voll & Wesker 2009, 360).

Tyypillinen lonkkamurtuma syntyy pienenergisestä liukastumisesta, kompastumisesta tai vuoteesta putoamisesta seurauksena (Hirvensalo ym. 2010a, 511). Yli 90 % lonkkamurtumista johtuu kaatumisista, mutta kaatumisista vain 2-3 % johtaa lonkkamurtumaan (Käypä hoito -suositus 2011).

Diagnoosi varmistuu lantion alueen kliinisestä tutkimisesta ja röntgenkuvista. Dislokoituneissa murtumissa raaja on lyhentynyt ja ulkorotaatiassa. Raajan aktiivinen liikuttaminen ei onnistu ja passiiviset eli avustetut liikkeet ovat kivuliaita. Dislokoitumattomat murtumat puolestaan aristavat vähemmän, jolloin raajan liikuttaminen ja sille varaaminen saattavat onnistua. (Hirvensalo ym. 2010a, 512.) Yleensä myös murtumakohtaa ympäröivät pehmytkudokset vaurioituvat ja murtuma-alueelle kehittyy verenpurkaumaa (Sand ym. 2011, 218; Krischak 2014, 114). Murtumatyypeistä reisiluun kaulan murtumissa on suurin riski verenvuodon häiriöihin, sillä reisiluun pään kautta kulkevat verisuonet joutuvat venytykseen (Hirvensalo ym. 2010a, 512; Krischak 2014, 115).

5.3 Leikkaushoito

Lonkkamurtuma korjataan lähes poikkeuksetta operatiivisesti – joissain tapauksissa dislokoitumaton reisiluunkaulan murtuma tai kasaan painunut eli impaktoitunut murtuma saatetaan hoitaa konservatiivisesti (Hirvensalo ym. 2010a, 512–513). Leikkaus on suositeltavaa ensimmäisen vuorokauden aikana murtumisesta, mikä näyttää parantavan toimimisennustetta sekä vähentävän komplikaatioita ja kuolleisuutta (Käypä hoito -suositus 2011). Operaatio suoritetaan erikoissairaanhoidossa kiireellisenä ja suunniteltuna. Kirurgi, anestesia- ja tarvittaessa sisätautilääkäri osallistuvat potilaan leikkauksen arviointiin. (Hirvensalo ym. 2010a, 513; Salpakoski 2014a, 25.) Onnistunut leikkaushoito mahdollistaa potilaan varhaisen kuntoutuksen aloittamisen (Hirvensalo ym. 2010a, 512–513).

Leikkausmenetelmät jaotellaan osteosynteesiin, puoliproteesiin ja kokoproteesiin. Menetelmän valintaan vaikuttavat murtumatyyppi, potilaan ikä ja sairaudet. Varausluvalla tarkoitetaan operoidulle raajalle sallittua painokuormaa ja liikerajoituksella tietyn lonkan liikesuunnan rajoittamista leikkauksen jälkeen. Näin pyritään varmistamaan leik-

kauksenjälkeinen mahdollisimman normaali paraneminen. Varauslupa- ja liikerajoituksiin vaikuttavat potilaan yksilöllisten tekijöiden ohella leikkaustekniikka ja -tulos, luun laatu sekä käytetty proteesimalli. (Hirvensalo ym. 2010a, 513–514.)

Osteosynteesi tarkoittaa luunmurtuman korjaamista kanyloiduilla ruuveilla, ydinnauloilla tai levy-liukuruuvi -yhdistelmällä. Reisiluun kaulan murtumissa menetelmää käytetään pääsääntöisesti alle 70-vuotiailla ja ikääntyneillä dislokoitumattomissa reisiluunkaulan murtumissa. Trokanteerisissa murtumissa verenkierto on turvampaa ja luutuminen näin ollen tehokkaampaa verrattuna reisiluun kaulan murtumiin. Trokanteeriset murtumat fiksoidaan osteosynteesillä käyttäen levy-liukuruuvi -yhdistelmää tai trochanter majorin kautta asennettavaa proksimaalista intramedullaarista naulaa, mikä liitetään reisiluun päähän kohdistettuun ruuviin. Subtrokanteeriset murtumat korjataan puolestaan pääsääntöisesti intramedullaarisilla nautoilla. (Hirvensalo ym. 2010a, 513–514; Hirvensalo ym. 2010b, 202.)

Osteosynteesin onnistumiseksi murtuman on oltava hyvässä asennossa tai korjattavissa parempaan asentoon. Tavoitteena on mahdollisimman tukeva murtumankorjaus siten, että välitön liikkuminen ja koko painon varaaminen operoidulle raajalle mahdollistuvat. Osteosynteesillä hoidettujen potilaiden painonvarausta leikatulle raajalle tulee tarkkailla, ja rajoitteena on lähinnä kipu. Erityistapauksissa varausta rajoitetaan, jos kyseessä on heikkokuntoinen iäkäs. Varausrajoituksen vaikutuksesta reisiluunkaulan murtumasta paranemiseen ei kuitenkaan ole tieteellistä näyttöä. (Hirvensalo ym. 2010a, 513–514; Käypä hoito -suositus 2011.)

Reisiluun kaulan murtuma korjataan osteosynteesin sijaan proteesilla, mikäli potilas on iäkäs, luun laatu heikko ja murtuma huonossa asennossa. Puoliproteesileikkauksessa reisiluun pään tilalle asetetaan metallinen puolitekonivel. Nykyään käytetään lähinnä kokotekonivelen reisosaa vastaavaa modulaarista puoliproteesia (niin kutsuttu hemiproteesi). Mikäli lonkkanivelessä on jo reuman tai nivelrikon aiheuttamia vaurioita, korvataan koko nivel tekonivelellä. (Hirvensalo ym. 2010a, 513–514.) Kokoproteesileikkauksessa voidaan komponentin kiinnitykseen käyttää luusementtiä, varsinkin jos myös lonkkamalja korvataan komponentilla. Pääsääntöisesti ikääntyneiden reisiluun kaulan murtumankorjauksissa käytetään luusementtiä. Tekonivelen sementittömässä kiinnityk-

sessä luu kasvaa suoraan proteesin ympärille. Operaatiossa vältetään mahdollinen elimistön puolustusreaktio vierasainetta (luusementtiä) vastaan. Luun laadun on sementittömässä leikkauksessa kuitenkin oltava hyvä. (Krischak 2014, 116.) Proteesilla korjatut murtumat mahdollistavat välittömän täyspainovaruksen (Hirvensalo ym. 2010a, 513).

Proteesileikkauksen jälkeiset liikerajoitukset perustuvat nivelkapselin paranemisprosessiin proteesin ympärillä (Vainikainen 2010, 59). Leikkauksen jälkeen on vältettävä kuuden viikon ajan syvään kumartumista sekä lonkan voimakasta lähennystä ja sisäkiertoa (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Mikkelin keskussairaala 2011). Lepoasennossa terveen puolen kylkimakuulla suositellaan käytettävän raajan tukena tyynyä rajoitusten ajan. Leikatulla kyljellä voi maata hakasten poiston jälkeen (2 viikkoa leikkauksesta). (HUS, Peijaksen sairaala 2013.) Tarpeellisia apuvälineitä rajoitusten ajaksi ovat muun muassa istumakoroke, sukanvetolaite ja tarttumapihdit (Vainikainen 2010, 63).

5.4 Paraneminen ja leikkaukskomplikaatiot

Alaraajamurtumien normaali paraneminen kestää noin 12 viikkoa. Iäkkäät ja huonokuntoiset lonkkamurtumapotilaat kuuluvat leikkausten riskiryhmään. Heidän kohdallaan tehokas preoperatiivinen hoito, varhainen postoperatiivinen liikkeelle lähtö ja tehokas kuntoutus korostuvat. Lonkkamurtumapotilaista suurin osa myös sairastaa osteoporoosia, mikä vaikuttaa heikentävästi parantumisaikaan aiheuttaen mahdollisia komplikaatioita. Onnistuneestikin kiinnitetyissä murtumissa vaarana on murtuman luutumisen hidastuminen. Leikkaukskomplikaatioiden oireet ilmenevät särkynä, rasiskipuna ja liikerajoituksena. (Aro & Kettunen 2010, 211, 221–223; Hirvensalo ym. 2010a, 511–512, 515.)

Luunmurtuman paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat luu- ja murtumatyyppi, potilaan ikä, hoidon onnistuminen sekä jokin murtuman paranemista häiritsevä tekijä. Luutumisesta hidastavat päätekijät ovat ympäröivien pehmytkudosten ja periosteumin vaurio, verenkiertohäiriö, infektio, murtuman riittämätön stabilointi sekä murtumafragmenttien distraktio eli erkaantuma. Myötävaikuttavia tekijöitä ovat tupakointi, tulehduskipulääkkeet, kortikosteroidihoito, diabetes, lihasaitio-oireyhtymä sekä eräät epilepsialääkkeet.

Paranemisen arviointi on haastavaa etenkin subtrokanteerisissa ja reisiluun kaulan murtumissa. (Aro & Kettunen 2010, 211, 221–223; Hirvensalo ym. 2010a, 511, 515.)

Murtuma-alueen tehokas verenkierto ja osteogeeniset tekijät nopeuttavat luutumista (Aro & Kettunen 2010, 211). Trauman vuoksi heikentynyt verenkierto reisiluun päässä voi johtaa aseptiseen luunekroosiin. Nekroosi voi ilmaantua luutumisen jälkeenkin, jolloin reisiluun pään epämuodostumisesta kehittyy sekundaarinen artroosi, mikä hoidetaan vaikeissa tilanteissa kokoproteesilla. Yleisimmät kuolinsyyt riskiryhmään kuuluvilla lonkkamurtumapotilailla ovat tromboembolia (veritulppa), sepelvaltimotauti, pneumonia sekä dementia. (Hirvensalo ym. 2010a, 512, 515.) Myös leikkauksen jälkeinen infektio saattaa lisätä sairaalakuolleisuutta (Käypä hoito -suositus 2011). Parantumisenusteeeseen vaikuttaa myös murtuman dislokoitumisaste – mitä enemmän virheasentoa, sitä huonompi ennuste (Hirvensalo ym. 2010a, 512, 515).

5.5 Riskitekijät ja ehkäisy

Kerran lonkkansa murtanut ikääntynyt kuuluu riskiryhmään - ensimmäisen vuoden kuluessa murtumasta 20–25 % sai uuden murtuman ja 3-5 vuoden kuluttua murtumasta tämä tapahtui jo yli 50 % todennäköisyydellä (Pajala 2012, 12).

Ikääntyminen on lonkkamurtuman riskitekijä molemmilla sukupuolilla. Kaatumisriskiä lisääviin ja luun lujuutta heikentäviin tekijöihin vaikuttamalla riskiä voidaan vähentää. Näitä tekijöitä ovat fyysinen kunto ja luuston laatu, monilääkitys sekä uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö, näkökyky, ympäristön riskitekijät sekä apuvälineiden tarve. Uusia lonkkamurtumia ehkäistään samoin periaattein, jolloin huomio kiinnittyy kaatumisten ennaltaehkäisemiseen erityisesti osteoporoosin hoidon ja toimintakyvyn ylläpitämisen kautta. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Kaatumisriskiä lisääviin yksilötekijöihin kuuluvat sairaudet ja lääkitys, kuten aivoverenkiertohäiriö, Parkinsonin tauti, muistisairaudet, nivelreuma, diabetes tai masennus. Lisäksi riskitekijöitä ovat sairaudesta, kuten nivelrikosta, johtuvat liikkumisen vaikeudet, unettomuus, inkontinenssi, heikko ravitsemus ja pieni painoindeksi. Kaatumisen to-

dennäköisyyttä kasvattavat myös tupakointi, runsas alkoholin käyttö, D-vitamiinin puute, erilaiset kivut, huimaus, kaatuminen ja sitä seuraava kaatumisen pelko sekä heikentyneistä aisteista erityisesti näkö ja kuulo. Ympäristötekijöistä johtuviin riskeihin lukeutuvat kompastumiset esimerkiksi kynnykseen tai mattoon, liukas kävelypinta, huonot jalkineet, heikko valaistus sekä tarkoitukseen sopimaton apuväline tai sen vääränlainen käyttö. Osaltaan myös perimä kuuluu riskitekijöihin. (Käypä hoito -suositus 2011; Pajala 2012, 62–71, 76, 80, 87, 92–98, 100–101, 104.)

Etiologisesti vaikuttavimpia luun lujuutta heikentäviä tekijöitä ovat osteoporoosi ja kasvaimen pahanlaatuinen etäpesäke lonkkanivelen seudulla (Hirvensalo ym. 2010a, 511). Osteoporoosi heikentää reisiluun kaulan mekaanista kuormituskykyä, mikä lisää erityisesti naisten riskiä lonkkamurtumille (Krischak 2014, 114). Koska luun massan väheneminen heikentää luuta, myös murtumariski kaksinkertaistuu jokaista 10 %:n vähentymää kohti (Alén & Arokoski 2015, 78).

Liikunta nuoruusiässä kasvattaa luun mineraalitiheyttä ja saattaa ehkäistä osteoporoosia vanhemmalla iällä. Aikuisena ja iäkkäänä aloitetun liikunnan vaikutus luun mineraalitiheyteen on huomattavasti vähäisempää. Noin 30 vuoden ikäisestä alkaen harjoittelun ensisijainen vaikutus on luumassan vähenemisen hidastuminen. Luun massan väheneminen alkaa noin 40-vuotiaana ja nopeutuu naisilla tilapäisesti vaihdevuosien aikaan, mutta etenee tämän jälkeen samassa tahdissa kuin miehillä. Ikääntyvien luuliikunnan tavoitteena on estää kaatumisia luun lujuutta, lihasvoimaa ja tasapainoa ylläpitävillä harjoitteilla. Harjoittelun tulee olla monipuolista, sillä yksipuolinen harjoittelu kuormittavanakaan laitteilla tai vain istuma- tai makuuasennossa suoritettuna ei välttämättä oleellisesti hidasta luun mineraalitiheyden pienenemistä. Toisaalta suurilla harjoitusmäärillä oikeaan luuhun kohdistettuna matalallakin kuormitustasolla saattaa olla luuntiheyttä ylläpitävä vaikutus. (Alén & Arokoski 2015, 78–79.)

Peel, Bartlett & McClure (2007) todistivat haastattelututkimuksellaan monen elämäntavan tekijän ehkäisevän yli 65-vuotiaiden kaatumisia. Näihin tekijöihin sisältyivät mm. tupakoimattomuus, alkoholin kohtuukäyttö, aktiivinen elämäntapa, normaalipaino sekä ennakoiva, ennaltaehkäisevä terveydenhoito. Psykososiaalisiin tekijöihin lukeutuvat turvallinen lähiverkosto sekä henkiset voimavarat sietää stressiä.

Edellä mainittujen lisäksi lonkkamurtumia ehkäiseviä tekijöitä ovat hyvä ravitsemus ja riittävä kalsiumin sekä D-vitamiinin saanti, lääkityksen tarkastaminen, oikeanlaiset apuvälineet sekä ympäristön turvallisuus. Myös lonkkasuojaimien käytöllä on todettu olevan lonkkamurtumia ehkäisevä vaikutus. (Käypä hoito -suositus 2011.) Erityisesti niiden käyttöä suositellaan dementoituneille huonosti liikkuville potilaille ehkäisemään uusia murtumia (Aro & Kettunen, 514–515). Lisäksi vuosittain annetun tsoledronihappoannoksen on todettu alentavan minkä tahansa murtuman riskiä 35 % ja laskevan myös murtuman jälkeistä kuolleisuusriskiä 28 % (Lyles, Colón-Emeric, Magaziner, Adachi, Pieper, Mautalen, Hyldstrup, Recknor, Nordsletten, Moore, Lavechia, Zhang, Mesenbrink, Hodgson, Abrams, Orloff, Horowitz, Eriksen & Boonen 2007).

6 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus ja fysioterapia

6.1 Kuntoutus ja kuntoutuspalvelut

Wardin, Barnesin, Starkin ja Ryanin (2009) mukaan kuntoutus on prosessi, jossa keskeistä on se, että kuntoutuja itse tekee suunnitelmia ja tavoitteita, jotka ovat tärkeitä hänelle itselleen. Kuntoutus perustuu kuitenkin sekä kuntoutujan että kuntoutukseen liittyvien tahojen yhdessä laatimaan kuntoutussuunnitelmaan. Keskeistä on siis kuntoutujan itseohjautuvuus, mutta hän tarvitsee prosessiin ammattilaisten ja läheisten tukea. (Kuntoutusportti 2014.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2014) määritelmän mukaan kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä.

Kuntoutus on lakien, asetusten ja yhteiskunnallisten sopimusten määrittämää toimintaa. Suurimmat kuntoutuksen rahoittajat Suomessa ovat kunnat sekä kuntayhtymät, Valtiokonttori, Kansaneläkelaitos ja vakuutusyhtiöt. Kuntoutustoiminnan katsotaan hillitsevän mm. hoito-, huolto- sekä eläkekustannuksia ja tämän vuoksi se on yhteiskunnallisesti merkittävää toimintaa. Kuntouttaminen takaa myös työkuuntoisen työvoiman riittävyyden. (Kuntoutusportti 2014.) Julkisella sektorilla kuntoutuspalveluiden tarjoajia ovat

mm. terveys- ja sosiaalikeskukset sekä sairaalat, oppilaitokset ja työvoimatoimistot. Yksityisiä palveluntuottajia taas ovat itsenäiset ammatinharjoittajat, kuntoutus- ja hoitolaitokset sekä kansanterveys- ja vammaisjärjestöt. (Karttunen 2009, 19.) Härkäpään ja Järvikosken (2011) mukaan kuntoutuspalvelut jaetaan neljään osa-alueeseen, joita ovat ammatillinen, sosiaalinen, kasvatuksellinen sekä lääkinnällinen kuntoutus.

6.2 Fysioterapia

Fysioterapia on yksi kuntoutuksessa käytettävistä terapiamuodoista. Talvitien, Karpin ja Mansikkamäen (2006, 16, 85) mukaan fysioterapian tavoitteena on palauttaa virheelliset liikemallit normaaleiksi. Korjaantunut fyysinen ongelma tulee mitata mahdollisimman tarkkaan ja tulosta verrata normaaliin arvoon. Fyysisen osa-alueen ohella fysioterapiassa kuuluu huomioida asiakkaan motivaation, sosiaalisen elämän, kulttuurin sekä itsenäisen että yhteisössä toimimisen vaikutus terapian toteuttamiseen ja kuntoutumiseen.

Suomen Fysioterapeuttien (2014) määritelmän mukaan ”fysioterapia perustuu terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon”. Fysioterapeutin tehtävänä fysioterapiassa on arvioida asiakkaan terveyttä ja liikkumista sekä toimintakykyä ja -rajoitteita hänen toimintaympäristössään. Fysioterapiamenetelmiä ovat ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut.

Ikääntyneiden kaatumista ehkäisevään fysioterapeuttiseen harjoitteluun kuuluvat erityisesti lihasvoima- ja tasapainoharjoitteet. Hyvä kestävyyskunto puolestaan kehittää sydän-, verisuoni- ja hengityselimistöön kuntoa ehkäisten sairauksia, ja onkin tärkeä osa myös niiden hoitoa. Harjoittelu vaikuttaa madaltavan myös luunmurtumien riskiä. Huomioitavia asioita ovat harjoittelun monipuolisuus, säännöllisyys, progressiivisuus ja yksilöllisyys. (Gillespie, Robertson, Gillespie, Sherrington, Gates, Clemson & Lamb 2012; Suomen Fysioterapeutit 2011.) Harjoittelu korostuu erityisesti murtumapotilailla ja riskiryhmäläisillä. Lonkkamurtumapotilaan on myös erittäin tärkeää ylläpitää nivelliikkuvuuksia, sillä jäykistyneet alaraajojen nivelet voivat vaikeuttaa esimerkiksi portaissa liikkumista. (Salpakoski 2014b, 82.)

6.2.1 Ikääntyneiden lihasvoimaharjoittelu

Lihaskudoksen voimaan, voimantuottonopeuteen, lihaskestävyyteen tai lihasvoimien kokoon vaikuttamista erilaisten fyysisten harjoitteiden avulla. Poikkijuoovai- seen lihaskudokseen ja sen supistumisominaisuuksiin kohdistuvalla harjoittelulla pyri- tään lihaskudoksen ja lihasvoimien fyysisen suorituskyvyn ylläpidon tai parantamisen kautta esimerkiksi kuntoutumiseen tai päivittäisistä toimista selviämiseen. Lihaskudoksen harjoit- telun pääperiaatteet ovat harjoittelun rasittavuus, haluttuihin lihaksiin kohdistettavuus, progressiivisuus, palautuvuus, yksilöllisyys, monipuolisuus, aktiivisuus, elimistön adap- taatio, lepo sekä keskittyminen. (Kauranen 2014, 378, 382–386.) Voimaa tulisi kehittää nivel- len koko liikelaajuudella, millä varmistetaan paras kehittyminen (Melchiorri ym. 2014, 766).

Lihaskudoksen harjoittelu vaikuttaa hermolihasjärjestelmään adaptaatiomuutoksilla, mikä tarkoittaa elimen herkkyttä mukautua ärsykkeen voimakkuuteen. Lihasku- dosta voidaan siis muokata harjoittelua lisäämällä tai vähentämällä. Harjoittelun alku- vaiheessa adaptaatiomuutokset ovat nopeita, mutta pidemmällä aikavälillä muokkaan- tuminen edellyttää tehokkaampia ärsykeitä. (Kauranen 2014, 387.)

Hermolihasjärjestelmän tuottama maksimivoima pienenee 0,5-1 % vuodessa 30-50 - vuotiaana ja tämän jälkeen 1,3-1,5 % vuodessa. Ilmiö johtuu ikääntymisen tuomista fy- siologisista ja anatomisista muutoksista hermolihasjärjestelmässä. Lihaskudoksen harjoittelu on yksi tehokkaimmista keinoista hidastaa lihasvoimien ja fyysisen suorituskyvyn ale- nemistä ja ennaltaehkäistä kaatumisia. Säännöllisellä harjoittelulla ei kuitenkaan voida täysin estää ikääntymisestä johtuvaa atrofiaa. Ensisijaiset vaikutukset ikääntyneen li- hasvoimien harjoittelussa kohdistuvat lihaksen neuraaliseen ohjaukseen, jolloin huomatta- vin muutos lihasvoimassa on lihaksen hermotuksen kehittymisen ansiota. (Kauranen 2014, 512–513, 515.)

Ikääntyneen lihasvoimien harjoittelun tulee olla yksilöllistä ja harjoitteiden kohdistua ensi- sijaisesti suuriin lihasryhmiin. Toiminnalliset ja eri lihasryhmiä koordinoitusti kuormit- tavat harjoitteet ovat suositeltavia ikäihmisille. Välineinä voidaan käyttää esimerkiksi kuntosalilaitteita, vapaita painoja ja vastuskuminauhaa. Laitteharjoittelussa on suositel-

tavaa käyttää paineilmavastuksella toimivia laitteita, jolloin vastus on tasainen koko liikerradan ajan. Vastuskuminauhan on todettu soveltuvan hyvin ikääntyneen lihaksille ja nivelille. Kehon painolla tehtävissä keskivartalo- ja yläraajaharjoitteissa nivelten asennot saattavat olla hankalia, mutta alaraajoille harjoitusmuoto on sopiva. (Kauranen 2014, 513–514.) Esimerkiksi kylkimakuulla tehdyt lonkan loitonnuokset aktivoivat hyvin syviä lihaksia. Parhaiten aktivaatio onnistuu, jos lantio on fiksoitu. (Kim, Lim, Park, Kim, Jang, Cho, Kim, Choi & Ahn 2015, 208.) Turvallisuus on harjoittelussa olennaista, minkä perusteella laiteharjoittelu sopii hyvin myös ikääntyneille (Kauranen 2014, 514).

Vaikuttavimmat voimaharjoittelumuodot ikääntyneillä ovat kestovoima-, nopeusvoima- sekä maksimivoimaharjoittelu. 1 RM (repetition maximum) tarkoittaa yhtä maksimaalista tahdonalaista lihassupistusta, minkä avulla voidaan määrittää yksilölliset harjoitusvasteet. Ikääntyneen kestovoimaharjoittelu koostuu 15–25 toistosta, joita tehdään 1–4 sarjaa 0–30 % vastuksella 1 RM:stä. Kestovoiman on havaittu parantavan lihaskestävyyden ohella maksimivoimaa. Iäkkäiden nopeusvoimaharjoittelu tapahtuu puolestaan intensiteetillä 40–60 % 1 RM:stä 6–10 toistolla ja 1–3 sarjalla. Nopeusvoimaharjoittelussa pyritään mahdollisimman nopeaan ja puhtaaseen suoritukseen, mikä nopeuttaa reaktioaikaa ja edistää tasapainon ylläpitoa sekä päivittäistä liikkumista. Nopeusvoimaharjoittelu suositellaan aloitettavaksi muutaman kuukauden päästä perinteisen lihasvoimaharjoitteluun tottumisen jälkeen. Maksimivoimaharjoittelussa ikääntyneillä intensiteetin kuuluu olla korkeintaan 80–90 % 1 RM:stä. Ikääntyneen lihasvoimaharjoittelumääräksi suositellaan 2–3 kertaa viikossa. Useamman harjoittelukerran hyödyistä lihasvoiman kehittymiseen ei ole näyttöä. (Kauranen 2014, 173, 513–515.)

6.2.2 Ikääntyneiden tasapainoharjoittelu

Tasapaino on keskushermoston, lihaksien, aistien ja biomekaniikan opittua yhteistyötä. Tasapainon ylläpito onnistuu silloin, kun massan keskipiste säilyy tukipinnan päällä. (Kauranen 2011, 180.) Tasapainoharjoittelu perustuu yhden tai kahden tasapainojärjestelmän häirintään. Näitä järjestelmiä ovat tasapainoelin eli vestibulaarijärjestelmä, somatosensorinen järjestelmä sekä näköaisti. (Pitkänen 2008, 34–35, 38–39.) Ikääntyneiden tasapainoharjoittelun tavoitteena on kehon hallinnan parantaminen ja pystyssä py-

syminen päivittäisissä, erilaisissa tilanteissa. Lisäksi tasapainoharjoittelulla voidaan lieventää kaatumisen pelkoa. (Gillespie ym. 2012.)

Tasapainoharjoittelua toteutetaan eri tehtävien tai esimerkiksi tasapainoratojen muodossa. Tehtäviä voivat olla erilaiset askellukset tai liikkeet kuten varpaille nousu ja tandemkävely. Harjoitteluun voidaan lisäksi sisällyttää nopeita käännöksiä, pysähdyksiä ja eri alustoilla liikkumista. (Pajala 2012, 23, 25.) Harjoittelun vaikeuttamiseksi on tärkeää vähentää asteittain mahdollista tukea, seisoa eri materiaaleista valmistetuilla alustoilla, pienentää tukipintaa ja siirtää painopistettä (esim. esineen kurkottelu), liikuttaa raajoja tai samanaikaisesti suorittaa toista tehtävää (ns. multi-tasking; esim. nimien luettelu, laskeminen, pallonheitto) (Suomen Fysioterapeutit 2011; Pitkänen 2008, 38–39). Multi-tasking -harjoittelu on erittäin tärkeää, koska arjessa vaaditaan samanaikaisesti useamman toiminnan suorittamista: esimerkiksi ulkona kävellessä on havainnoitava muuta liikennettä. Lisäksi tasapaino kehittyy monissa liikuntamuodoissa, kuten maastossa liikkua, tanssiessa tai taidissa. (Pajala 2012, 23–24.)

6.3 Gerontologinen ja geriatrinen kuntoutus

Gerontologia on tieteenala, jonka tarkoituksena on selvittää ikääntymisen biologisia, psykologisia ja sosiaalisia näkökulmia. Keskeisiä aihealueita ovat elämän pituuteen vaikuttavat tekijät, ikääntymisen eteneminen ja sitä säätelevät tekijät ja sen tuomat muutokset sekä yksilöihin että yhteisöön vaikuttavat ikääntymisen seuraukset. (Heikkinen 2013, 16.) Gerontologisen kuntoutuksen perusta muodostuu yksilön tarpeista menneen ja nykyisen elämäntilanteen ja -vaiheiden pohjalta. Monialainen gerontologinen kuntoutus auttaa kuntoutujaa käsittelemään ja hyväksymään menneen elämän, sopeuttaa terveyden, kehon, toimintakyvyn ja osallisuuden muutoksiin, tukee itsemääräämisoikeutta, koskemattomuutta ja ainutlaatuisuutta sekä mahdollistaa minuuden ja elämän päättymisen käsittelyn. Yksittäisessä kuntoutustilanteessa, kuten lonkkamurtumapotilaan fysioterapiassa, tulee huomioida kuntoutujan ikävaiheen, pitkän elämän ja nykyisen tilan lisäksi mahdollisimman toimintakykyinen tulevaisuus. (Pikkarainen 2013, 18–19.)

Geriatrinen kuntoutus on osa gerontologista kuntoutusta ja se kohdistuu usein johonkin tiettyyn sairauteen tai toimintakyvyn haittaan, kuten lonkkamurtumaan. Geriatrinen kuntoutus on pitkäjänteistä, suunnitelmallista ja moniammatillista yhteistyötä, jonka tavoitteena on palauttaa, korjata tai kompensoida ikääntyneen toimintakyvyn vajeita. (Karttunen 2009, 19; Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 438.) Geriatriisella kuntoutuksella pyritään myös edistämään terveyttä sekä antamaan iäkkäälle ihmiselle voimavaroja elämänhallintaan, jotta hän voisi osallistua yhteiskunnan toimintaan ja selvitä arjesta (Pitkälä, ym. 2010, 438–439).

6.4 Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju

Hoitoketjulla tarkoitetaan saumatonta, monien eri toimijoiden yhteistyötä, jonka tavoitteena on potilaan paras mahdollinen hoito (Perälä, Hammar & Saalasti-Koskinen 2005, 169–171). Yleensä hoitoketjulla ymmärretään kuitenkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimusta moniammatillisesta yhteistyöstä. Diagnoosikohtainen hoitoketju taas on kirjallinen suunnitelma käytännöistä, joka lääketieteellisen tiedon osalta perustuu valtakunnallisesti hyväksytyyn hoitosuositukseen. Hoitoketjun tarkoitus on siis tukea hoidon porrastumista sairaanhoitopiirin sisällä. (Nuutinen 2000, 1821–1828.)

Vuonna 2013 Pohjois-Karjalan alueella lonkkamurtumapotilaiden keski-ikä oli 79,2 vuotta ja keskimääräinen hoitoaika 46 päivää. Potilaista 37,9 % oli kotiutunut 30 päivän kuluttua murtumasta ja kotona vuoden kuluttua murtumasta asui 64,9 %. Koko maassa vastaavat luvut olivat 79,1 vuotta, 40,7 hoitopäivää, 45,9 % ja 65,4 %. Lukemat eivät kata lonkkaansa uudelleen murtaneita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Leikkauksen jälkeen erikoissairaanhoidon osastolla huolehditaan, että potilas saadaan mahdollisimman nopeasti jalkeille ja kivunhoito tehokkaasti hallintaan. Akuuttivaiheen hoidon jälkeen potilas siirretään yleensä oman kunnan terveyskeskussairaalaan. Sairaalassaoloaika on yleensä viikosta muutamaa kuukauteen. Tämän vaiheen tärkein kuntoutustavoite on saada lonkkamurtumapotilas osallistumaan aktiivisesti päivittäisiin toimintoihin, jotta kotiutumisen olisi edellytyksiä. Kotiutumisen jälkeen kuntoutuksen järjestäminen on perusterveydenhuollon vastuulla ja kuntoutusta on saatavilla kuntou-

tuskeskuksissa, avohoidon klinikoilla tai kotikuntoutuksena. Joskus kuntoutus saattaa olla vain kirjallisten ohjeiden antaminen kotiutumisen yhteydessä. (Salpakoski 2014a, 25.)

6.4.1 Postoperatiivinen kuntoutus

Potilas pyritään saamaan liikkeelle heti ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Pian aloitettu mobilisaatio on potilaan toipumisen kannalta tärkeää, sillä sen on todettu vaikuttavan positiivisesti potilaan toimintakykyyn vielä kuukausia lonkkamurtuman jälkeen. (Sipilä 2013, 469.)

Viikonkin kestävä immobilisaatio aiheuttaa jo merkittävää lihaksen atrofiaa. Tämä johtuu lihassyyn poikkipinta-alan pienenemisestä, sidekudoksen määrän lisääntymisestä lihaskudoksessa, lihassyiden järjestyksen häiriintymisestä sekä lihassyitä ympäröivien kapillaarien pienenemisestä. I tyypin lihassyyt (hitaat) atrofoituvat herkemmin kuin II tyypin (nopeat) lihassyyt, mutta toisaalta I tyypin syyt toipuvat nopeammin kuntouttaessa. (Kujala & Järvinen 2005, 515.) Erityisesti alaraajojen lihasvoiman puolierot vaikuttavat heikentävästi potilaan toimintakykyyn. Alaraajojen lihasvoimaa lisäävä harjoittelu tulisikin aloittaa mahdollisimman nopeasti lonkkamurtumaoperaation jälkeen alaraajojen lihasvoiman puolierojen tasaamiseksi. (Sipilä 2013, 469.)

Varhaisella mobilisaatiolla vältetään siis lihasvoiman ja luumassan väheneminen sekä ehkäistään pitkittyvään vuodelepoon liittyviä komplikaatioita, kuten infektioita, painehaavoja ja laskimotukoksia (Lönnroos 2008, 306, 309; Pfeiffer & Minne 2010, 50). Vuodelevon tiedetään vaikuttavan myös hermostoon ja kardiovaskulaarisiin refleksiin niin, että tasapainon ylläpitäminen vaikeutuu (Kujala & Järvinen 2005, 514).

Turvalliset siirtymiset ovat kuntoutuksen alkuvaiheen ensimmäisiä opeteltavia asioita (Sipilä 2013, 469). Alkuvaiheen harjoituksiin kuuluu myös istumista, vuoteesta ylösnousemista, pystyasennon hallintaa sekä kävelyä. Lisäksi fysioterapeutti suorittaa apuvälinetarpeen arvioinnin ja kotikäynnin. (Lönnroos 2008, 309.) Kuntoutukseen kuuluu olennaisesti myös selvittää murtumaan johtaneen tapaturman syy, jotta uudet tapatur-

mat, kaatumiset ja murtumat voitaisiin välttää. Potilaan kuntouttamiseen kuuluu lisäksi korkeaproteiininen ruokavalio sekä kalsiumin ja D-vitamiinin saannin varmistaminen, riittävä informaatio ja pelkojen lieventäminen. (Lönneros 2008, 309–312; Pfeiffer & Minne 2010, 50.) Lisäksi kotiutumista suunniteltaessa tulee ottaa selvää potilaan arjesta, psyykkisestä tilasta sekä sosiaalisista suhteista avun tarpeen arvioimiseksi. Moniammatillisen tiimin yhteistyön on todettu olevan tärkeää potilaan kuntouttamisessa ja kotiuttamisessa. Kotiutuminen on mahdollista, kun tärkeimmät toiminnot eli pukeutuminen, liikkuminen ja wc:ssä käynti onnistuvat. (Pfeiffer & Minne 2010, 50.)

6.4.2 Jatkokuntoutus kotiutumisen jälkeen

Yleisesti hyväksytyjä kuntoutuskäytäntöjä ei ole Suomessa vielä kukaan kotiutumisen jälkeiseen kuntoutukseen. Vaikuttavan kuntoutuksen on kuitenkin todettu olevan yksilöllistä, tehokasta, progressiivista sekä riittävän pitkäkestoista, jotta pystytään vaikuttamaan lonkkamurtumapotilaiden liikkumiskykyyn. (Salpakoski 2014a, 25, 27.) Lonkkamurtuman tapahduttua kotona asuvalle ikääntyneelle henkilölle kuntoutuksen tavoitteena on saada henkilön toimintakyky murtumaa edeltäneelle tasolle. Tutkimusten mukaan palautuminen on kuitenkin hidasta ja vain alle puolet kuntoutuu murtumaa edeltäneelle tasolle. (Sipilä 2013, 468.)

Salpakoski tutki väitöskirjassaan tehostetun kotikuntoutuksen merkitystä lonkkamurtumapotilaiden liikkumiskyvyn kehityksessä. Tutkimus todisti, että henkilökohtaisesti laadittu, progressiivinen ja monialainen kotikuntoutusohjelma auttaa liikkumisen parantumisessa vuoden seurannassa lonkkamurtumasta. Verrattuna murtumaa edeltäneeseen tasoon, osalla tutkittavista liikkuminen portaissa oli jopa helpompaa kuin ennen murtumaa. Lisäksi heillä, joilla liikkuminen portaissa ei tuottanut suuria vaikeuksia, oli havaittu jo aiemmin parempi tasapaino. (Salpakoski 2014b, 82.) Kuntoutusohjelma sisälsi kolme kertaa viikossa lihasvoima- ja liikkuvuusharjoitteita sekä kaksi tai kolme kertaa tasapaino- ja toiminnallisia harjoitteita (Salpakoski 2014a, 27).

Kotona tapahtuvan kuntoutuksen on todettu myös muissa tutkimuksissa olevan vaikuttavaa. Kotikuntoutusta ja laitospotilaiden kuntoutusta on verrattu keskenään, ja todettu, että koti-

kuntoutus vaikuttaa erityisen positiivisesti fyysiseen toimintakykyyn. Parantuneen fyysisen toimintakyvyn taas koettiin parantavan elämänlaatua. (Crotty, Whitehead, Gray & Finucane 2002, 406–413; Kuisma 2002, 553.)

Kirjallisuuskatsauksessa satunnaistetuista lonkkamurtumatutkimuksista vertailtiin järjestelmällisen moniammatillisen kuntoutuksen ja tavallisen ortopedisen hoidon vaikutuksia ja eroja ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumiseen. Tutkimuksessa todettiin, että moniammatillista kuntoutusta saavilla potilailla on pienempi todennäköisyys joutua laitoshoitoon tai menehtyä lonkkamurtuman seurauksena ja näin ollen suurempi todennäköisyys kotiutua. Tutkimuksen mukaan moniammatillisella kuntoutuksella pystytään vähentämään lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuutta tai laitoshoitoon joutumista 16 %:lla. (Halbert, Crotty, Whitehead, Cameron, Kurrle, Graham, Handoll, Finnegan, Jones, Foley, Shanahan 2007, 507, 510.)

Intensiivinen ja monimuotoinen kuntoutus on todettu myös muissa tutkimuksissa vaikuttavaksi. Näyttöä on 1-4 kuukauden voimaharjoitteluinterventioista kotona tai klinikalla toteutettuna, joissa saatiin positiivisia tuloksia alaraajojen voiman (Mangione, Craik, Tomlinson & Palombaro 2005; Sylliaas, Brovold, Wyller & Bergland 2011), tasapainon ja liikkumisen kohentuessa. (Sylliaas ym. 2011.) Samankaltaisia tuloksia saivat myös Binder, Brown, Sinacore, Steger-May, Yarasheski & Schechtman (2004) tutkimuksessaan, jossa kuuden kuukauden tehokkaalla kuntoutuksella saatiin lonkkamurtumapotilaiden fyysistä toimintakykyä parannettua huomattavasti. Erityisesti lihasvoima, kävelynopeus ja tasapaino paranivat verrattuna normaalia kuntoutusta saaneisiin.

Huusko, Karppi, Avikainen, Kautiainen & Sulkava (2000) tutkivat muistisairauden vaikutuksia lonkkamurtumasta kuntoutumiseen. Tutkimuksessa selvisi, että lievästi tai kohtalaisesti muistisairas henkilö hyötyy erityisesti intensiivisestä ja moniammatillisesta kuntoutuksesta ja tällaista kuntoutusta saaneet tarvitsivat vähemmän laitoshoidtoa. Toisaalta tutkimuksessa selvisi, että muistisairaatt henkilöt viipyvät sairaalassa pidempään kuin henkilöt, joilla ei ole muistisairautta. Tutkimus todisti myös, että lievästi muistisairas henkilö onnistuu palaamaan kuntoutuksen seurauksena takaisin itsenäiseen elämään samalla tavalla kuin henkilö, jolla ei ole muistisairautta.

Milte, Ratcliffe, Miller, Whitehead, Cameron & Crotty (2013, 81–86) tutkivat lonkkamurtumakuntoutujien valmiutta panostaa omaan kuntoutumiseensa. Kuntoutujat halusivat pääsääntöisesti osallistua tarjottuun kuntoutukseen ja toivoivat sen lisäävän erityisesti lonkkanivelen liikkuvuutta. He olivat valmiita kokemaan enintään kohtalaista kipua sekä näkemään jonkin verran vaivaa kuntoutumisensa eteen.

Young'n ja Resnickin (2009) tutkimuksessa puolestaan ilmeni, että lonkkamurtumapotilaan mielipide omasta kuntoutuksestaan jää usein huomiotta hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Tutkimustavoitteena oli selvittää, miksi toisten murtumapotilaiden toimintakyky palautuu murtumaa edeltävälle tasolle ja toisten ei. Lisäksi kartoitettiin ikääntyneiden omaa näkemystä fyysisestä toimintakyvystään vuosi lonkkamurtuman jälkeen. Sosiaalisena tukena erityisesti perheen ja ystävien verbaalinen kannustus koettiin välttämättömänä, minkä lisäksi korostuivat muun muassa terveelliset elämäntavat ja kuntoutujan oma määrätietoisuus ja halu kuntoutumiseen. Fyysiseen kuntoutumiseensa tyytymättömät mainitsivat kuntoutumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi haasteet ja epämiellyttävät tuntemukset, joiden koettiin estäneen kuntouttaviin toimintoihin osallistumisen. Suurimmat tekijät olivat hoidolliset komplikaatiot, taustalla olevat sairaudet sekä kipu.

Haastateltavat nostivat myös esille monia tekijöitä, jotka helpottaisivat lonkkamurtumasta kuntoutumista tulevaisuudessa. Näitä olivat muun muassa fysioterapeutin ja sairaanhoitajan kotiseurantakäynnit, laadukkaampi ja ajallisesti laajempi hoito, mihin liitettiin muun muassa pätevämmät kirurgit, koulutetumpi ammattihenkilöstö sekä laajempi tiedonsaanti kuntoutusprosessista. Muille lonkkamurtumapotilaille annetut neuvot liittyivät muun muassa kuntoutusprosessiin sitoutumiseen, ammattihenkilöstön ohjeiden mukaan toimimiseen, positiiviseen ja päättäväiseen asenteeseen, kipulääkityksen noudattamiseen sekä varovaisuuteen uusien murtumien ehkäisemiseksi. (Young & Resnick 2009.)

Ryhmäkuntoutuksen merkitystä on Suomessa tutkittu Kelan vuosina 2009–2013 toteutetussa Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa (IKKU-hanke). Hankkeessa kehiteltiin asiakaslähtöistä, tavoitteellista ja yhteistoiminnallista kuntoutusta, jonka perimmäisenä tavoitteena oli tukea ikäihmisten kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä. Tulokset olivat lupaavia ja eri-

tyisesti kuntoutuksella pystyttiin vaikuttamaan positiivisesti elämänlaatua heikentäviin tekijöihin: fyysiseen toimintakykyyn ja kipuihin. Johtopäätöksinä ryhmäprosessien osalta todettiin, että ryhmätoiminnot eivät yksiselitteisesti ole kaikille osallistujille merkityksellisiä tai edistä heidän hyvinvointiaan tai osallisuuttaan. Ryhmissä voidaan kokea jopa alemmuutta tai syrjintää. Parhaimmillaan ryhmätoiminta antaa tarvittavaa vertaistukea, onnistumisen kokemuksia ja iloa yhteisen tekemisen ja vuorovaikutuksen kautta. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013, 25, 28, 135, 251.)

Ryhmätoiminnan käynnistyessä tulisi selvittää, mitä kukin ryhmäläinen ymmärtää ryhmä-käsitteellä, mitä aiempia kokemuksia sekä odotuksia heillä on. Ryhmämuotoisen kuntoutuksen kokemiseen iäkkäillä voivat vaikuttaa lapsuuden perhekokemukset, kouluajan kulttuuri ja työelämän tapahtumat. Kuntoutujien keskuudesta nousi esiin kolmenlaisia tarpeita: osa kuntoutujista kaipasi ensisijaisesti yksilöllistä ohjausta sekä henkilökohtaista aikaa ja huomiota, toiset muilta kuntoutujilta vertaistukea ja osa ryhmän yhteistä tekemistä sekä yhdessä olemista. Näiden lähtökohtien yhdistäminen ohjaamisessa asettaa paljon haasteita. (Pikkarainen, ym. 2013, 126, 137.) Koukkari (2010, 199, 202) tutki kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Kävi ilmi, että kuntoutujat kokivat tärkeäksi mahdollisuuden osallistua kuntoutussuunnitelman laatimiseen sekä itsenäisyyden säilymiseen koko kuntoutusprosessin ajan. Tutkimuksesta ilmeni myös, että ryhmän vertaistuella oli sosiaalista osallistumista edistävä vaikutus.

Ryhmässä on myös otettava huomioon erilaisten persoonien vaikutus: aktiiviset ja hallitsevat ryhmäläiset voivat sivuuttaa aremmat ja hiljaisemmat ryhmäläiset, vaikka ryhmään olisi luotu säännöt. Myös jonkun osallistujan negatiivinen vastarinta voi jarruttaa koko ryhmän kuntoutumista. Ohjaajalta vaaditaan hyvää itsetuntemusta, reflektiivisyyttä sekä rohkeutta antaa ryhmäläisten viedä toimintaa eteenpäin omalla painollaan ja toisaalta puuttua tilanteisiin, joissa toiminta on pysähtynyt. (Pikkarainen, ym. 2013, 125–126, 136.) Vuorovaikutteinen ohjausmenetelmä sopii ryhmälle parhaiten, jotta sosiaalinen kanssakäyminen onnistuu optimaalisesti (Telama & Polvi 2005, 637).

6.5 Kotiutumisen haasteet

Ortopedisesti operoitujen potilaiden suurin ongelma leikkauksen jälkeen vaikuttaisi olevan kivuliaisuus (Sauaia, Min, Leber, Erbacher, Abrahams & Fink 2005, 274–282). Myös Salpakoski (2014b, 82) totesi väitöskirjatutkimuksessaan, että lonkkamurtumapotilaat kärsivät tuki- ja liikuntaelimistön kivuista vielä vuosia operaation jälkeen. Vaikeat kivut olivat merkittävästi yhteydessä fyysiseen inaktiivisuuteen. Myös leikkaustyypillä oli vaikutusta kipujen ilmenemiseen: osteosynteisillä operoidut potilaat kokivat selvästi eniten kipua. Siihen liittyi myös suurimmat liikkumisen ongelmat. Jos kipuja ei hoideta alusta asti tehokkaasti, on vaarana kivun kroonistuminen (Sipilä 2013, 468). Kipuja voidaan lievittää lääkkeellisesti ja/tai lääkkeettömästi. Riittävä kipulääkitys, totuudenmukainen informaatio, pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen, fysioterapia ja fysikaaliset hoidot sekä kivun seurannan suunnitteleminen kuuluvat asialliseen kivun hoitoon. (Finne-Soveri 2008, 201; Sipilä 2013, 468.)

Salpakoski (2014b, 82) totesi väitöskirjassaan myös, että kävelemisen vaikeudet lisääntyvät merkittävästi lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen. Varsinkin ulkona liikkuminen aiheuttaa paljon haasteita ja tutkimuksessa selvisikin, että ne joilla oli ollut aiemmin käytössä jokin liikkumisen apuväline tai he olivat kaatuneet useasti sisätiloissa, toipuminen oli selvästi hitaampaa ja nämä potilaat kokivat myös enemmän tuki- ja liikuntaelimistön kipuja.

Kaatumisen pelko vaivaa useita lonkkamurtumapotilaita. Pelko liittyy aiempiin, toistuneisiin kaatumisiin varsinkin sisätiloissa. Kaatumisen pelko on vahvasti yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn ja pystyasennon hallintaan. Eräissä tutkimuksissa ilmeni, että kuusi viikkoa murtuman jälkeen kaatumista pelkäävillä toimintakyky oli verrokkiryhmään verrattuna heikompi vielä puoli vuotta murtuman jälkeen. (Sipilä 2013, 469.) Pandhin ja Saultzin (2006, 390–397) mukaan hoidon jatkuvuus ja sujuvuus parantavat potilaan saamaa käsitystä hoidostaan sekä edistävät heidän selviytymistään terveysongelmastaan. Tästä seuraa potilastyytyväisyyden paraneminen. Kotona selviytymistä operaation jälkeen näyttäisi eniten helpottavan myönteinen asenne, sosiaaliset suhteet, tuttu ympäristö ja harrastukset (Kykkänen, Salonen & Savola 2006).

Lonkkamurtuma voi aiheuttaa vakavan kierteen, joka entisestään heikentää yksilön toimintakykyä. Kuntoutus on tässä avainasemassa. On myös tärkeää huomioida, että potilaalla on kotiutuessaan realistinen käsitys omasta toimintakyvystään ja mahdollisista rajoitteistaan. Vuodeosastolla tukea on ollut aina tarvittaessa saatavilla, jolloin itseluottamus oman liikkumiskyvyn suhteen pääsee nousemaan joskus liiankin korkealle. (Taylor, Barelli & Harding 2010, 1281–1290.) Tällöin kotiutuessaan potilas voi kokea pettymyksen tuntemuksia toimintakyvyn ollessa arveltua heikompi. Tutkimuksen mukaan potilailla on tarve vielä kotiutumisenkin jälkeen saada apua sekä ohjausta fyysisten toimintojen suorittamiseen. (Fitzerland, Orav, Lee, Marcantonio, Poss, Goldman & Mangione 2004, 100–109.)

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Kehittämistyö opinnäytetyönä

Kehittymisenä ja kehityksenä ymmärretään asioiden, yksilöiden, toimintojen ja ilmiöiden muutoksia. Kehittyminen-käsite sisältää yleensä muutoksen parempaan, ja se koskee niin prosessia kuin lopullista tulosta. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21.) Kehittämistoiminnassa käytetään hyödyksi aiempaan tutkimus- ja kokemustietoon perustuvia käsitteellisiä malleja, esitetään tutkimusongelmia, testataan hypoteeseja ja tehdään johtopäätöksiä kriittisen tarkastelun perusteella (Alasoini 2006, 42–43).

Kehittämistoiminnan tavoitteena on yleensä jonkin aineellisen tai aineettoman tuotteen luominen tai kehittäminen. Tuotos voi olla esimerkiksi kuvaus, malli, opas, kirjanen, esite, toimintapäivä tai kansio. (Salonen 2013, 19.) Oleellista on tuotetun asian tai toiminnan käyttökelpoisuus ja käyttäjäkeskeisyys. Tyypillisesti kehittämistoiminnassa pyritään siis jonkin asian konkreettiseen muuttamiseen, ei niinkään tiedon tuottamiseen tutkimuksen näkökulmasta. Suunnittelussa, dokumentoinnissa ja arvioinnissa toki korostetaan tiedon luotettavuutta, mutta osin on myös sallittua nojautua epäsystemaattiseen kokemustietoon. Yleensä kehittämistyössä ei myöskään ilmene ns. tutkimuskysy-

myksiä vaan oleellista on toiminta, jonka kautta pyritään tiettyyn tavoitteeseen. (Rantanen & Toikko 2011, 3–4, 7, 9.)

Moniammatillinen kehittäminen on eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, joka tuo esille mukana olevien toimijoiden ammattiryhmien ydinosaamisen. Tällaisella yhteistyöllä päästään parhaalla mahdollisella tavalla yhteiseen tavoitteeseen. Ominaispiirteitä laadukkaalle tutkivalle kehittämiselle ovat tutkitun tiedon ja aiempien kokemusten hyödyntäminen, suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, järjestelmällisyys ja toiminnan sekä menetelmien kriittinen arviointi. (Heikkilä ym. 2008, 21, 55, 57.)

Kehittäminen edellyttää perusteluja: miten, mitä ja miksi kehitetään. Toiseksi se vaatii organisointia, eli kuka tai ketkä tekevät ja millaisilla resursseilla. Kolmanneksi tapahtuu varsinainen kehittämistoiminta, jonka jälkeen toimintaa arvioidaan kokonaisvaltaisesti ja sitä pyritään levittämään. Tavoite kehittämistyölle kannattaa pyrkiä asettamaan mahdollisimman konkreettisesti, koska tällöin se on helpompi perustella: miksi juuri tätä tavoitellaan, vaikka muitakin tavoittelemisen arvoisia asioita voisi ilmetä. ”Ristiriidat työntävät ja visiot vetävät kehittäjiä kohti muutosta”. (Toikko & Rantanen 2009, 56–57.)

Kehittämistoiminta voidaan jakaa työskentelyvaiheisiin, joita ovat ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistys- ja toteutusvaihe, päättämis- ja arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seurantavaihe. Opinnäytetyömme rakentuu näistä työskentelyvaiheista. Vaiheet muodostavat tavoitteellisen ketjun, jonka päämääränä on saavuttaa haluttu tulos. Jokainen vaihe toimii pohjana seuraavalle vaiheelle ja yksittäiseen vaiheeseen sisältyy myös sille tyypillisiä tehtäviä. Näiden tehtävien avulla kootaan tietoa päätöksenteon helpottamiseksi. Lisäksi jokaisen työskentelyvaiheen lopussa arvioidaan tehty työ ja vaiheisiin voidaan myös palata työn edetessä. Arviointi koostuu käytännössä kommentaiteista työryhmän kokoontumisissa tai asiantuntijapalaverissa. Arviointiin tulee valmistautua huolellisesti, sillä virheiden korjaaminen voi olla myöhemmin haastavaa. (Heikkilä ym. 2008, 58–59.)

Kehittämistoiminnassa sosiaalinen vuorovaikutus on avainasemassa. Jokaisen toiminnan ja kehittämisen vaiheen tulee edetä dialogisessa tai trialogisessa vuorovaikutussuh-

teessa toimijoiden kesken. Tämä merkitsee avointa keskustelua, arviointia, toiminnan uudelleen suuntaamista, vertaistukea sekä palautteen antoa ja vastaanottoa. (Salonen 2013, 6.) Toimintaa kehittäessä ja reflektoidessa myös tekijät saavat uusia oppimiskokemuksia. Itsereflektoinnissa henkilö tarkastelee omaa toimintatapaansa ja ajatuksiaan. Yhteisön reflektio sisältää yksittäisen työntekijän sekä yhteistoiminnan tarkastelua. (Heikkilä, ym. 2008, 55, 60–61.) Myös dokumentaatio on kehittämistyössä tärkeää, jotta tarvittaessa voidaan palata menneeseen ja tarkistaa faktoja. Dokumentointi voi käsittää toiminnan ja sen vaiheiden kuvaamista, esiin nousseita ajatuksia ja kehittämisideoita, virallisia tunnuslukuja, kuten mittauksen tuloksia, aikataulutusta ja resurssien käytön seuranta esim. kalenterin avulla sekä vapaata reflektiota tavoitteista, työtavoista, yhteistyöstä ja kaikesta muusta, mistä voi olla hyötyä työn kehittämisen kannalta. (Toikko & Rantanen 2009, 80–81.)

7.2 Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe

Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe alkaa jonkin asian tai toiminnan kehittämisen halusta ja tarpeesta. Idean tulee olla merkityksellinen ja tärkeä, jolloin myös tekijöiden on helppo motivoitua. Ideointivaiheessa aihetta tulee lähestyä useasta näkökulmasta ja esittää kysymyksiä, kuten mitä, miksi, milloin ja miten, joilla aihetta pystytään rajaamaan sekä täsmentämään. Onnistunut ideointi on vapaamuotoista, ja se synnyttää myös paljon uusia ideoita, joita ei välttämättä kuitenkaan toteuteta. Ideointiin sekä esisuunnitteluvaiheeseen kannattaa käyttää aikaa ja resursseja, sillä tämän vaiheen jäädessä vaillinaiseksi, voivat tekijät ajautua tekemään asioita, jotka joku muu on jo aiemmin todennut hyödyttömiksi tai toimimattomiksi. (Heikkilä ym. 2008, 60–62.)

Esisuunnitteluvaiheessa luotavassa kehittämissuunnitelmassa eli tässä tapauksessa opin- näytetyösuunnitelmassa tulee kertoa työn lähtökohdat, kohderyhmä, hyötyjä, tavoitteet, toteuttavat tahot, ympäristö, aikataulu, työn vaiheet, tiedonhankkimismenetelmät, materiaalit sekä mahdollinen kustannusarvio (Heikkilä ym. 2008, 64; Salonen 2013, 17). Suunnitelman lisäksi voidaan tarvita myös esitutkimusta, joka toteutui tässä oppin- näytetyössä lonkkamurtuman kokeneiden haastatteluina. Esitutkimuksella on tarkoitus selvittää kehittämistyön lähtökohtia ja pohjatietoa. (Heikkilä ym. 2008, 65.)

Opinnäytetyömme aihe syntyi joulukuussa 2014. Aiheen valintaan vaikuttivat molempien tekijöiden kiinnostus tehdä toiminnallinen opinnäytetyö sekä tutustua täysin uuteen kohderyhmään. Aiheideoinnin jälkeen tapasimme alkuvuodesta 2015 Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö Voimalan yhteyshenkilön, jonka kanssa sovimme alustavasti toimeksiannosta ja ryhmätoiminnan toteutuksesta kotiutuneille lonkkamurtumakuntoutujille. Toimeksiantosopimuksen (liite 2) allekirjoittaminen sekä suunnittelu- ja toteutusvaiheet tulisivat sijoittumaan syksyyn 2015, kun toinen opinnäytetyön tekijöistä suorittaisi käytännön oppimisjaksonsa Voimalassa. Opinnäytetyöprosessimme eteneminen on esitetty liitteessä 1.

Kohderyhmän tavoittamiseksi otimme yhteyttä Siilaisen terveystieteiden osastoon, ja loppukeväällä 2015 pidimme suunnittelupalaverin kirurgisen osaston fysioterapeuttien kanssa. Aiheina olivat opinnäytetyön idea, kohderyhmä ja sen tarpeet sekä yhteistyökumppanin rooli työssämme. Pilottiryhmään päätimme valita henkilöitä, joiden murtunut lonkka on operoitu noin kolme kuukautta ennen ryhmän alkua. Tällöin murtuma on ehtinyt luutua ja mahdolliset liikerajoitteet poistuneet, jolloin fyysinen harjoittelu on turvallista (Aro & Kettunen 2010, 223). Vaikuttavan jatkokuntoutuksen tulee olla yksilöllisesti suunniteltua, tehokasta, progressiivista ja riittävän pitkäkestoista (Salpakoski 2014a, 27). Nämä tekijät huomioon ottaen kolmen kuukauden kohdalla aloitettu Letkeät Lonkat -ryhmätoiminta luo erinomaisen mahdollisuuden harjoittelun nousujohteisuuden säilyttämiseen ja yksilöllisen kuntoutumisen seurantaan. Kolmen kuukauden jälkeen kuntoutujalle pystytään ohjaamaan mm. monipuolisempaa lihaskuntoharjoittelua, mikä voi motivoida harjoittelun jatkamiseen. Tapaamisessa sovimme, että Siilaisen fysioterapeutit kartoittavat sopivat henkilöt ryhmään ja kysyvät heiltä luvan yhteystietojen luovuttamiseksi opinnäytetyöntekijöille.

Kevään aikana pohdimme ja rajasimme opinnäytetyön viitekehystä, keräsimme teoria-tietoa ja mietimme työn tarkat tavoitteet ja tarkoituksen. Kesäkuussa 2015 opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin, ja saimme tutkimusluvan (liite 3) alkukartoitushaastatteluihin Joensuun kaupungilta.

7.3 Tuki ja tarpeet -haastattelu lonkkamurtuman kokeneille

Kehittämistyössä ei ole välttämätöntä analysoida tarkasti alkukartoitusaineistoa. Tämän vuoksi nauhoitettuja haastatteluja ei ole tarpeen litteroida eli kirjoittaa puhtaaksi, vaan toteutuksen kannalta oleelliseen tietoon perehtyminen riittää. Laadullinen tutkimusmenetelmä soveltuu tietyn ilmiön kartoittamiseen ja ymmärtämiseen kokonaisuudessaan, kun halutaan toteuttaa jokin idea kohderyhmästä saatujen tietojen perusteella. Haastatteluaineistoa kerätessä on tärkeää keskittyä ongelman kattavaan käsittelyyn, jotta toiminnallisen opinnäytetyön sisällölliset tavoitteet sekä kohderyhmän tarpeet täyttyvät. Teemoittelu on yksi analysointikeinoista. (Vilka & Airaksinen 2003, 57–58, 63–64.)

Selvitimme lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia haastatellen. Aineiston keräsimme ryhmäsuunnittelun ja -toteutuksen pohjaksi, koska lonkkamurtuman kokenut on paras asiantuntija kertomaan omista tarpeistaan. Haastattelurungon (liite 4) laadimme teemoittelemalla keskeiset aihealueet, joiksi valikoituivat subjektiivinen kokemus tuesta ja verstaistuesta, motivaatiosta sekä kuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen. Haastattelut toteutimme vapaamuotoisina teemahaastatteluina näiden teemojen ja niistä muodostettujen kysymysten avulla.

Haastateltavia oli kuusi; kaksi miestä ja neljä naista, joista nuorin oli 66-vuotias ja vanhin 97-vuotias. Keski-ikä oli 83 vuotta. Viisi haastattelua toteutimme kotikäyntinä ja yhden puhelimitse. Pyysimme kirjallisen luvan haastattelun nauhoittamiseen ja tietojen käyttöön opinnäytetyössä (liite 5). Kolmessa haastattelussa oli lähiomainen mukana ja yhden haastattelun teimme kokonaan lähiomaisen kanssa lonkkamurtuman kokeneen pitkälle edenneen muistisairauden vuoksi. Muina lonkkamurtumasta riippumattomina toimintakykyyn vaikuttavina tekijöinä mainittiin hemiplegia eli toispuolinen halvaus, huimaus, hengenahdistus, silmänpohjan rappeuma sekä arkuus. Yksi haastateltava kertoi ”puutteellisen energiansaannin vuoksi” laihtuneensa sairaala- ja terveyskeskusjakson aikana 10 kilo. Yksi haastateltava asui yksin ja loput puolison, muun tai muiden läheisten kanssa. Kaikilla oli liikkumisen apuväline tai apuvälineitä käytössään ennen murtumaa. Kaksi pystyi liikkumaan kotiympäristössä ilman apuvälineitä ja kaksi tarvitsi uuden tai uusia liikkumisen apuvälineitä lonkkamurtumasta johtuen, ja nämä olivat käytössä edelleen haastatteluajankohtana. Viidellä oli omaishoitaja ja/tai he käyttivät ulko-

puolista apua, jona mainittiin kotihoito ja siivouspalvelu. Puolet oli käyttänyt palveluja ennen murtumaa.

Lonkkamurtumaa seuranneet hoitajakset sairaalassa ja terveyskeskussairaalassa sijoituivat vuoden 2014 heinäkuun ja 2015 toukokuun välille. Lyhyin jakso kesti noin neljä viikkoa ja pisin noin viisi kuukautta. Keskimääräistä hoitajakson pituutta ei voitu laskea, sillä yksi hoitajaksoista ei ollut vertailukelpoinen ulkopuolisten tekijöiden vuoksi. Kotiutumisesta oli kulunut aikaa lyhimmillään noin kolme kuukautta ja pisimmillään noin 10 kuukautta haastatteluajankohtana.

7.3.1 Subjektiiivinen kokemus kuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen

Haastatellut olivat saaneet terveyskeskussairaalasta kotiutuessaan opastuksen ja kirjalliset ohjeet voima- ja liikkuvuusharjoitteluun kotona. Fysioterapeutti tai kuntohoitaja oli myös suorittanut jokaisen luokse kotikäynnin kotiutumisvaiheessa. Itsenäisesti toteutettu kotiutumisen jälkeinen kuntoutus koostui harjoitteiden lisäksi kävelemisestä ja arkiaskareista: *”Puoliso kävelyttää mitä kävelyttää.”* *”Toista kuukautta meni, etten pystynyt oikeen mittään sellasta tekemään. Sitten rupesin kevätsiivouksia tekemään, ja kaikki tein niin kun ennenkin.”* Yksi haastatelluista sai sekä kunnallista että yksityistä kuntoutusta ja toinen mainitsi saaneensa lähetteen fysioterapiaan, muttei ollut käyttänyt sitä.

Kuntoutuksen toteutuminen vaihteli tunnollisesta tekemisestä motivaation puutteeseen. Yhdelle haastatelluista oli opetettu terveyskeskuksessa rollaattorin käyttö, ja se oli ko. ympäristössä toiminut sujuvasti. Opittu taito ei kuitenkaan enää onnistunut kotona. Rollaattori oli jäänyt käyttämättä, ja liikkuminen luonnistui lähinnä pyörätuolilla. Yksi haastatelluista korosti lääkityksen tärkeyttä ja koki sen osaltaan auttaneen kotiutumisen sujuvuudessa. Haastateltujen kertoman mukaan kävelymatkoissa oli huomattavia eroja ennen murtumaa ja kotiutumisen jälkeen: yksi kertoi kävelleensä ennen murtumaa kyynärsauvan ja puolison turvin kodin lähipiirissä ja kotiutumisen jälkeen liikkuminen rajoittui pyörätuolilla ulko-ovelle siirtymiseen ja sieltä noin viisi metriä kävelyyn autoon puolison ja kyynärsauvan turvin. Toinen kertoi kävelleensä melko sujuvasti ilman apuvälinettä ennen murtumaa ja kotiutumisen jälkeen yhtenäisen kävely onnistui noin viisi

metriä tasofordilla. Tähän vaikutti merkittävästi lonkkamurtuma halvaantuneelle puolelle.

Kotiutumisen jälkeisen kuntoutuksen koki riittäväksi viisi haastatelluista. Yksi totesi kaivanneensa kotikuntoutusta ohjatusti, mutta piti tästä huolimatta kuntoutusta riittäväenä. Puolet haastatelluista koki toimintakykynsä palanneen murtumaa edeltävälle tasolle. Näistä yksi mainitsi murtuneen puolen etureisilihasten kipeytyvän ja väsyvän päivän mittaan, mutta piti toimintakykyä tästä huolimatta edellisen veroisena. Toiset 50 % kertoivat liikkumiskyvyn ja tasapainon heikentyneen murtumasta johtuen. Konkreettisesti tämä näkyi helpommin väsymisenä, matkojen lyhenemisenä ja liikkumisen apuvälineiden vaihtumisena helppokäyttöisempiin verrattuna murtumaa edeltäneeseen aikaan. Lonkkamurtuman seurauksena kaksi haastatelluista tarvitsi apua suihku- ja wc-käynneillä. Yksi tarvitsi jatkuvaa apua päivittäisissä toimissa. Ennen murtumaa hän oli pystynyt hoitamaan taloutta ja käymään mm. suihkussa itsenäisesti: *”Kyllähän se pientä on (kuntoutus), noin ison tapahtuman jälkeen (lonkkamurtuma halvaantuneelle puolelle).”* Tämän henkilön kuntoutuminen ei ole verrannollinen muihin haastateltaviin hemiplegian vuoksi. Kukaan haastatelluista ei kokenut merkittävää kipua lonkan alueella kotiutumisen jälkeen. Pitkään istuminen ja kyljellään makaaminen murtuneella puolella mainittiin jonkinasteisen kivun aiheuttajina.

7.3.2 Subjektiivinen kokemus tuesta ja vertaistuesta

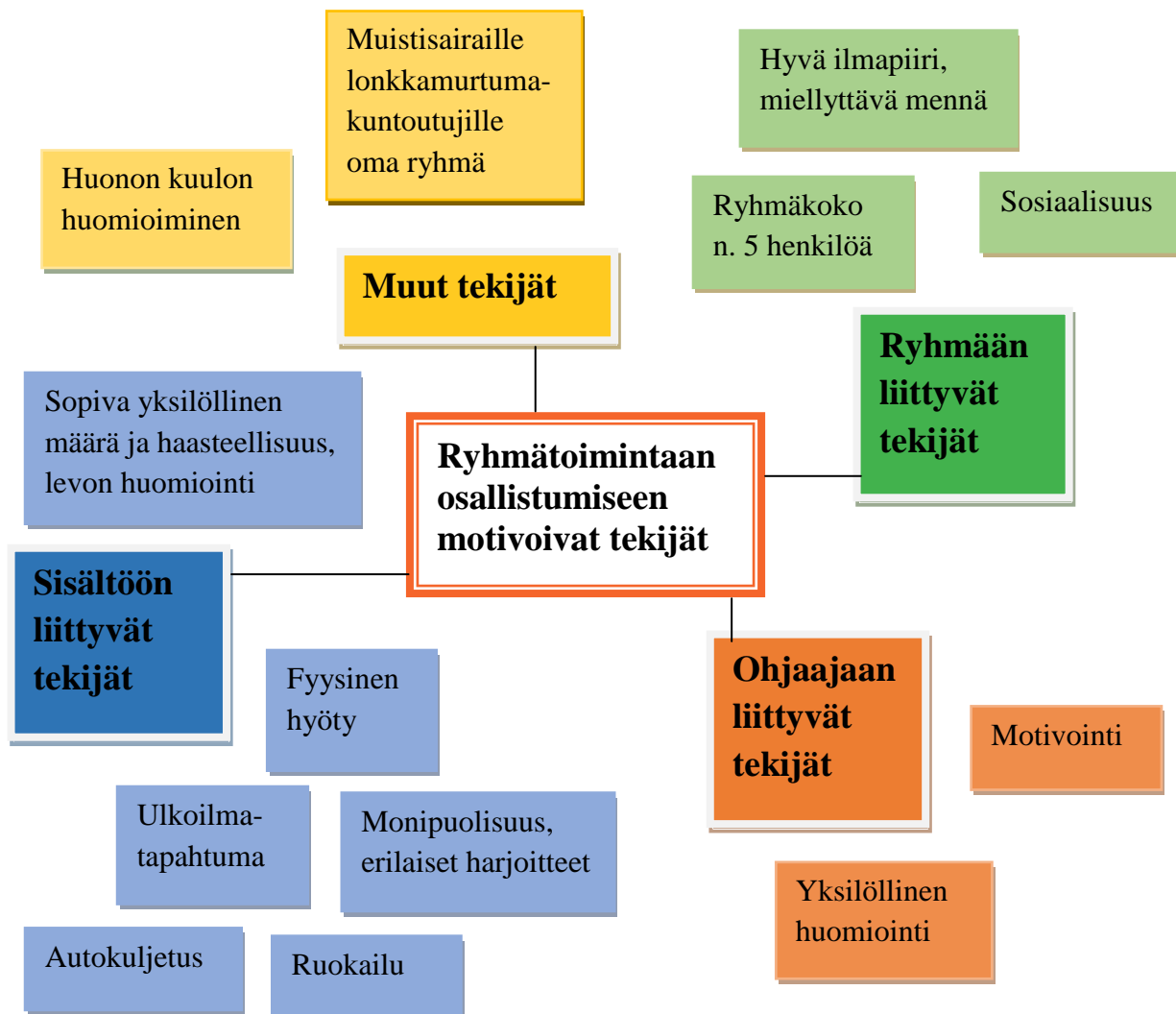
Kaikki haastatellut sanoivat saaneensa tarpeeksi tukea kotiutumisen jälkeen. Yksi haastatelluista kommentoi: *”Siihen nähen, mitä tarvittiin, niin varmasti kaikki kyllä saatiinkin.”* Mainittuja tukijoita olivat puoliset, omaishoitajat, omat lapset sekä muut sukulaiset. Muina tukijoina pidettiin kotihoitoa ja ystäväpalvelua. Enemmistöllä ei läheisimmän tukijan lisäksi ollut muita tukijoita. Yhdellä haastatelluista ei ollut läheisiä, mutta kunnallista tukea olisi ollut tarjolla hänen kertomansa mukaan: *”Luotin itseeni ja kokemukseeni, että selviän.”* Toinen mainitsi: *”Apuvälineitä pidän todella isona tukena.”* Lisäksi kehuja sai kotikäynnin tehneen fysioterapeutin ammattitaito. Haastatelluista kukaan ei ollut saanut vertaistukea muilta lonkkamurtuman kokeneilta kotiutumisen jälkeen. Yksi mainitsi, että ihmisten tapaamisten tulisi olla sopivan mittaisia – liian pitkäs-

tä ajasta väsy. Toinen kommentoi: *”Täysi työ kotiutumisen jälkeen – ei välttämättä olisi jaksanut vertaistukea.”*

7.3.3 Subjektiivinen kokemus motivaatiosta

Mainittuja niin sanottuja ulkoisia tekijöitä, jotka vaikuttivat lähtemismotivaatioon, olivat tuttavien tapaaminen, tarve lähteä sekä sääolosuhteet (esim. kesällä pukeutuminen ei ongelma) ja niihin liittyvä turvallisuus: *”Se oli kai joku turvallisuuskysymys, en uskaltanu talvella lähteä.”* Tarpeena tulivat ilmi esimerkiksi wc:ssä käynti ja oma tuntemus siitä, että keho tarvitsee liikuntaa: *”Jos lähdän sauvakävelemään, koen tarvitsevani sitä.”* Kaksi haastateltavaa mainitsi, että lähtemisessä ei juuri koskaan ole ongelmia: *”Nauttii, kun ulkoiset esteet on voitettu.”*

Puolet haastatelluista kokivat olevansa motivoituneita ryhmätoimintaan, jos sellaista järjestettäisiin. Motivoivina tekijöinä mainittiin hyvä ilmapiiri ja sosiaalinen kanssakäyminen, sisällön monipuolisuus ja erilaiset harjoitteet sekä motivoiva ja yksilöllisesti ryhmäläiset huomioiva ohjaaja. Lisäksi toivottiin ulkoilmatapahtumaa, autokuljetusta ja ruokailua. Esille nousseita asioita olivat myös huonon kuulon huomioiminen ja oma ryhmä muistisairaille lonkkamurtumakuntoutujille. Yksi haastatelluista totesi motivoituvansa ryhmätoimintaan, mikäli hän kokisi fyysisesti hyötyvänsä ryhmässä käymisestä ja saisi harjoitella yksilöllisesti: *”Tykkään kun lähdän kävelemään, en lähde kenenkään kanssa kilpailemaan.”* Yhden mielestä lähtemisessä ei olisi ongelmia, kun tuntisi, ettei ryhmässä olo ole liian haasteellista: *”Melkeen oikeestaan mitä vaan missä niinkun hänet otetaan mukaan ryhmään silleen että hän saa tehdä sitä mitä osaa.”* Yksi ei osannut kuvailla yksilöllisen ja ryhmäkuntoutuksen eroa. Eräs haastatelluista taas mainitsi, että kerta kuntoutusta viikossa on liian vähän, mutta toisaalta kaksi kertaa liikaa. Hän painotti sopivan yksilöllisen kuntoutuksen määrän ja levon tärkeyttä. Ryhmän sopivaksi kooksi mainittiin noin viisi henkilöä. Kaksi haastateltavista oli miettinyt sopivan ryhmän etsimistä. Kuvioon 3 on kerätty motivoivia tekijöitä.



Kuvio 3. Ryhmätoimintaan osallistumiseen motivoivat tekijät.

7.4 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa nimensä mukaisesti suunnitellaan toteutusta sekä valmistellaan tulevaa (Toikko & Rantanen 2009, 58). Vaiheeseen kuuluu koordinoiminen, kuten ajan, toimijoiden ja materiaalien arvioiminen, suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin. Tavoitteena onkin toiminnan tehokkuus ja resurssien maksimaalinen hyödyntäminen. (Heikkilä ym. 2008, 68.) Suunnitteluvaiheessa luodaan usein työryhmä, jossa vastuuta jaetaan. Isossa ryhmässä kannattaa valita vastuuhenkilö, joka johtaa tekemistä. (Toikko & Rantanen 2009, 56–59.) Vastuuhenkilön tulee olla yhteistyötaitoinen sekä innostava, hänen tulee hahmottaa työn kokonaisuus sekä merkitys ja olla aidosti kiinnostunut työ-

tä. Vastuuhenkilöllä on myös tärkeä rooli perehdyttää kaikki työryhmän jäsenet sekä informoida toimeksiantajaa ja yhteistyötahoja. (Heikkilä ym. 2008, 92, 94.)

On tärkeää, että suunnittelu toteutetaan mahdollisimman huolellisesti ja tarkasti, jotta mahdolliset epäkohdat huomioitaisiin jo etukäteen. Kaikkea ei voi kuitenkaan ennakoida ja suunnitella valmiiksi. Suunnitelma tulee siis tehdä sillä tarkkuudella, kuin se tässä vaiheessa on mahdollista. Työskentelyn aikana asiat selviävät ja tarkentuvat, jolloin niihin voidaan reagoida. (Salonen 2013, 17.)

Toinen työn tekijöistä aloitti käytännön oppimisjaksonsa Voimalassa syksyllä 2015. Toimeksiantajan kanssa sovimme ryhmätoteutuksen sijoittuvan loppusyksyyn, jotta ehtisimme tehdä suunnittelun huolellisesti ja käytettävissä olisi riittävästi opiskelijoita. Yhteistyökumppanin toiveena oli 10 viikon ryhmätoteutusjakso, mutta aikataulun ja käytettävissä olevien opiskelijaresurssien vuoksi päädyimme kuuden (6) viikon toteutusjaksoon. Tutkimusten mukaan lonkkamurtumapotilaan fyysisen harjoittelun tulisi tapahtua useasti viikossa mahdollisimman pitkään ja progressiivisesti. (Kauranen 2013, 515; Salpakoski 2014a, 27). Päätimme sisällyttää kuuden viikon toteutusjaksoon kaksi tapaamista viikossa, jotta interventioita tulisi yhteensä kaksitoista (12). Useampien ryhmäkertojen toteuttaminen olisi ollut hankalaa mahduttaa Voimalan viikkoaikatauluun ja tiheämpi toteutus olisi oletettavasti käynyt liian raskaaksi niin kohderyhmäläisille kuin tekijöille.

Ryhmätoteutuksen lisäksi päätimme tehdä ryhmäläisten luo kotikäynnit ennen ja jälkeen ryhmätoiminnan. Alkukartoitus-kotikäynnillä teimme alkumittaukset ja alkuhaastattelun (liite 10), saimme tietoa henkilöiden toimintakyvystä, elämänlaadusta, taustasta, elinympäristöstä ja siellä toimimisesta sekä tavoitteista kuntoutusryhmää ajatellen. Tämä helpotti suunnittelua. Talvitien ym. mukaan (2006, 119) mittaukset kannattaa tehdä henkilön kotiympäristössä, koska se on tuttu paikka ja kuntoutuja voi suoriutua näin ollen paremmin. Mittausympäristö vakioitui näin kotiin, missä oli myös helppo havainnoida liikkumista ja toimimista kotiympäristössä, arvioida kodin turvallisuutta ja verrata em. asioita ryhmätoiminnan jälkeen tehdyllä kotikäynnillä. Kotikäyntiä puolsi myös se, että meillä oli mahdollisuus kuulla mahdollisia puolisoita tai läheisiä ja saada heidän

näkemyksiään ryhmäläisten toimintakyvystä ja muista kuntoutumiseen vaikuttavista seikoista.

Kotikäynneille valitsimme SPPB-testistön fyysiseksi mittariksi sen luotettavuuden ja helppokäyttöisyyden vuoksi. Luotettavuus ja toistettavuus ovat tärkeitä tekijöitä, jotta mittari kertoo mahdollisimman totuudenmukaiset tulokset ryhmäläisten fyysisen toimintakyvyn mahdollisista muutoksista. Helppokäyttöisyys oli tärkeää, koska mittaria käyttivät fysioterapeuttiopiskelijoiden lisäksi myös hoitotyön opiskelijat. Halusimme antaa myös heille mahdollisuuden tutustua mittariin, jota he voisivat hyödyntää tulevaisuudessa työssään. Lisäksi käyttöä puolsi se, että mittaria oli tutkittu myös lonkkamurtumapotilailla ja se esiintyi hyvin useissa lähteenä käyttämässämme tutkimuksissa.

Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittariksi kotikäynneille valittiin WHOQOL-BREF -elämänlaatumittari yhteistyökumppanimme suosittelemana, ja se esiintyi myös useissa tutkimuksissa. Meillä ei ollut aiempia käyttökokemuksia elämänlaatumittareista, joten luotimme asiantuntijoiden suositukseen. Mittaria oli alettu juuri pilotoida yhdellä Joensuun kotihoidon alueella, mikä lisäsi kiinnostusta. Mittarista tehtiin käyttö lupapyyntö TOIMIA-tietokannan ohjeiden mukaan, mutta lupapyyntöön ei koskaan vastattu. Aikataulun puitteissa emme ehtineet enää perehtyä toiseen mittariin.

Ryhmätoteutusten ajankohdiksi valikoituivat maanantai-iltapäivä ja torstai-aamupäivä. Halusimme kokeilla, onko vuorokauden ajalla vaikutusta mm. ryhmäläisten fyysiseen jaksamiseen tai vireystilaan. Valitut päivät sopivat myös mainiosti Voimalan kalenteriin suhteessa muihin käynnissä oleviin toimintoihin opiskelijaresurssien takaamiseksi. Myös tilavaraukset vaikuttivat ajankohtien valintaan. Yhden ryhmäkerran kestoksi päätimme valita kaksi tuntia Voimalassa toteutettujen muiden ryhmien kokemusten pohjalta ja yhteistyökumppanimme suosituksesta. Pyrimme huomioimaan myös ryhmäläisten kokonaisrasituksen, sillä siirtymiseen kotoa Tikkarinteelle ja takaisin kuluu aikaa ja energiaa. Toisaalta lyhyempi ryhmän kesto vaikutti liian lyhyeltä.

Voimalassa käytännön oppimisjaksoaan suorittaneelle opinnäytetyöntekijälle nimettiin vastuupiskelijapariksi terveydenhoitajaopiskelija, jotta moniammatillinen suunnittelu toteutuisi joka vaiheessa. Opiskelijaparina suunnittelimme ryhmätoiminnalle rungon ja

teemat. Ryhmäkerrat jaoin puoleksi niin, että maanantaisin ensimmäinen tunti oli fyysistä harjoittelua ja toinen tunti teeman mukaista toimintaa, ja torstaisin jako oli päinvastoin. Halusimme testata, kumpi järjestys olisi ryhmäläisistä mielekkäämpi. Lisäksi halusimme kuntosaliharjoittelun kiinteästi mukaan ohjelmaan, jotta ryhmäläiset saisivat kokemusta ja oppisivat itsenäisesti käyttämään laitteita. Torstain ryhmäkerta sisälsi aina kuntosaliharjoittelua ja maanantain kerta toiminnallista harjoittelua, jota ryhmäläiset voisivat toteuttaa myös kotioloissa. Toiminnallinen harjoittelu sisälsi mm. vastuskuminauha- ja tasapainoharjoittelua. Tapaamiset sisälsivät aina myös selkeän aloituksen ja lopetuksen sekä puolivälissä mahdollisen tauon ja siirtymisen tilasta toiseen.

Viikkokohtaiset teemat poimimme Tuki ja tarpeet -haastattelutuloksista. Valitsimme viisi viikkokohtaista teemaa, jotka olivat fyysinen aktiivisuus ja motivaatio, lonkkamurtumapotilaan ravitsemus ja osteoporoosi, perussairaudet ja lääkitys, unen ja levon merkitys, kodin turvallisuus ja apuvälineet sekä vapaavalintainen teema ryhmäläisten toiveiden mukaan. Tukea valituille teemoille saimme yhteistyökumppaniltamme, joka ohjasi meitä käsittelemään motivaatio- ja ravitsemusasiat ryhmätoiminnan alkuvaiheessa. Vastuupöytäkirjan kanssa teimme myös käytännön järjestelyjä. Selvitimme muun muassa mahdollisia kuljetusyhteistyökumppaneita ja järjestimme välipalaa ryhmäläisille sponsoreiden kautta. Valitsimme mittarit, joilla tutkisimme toimintakyvyn muutoksia ja loimme ryhmämainoksen (liite 6) sekä saatekirjeen (liite 7), joiden ulkoasun toimeksiantaja tarkasti.

Opiskelijatiimi ryhmätoiminnan suunnitteluun ja toteutukseen koottiin Voimalassa harjoitteluaan tai muita opintojaan suorittaneista fysioterapeutti-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoista. Yhdellä toteutuskerralla oli mukana myös musiikin opiskelija. Järjestimme tiimille infotilaisuuden, jossa esittelimme opinnäytetyön idean, tavoitteet ja tarkoituksen sekä jo varmistuneet asiat toteutuksen kannalta. Lisäksi sovimme materiaalien tallentamiseksi ja aikataulujen hallitsemiseksi Moodle- ja Google docs -verkkoalustojen käytöstä. Loimme myös Whatsapp-mobiilisovelluksella ryhmän nopean tiedonkulun varmistamiseksi. Opiskelijat olivat infotilaisuuteen tyytyväisiä, ja kaikki halusivat olla suunnittelussa ja toteutuksessa mukana. Ensimmäisessä suunnittelupalaverissa esittelimme opiskelijoille valitut teemat, keräsimme ideoita toteutukseen ja pää-

timme työnjaosta. Sovimme kiinteät suunnitteluajat, jolloin kerättyjen ideoiden pohjalta laatisimme tarkan tuntisuunnitelman jokaiselle ryhmäkerralle.

Suunnitteluvaihe sekä käynnistämisen- ja toteutusvaihe kulkivat osittain päällekkäin, kun suunnittelimme ryhmäsisältöjä vielä ryhmätoteutuksen alettua. Tämä oli järkevää asiakslähtöisyyden kannalta, jotta toiminta oli mahdollisimman tehokasta ja sopivaa juuri ryhmään osallistuville kuntoutujille. Toteutusvaiheessa havainnoinnin merkitys oli näin ollen tärkeässä roolissa.

7.5 Käynnistämisen- ja toteutusvaihe

Kehittämistyön käynnistämisenvaiheessa suunnitelma tulevasta kerrataan ja samalla varmistetaan vielä, että jokainen taho on selvillä tehtävistään (Salonen 2013, 17). Toteutusvaiheessa suunnitelmat pannaan täytäntöön, haetaan ongelmiin ratkaisuja sekä testataan niitä, eli luodaan hankkeen tulokset (Heikkilä ym. 2008, 99). Toteutusvaiheessa korostuvat suunnitelmallisuus, vastuullisuus, itsenäisyys, vuorovaikutteisuus, epävarmuuden sietokyky, sitkeys sekä itsensä kehittäminen, jotka ovat ammatillisen oppimisen kannalta tärkeitä asioita. Ohjaus, vertaistuki ja palaute ovat oleellisia tässä vaiheessa kehittämistyön onnistumisen ja ammatillisen kehittymisen kannalta. (Salonen 2013, 18.) Johdettavan tahon tulee kontrolloida toimintaa ja kommunikoida selkeästi. Hankaluuksia voi tässä vaiheessa aiheuttaa huonosti tehty suunnittelu, toiminnan läpinäkyväisyys tai epätasainen työnjako. (Heikkilä ym. 2008, 91–92.)

Siilaisen terveystieteiden keskuksen yhteyshenkilöt kartoittivat kuusi (6) mahdollista henkilöä ryhmään. Olimme henkilöihin aluksi yhteydessä puhelimitse, ja kerroimme tarkemmin ryhmätoiminnasta. Korostimme vapaaehtoisuutta ja fyysisen toiminnan yksilöllisyyttä, sillä monella oli pelko, että heidät pakotettaisiin tekemään liian raskaita suorituksia. Kaksi henkilöä ilmoitti heti haluavansa osallistua ryhmään, kaksi halusi miettiä asiaa ja kaksi henkilöä kieltäytyi. Lähetimme kaikille kuudelle henkilölle saatekirjeen ja kotikäynnin suoritimme viiden henkilön luokse. Alkukartoitus-kotikäynnit teimme moniammatillisina työpareina ryhmän alkamista edeltävällä viikolla. Käynnit suoritimme laatimamme rungon mukaisesti, jotta alkukartoitus oli kaikkien kohdalla samantapainen. Tiedustelimme myös ryhmäläisten mahdollisuudesta siirtyä Tikkarinteelle omilla kulje-

tuksilla, sillä emme löytäneet kuljetusyhteistyökumppania. Kaikkien osallistujien kohdalla päädyimme Noutopoika -kuljetuspalvelun käyttöön. Tiedustelimme myöhemmin toimeksiantajan kautta mahdollisuutta käyttää Karelia-ammattikorkeakoulun pakettiautoa ryhmäläisten kuljetukseen Noutopoika -kuljetuspalvelun aikatauluongelmien vuoksi. Tämä mahdollistui kolmen viimeisen toteutusviikon ajaksi.

Ryhmään osallistui loppujen lopuksi kolme henkilöä. Olimme yhteydessä Siilaisiin, mistä saimme vielä kolme uutta yhteystietoa, mutta lisärekrytointi ei tuottanut tulosta. Poisjääntien syitä olivat heikko kunto, kykenemättömyys osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan, omaisen vastustus ryhmään osallistumisesta (vaarallisuus, kaatuminen), vastikään diagnosoitu muistisairaus ja sekavuus sekä känsien poisto.

Jokaista ryhmäkertaa edelsi tilojen ja materiaalien järjestely sekä suunnitelman ja tehtävien kertaaminen tiimin kanssa. Itse ryhmätoteutukset etenivät suunnitelmien mukaan: aloitus, fyysinen osuus/teeman mukainen toiminta ja lopetus. Aikataulut muuttuivat hieman toteutusjakson aikana Noutopoika -kuljetuspalvelun vuoksi, ja jouduimme aikaistamaan torstain alkamisajankohtaa. Aikatauluongelmat vaikuttivat myös ajoittain ryhmän keston, mutta pyrimme muokkaamaan suunnitelmaa aina tarvittaessa.

Loppuarviointi -kotikäynnit suoritimme ryhmätoiminnan päättymisen jälkeisellä viikolla samalla tavalla kuin ennen ryhmätoimintaa. Tällä kertaa pääpaino oli palautteen keräämisessä ja mittausten toistamisessa. Kotikäynnillä annoimme ryhmäläisille kirjalliset vastuskuminauhaharjoitteluohjeet (liite 13), joita he olivat toivoneet. Ohjasimme myös harjoitteet, jolla pyrimme kannustamaan harjoittelun jatkumista kotioloissa. Tutkimuksen mukaan kotiharjoitteluohjelmissa pidetään liikkeiden helposti suoritettavuudesta ja hyvästä tunteesta harjoittelun jälkeen. Lisäksi positiivista on harjoitteluajan vapaasti valittavuus. Pitkät sarjat koetaan negatiivisena asiana ja liian vaikeat liikkeet syynä jättää harjoitus tekemättä. (Simek, McPhate, Hill, Finch, Day & Haines 2015, 514–515.) Näin ollen valitsimme ohjelmaan helposti tehtävät liikkeet, mitkä oli jo ryhmätoiminnan aikana käyty läpi.

7.6 Päätämisen- ja arviointivaihe

Työ ei pääty, kun toteutusvaihe loppuu, vaan sen jälkeen alkaa raportin kirjoittaminen ja arviointi. Toimijat arvioivat yhdessä syntynyttä tuotosta ja koko prosessia: perusteluja, organisointia ja toteutusta. Päätämisen- ja arviointivaiheet ovat yhtä olennaisia kuin muut vaiheet. (Toikko & Rantanen 2009, 61.) Kun kyseessä on opinnäytetyö, tulee työtä ja siitä syntynyttä raporttia arvioida myös ammattikorkeakoulun opinnäytetyön vaatimusten näkökulmasta. Arvioinnin lisäksi toteutuksesta on tärkeää koota myös kokemuksia, parannusehdotuksia, ongelmatilanteita ja niiden ratkaisuehdotuksia sekä jatkosuunnitelmia. (Heikkilä ym. 2008, 121, 129–130.)

Tuotoksen viimeistelyvaihe voi kestää yllättävän kauan, joten siihen on syytä varata aikaa. Myös vaiheen vaativuus voi yllättää. Vaiheessa tulee esitellä sekä tuotos että valmis raportti arviointineen ja kehitysehdotuksineen. Vastuu viimeistelyvaiheessa on tekijöillä ja heidän tulee esitellä tuotos ainakin asiakkaille, työryhmälle, yhteistyökumppaneille ja toimeksiantajalle. (Salonen 2013, 18.) Tulosten analysointivaiheessa on tärkeää panostaa rehellisyyteen ja kriittiseen informaation perusteluun (Pietarinen 2002, 58).

7.6.1 Ryhmäläisten palaute

Keräsimme ryhmäläisiltä palautetta toiminnasta ja sisällöistä jokaisen ryhmäkerran päätteeksi joko suullisesti tai kirjallisesti (Liite 11). Palautteen keräämisellä halusimme varmistaa ryhmärungon ja sisällön toimivuuden sekä mielekkyyden ryhmäläisten kannalta. Palaute auttaa myös toiminnan arvioimisessa. Palautteen pohjalta runkoa ei tarvinnut muokata lainkaan, mutta sisältöihin tehtiin pieniä viilauksia toiveiden ja havaintojen perusteella.

Viimeisellä tapaamiskerralla jaoimme ryhmäläisille palautelomakkeet (liite 12) koskien ryhmätoimintaa ja sen kehittämistä jatkossa kohderyhmän näkökulmasta. Vastauksista ilmeni paljon sekä positiivisia asioita että kehityskohteita. Yhden osallistujan mielestä kolmen hengen ryhmäkoko oli sopiva. Kaksi kolmesta koki ryhmäkoon liian pieneksi ja sopivaksi kooksi 5-8 henkilöä. Ryhmätoimintaan motivoivat halu kehittää omaa liikku-

miskykyä, muiden seura ja uteliaisuus: ”*Olin utelias lähtemään, enkä kadu.*” Tilat Tikkarinteellä todettiin toimiviksi ja kohderyhmälle sopiviksi.

Kokoontumistiheys kaksi kertaa viikossa oli ryhmäläisten mielestä juuri sopiva, eikä se tuntunut kovin kuormittavalta – päinvastoin pimeän ja sateisen syksyn kuvattiin kuluneen nopeasti. Kaikki ryhmäläiset olisivat toivoneet ryhmätoiminnan kestävän pidempään kuin kuusi (6) viikkoa. Kokoontumispäivät (maanantai ja torstai) todettiin myös toimiviksi, koska välipäivinä oli mahdollisuus palautua. Molempien tapaamisajankohtien toivottiin kuitenkin olevan iltapäivällä erityisesti lääkityksestä johtuvien sivuvaikutusten vuoksi. Kotikäynnit ymmärrettiin osaksi kokonaisuutta ja fyysisten testien tulokset olivat kaikkien mielestä mielenkiintoisia. Elämänlaatumittaus koettiin liian pitkäksi ja kysymykset oudoiksi. Noutopoika -kuljetus koettiin sopimattomaksi jatkuvan myöhästelyn takia. Kukaan ei kuitenkaan pitänyt omakustanteista maksua liian suurena. Loppuryhmän ajan käytössä ollut koulun pakettiauto koettiin loistavaksi ratkaisuksi kuljetusongelmiin: ”*10 pistettä kydistä (koulun). Kyytiin pääsy oli kylläkin vaikeaa kipeällä jalalla.*” Ajoneuvoon nousemisen helpottamiseksi kaivattiin lisärappua.

Viikkokohtaiset teemat koettiin sopiviksi. Erityisen tärkeänä aiheena pidettiin kodin turvallisuutta ja siihen liittyntä tehtävää, jossa mietittiin omia vaikutusmahdollisuuksia. Lisäksi Voimalan avoimissa ovissa Ikä-Ote -salkun apuväline-esittely sekä ravitsemus- ja osteoporoosiosiot antoivat uutta ja tarpeellista tietoa osallistujille. Mitään teemaa ei koettu turhaksi. Ryhmäsisällön toteutuksessa käytetyt menetelmät (pelit, keskustelut, tietovisat ja luennot) olivat ryhmäläisten mielestä onnistuneita. Yksi osallistuja kommentoi toteutustapoja näin: ”*Toisten kanssa tekeminen oli hyvää vaihtelua.*” Erityisesti muistipeli sai kiitosta, ja sen haastavuus koettiin yllättävänä asiana. Muistiharjoittelua pidettiin tarpeellisena tulevaisuutta varten. Uusia teemoja ja aihealueita, joista osallistajat olisivat halunneet tietoa, olivat yksinäisyys ja sen käsitteleminen, yksin asuminen, informaatio tuetusta palveluasumisesta sekä keskusteleminen ihmissuhteista. Lisäksi toivottiin hierontaa ja keskustelua omista aiheista.

Fyysisen harjoittelun osuuksiin ryhmäläiset olivat erityisen tyytyväisiä. Harjoittelu koettiin hyvin yksilölliseksi ja ohjauksen määrä sekä laatu olivat hyvällä tasolla. Ohjaajiin ja heidän taitoihinsa oltiin tyytyväisiä ja harjoittelu ohjaajien kanssa tuntui turvalliselta:

”Oli ammattitaitoista ja yksilöllistä huomiota, sekä ohjausta.” Jokainen koki löytäneensä mieluisia harjoittelumuotoja, joita voisi toteuttaa myös kotioloissa. Mieluisimpina harjoittelumuotoina mainittiin vastuskuminauha-, nilkkapaino- sekä tasapainoharjoitteet helpon toteutuksen ja hyödyllisyyden vuoksi. Yksi osallistuja koki kuntosaliharjoittelun mielekkäimmäksi, koska se tuntui tehokkaimmalta ja tuntuman sai heti. Harjoitteet olivat riittävän haastavia ja kipua leikatun lonkan alueella ilmeni hyvin harvoin. Lievän lihaskivun ymmärrettiin merkitsevän harjoittelun vastetta: *”Sopivasti vaikeita (fyysiset harjoitteet), teki vähän kipeää, mutta sehän oli vain hyvä.”*

Kaikki osallistujat kuvasivat fyysisen toimintakyvyn kehittyneen erityisesti lihasvoiman osalta, koska he jaksoivat käyttää isompia painoja ja tehdä useampia toistoja alkutilanteeseen verrattuna. Kehitys tuntui etenkin alaraajoissa, mistä seurasi myös tasapainoisempi olo. Polvikivut koettiin kaikista ikävimmiksi asioiksi harjoittelussa. Lisäksi kuntopyöräily jäi kaikille osallistujille mieleen negatiivisena kokemuksena kivun vuoksi ja yksi osallistujista mainitsi myös yhdellä ryhmäkerralla suoritettujen kuuden minuutin kävelytestin ohjeistuksen olleen liian epätarkka. Fyysinen harjoittelu koettiin ajoittain hieman liian kovaksi ja tästä oli seurauksena kipua lihaksissa ja nivelissä niin paljon, että kaikki liikkuminen väheni muutamaksi päiväksi.

Jokainen ryhmäläinen koki liikkumiskykynsä parantuneen vähintään jonkin verran. Yksi osallistuja kertoi, että ryhmätoiminnan ja fyysisen harjoittelun myötä omatoiminen ulkoilu onnistuu taas ja toisella krooniset olkapääkivut olivat kadonneet. Kukaan ei kuitenkaan kokenut, että liikkumiskyky olisi palautunut vielä murtumaa edeltäneelle tasolle. Kaikki ryhmäläiset kertoivat tehneensä kotona ryhmässä opeteltuja vastuskuminauhaharjoituksia lähes päivittäin. Kaikki ryhmätoimintaan osallistuneet kokivat myös psyykkisen toimintakykynsä parantuneen jakson aikana, mikä tuntui virkeytenä ja jaksavuutena. Tämä näkyi erityisesti tarmokkuutena päivittäisissä askareissa. Kukaan osallistujista ei kokenut motivaation kasvaneen tai sosiaalisten kontaktien lisääntyneen, koska sosiaalisuutta mainittiin elämässä olevan jo tarpeeksi.

Elämänlaatumittarin mukaan ryhmäläisten elämänlaadussa ei tapahtunut muutoksia ryhmätoiminnan myötä. Vaikka ryhmäläiset kokivat henkisesti voivansa paremmin, mitaustulos oli joko pysynyt samana tai jopa heikentynyt. Syy tähän voi olla ryhmätoimin-

nan loppumisesta johtuva tyhjyyden ja haikeuden tunne, jota kaikki ryhmäläiset kertoivat tunteneensa.

SPPB-testistössä ilmeni kehitystä alkukartoitus -testiin verrattuna. Yksi ryhmäläinen onnistui parantamaan yhteispistemäärää kolme pistettä, toinen yhden pisteen ja kolmannella pisteet pysyivät samana. Jokainen ryhmäläinen oli kehittynyt erityisesti kävelynopeudessa. Vaikka pistemäärämuutokset eivät olleet kaikilla huomattavia, liikkeiden laatu ja suoritusvarmuus olivat havaintojemme mukaan parantuneet selkeästi lähtötasoon nähden. Elämänlaatumittausten ja SPPB-testien tulokset ovat esitetty taulukoissa 1a, 1b ja 2.

Osa-alue:	TASAPAINO		KÄVELY-NOPEUS		TUOLILTA YLÖSNOUSU		KOKONAIS- MUUTOS
	Alku	Loppu	Alku	Loppu	Alku	Loppu	
Ryhmäläinen 1	3	3	2	3	2	4	+ 3
Ryhmäläinen 2	3	4	2	2	1	1	+1
Ryhmäläinen 3	4	2	2	3	0	1	0

Taulukko 1a. Ryhmäläisten SPPB-testistön tulokset alku- ja loppukartoituksessa pisteittäin.

Osa-alue:	TASAPAINO Jalat rinnakkain/ 1/2 tandem/ tandem (s)		KÄVELY-NOPEUS (s)		TUOLILTA YLÖSNOUSU (s)	
	Alku	Loppu	Alku	Loppu	Alku	Loppu
Ryhmäläinen 1	10/10/4	10/10/8,9	8,0	5,6	14,3	10,1
Ryhmäläinen 2	10/10/10	10/10/0	7,8	6,1	25,7*	33,30
Ryhmäläinen 3	10/10/6	10/10/10	6,6	6,4	37	39,5

Taulukko 1b. Ryhmäläisten SPPB-testistön tulokset alku- ja loppukartoituksessa sekunneittain.

*Tulos ei vertailukelpoinen

Osa-alue:	FYYSINEN		PSYKKINEN		SOSIAALINEN		ELINYMPÄRISTÖ	
	Alku	Loppu	Alku	Loppu	Alku	Loppu	Alku	Loppu
Ryhmäläinen 1	72	63	71	56	75	75	77	63
Ryhmäläinen 2	61	61	64	64	77	77	70	70
Ryhmäläinen 3	61	56	64	56	77	50	70	50

Taulukko 2. WHOQOL-BREF -elämänlaatumittarin tulokset ryhmäläisittäin alku- ja loppukartoituksessa.

Kukaan ryhmäläisistä ei kadu ryhmätoimintaan lähtemistä ja he ihmettelivätkin, miten kohderyhmäläisiä ei lähtenyt toimintaan mukaan enempää. Kaikki kolme olisivat valmiita osallistumaan jatkossakin ryhmämuotoiseen toimintaan, jos se sisältäisi liikuntaa ja keskustelua, muut ryhmäläiset olisivat mukavia ja ohjaajat nuoria opiskelijoita. Ryhmätoiminta kokonaisuudessaan koettiin siis hyvin virkistäväksi ja toiminta hyödylliseksi. Yksi kommentoi: *”Kyllä tunnen (olon) kaikin puolin paremmaksi.”* Ryhmä antoi osallistujilleen iloa ja virtaa, vertaistukea sekä lievitti yksinäisyyttä. Yksi osallistuja totesi hyväksi puoleksi: *”Ei ole yksin näiden asioiden kanssa, sai vertaistukea, yhdistäviä tekijöitä.”* Ryhmäläiset lähettivätkin terveiset mahdollisille seuraaville ryhmäläisille: *”Jos ja kun Letkeät Lonkat -ryhmältä tulee kutsu, lähde – mene, et kadu.”*

7.6.2 Opiskelijatiimin palaute

Kävimme läpi ryhmätoimintamallin ja toteutuksen toimivuutta myös opiskelijatiimin kanssa. Opiskelijat kokivat kahden tunnin tapaamisen keston maksimaaliseksi sekä ryhmäläisille että itselleen, sillä toiminta vaati kovaa keskittymistä ja jatkuvaa ryhmäläisten turvallisuuden varmistamista harjoitteluosuuksissa. Ohjauksen koettiin onnistuneen, joskin välillä reilumpi manuaalinen ohjaus olisi ollut tarpeen. Myös muutama heikommin sujunut osio, kuten tanssiosio, koettiin kehitettäväksi asiaksi. Opiskelijat kokivat teemojen valinnan sekä sisältöjen suunnittelun onnistuneen, koska ryhmäläiset vaikuttivat innostuneilta kaikista aiheista ja tehtävistä, ja palaute oli hyvää.

Tikkarinteentilat todettiin toimiviksi kohderyhmälle, joskin pitkät siirtymiset pääovelta esimerkiksi kuntosalille aiheuttivat alussa ongelmia. Tulevaisuudessa olisi hyvä varata esim. pyörätuoli siirtymisten helpottamiseksi tarvittaessa. Muutamat opiskelijat myönsivät hieman kyllästyneensä ryhmätoiminnan suunnitteluun ja ohjaukseen sen pituuden, kuljetusongelmien ja pienen ryhmäkoon vuoksi. Kotikäyntejä ja siellä havainnointia pidettiin opettavaisena kokemuksena ammatillisen kasvun näkökulmasta. Kotikäyntien merkitys oli opiskelijoiden mielestä tärkeä myös yksilöllisyyden vuoksi ja suhteen luomisessa ryhmäläisiin.

Ryhmätoimintamallin kehityskohteiksi mainittiin toiminnan toteuttaminen muissakin ympäristöissä kuin Tikkarinteellä. Lisäksi elämänlaatumittarin vaihtamista kannatettiin, koska se vaikutti kömpelöltä eikä se näyttänyt muutoksia. Moniammatillinen toiminta koettiin loistavaksi ja opettavaiseksi. Yhteistyön kuvattiin sujuneen saumattomasti ja suunnitelmien syntyneen rennon keskustelun tuloksena. Hoitotyön opiskelijat kokivat oppineensa ohjaustaitoja, kuntosaliharjoittelun perusteita sekä tavoitteellisen tuokion suunnittelua. Fysioterapeuttiopiskelijat taas kertoivat oppineensa erityisesti lääkityksestä ja ravitsemuksesta uusia asioita. Kaikki kaipasivat kuitenkin moniammatillisuuden syventämiseksi mukaan muita ammattialoja. Esimerkiksi sosionomi- ja medianomiopiskelijat toisivat selvästi erilaista näkökulmaa suunnitteluun ja toteutukseen. Pääosin Letkeät Lonkat -ryhmätoiminnassa mukana olo koettiin positiivisena osana harjoittelua ja opintoja. Perehdytys oli riittävää ja jokainen tunsi saaneensa osallistua ja vaikuttaa mieleisellään tavalla. Kuvioon 4 on koottu ryhmäläisten ja opiskelijatiimin kehittämisideoita Letkeät Lonkat -ryhmätoimintamallista.



Kuvio 4. Letkeät Lonkat -ryhmätoimintamallin kehittämisediat.

7.7 Käyttöönotto- ja seurantavaihe

Tutkivan kehittämisen periaatteiden mukaan kehittämistyön tuloksena syntynyt malli tulisi ottaa käyttöön siinä ympäristössä, johon se on kehitetty. Työn tavoitteena oli luoda malli (kuviot 5), joka on syntynyt kehittämisen tarpeesta, ja nyt mallista tulisi luoda pysyvä ja edelleen kehitettävä käytäntö. Jatkuvuus tulisi huomioida jo suunnitteluvaiheessa, jotta käyttöönotto tulevaisuudessakin olisi varmempaa. Kehittämistyön ja arvioinnin päätteeksi tulokset ja lopputuotos luovutetaan toimeksiantajalle, joka on loppujen lopuksi vastuussa toiminnan jatkuvuudesta. Monet työn vaikutuksista voidaan havaita vasta pitkän ajan jälkeen, jolloin seuranta korostuu. Työ siis päättyy, kun loppuraportti on luovutettu ja hyväksytty toimeksiantajalla. (Heikkilä 2008, 130, 132–134.)

Luomamme ryhmätoiminnan malli jää toimeksiantajamme Voimalan käyttöön ja tavoitteena on mallin hyödyntäminen jatkossa. Jo nyt on tiedossa, että toiminta tulee toistu-

maan ainakin seuraavalla lukukaudella. Reflektioiden ja palautteiden perusteella tarjoamme kootut huomiot ja kehitettävät asiat uusien toimijoiden käyttöön. Palautteen kerääminen ja toiminnan reflektointi ovat myös tulevan ryhmän kohdalla tärkeitä, jotta toiminta voisi edelleen kehittyä vastaamaan paremmin kohderyhmänsä tarpeita. Kaikki tuottamamme materiaali, kuten ryhmärunko ja -sisällöt, mainos sekä saatekirje jäävät tulevien opiskelijoiden käytettäväksi. Toivomme myös, että uudet opiskelijat perehtyvät saatavilla olevaan materiaaliin ja kerättyyn informaatioon, jotta toiminta olisi mahdollisimman mutkatonta. Lisäksi toivomme heidän päivittävän vanhentunutta tietoa sekä tuovan esille kehittämisideoita. Opiskelijat voivat myös tarvittaessa olla yhteydessä meihin opinnäytetyöntekijöihin. Myös ryhmän vaikuttavuuden seuranta tulevaisuudessa on suositeltavaa – esimerkiksi ryhmäläisten haastattelu tai seurantamittausten toistaminen jonkin ajan kuluttua voisi antaa lisää tietoa mallin vaikuttavuudesta.

8 Letkeät Lonkat -ryhmätoimintamalli

Kehittämämme Letkeät Lonkat -ryhmätoimintamallin kohteena ovat lonkkamurtuman ja leikkauksen kokeneet, jo kotiin päässeet henkilöt. Toiminnan tavoitteena on tukea heidän toimintakykynsä kehittymistä jokaisella osa-alueella (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen) niin, että kotona pärjääminen ja osallistuminen itselle tärkeisiin asioihin ja toimintoihin lisääntyvät. Ryhmätoimintamallin peruslähtökohdat ovat moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys sekä suunnittelussa että toteutuksessa sekä ryhmämuotoisuus ja jatkuvuus. Vastaavaa ryhmätoimintamallia kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille ei ole aiemmin luotu, joten tämä malli on ainutlaatuinen.

Ryhmätoiminnan organisoivat ja toteuttavat Karelia-ammattikorkeakoulun opiskelijat oppimis- ja palveluympäristö Voimalassa. Mukana olevat opiskelijat voivat olla suorittamassa harjoitteluaan Voimalassa tai toteutus voidaan järjestää esimerkiksi jonkun opintojaksokokonaisuuden yhteydessä jonkin opiskelijaryhmän toimesta. Toiminnalle määritetään vastuupolku, jotka vastaavat yhteydenpidosta yhteistyökumppaniin ja muihin tahoihin, organisoivat toteutuksen, perehdyttävät muut opiskelijat toimintaan ja

vastaavat ryhmätoiminnan etenemisestä, arvioinnista sekä palautteen keräämisestä. Vastuuopiskelijat voivat tarvittaessa jakaa em. tehtäviä myös muille osallisille.

Ryhmätoteutus alkaa kotikäynnistä asiakkaan luokse, jolloin alkuhaastattelulla, mittauksilla ja havainnoimalla kartoitetaan asiakkaan toimintakykyä ja avun tarvetta. Lisäksi kotikäynnillä käydään läpi kodin turvallisuutta ja mietitään mahdollisia parannusehdotuksia. Varsinainen ryhmätoteutus kestää kuusi (6) viikkoa, ja kokoontumisia on kahdesti viikossa. Jokainen kokoontuminen kestää kaksi tuntia sisältäen aina fyysisen harjoittelun osuuden ja viikoittaisen teeman mukaista toimintaa. Kuusiviikkoisen ryhmätoiminnan jälkeen tehdään vielä kotikäynti, jolloin toiminnasta kerätään palautetta ja pohditaan toimintakyvyn kehittymistä sekä toistetaan samat mittaukset kuin alussa. Kotikäynnillä ryhmäläisille ohjataan myös kotiharjoitusohjelma, joka perustuu ryhmätoiminnassa läpikäytyihin, tuttuihin harjoitteisiin. Tällä ja kotona tehtävällä ohjauksella pyritään varmistamaan harjoittelun jatkuvuus kotioloissa.

Ryhmätoimintamalli on esitetty kuviossa 5. Toimintamalli on kuvattu kerrostalon muotoon, joka kuvastaa toiminnan etenemistä toiminnan lähtökohdista eli alimmasta kerroksesta ryhmätoiminnan päättymiseen ja arviointiin eli ylimpään kerrokseen. Vaiheet rakentuvat päällekkäin, jolloin niistä syntyy vankka kokonaisuus. Vasemmalla on kerrottu kunkin kerroksen sisältö ja oikealla sisältöä kuvataan tarkemmin.



Kuvio 5. Letkeät Lonkat -ryhmätoimintamalli.

Selkeä ja toistuva ryhmätoteutuksen runko sekä pienikokoinen ryhmä luovat turvallisuuden tunnetta osallistujilleen. Lisäksi yksilöllisyyden huomiointi on tärkeää, vaikka toteutus tapahtuukin ryhmässä. Tällä mahdollistetaan asiakaslähtöisyys erityisesti fyysisessä osuudessa. Teemojen mukainen toiminta taas antaa ryhmäläisille tärkeää ja kohdennettua tietoa, jota arjessa voi jatkossa hyödyntää. Kotikäytien tekeminen syventää asiakassuhdetta ja kotona tapahtuva toimintakyvyn arviointi antaa kaikista realistisimman kuvan ryhmäläisen kyvyistä. Kotikäynnillä on myös mahdollisuus kuulla mahdollisia omaisia ja rakentaa näin hyvä kuva asiakkaan kokonaistilanteesta.

Mallia on mahdollista hyödyntää myös muissa toimintaympäristöissä tai vaikkapa opiskelijoiden ja terveysasemien tai jonkin järjestön yhteistyönä. Tämä mahdollistaisi edelleen monipuolisemman ja asiantuntevamman toteutuksen. Lisäksi toimintaa olisi hyvä suunnitella sinne, minne ryhmäläiset voisivat myös jatkossa hakeutua esimerkiksi harjoittamaan fyysistä kuntoa tai tapaamaan tuttuja. Myös pidempiaikainen ryhmäkesto vahvistaisi kaikkia mallin positiivisia puolia.

Tiivistetysti tämän mallin vahvuudet ovat moniammatillisen suunnittelun ja toteutuksen tuoma laaja-alaisuus, yksilöllisyyden huomiointi toimintakyvyn kehittämisessä fyysisessä osuudessa ja ryhmämuotoisuus, joka mahdollistaa sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn huomioimisen laaja-alaisesti. Lisäksi maksuttomuus on merkittävässä roolissa, jotta kustannukset eivät sulje ketään mallin ulkopuolelle.

9 Pohdinta

9.1 Letkeät Lonkat -ryhmätoiminnan tarkastelu

Opinnäytetyömme tavoitteena oli luoda kuntouttava ryhmätoimintamalli kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille. Mallin luominen alkoi aiheeseen liittyvän tietoperustan koamisella sekä yhteistyökumppanin ja toimeksiantajan hankkimisella ja yhteistyöllä. Itse toiminta sisälsi opiskelijatiimin rekrytoimisen ja perehdytyksen, ryhmäläisten hankkimisen, käytännön järjestelyt, moniammatillisen suunnittelun ja toteutuksen sekä arvioinnin ja raportoinnin. Palautteen ja kokemustemme perusteella luomamme malli on

tarpeellinen ja sillä on vaikutusta lonkkamurtumasta kuntoutuvan toimintakyvyn tukemisessa. Mielestämme malli tarjoaa loistavan, edullisen ja monipuolisen mahdollisuuden lonkkamurtumapotilaiden jatkokuntoutuksen järjestämiseen.

Yksi lähtökohta työllemme oli moniammatillisuus suunnittelussa ja toteutuksessa, jonka on todettu olevan tarpeellista ja vaikuttavaa lonkkamurtumapotilaiden kuntouttamisessa (Käypä hoito -suositus 2011). Suunnitelmien laatiminen opiskelijatiimin kanssa onnistui hyvässä yhteistyössä, joskin kiinteät suunnitteluajat eivät täysin toteutuneet Voimalan muiden projektien kiireellisyyden vuoksi. Lisäksi ryhmäläisten hyvä terveys ja liikkumiskyky yllättivät, joten saimme suunnitella oletettua haastavampia sisältöjä. Moniammatillisuus loi mahdollisuuden suunnitella ja toteuttaa toimintaa laaja-alaisesti ICF-luokituksen mukaisesti, joskin luokituksen hyödyntäminen työkaluna jäi melko vähäiseksi. Yksilö- ja ympäristötekijät huomioimme mm. ryhmäläisten voimavarojen ja kodin turvallisuuden kartoittamisella. Suorituksiin sekä ruumiin ja kehon toimintoihin vaikutimme mm. kävely-, voima- ja tasapainoharjoittelulla sekä toimintakyvyn tutkimisella mm. SPPB-toimintakykymittarilla. Osallistumiseen vaikutimme tämän ryhmän järjestämisellä.

Ryhmäläiset kokivat fyysisen harjoittelun itsestään selväksi osaksi toimintaa. Harjoittelun progressiivisuutta oli helppo seurata kuntosalilla, mutta toiminnallisen harjoittelun seurantaan kannattaa jatkossa kehittää keinoja, esimerkiksi harjoituspäiväkirja. Ryhmätoiminnan edetessä muu toiminta nousi jopa merkityksellisemmäksi koetun toimintakyvyn kehittämisessä. Muun toiminnan osuuksissa ryhmäläiset saivat paljon tärkeää informaatiota liittyen lonkkamurtumapotilaan arkeen. Havaitsimme, että merkityksellisiä asioita, kuten nesteen nauttimista, on hyvä painottaa useaan kertaan, jotta ryhmäläiset ymmärtävät sen merkityksen. Tärkeitä asioita olisi voinut korostaa myös esim. kotiin annettavilla muistiinpanoilla. Mielessämme oli myös kotitehtävien antaminen ryhmästä saadun tiedon juurruttamiseksi osaksi arkea, mutta ne eivät tuntuneet mielekkäältä ryhmäläisten ja opiskelijoiden mielestä.

Ryhmätoiminnan runko, tapaamisten kesto ja toteutustavat osoittautuivat palautteen perusteella kohderyhmälle sopiviksi. Totesimme, että kahden tunnin tapaamisen on järkevämpää rakentua niin, että ensimmäinen tunti on teeman mukaista toimintaa ja jälkim-

mäinen fyysistä harjoittelua. Toisin päin toteutettuna ryhmäläiset eivät jaksaneet keskittyä enää harjoittelun jälkeen muuhun toimintaan ja kokivat olevansa hyvin voipuneita. Kokonaiskuormitusta ajatellessa myös kuljetus nousee suureksi tekijäksi. Noutopoika -kuljetus on liian epävarma aikataulujen suhteen ja epävarmuus vaikuttaa suoraan ryhmätoiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Kuljetuksen suhteen toivomme, että Karelia-ammattikorkeakoulu mahdollistaa edelleen auton käytön ryhmäläisten kuljettamiseen, jollei uusia yhteistyökumppaneita löydy.

Ryhmätoiminnan suurin haaste oli ryhmäläisten saaminen mukaan ryhmätoimintaan. Moni ehdokkaista uskoi oman toimintakykynsä olevan liian huono toimintaan lähtemiseksi. Pyrimme madaltamaan osallistumiskynnystä järjestämällä kuljetuksen ja tarvittaessa apua kyytiin nousemiseen, pientä purtavaa ja mahdollisuuden käydä kokeilemassa ryhmätoimintaa vaikkapa kerran ennen sitoutumista. Lisäksi kotikäynnillä ennen ryhmätoimintaa pyrimme luomaan henkilökohtaisen kontaktin ja motivoimaan osallistujia. Vaikka ryhmäkoko jäi lopulta pieneksi, ei sillä ollut toiminnan kannalta juurikaan merkitystä, jos kaikki ryhmäläiset vain olivat paikalla. Ihanteellinen ryhmäkoko olisi 4-8 henkilöä, koska tällöin järjestelyt olisi vielä helppo toteuttaa, ryhmäläiset mahtuisivat yhteen kuljetukseen, opiskelijaresursseja ei tarvitsisi lisätä ja yksilöllinen ohjaus mahdollistuisi edelleen.

Tässä opinnäytetyössä yhteistyöllä oli suuri merkitys onnistumisen ja eheän kokonaisuuden saavuttamiseksi. Ryhmän suunnittelu- ja toteutusvaiheessa toinen työn tekijöistä suoritti käytännön oppimisjaksoaan ulkomailla. Työtehtävistä oli sovittu etukäteen, jolloin koko projektin työnjaosta muodostui tasavertainen. Toimeksiantajamme mahdollisti toimintaympäristön, kuljetuksen järjestymisen ja riittävät opiskelijaresurssit käyttöömmme. Yhteistyökumppanin avulla tavoitimme kohderyhmän ja saimme tärkeää tietoa ja konkreettisia neuvoja toiminnan toteuttamisen tueksi. Molemmat tahot kannustivat ja tukivat meitä koko prosessin ajan, jotta saavuttaisimme tavoitteemme. Yhteistyö oli kaikin puolin sujuvaa ja olemme kiitollisia kaikesta saamastamme avusta. Lisäksi ulkopuoliset sponsorit mahdollistivat välipalojen tarjoamisen fyysisen toiminnan päätteeksi ryhmäläisille palautumisen tehostamiseen, joka mielestämme täydentää huolellisesti suunniteltua kokonaisuutta.

Ryhmätoiminnan jatkuvuutta tukee oppimis- ja palveluympäristö Voimalan halu jatkaa Letkeät Lonkat -ryhmätoimintaa ja näin mahdollistaa opiskelijoille moniammatillinen työskentely-ympäristö kohderyhmän kanssa jatkossakin. Lisäksi yhteistyökumppanina toiminut Siilaisen terveyskeskussairaala on valmis jatkamaan kohderyhmän kartoittamista. Tulevien opiskelijoiden tehtäväksi jää olla aktiivisesti yhteyksissä yhteistyökumppaniin, päivittää muuttuneita tietoja ja kehittää toimintaa entistäkin käyttäjälähtöisemmäksi.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tekemisessä tulee ottaa huomioon tutkimuseettikka eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Tämä edellyttää, että opinnäytetyöntekijät noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa. Muita tärkeitä periaatteita ovat avoimuus, toisten tutkijoiden työn arvostaminen, plagioinnin välttäminen, tarkka selostus opinnäytetyön toteuttamisesta, tutkimuksen kriteerien mukaiset tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät, tutkimuslupien hankinta sekä tekijänoikeus- ja tietosuoja-asioista sopiminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23, 25–26, 232; Pietarinen 2002, 66; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Opinnäytetyön luotettavuuden pohja on laaja ja monipuolinen, tutkittuun tietoon perustuvien lähteiden käyttö sekä niiden oikeaoppinen merkitseminen (Kuula 2006, 71). Tietoperustaan sisältyvät näyttöön perustuvat tutkimukset olemme etsineet laillistetuista tietokannoista kuten Academic Search Elitesta (Ebsco), PubMedista sekä Physiotherapy Evidence Databasesta (PEDro). Tällä ja kriittisellä arvioinnilla halusimme varmistaa tutkimusten oikeellisuuden ja laadukkuuden. Työssä on käytetty sekä ulkomaisia että kotimaisia lähteitä. Lähdemerkintöjen osalta noudatettiin Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeen mukaisia rakenne- ja muotovaatimuksia. Työn kuvat ja taulukot ovat itse tehtyjä, jonka tavoitteena on välttää tekijänoikeudelliset ongelmat.

Terveystieteiden tutkimukseen liittyvään projektityyppiseen toimintaan tarvitaan yleensä organisaation myöntämä lupa (Heikkilä ym. 2008, 45). Saimme Joensuun kaupungilta tutkimusluvan opinnäytetyön ja siihen liittyneiden haastatteluiden tekemiseen. Tutkimusluvan saaminen lisää työn luotettavuutta, sillä tällöin suunnitelmamme on todettu hyödyll-

liseksi ja asianmukaiseksi. Omalta osaltaan myös Voimalan kanssa tehty toimeksiantosopimus molempien osapuolten vastuineen lisää työn luotettavuutta.

Opinnäytetyöntekijän tulee antaa kaikki mahdollinen tieto työn tarkoituksista, tavoitteista ja tuloksista. Toiminnan tulee olla avointa ja luottamuksellista. Kuntoutujan yksilöllisyyttä ja toiveita tulee vaalia joka tilanteessa ja kaikki henkilötiedot tulee hävittää tutkimuksen päätyttyä. (Kuula 2006, 87, 99.) Haastateltavien ja lonkkamurtumakuntoutuji- en valinta ryhmään tapahtui Siilaisen terveystieteiden keskuksessa, koska henkilökunta tunsi kuntoutujat entuudestaan. Välttyimme näin ylimääräiseltä työltä henkilöiden tavoittamisessa. Tässä vaiheessa myös henkilöiden yksityisyydensuoja säilyi, sillä he antoivat itse luvan luovuttaa yhteystietonsa opinnäytetyöntekijöille. Lisäksi hyvien eettisten tapojen mukaan kuntoutujat osallistui- vat toimintaan täysin vapaaehtoisesti ja sitä varten heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 8). Henkilöiden yhteystietolomakkeet olivat koko ajan opinnäytetyöntekijöiden hallussa eikä tietoja luovutettu missään vaiheessa ulkopuolisille tahoille. Työn päätyttyä tuhosimme kaiken henkilötietoja sisältävän materiaalin.

Opinnäytetyössä luodun mallin toimivuutta pyrittiin todentamaan henkilöille tehdyillä mittauksilla. Mittareina käytettyjen SPPB:n ja WHOQOL-BREF:n luotettavuus ja toistettavuus ovat hyviä ja ne ovat kansainvälisesti laajassa käytössä. Mittaustilanteet pyrittiin luodun rungon mukaisesti toteuttamaan kaikille osallistujille samalla tavalla sekä alku- että loppukartoitus -kotiikäynteillä. Vakioidut olosuhteet luovat mittaamisen luotettavan perustan.

9.3 Jatkokehittämissideat

Yhtenä opinnäytetyömme teemoista on jatkuvuus, millä tarkoitamme ryhmätoteutuksen jatkumista Voimala-ympäristössä. Koemme tämän tärkeäksi, jotta mahdollisimman moni kotiutunut lonkkamurtumakuntoutuja pääsisi hyödyntämään ryhmäkuntoutusmalliamme ja opiskelijat oppimaan lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksesta. Mallin kehittämisen kannalta tärkeää ja mielenkiintoista olisi, että osallistujien kokemuksia ryhmätoiminnasta kartoitettaisiin esimerkiksi puolen vuoden kuluttua ryhmätoiminnan päät-

tymisestä. Samalla toistettaisiin kotikäynti -mittaukset, jolloin selviäisi, kehittykö erityisesti fyysinen toimintakyky vielä ryhmän jälkeen vai käykö päinvastoin. Moniammatillisuutta tulisi tulevaisuudessa laajentaa myös muihin ammattialoihin monipuolisen ja käyttäjälähtöisen ryhmäsisällön takaamiseksi.

Yksi selkeä kehitysehdotus on ryhmätoiminnan kokonaisuuden pidentäminen. Fyysisen harjoittelun alkuvaiheessa lihasvoiman kasvu selittyy hermo-lihasjärjestelmän mukautumisesta harjoitteluun (Cerny & Burton 2001, 155; Abernethy, Hanrahan, Keppers, Mackinnon & Pandya 2004). Pidemmällä kestolla saavutettaisiin vaikuttavampia tuloksia fyysisessä kuntoutuksessa. Ryhmätoimintaa pidennettäessä myös ryhmäläisten ehdottamat teemat, kuten kaatumisen pelko ja yksinäisyys, saisivat omat viikkoteemansa. Lisäksi ryhmätoimintaa voisi suunnitella yhdessä jonkun ulkopuolisen toimijan kanssa. Ryhmäläisten mielestä listaus lähiliikuntapaikoista oli hyvä, mutta he kaipasivat konkreettista vierailua, jotta uskaltaisivat paikkoihin lähteä. Tämän vuoksi toimintaa olisi järkevää suunnitella sinne, missä kuntoutujat voisivat jatkaa omatoimista fyysisistä kuntoutumista myös ryhmätoiminnan loppumisen jälkeen.

Jatkossa kehittämistä kaipaa myös kuntoutujien valinta. Tällä kertaa ryhmäkoko jäi pieneksi ja myös ryhmäläiset kokivat, että suurempi ryhmä antaisi heille itselleen enemmän kontakteja ja kokemuksia. Yhteistyökumppanuuksia voisi hakea muistakin terveyskeskuksista, jolloin tieto toiminnasta leviäisi ja ryhmäkoko saataisiin mahdollisesti kasvatettua. Tuki ja tarpeet -haastatteluissa ilmeni, että omaa kuntoutusryhmää kaivattiin muistisairaille lonkkamurtumapotilaille. Tämä mahdollistaisi myös omaisten vahvemman mukaan ottamisen. Omaisten tietämyksen lisääminen kuntouttamisesta mahdollisesti lisäisi myös heidän aktiivisuuttaan kannustaa kuntoutujaa jatkamaan kuntoutumista myös kotioloissa.

Ryhmäkuntoutusmallin tuokioiden toteutustapoja ja -teemoja kannattaa muokata monipuolisuuden säilyttämiseksi. Ideat ja sopivimmat toteutustavat vaihtelevat eri ryhmien kohdalla, joten havainnointi ja palaute ovat tärkeitä. Ryhmäsisältöön voisi lisätä esimerkiksi tanssi- ja musiikkiliikuntaa, kerrata apuvälineitä sekä pyrkiä myös ulkoliikuntaan. Yksilöllisyyden huomioimiseksi on suositeltavaa asettaa selkeät, henkilökohtaiset kun-

toutustavoitteet kullekin ryhmäläiselle. Lisäksi seurantakohteina voisivat olla leikatun lonkan liikkuvuus tai kehonkoostumuksen muutokset.

Luomamme ryhmäkuntoutusmallin lisäksi olisi hyvä luoda yksilö- tai ryhmätoimintaa kohderyhmälle jo aiempaan vaiheeseen kotiutumisen jälkeen. Täten Letkeät Lonkat -toiminta toimisi hyvänä jatkumona kuntoutuksessa.

9.4 Oppimiskokemukset

Kaikki vaiheet tässä opinnäytetyössä opettivat ja kehittivät omaa ammatillisuutta. Alussa prosessin hahmottaminen ja laajuuden käsittäminen veivät aikaa tehokkaalta työskentelyltä. Tärkein oppimiskokemus oli projektityöskentely monine vaiheineen.

Esisuunnittelu- ja suunnitteluvaiheiden tärkeys ja laajuus yllättivät, vaikka niiden merkityksen lopputuloksen kannalta pyrkikin tiedostamaan koko prosessin ajan. Vaikka panostimme näihin vaiheisiin, olisimme voineet panostaa vieläkin enemmän. Puutteet, kuten keskeneräiseksi jäänyt tietoperusta, tulivat esiin toteutus- ja arviointivaiheessa ylimääräisenä työnä. Opinnäytetyöprosessi eteni kuitenkin luomamme aikataulun mukaisesti, joskin aikataulua olisi kannattanut tiivistää motivaation ja jaksamisen säilyttämiseksi läpi projektin. Lisäksi työ kokonaisuudessaan sisälsi paljon niin sanottua näkymätöntä työtä; esimerkiksi yhteydenottoja sekä opiskelijoiden läsnäolon varmistamista ja perehdyttämistä, joka vei aikaa ja voimia yllättävän paljon.

Niin ryhmätoiminta kuin Tuki ja tarpeet -haastattelu syvensivät asiakasosaamista. Kuntoutujan kunnioittava ja kuunteleva kohtaaminen korostuu erityisesti tämän omassa kotiympäristössä. Syvällisen keskustelun syntyminen ja oleellisten asioiden poimiminen ryhmäsuunnitteluun ja -toteutukseen tuntuivat merkityksellisiltä. Haastattelun tuki ja vertaistuki -osiossa jäi mietityttämään omaisten läsnäolon mahdollinen vaikutus kuntoutujan vastauksiin – onko ihminen aina läheistensä kuullen rehellinen vai voivatko vastaukset vääristyä kuulijan halun mukaan? Tai onko heikkouksia vaikea myöntää ulkopuolisellekin? Kaiken kaikkiaan kohtaamiset olivat omaa ammattitaitoa vahvistavia ja lonkkamurtumakuntoutujan kokemusten ja tarpeiden ymmärtämistä syventäviä.

Opinnäytetyöprosessissa selkeästi hankalinta oli tiedonhankinta ja kirjallisen materiaalin tuottaminen. Opinnäytetyössä tarkkuutta vaaditaan aiempaa enemmän, mikä aiheutti ajoittain ehkä turhankin suurta lähdekriittisyyttä, mikä puolestaan hidasti työskentelyä. Tiedonhankinta ja kirjoittaminen olisivat vaatineet työvaiheiden parempaa organisointia ja ryhdikkäämpää työskentelyä: teoriatietoa täydennettiin melko paljon vielä arviointi- ja päättämisvaiheessa. Tällöin oli vaikea enää saada hyvää työtettä ja -motivaatiota, jolloin raportointi takkuili, mikä näkyy paikoin lopputuloksessa. Ajoittain luonnollisesti muu opiskelu ja elämä veivät aikaa kirjoittamisprosessilta.

Voimالا-ympäristössä tapahtunut toteutus ja moniammatillinen yhteistyö opettivat arvostamaan ja antamaan tilaa myös muille näkemyksille. Stereotypia fysioterapeuteista on vahvasti sellainen, että he puhuvat paljon ja vievät huomion. Havaitimme näitä piirteitä myös itsestämme ja opimme, että yhdistämällä näkemyksiä lopputulos on varmasti laajempi ja monipuolisempi kuin pelkkä oman ajattelun tulos. Moniammatillisuudesta parhaiten mieleen jäi myös ammattikuntien välinen ero reflektiotaidoissa. Tämän prosessin myötä opimme ohjaamaan muita reflektoinnissa, tavoitteiden asettamisessa ja tavoitteellisen tuokion luomisessa. Yhteistyö opiskelijoiden kanssa oli muutenkin antoisaa ja vertaistuki sekä positiivinen palaute antoivat intoa jatkaa.

Prosessin edetessä vahvistui myös käsitys omista työskentely- ja oppimistaidoista sekä vahvuuksista ja heikkouksista. Johtamistaidot pääsivät kehittymään, kun koordinoimista henkilöiden ja muiden resurssien suhteen oli tehtävä jatkuvasti. Opimme myös, että palautteen antaminen ja vastaanottaminen on erittäin merkityksellistä tämän tyyppisessä toiminnassa. Rakentavalla palautteella pystyy saamaan luottamusta ja kunnioitusta muilta projektin henkilöiltä sekä ohjaamaan projektia haluttuun suuntaan. Pelkkä positiivinen tai vain negatiivinen palaute ei vie projektia eteenpäin. Palautteen vastaanottamiselle pitää antaa myös tilaa, ja myös vaihkeiset kysymykset ja nimetön palaute ovat tärkeitä.

Rakentava palaute niin ikään mm. suunnittelusta ja raportoinnista opinnäytetyöparin, toimeksiantajan, yhteistyökumppanin kuin ohjaajan välillä muodostui oleelliseksi ja prosessia edistäväksi tärkeäksi seikaksi. Erityisesti opinnäytetyöparin kesken työnjaon tasaisuuden varmistaminen, toisen tekstin lukeminen ja avoin keskustelu olivat olennai-

sia asioita prosessin onnistumiseksi, etenkin etätyöskentelyssä. Tämä näkyy vahvana loppukokonaisuutena.

Kokonaisuudessaan tämä työ opetti paljon ryhmätoiminnan järjestämisestä ja siihen liittyvistä tehtävistä. Erityisesti kehittyivät ikäihmisten ohjaamistaidot, tietotaito kohde-ryhmästä ja sen tarpeista sekä innovaatio- ja päätöksentekotaidot.

Lähteet

- Abernethy, B., Hanrahan, S.J., Keppers, V., Mackinnon, L.T. & Pandy, M.G. 2004. *The Biophysical Foundation of Human Movement. Second Edition.* Leeds: Human Kinetics.
- Ackerman, I.N., Graves, S.E., Bennell, K.L. & Osborne, R.H. 2006. Evaluating Quality of Life in Hip and Knee Replacement: Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Short Version Instrument. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.22107/full>. 22.1.2016.
- Alasoini, T. 2006. Osallistava ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.). *Kehittämistyön risteyskäsiä.* Helsinki: Stakes, 35–52.
- Alén, M. & Arokoski, J. 2015. Liikunnan ja harjoittelun fysiologiset perusteet. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.). *Fysiatría.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 71–89.
- Aro, H. & Kettunen, J. 2010. Luunmurtumat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.). *Traumatologia.* Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 211–236.
- Arokoski, J. 2015. Lonkan ja polven sairaudet. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.). *Fysiatría.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 183–198.
- Binder, E. F., Brown, M., Sinacore, D. R., Steger-May, K., Yarasheski, K. E. & Schechtman, K. B. 2004. Effects of extended outpatient rehabilitation after hip fracture: a randomized controlled trial. *The journal of the American Medical Association* 292 (7), 837–846.
- Bolgia, L.A. & Uhl, A.L. 2005. Electromyographic analysis of hip rehabilitation exercises in a group of healthy subjects. *Journal of Orthopaedic & Sport Physicaltherapy* 2005 (35), 487–594.
- Cerny, F.J. & Burton, H. 2001. *Exercise Physiology for Health Care Professionals.* Leeds: Human Kinetics.
- Crotty, M., Whitehead, C. H., Gray, S. & Finucane, P. M. 2002. Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 16 (4), 406–413.
- Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Mikkelin keskussairaala. 2011. Lonkan tekonivelleikkaus. Potilaan opas.
- Finne-Soveri, H. 2008. Kipu. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.). *Geriatría – arvioinnista kuntoutukseen.* Helsinki: Edita Prima, 189–210.
- Fitzlerland, J. D., Orav, E. J., Lee, T. H., Marcantonio, E. R. Poss, R., Goldman, L. & Mangione, C. M. 2004. Patient quality of life during the 12 months following joint placement surgery. *Arthritis & Rheumatism* 15 (1), 100–109.
- Freiberger, E., De Vreede, P., Schoene, D., Rydwick, E., Mueller, V., Frändin, K. & Hopman-Rock, M. 2012. Performance-based physical functional in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. <http://ageing.oxfordjournals.org/content/41/6/712.full.pdf+html>. 19.1.2016.
- Gillespie, L.D, Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M. & Lamb, S.E. 2012. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/epdf>. 19.8.2015.

- Gilroy, A.M., MacPherson, B.R., Ross, L.M., Schuenke, M., Schulte, E. & Schumacher, U. 2009. Atlas of Anatomy. New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Simonsick, E.M., Salive, M.E. & Wallace, R.B. 1995. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *The New England Journal of Medicine* 1995 (332), 556–561.
- Guralnik, J.M., Simonsick, E.M., Ferrucci, L., Glynn, R.J., Berkman, L.F., Blazer, D.G., Scherr, P.A. & Wallace, R.B. 1994. A Short Physical Performance Battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology* 49 (2), 85–94.
- Halbert, J., Crotty, M., Whitehead, C., Cameron, I., Kurrle, S., Graham, S., Handoll, H., Finnegan, T., Jones, T., Foley, A. & Shanahan, M. 2007. Multi-Disciplinary Rehabilitation after hip fracture is associated with improved outcome: A Systematic Review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2007 (39), 507–512.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkinen, E. 2013. Gerontologia tieteenalana. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16–25.
- Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 278–283.
- Heimonen, S. 2009. Toimintakyvyn arviointi ja tukeminen. Teoksessa Pohjolainen, P. & Heimonen, S. (toim.). Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti. *Oraita* 2009 (1), 6–16.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirvensalo, E., Böstman, O., Harilainen, A., Kirjavainen, M., Lindahl, J. & Salo, J. 2010a. Alaraajan vammat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.). Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 509–564.
- Hirvensalo, E., Lindahl, J. & Pajarinen, J. 2010b. Lantion, selkärangan ja raajojen akuutit murtumat ja nivelsidevammat. Teoksessa Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.). Kirurgia. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 191–206.
- HUS, Peijaksen sairaala. 2013. Lonkan tekonivelleikkaus – opas potilaalle.
- Huusko, T. M., Karppi, P., Avikainen, V., Kautiainen, H. & Sulkava, R. 2000. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27517/>. 26.5.2015.
- Hwang, H.F., Liang, W.M., Chiu, Y.N. & Lin, M.R. 2003. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. <http://ageing.oxfordjournals.org/content/32/6/593.long>. 22.1.2016.
- Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 2011 Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Juvonen, K. 2016. Koordinaattori. Oppimis- ja palveluympäristö Voimala. Karelia-ammattikorkeakoulu.

- Kapandji, I.A. 1997. Kinesiologia II – alaraajojen nivelten toiminta. Laukaa: Medirehab kirjakustannus.
- Karttunen, J. 2009. Ryhmäkuntoutuksen vaikutus 67 vuotta täyttäneiden toimintakykyyn, elämänlaatuun ja terveystalvelujen kustannuksiin. Kuopion yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Kuopio: Kopijyvä.
- Kauranen, K. 2011. Motoriikan säätely ja motorinen oppiminen. Tampere: Liikuntatieteellinen Seura ry.
- Kauranen, K. 2014. Lihask – rakenne, toiminta ja voimaharjoittelu. Tampere: Liikuntatieteellinen Seura ry.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro.
- Kim E.H., Lim, T.H., Park, S.H., Kim, C.S., Jang, S.H., Cho, Y.W., Kim, K.J., Choi, H.S. & Ahn, S.H. 2015. Effect of hip abduction exercise with manual pelvic fixation on recruitment of deep trunk muscle. *American journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 94 (4), 201–210.
- Korpilahti, U. 2015. WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari – lyhyt versio. TOIMIA-tietokanta. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/>. 12.1.2016.
- Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Väitöskirja. Tampere: Juvenes print.
- Krischak, G. 2014. Traumatology for the Physical Therapist. New York: Thieme.
- Kröger, H. 2010. Tuki- ja liikuntaelimestön rakenne ja kestävyys. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.). Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 37–40.
- Kuisma, R. 2002. A randomized, controlled comparison of home versus institutional rehabilitation of patients with hip fracture. *Clinical Rehabilitation* 16 (5), 553–561.
- Kujala, U. & Järvinen, M. 2005. Liikunta vamman tai kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.). Teoksessa Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 513–524.
- Kuntoutusportti. 2014. Yleistä kuntoutuksesta. http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/yleista_kuntoutuksesta/. 11.4.2015.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kykkänen, N., Salonen, J. & Savola, A. 2006. Lonkan tekonivelleikatun potilaan kivunhoito ja selviytyminen kotona. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Käypä hoito -suositus. 2011. Lonkkamurtuma. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=E5D50EADB4E630A1A0C0A2BA049D2B9A?id=hoi50040>. 11.5.2015.
- Lappalainen, H. 2015. Kuntohoitaja. Siilaisen terveystalvelukeskussairaala.
- Lyles, K.W., Colón-Emeric, C.S., Magaziner, J.S., Adachi, J.D., Pieper, C.F., Mautalen, C., Hyldstrup, L., Recknor, C., Nordsletten, L., Moore, K.A., Lavechia, C., Zhang, J., Mesenbrink, P., Hodgson, P.K., Abrams, K., Orloff, J.J., Horowitz, Z., Eriksen, E.F., Boonen, S. 2007. Zoledronic acid and clinical fractures and mortality after hip fracture.

- <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa074941#t=articleTop>.
22.1.2016.
- Lönnroos, E. 2008. Lonkkamurtumapotilaan hoito ja kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.). Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 302–312.
- Magee, D.J. 2014. Orthopedic Physical Assessment. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Mangione, K. K., Craik, R. L., Tomlinson, S. S. & Palombaro, K. M. 2005. Can elderly patients who have had a hip fracture perform moderate- to high-intensity exercise at home? *Physical Therapy* 85 (8), 727–739.
- Martin, R. L. & Kivlan, B. 2011. Hip Joint. Teoksessa Levangie, P. K. & Norkin, C.C. (toim.). Joint Structure and Function. A Comprehensive Analysis. Philadelphia: F.A. Davis Company, 354–394.
- Melchiorri, G., Viero V., Triossi, T., Marchetti, C., Arena, N.E. & Tancredi, V. 2014. Late isometric assessment of hip abductor muscle and its relationship with functional tests in elderly women undergoing replacement of unilateral hip joint. *American journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 94 (10), 758–767.
- Milte, R. L., Ratcliffe, J., Miller, M., Whitehead, C., Cameron, I. D. & Crotty, M. 2013. What are frail older people prepared to endure to achieve improved mobility following hip fracture? A Discrete Choice Experiment. *Journal of Rehabilitation Medicine* 45 (1), 81–86.
- Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Lääketieteellinen aikakausikirja *Duodecim* 116 (17), 1821–1828.
- Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. IKINÄ-Opas. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>. 18.5.2015.
- Pandhi, N. & Saultz, J. W. 2006. Patient's perceptions of interpersonal continuity of care. *Journal of American Board of Family Medicine* 19 (4).
- Peel, N. M., Bartlett, H. P. & McClure, R. J. 2007. Healthy Aging as an Intervention to Minimize Injury from Falls among Older People. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17986581>. 5.6.2015.
- Perälä, M-L., Hammar, T. & Saalasti-Koskinen, U. 2005. Intervention onnistuminen – generinen PALKO-malli hoito- ja palveluketjujen tutkimuksessa. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2005. Sipoo: Silverprint Oy.
- Pfeiffer, M. & Minne, H. W. 2010. Musculoskeletal Rehabilitation after Hip Fracture: Review. *Archives of Osteoporosis* 2010 (5), 49–59.
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.). Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 58–69.
- Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa I. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen – Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 438–456.
- Pitkänen, T. 2008. Tavoitteena tasapaino. Teoksessa Salminen, U. & Karvinen, E. (toim.). Voimaa ja varmuutta itsenäiseen elämään. Iäkkäiden voima- ja tasapainoharjoittelu. Helsinki: Ikäinstituutti, 34–43.

- Rantanen, T. & Toikko, T. 2011. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. UAS Journal. Journal of Finnish Universities of Applied Sciences. <http://www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919%20luettu%2020.10.2011.27.1.2016>.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun Ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print oy.
- Salpakoski, A. 2014a. Tehostettua kotikuntoutusta lonkkamurtuman jälkeen. Fysioterapialehti 62 (1), 24–29.
- Salpakoski, A. 2014b. Mobility Recovery after Hip Fracture and Effects of a Multicomponent Home-based Rehabilitation Program. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44459/978-951-39-5873-2_vaitos31102014.pdf?sequence=1. 14.2.2015.
- Sand, O., Sjaastad, O.V., Haug, E., Bjålie, J.G. & Toverud, K.C. 2011. Ihminen: fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Sauaia, A., Min, S., Leber, C., Erbacher, K., Abrahams, F. & Fink, R. 2005. Postoperative pain management in elderly patients: Correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. Journal of the American Geriatrics Society 53(2).
- Simek, E.M., McPhate, L., Hill, K.D., Finch, C.F., Day, L. & Haines, T.P. 2015. What are the characteristics of home exercise programs that older adults prefer?: A cross-sectional study. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 2015, 94, 508–521 .
- Sipilä, S. 2013. Gerontologinen fysioterapia. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 466–473.
- Skevington, S.M. & McCrate, F.M. 2011. Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. Health Expectations. 2011 15, 49–62.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Kuntoutus. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus. 11.4.2015.
- Suomen Fysioterapeutit. 2011. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003. 20.8.2015.
- Suomen Fysioterapeutit. 2014. Fysioterapia ammattina. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapia-ammattina>. 11.3.2016.
- Sylliaas, H., Brovold, T., Wyller, T. B. & Bergland, A. 2011. Progressive strength training in older patients after hip fracture: a randomised controlled trial. Age and Ageing 40 (2), 221–227.
- Talvitie, U., Karppi, S. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.
- Taylor, N. F., Barelli, C. & Harding, K. E. 2010. Community ambulation before and after hip fracture: a qualitative analysis. Disability and rehabilitation 32 (15), 1281–1290.
- Telama, R. & Polvi, S. 2005. Liikunnan sosiaalinen merkitys. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.). Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 628–638.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus: lyhyt versio. Jyväskylä: Stakes.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Toimintakyvyn ulottuvuudet. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakykyon/toimintakyvyn-ulottuvuudet>. 25.5.2015.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014c. Toimintakyky ICF-luokituksessa. <https://www.thl.fi/documents/10531/184146/ICF-luokituksen%20osa-alueeden%20vuorovaikutussuhteet.jpg>. 25.5.2015.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014d. Elämänlaatu. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/elamanlaatu>. 28.2.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Sotkanet. Lonkkamurtumat 65 vuotta täyttäneillä. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s06MAAA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rtU7U0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>. 7.4.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Lonkkamurtumapotilaiden perustiedot sekä tietoja hoidosta ja sen vaikuttavuudesta. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit>. 28.2.2016.
- Tilastokeskus. 2016. Findikaattori. Väestön ikärakenne. <http://www.findikaattori.fi/fi/14>. 1.4.2016.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 3.2.2016.
- Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntoutuminen. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Valkeinen, H., Stenholm, S., Sainio, P., Pajala, S. & Vaara, M. 2014. SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. TOIMIA-tietokanta. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/154/>. 19.1.2016.
- Vasunilahorn, S., Coppin, A.K., Patel, K.V., Lauretani, F., Ferrucci, L., Bandinelli, S & Guralnik, J.M. 2009. Use of the Short Physical Performance Battery Score to Predict Loss of Ability to Walk 400 Meters: Analysis From the InCHIANTI Study. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655026/>. 22.1.2016.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.
- Voll, M. & Wesker, K. 2009. Piirroset teoksessa Atlas of Anatomy. New York: Thieme Medical Publishers: 356, 359, 360.
- Ward, A., Barnes, M., Stark, S. & Ryan, S. 2009. Oxford Handbook of Clinical Rehabilitation. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organisation. 1997. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. 29.2.2016.
- Young, Y. & Resnick, B. 2009. Don't Worry and Be Positive: What helps the most in functional recovery one year after hip fracture? An exit interview. Rehabilitation Nursing 34 (3), 110–117.

Prosessikuvaus



Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Ikäosaamisen oppimis- ja palveluympäristö Voimala, Karelia-ammattikorkeakoulu
Toimeksiantajan edustaja:	Koordinaattori Kaisa Juvonen
Osoite:	Tikkarinne 9, 80200 Joensuu
Puhelinnumero:	050 521 9270
Sähköposti:	kaisa.r.juvonen@karelia.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Fysioterapian ko
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1300210 Tanja Kauppinen, 1300062 Pia Rajasuo
Puhelinnumero:	██████████
Sähköposti:	tanja.kauppinen@edu.karelia.fi; pia.rajasuo@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö
Aikataulu	Ryhmätoteutus syksy 2015; Opinnäytetyöseminaari maaliskuu 2016

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja tukee opiskelijoita opinnäytetyöprojektissa luovuttamalla työn suorittamiseen tarvittavia tietoja ja sisäisiä aineistoja toimintaperiaatteidensa mukaisesti. Toimeksiantajan kautta opinnäytetyön tekijät saavat opiskelijajatyöryhmän suunnittelu- ja toteutusvaiheisiin ja toimeksiantajan tilat ovat käytettävissä ko. vaiheissa. Toimeksiantaja vastaa työn aikana mahdollisista tulostus- ja kopiointikustannuksista. Opinnäytetyön tekijänoikeudet ovat tekijöillä (Tanja Kauppinen & Pia Rajasuo) ja käyttöoikeus ja tulokset jäävät toimeksiantajalle.	

Opiskelijan sitoumukset	
Opinnäytetyö tehdään opinnäytetyöohjeita ja eettisiä periaatteita noudattaen.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja:	Liisa Suhonen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 9.10.2015	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys TANJA KAUPPINEN PIA RAJASUO
Päiväys 9.10.2015	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys KAISA JUONEN
Päiväys 9.10.2015	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys LIISA SUHONEN



1 (2)

**ANOMUS SOSIAALI- JA TERVEYSKESKUKSESSA SUORITETTAVAN TUTKIMUKSEN
TEKEMISTÄ VARTEN**

 Tutkimussuunnitelma liitteenä

Tutkimuksen nimi ja tarkoitus:

Kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille

Selvitys tutkimusaineistosta:

- Lonkkamurtuman kokoreiden haastattelu (5-10 hlöä)
- Lonkkamurtumaryhmän toteutus kotiutuneille lonkkamurtuma-

Tutkimuksen alkamisaika ja kesto:

1.5.2015 - 31.3.2016

Tutkimuksen suorittaja:

Tanja Kauppinen ja Pia Rajasuo

Vastuuhenkilö:

 Helena Loppalainen & Mari Hyttinen

Päätös:

 Nimike: OSASTONHOITAJA
 Organisaatio: JOENSUUN KAUPUNKI
 SOSIAALI- JA TERVEYSKESKUS
 HOITO- JA HOIVAPALVELUT
 SAIRAALAHOITO
 SIILAISEN SAIRAALA
 Osoite: KARTANOTIE 10, 80230 JOENSUU

LAPPI MAARIT

 Puhelin: 0132674149
 Matkapuhelin: 0503109745
 Sähköposti: maarit.lappi@jns.fi
 Fax: 0132674097

Yhdyshenkilö:

Uusi ohivalinta: 0133374149

Joensuu

osoite: Torikatu 18 A, 4 krs, 80100 Joensuu

puh. 013-267 4210

 25.6.15 Päivi Tolvanen

 Päivi Tolvanen
 vs. yllähoitaja

Yksi kappale valmiista tutkimusraportista tulee toimittaa sosiaali- ja terveyskeskukseen.

Tutkimuslupa

JOENSUUN KAUPUNKI

Viranhaltijapäätös

1

Sosiaali- ja terveyskeskus
Ylihoitaja (hoiva)

24.6.2015 § 11

Hakija/asianosainen

Fysioterapian koulutusohjelman opiskelijat Kauppinen Tanja ja Rajasuo Pia

Asia

Tutkimuslupa / Karelia-ammattikorkeakoulu / fysioterapian koulutusohjelman opiskelijat Kauppinen Tanja ja Rajasuo Pia

Päätöksen perustelut

Karelia-ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelman opiskelijat Tanja Kauppinen ja Rajasuo Pia hakevat lupaa opinnäytetyöhönsä liittyvää tutkimusta varten.

Opinnäytetyön aihe: Kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea kotiutuneita lonkkamurtumapotilaita käyttäjälähtöisesti moniammatillisella ryhmäkuntoutuksella.

Tavoitteena on luoda kohderyhmälle kuntouttavan ryhmätoiminnan malli Karelia-ammattikorkeakoulun palvelu- ja oppimisympäristö Voimalaan.

Työn tavoitteena on myös antaa tekijöilleen kokemus toiminnallisen opinnäytetyön toteutuksesta, toimimisesta vastuuhenkilönä ja osana moniammatillista tiimiä sekä oppimiskokemuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksesta.

Tutkimuksen kohde on lonkkamurtuman kokeneiden haaastattelu (5 - 10 henkilöä) Siilaisen sairaalassa. Lonkkamurtumaryhmän toteutus kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille. Tutkimuksen ajankohta 1.5.2015 - 31.3.2016.

Vastaukset käsitellään nimettömänä. Haastattelujen pohjalta tehdään tutkimusraportti, josta henkilö ei ole tunnistettavissa.

Aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön päätyttyä.

Päätös

Myönnetään tutkimusluvan opinnäytetyöhön Tanja Kauppiselle ja Pia Rajasuolle liitteenä olevan tutkimussuunnitelman mukaisesti Kuntouttavan ryhmätoiminnan malli kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille.

Toimivallan perusteet

Hallintosääntö 46 § ja 3 §.

Va. sosiaali- ja terveysjohtajan delegointipäätös 8.6.2015 § 30.

Nähtävänäpito

Päätös asetetaan yleisesti nähtäväksi sosiaali- ja terveyskeskuksessa ennakolta ilmoitettuna aikana 26.6.2015

Allekirjoitus

vs. Ylihoitaja (hoiva)


Päivi Tolvanen

Tiedoksianto

Päätöksen olen tänään antanut tiedoksi : STLTK,
Tanja Kauppinen, Pia Rajasuo, osastonhoitaja Maarit Lappi

Päiväys: 24.6.2015
toimistos sihteeri


Seija Solanpää

Lisätietoja: vs. ylihoitaja Päivi Tolvanen, puh. 050 554 0716

Tuki ja tarpeet -haastattelurunko kotiutuneille lonkkamurtuman kokeneille**Taustatiedot**

Miten on mennyt leikkauksen jälkeen? Kuinka kauan sairaalasta kotiutumisesta on kulunut aikaa?

Saatteko ulkopuolista apua, esim. kotihoito, siivouspalvelu, lähiomainen? Oliko näitä ennen murtumaa? Tuntuvatko jotkin toiminnot erityisen vaikeilta verrattuna aikaan ennen murtumaa?

Subjektiiivinen kokemus kuntoutuksesta kotiutumisen jälkeen

(Käsitteen kuntoutus selventäminen)

1. Miten kuntoutus oli järjestetty kotiutumisenne jälkeen? Saitteko kuntoutusta joltakin taholta (yksityiseltä/julkiselta)?
2. Mitä kotiutumisen jälkeinen kuntoutus sisälsi?
3. Oliko kotiutumisen jälkeinen kuntoutus mielestänne riittävää? Olisitteko kaivannut jotakin lisää? Mitä?

Subjektiiivinen kokemus tuesta ja vertaistuesta

4. Saitteko mielestänne tarpeeksi tukea kotiutumisen jälkeisen kuntoutumisen aikana?
5. Saitteko vertaistukea tai olisitteko kaivannut sellaista? Mistä/keneltä? Mitä ymmärrätte vertaistuella?

Subjektiiivinen kokemus motivaatiosta

6. Mitkä tekijät mahdollisesti vaikuttavat kotoa esim. kauppaan tai harrastuksiin lähtemiseen? Mitkä tekijät vaikeuttavat/motivoivat?
7. Kuvitellaan, että lonkkanne murtuu uudelleen ja teillä olisi mahdollisuus osallistua ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. Mitä toivoisitte ryhmän sisältävän?
8. Mitkä tekijät motivoisivat/saisivat teidät lähtemään mukaan ryhmämuotoiseen kuntoutukseen?

Lupa haastattelun nauhoittamiseen ja tietojen käyttöön opinnäytetyössä**LUPA HAASTATTELUN NAUHOITTAMISEEN JA TIETOJEN KÄYTTÖÖN OPINNÄYTETYÖSSÄ**

Olemme fysioterapeuttipiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta, ja haastattelemme Teitä opinnäytetyötämme varten. Tavoitteena on ryhmätoimintamallin luominen kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille koulumme oppimis- ja palveluympäristö Voimalaan. Pääteemat ovat käyttäjälähtöisyys, ryhmämuotoisuus, jatkuvuus sekä moniammatillisuus. Haastattelun tarkoituksena on kartoittaa lonkkamurtuman kokeneiden kokemuksia kotiutumisen jälkeiseltä ajalta. Haastatteluista saamaamme tietoa käytämme syksyllä toteutettavassa moniammatillisessa ryhmässä, jonka kohderyhmänä ovat sairaalasta lähiaikoina kotiutuneet lonkkamurtumapotilaat. Opinnäytetyön on tarkoitus olla valmis maaliskuussa 2016.

Annan Karelia-ammattikorkeakoulun fysioterapeuttipiskelijoille Tanja Kauppiselle ja Pia Rajasuolle luvan nauhoittaa haastattelun ja korvauksetta käyttää haastatteluaineistoa opinnäytetyössään. Tiedot ovat luottamuksellisia eikä haastateltavien henkilöllisyys käy ilmi.

_____ / _____ 2015

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus ja nimenselvennys



LETKEÄT LONKAT -RYHMÄ

Karelia-ammattikorkeakoulussa on syksyllä 2015 valmisteilla opinnäytetyö, jonka tavoitteena on ryhmätoimintamallin luominen kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille koulumme oppimis- ja palveluympäristö Voimalaan.

Ryhmä on tarkoitettu lonkkamurtumasta ja -leikkauksesta kuntoutuvien kotona asuvien henkilöiden tukemiseksi, joilla murtumasta on kulunut vähintään kolme kuukautta. Tällöin murtuma on ehtinyt luotua eikä liikerajoitteita enää ole voimassa, joten harjoittelu on turvallista. Ryhmän tavoitteena on kuntoutumisen tukeminen, uusien murtumien ehkäiseminen sekä hyvinvoinnin lisääminen.

Jokainen ryhmäkokoontuminen sisältää fyysistä harjoittelua henkilökohtaisen toimintakyvyn mukaan sekä viikoittain vaihtuvien teemojen mukaista toimintaa. Ryhmää ohjaavat ja organisoivat fysioterapeutti- sekä hoitoalan opiskelijat yhdessä moniammatillisena tiiminä.

Ryhmätoimintaa edeltää kotikäynti, joka sisältää alkuhaastattelun, fyysisen toimintakyvyn tutkimista sekä elämänlaadun ja kodin turvallisuuden kartoitusta. Kotikäynti ja mittaukset toteutetaan myös ryhmäkokoontumisten päätyttyä. Mittauksen toistamisella selvitämme, onko ryhmätoiminnalla ollut vaikuttavuutta kuntoutumiseen. Mittaukset ovat tärkeitä myös opinnäytetyön luotettavuuden kannalta.

Ryhmä kokoontuu syksyllä 2015 viikoilla 44-49, maanantaisin klo 13-15 ja torstaisin klo 10-12 Voimalan tiloissa. Aikataulu voi tarkentua vielä kuljetusten selvittämisen jälkeen. Ryhmätoiminta on maksutonta.

Ryhmän kokoontumispaikka

Karelia-ammattikorkeakoulun Tikkarinteen kampus, E-rakennus. (Tikkarinne 9, 80200 Joensuu)

Yhteyshenkilö

Fysioterapeuttiopiskelija Tanja Kauppinen
tanja.kauppinen@edu.karelia.fi

Karelia-ammattikorkeakoulu, Voimala

Kaisa Juvonen, puh. 050 521 9270

Yhteistyössä: Siilaisen terveyskeskussairaala



Tervetuloa Letkeät Lonkat –kuntoutusryhmään!

Ryhmä

Olette antanut suostumuksenne yhteydenottoomme kirjeitse liittyen syksyllä 2015 järjestettävään Letkeät Lonkat -kuntoutusryhmään.

Karelia-ammattikorkeakoulussa on valmisteilla opinnäytetyö, jonka tavoitteena on ryhmätoimintamallin luominen kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille koulumme oppimis- ja palveluympäristö Voimalaan.

Ryhmä on tarkoitettu lonkkamurtumasta ja -leikkauksesta kuntoutuvien kotona asuvien henkilöiden tukemiseksi, joilla murtumasta on kulunut vähintään kolme kuukautta. Tällöin murtuma on ehtinyt luutua eikä liikerajoitteita enää ole voimassa, joten harjoittelu on turvallista. Ryhmän tavoitteena on kuntoutumisen tukeminen, uusien murtumien ehkäiseminen sekä hyvinvoinnin lisääminen.

Kokoontumiskerrat

Ryhmä kokoontuu syksyllä 2015 viikoilla 44-49 maanantaisin klo 13.00-15.00 ja torstaisin klo 10.00-12.00 Karelia-ammattikorkeakoulun tiloissa. Kellonajat voivat vielä muuttua hieman kuljetusten selvittyä.

Jokainen ryhmäkokoontuminen sisältää fyysistä harjoittelua henkilökohtaisen toimintakyvyn mukaan sekä viikottain vaihtuvien teemojen mukaista toimintaa. Ensimmäisellä viikolla teemana on fyysinen aktiivisuus ja kodin turvallisuus. Torstaisin käytössämme on koulun kuntosalin, jolloin toteutamme fyysisen harjoittelun osuuden siellä.

Ryhmää ohjaavat ja organisoivat fysioterapeutti- sekä hoitoalan opiskelijat yhdessä moniammatillisena tiiminä.

Kotikäynnit

Ryhmätoimintaa edeltää kotikäynti, joka toteutetaan viikolla 43. Opiskelijat ottavat Teihin yhteyttä pian tämän kirjeen saavuttua kotikäynnin sopimiseksi.

Kotikäynti sisältää alkuhaastattelun, fyysisen toimintakyvyn tutkimista sekä elämänlaadun ja kodin turvallisuuden kartoitusta. Tällä kerätään tietoa toimintakyvystänne ja -ympäristöstänne, jotta voimme suunnitella toimintaa juuri Teille sopivaksi. Mittaukset ovat tärkeitä myös opinnäytetyön luotettavuuden kannalta.

Letkeät Lonkat -ryhmätoiminnan saatekirje

Kotikäynti ja mittaukset toteutetaan myös ryhmäkokoonantumisten päätyttyä viikolla 50. Mittauksen toistamisella selvitämme, onko ryhmätoiminnalla ollut vaikuttavuutta kuntoutumiseen.

Muuta tärkeää

Ryhmätoiminta on maksutonta! Kuljetukset tulee kustantaa itse. Voimme tilata Noutopoika -kuljetuspalvelun kuljettamaan Teitä ovelta ovelle niin halutessanne. Kotikäynnin yhteydessä on hyvä mainita, jos tarvitsette apua siirtyessänne kodistanne auton kyytiin.

Yhteystiedot

Jos Teillä ilmenee jotain kysyttävää missä vaiheessa tahansa, ottakaa rohkeasti yhteyttä!

Fysioterapeuttiopiskelija Tanja Kauppinen
tanja.kauppinen@edu.karelia.fi

Osoite: Tikkarinne 9, 80200 Joensuu (E-rakennus)
Karelia-ammattikorkeakoulun oppimis- ja palveluympäristö Voimala
Yhteistyössä Siilaisen terveyskeskussairaala



Suostumuslomake

Karelia-ammattikorkeakoulussa on valmisteilla opinnäytetyö, jonka tavoitteena on ryhmätoimintamallin luominen kotiutuneille lonkkamurtumapotilaille koulumme oppimis- ja palveluympäristö Voimalaan.

Kuntoutusryhmä on tarkoitettu lonkkamurtumasta ja -leikkauksesta kuntoutuvien kotona asuvien henkilöiden tukemiseksi, joilla murtumasta on kulunut vähintään kolme kuukautta. Ryhmä kokoontuu kaksi kertaa viikossa kuuden viikon ajan, viikoilla 44-49, Voimalan tiloissa. Jokainen ryhmäkokoontuminen sisältää fyysistä harjoittelua henkilökohtaisen toimintakyvyn mukaan sekä viikottain vaihtuvien teemojen mukaista toimintaa. Ryhmän toimintaa ohjaavat ja organisoivat fysioterapeutti- sekä hoitoalan opiskelijat yhdessä moniammatillisena tiiminä. Ryhmätoimintaa edeltää kotikäynti, joka sisältää alkuhaastattelun, fyysisen toimintakyvyn tutkimista sekä elämänlaadun ja kodin turvallisuuden kartoitusta. Kotikäynti ja mittaukset toteutetaan myös ryhmätoiminnan jälkeen.

Suostun ja sitoudun osallistumaan maksuttomaan ryhmätoimintaan kuuden viikon ajaksi. Suostun myös siihen, että opiskelijat tekevät kotikäynnin luokseni ennen ja jälkeen ryhmätoimintojen. Annan opiskelijoille luvan osallistua kuntoutusprosessiini sekä käyttää asiakastilanteissa saamiin tietoihin ja kokemuksiin opinnäytetyössä. Tiedot ovat luottamuksellisia eikä henkilöllisyyttäni voi tunnistaa kirjallisessa tuotoksessa.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

Ryhmätoiminnan sisältö**Kotikäynti**

Alkuhaastattelu ja kuljetuksen selvittäminen
 Toimintakyvyn havainnointi, siirtymiset
 Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi, SPPB-testi
 WHOQOL-BREF -elämänlaatumittarin täyttäminen
 Kodin turvallisuuden kartoitus
 Havainnointi

Viikko 1 Teema: Fyysinen aktiivisuus ja motivaatio**26.10. Tavoitteet: Tutustuminen ja ryhmäytymisen alkaminen, omien voimavarojen tunnistaminen sekä fyysinen harjoittelu**

klo 13.00 Tervetulosanat, opinnäytetyön esittely ja esittäytyminen
 Lonkkamurtumatapahtuman läpikäyminen
 Voimavarat ja motivaatio –pohdintatehtävä

klo 14.00 Alkuverryttely fyysiseen osioon nojapuiden avulla
 Rollaattorirata –liikkumisen, siirtymisten ja tasapainon harjoittamista
 Bocchia-peli
 Loppuverryttely tuolijumpan muodossa
 Asiakastieto- ja kuvauslupalomakkeiden täyttäminen
 Palautteen kerääminen kirjallisesti

klo 14.55 Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

29.10. Tavoitteet: Kuntosaliharjoitteluun tutustuminen ja harjoitusvastusten määrittäminen, tiedon lisääminen terveys- ja arkiliikunnasta

klo 10.00 Aloitus ja kuulumiset, esittäytyminen
 Alkuverryttely ja tasapainoharjoitukset
 Kuntosaliharjoittelu ja harjoitusvastusten määrittäminen

klo 11.00 Siirtyminen Tupaan
 Terveysliikuntasuositus - pohdinta- ja keskustelutehtävä
 Arkiliikunta
 Ohjeistus Noutopoika -kuljetuksesta
 Suullinen palaute ryhmäkerrasta

klo 11.55 Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

Viikko 2 Teema: Ravitsemus ja osteoporoosi**2.11. Tavoitteet: Oman ravitsemustason määrittäminen, tiedon lisääminen ja kerääminen osteoporoosista, vastuskuminauhaharjoittelun opetteleminen**

klo 13.00 Aloitus ja esittäytyminen
 Ravitsemustesti
 Osteoporoosi-info

klo 13.50 Alkuverryttely tuolijumpan muodossa

Ryhmätoiminnan sisältö

Harjoittelua vastuskuminauhalla

Soveltavan liikunnan pelit
Kotitehtävän ohjeistaminen

klo 14.55 Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

5.11. Tavoitteet: Oman ruokavalion vahvuuksien ja heikkouksien tiedostaminen, tiedon lisääminen, kuntosaliharjoittelu

klo 9.00 Aloitus

Kotitehtävän purkaminen ja analysointi
Keskustelua omasta ruokavaliosta ja sen kehittämisestä

klo 10.00 Siirtyminen kuntosalille

Alkuverryttely
Kuntosaliharjoittelu

klo 10.55 Loppuverryttely ja suullinen palaute ryhmäkerrasta

Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

Viikko 3 Teema: Perussairaudet ja lääkitys, yhteisvaikutukset**9.11. Tavoite: Tietämyksen lisääminen sairauksista ja lääkkeistä, omien kokemusten kertominen, vastuskuminauhaharjoittelun kertaaminen ja uusien liikkeiden opettelu, yhdessä olo**

klo 13.00 Aloitus, esittäytyminen

Kuvatehtävä: menneisyys ja tulevaisuus
Tietovisa perussairauksista, jonka jälkeen keskustelua aiheesta
Kipulääkkeet tutuksi

klo 13.50 Alkuverryttely nojapuiden avulla

Vastuskuminauhaharjoittelua
Loppuverryttelypelit

14.50 Lopetus ja suullinen palaute ryhmäkerrasta + siirtyminen kuljetukseen

12.11. Tavoite: Voimalan toiminnan esittely, terveystmittaukset ja apuvälineet, tasapaino- ja kuntosaliharjoittelu

klo 9.00 Tapaaminen aulassa

Voimalan Avoimet ovet, joissa mm. mittauksia ja apuväline-esittely

klo 9.45 Alkuverryttely seisten

Siirtyminen kuntosalille
Kuntosaliharjoittelu

klo 10.55 Loppuverryttely istumajumpan muodossa

Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

Viikko 4 Teema: Unen ja levon merkitys, rentoutuminen**16.11. Tavoite: Tietämyksen lisääminen unesta sekä omien kokemuksien jakaminen, musiikkiliikunta, nilkkapainoharjoittelun opetteleminen, turvallinen siirtyminen lattialle**

Ryhmätoiminnan sisältö

- klo 13.00 Aloitus ja kuulumisten vaihto
Unipussi-harjoitukset 1 ja 2
- klo 13.45 Istumatanssi
Nilkkapainoharjoittelu
Turvallisen lattialle siirtyminen harjoittelua
Rentoutus-harjoitus
Palautteen kerääminen kirjallisesti
- klo 14.55 Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

19.11. Tavoite: Rentoutuminen ja mieluinen tekeminen, progressiivinen kuntosaliharjoittelu, hengityksen tiedostaminen

- klo 9.00 Aloitus
Maalaustehtävä: lepo ja rentoutuminen
Muisti- ja sananselityspeli
- klo 9.50 Alkuverryttely seisten
Siirtyminen kuntosalille
Kuntosaliharjoittelu
Loppuverryttely ja hengitysharjoitus
Lopetus ja suullinen palaute
- klo 11.00 Siirtyminen kuljetukseen

Viikko 5 Teema: Arki ja kodin turvallisuus, kaatumisen pelko**23.11. Tavoite: Omien pelkojen tiedostaminen ja niiden lievittäminen, kodin turvallisuustekijöiden huomioiminen, fyysinen harjoittelu**

- klo 13.00 Aloitus
Kaatumisen pelko: keskustelua aiheesta ohjaajan johdolla
Tietovisa kodin turvallisuudesta
Kodin turvallisuus -kaavakkeen täyttäminen: oma näkemys
- klo 14.00 Tasapainorata
Nilkkapaino- ja vastuskuminauhaharjoittelua: asiakaslähtöisesti
Rentoutus: nystypallohieronta
Palautteen kerääminen palloleikin avulla
- klo 15.00 Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

26.11. Tavoite: Oman elinympäristön turvallisuuden huomioiminen, kognitiiviset tehtävät, vuorovaikutus, kuntosaliharjoittelu

- klo 9.00 Aloitus
Kodin turvallisuus -kaavakkeiden läpikäyntiä ja keskustelua
Muisti ja sananselityspelit
- klo 9.45 Siirtyminen kuntosalille
Alkuverryttely aerobisilla laitteilla
Kuntosaliharjoittelu
Loppuverryttely ja hengitysharjoitus
Lopetus ja palautteen kerääminen ryhmäkerrasta kirjallisesti
- klo 11.00 Siirtyminen kuljetukseen

Ryhmätoiminnan sisältö**Viikko 6 Teema: Katseet eteenpäin – ryhmäläisten toiveet****30.11. Tavoite: Rento yhdessä olo, musiikista nauttiminen monin eri tavoin, kestävyyskunnan määrittäminen**

- klo 13.00 Aloitus ja esittäytyminen
Musiikkituokio: yhteislaulua, kuuntelua, kappaleen tunnistaminen, tanssia
- klo 13.45 Siirtyminen
Kuuden minuutin kävelytesti
Loppuverryttely
- klo 15.00 Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

2.12. Tavoite: Yhdessä olo, muistin aktivointi, ajatusten suuntaaminen tulevaisuuteen

- klo 9.00 Aloitus
Kävelytestien läpikäynti
Sananselityspeli
Matalan kynnyksen liikunta- ja ystävätoimijoiden esittely
- klo 9.55 Siirtyminen kuntosalille
Alkuverryttelyä musiikin tahtiin
Kuntosaliharjoittelu
Loppuverryttely tuolijumpan muodossa
Palautelomakkeiden jakaminen ja kotikäynnin sopiminen
- klo 11.00 Lopetus ja siirtyminen kuljetukseen

Kotikäynti

Palautelomakkeen läpikäynti ja keskustelua ryhmätoiminnasta
WHOQOL-BREF -elämänlaatumittarin täyttäminen
Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi, SPPB
Kotiohjelman ohjaaminen
Havainnointi

Ryhmätoiminnan alkuhaastattelulomake**Haastattelupäivä ja haastattelijat**

Asiakkaan tiedot

1. Asiakkaan nimi:

2. Syntymäaika, ikä:

Lonkkamurtuma

1. Mikä johti kohdallanne lonkkamurtumaan? (kaatuminen, muu tapaturma yms.)

2. Kuinka pitkään olitte sairaalassa/terveyskeskuksessa?

3. Onko Teillä enää kipuja? (Kipulääke, jos käytössä)

4. Onko liikkumiskykyne palautunut murtumaa edeltäneelle tasolle? Mikä on suurin ongelma?

Terveydentila

1. Perussairaudet:

2. Käytössä oleva lääkitys:

3. Allergiat:

Asuminen, kotiympäristö sekä avuntarve

1. Asuuko joku kanssanne, kuka? Auttaako hän Teitä päivittäisissä toiminnossanne?

2. Onko Teillä omaisia? Saatteko apua heiltä joihinkin toimintoihin?

Ryhmätoiminnan alkuhaastattelulomake

3. Käykö luonanne kotihoito? Jos käy, niin kuinka usein, ja missä toiminnoissa Teitä autetaan?

4. Onko kodissanne mielestänne helppo liikkua? Mitkä ovat haastavia asioita tai paikkoja?

5. Mitä apuvälineitä Teillä on käytössä? Onko Teillä apuvälineitä erikseen ulkoiluun ja asiointiin?

6. Onko Teillä harrastuksia?

Toimintakyvyn kartoitus

1. Onnistuuko seuraavat toiminnot Teiltä itsenäisesti:

	kyllä	ei
a. Pukeutuminen	_____	_____
b. Peseytyminen	_____	_____
c. Henkilökohtaisesta hygienista huolehtiminen	_____	_____
d. WC-toiminnot	_____	_____
e. Ruokailu	_____	_____
f. Kotityöt, (esim. siivoaminen)	_____	_____
g. Asiointi (esim. kaupassa)	_____	_____
h. Raha-asiaoiden hoitaminen	_____	_____
i. Oman lääkityksen huolehtiminen	_____	_____
j. Julkisen kulkuneuvon käyttö	_____	_____
k. Puhelimen käyttö	_____	_____

Mahdollisia kommentteja:

Toiveet ja tavoitteet alkavaan lonkkakuntoutujien ryhmään:

Ryhmätoiminnan alkuhaastattelulomake**Kuljetuksen järjestäminen**

1. Onko Teillä käytössänne omaa autoa?
2. Onko Teillä mahdollisuus päästä ryhmään omaisenne tai jonkun tuttavan kyydillä?
3. Onko Teillä mahdollisuus käyttää paikallisbussia?
4. Oletteko käyttäneet Noutopoika -kuljetuspalvelua?
5. Haluatteko, että tilaamme Teille kuljetuksen?
6. Onko Teillä käytössä MYK-kortti?
7. Pystyttekö tarvittaessa siirtymään kodistanne ulos ja auton kyytiin?

Ryhmätoiminnan alkuhaastattelulomake**Kodin turvallisuuskartoitus**

ONKO/OVATKO...	kyllä	ei
1. ...ulkona kulkuväylä ulko-ovelle helppokulkuinen?	_____	_____
2. ...luiskaa käytettävissä?	_____	_____
3. ...ulko-ovi helposti avautuva?	_____	_____
4. ...asunnon ovi helposti avautuva?	_____	_____
5. ...talossa tai asunnossa rappusia?	_____	_____
6. ...talossa hissiä?	_____	_____
7. ...talossa tai asunnossa korkeita kynnyksiä?	_____	_____
8. ...asunnossa kompastumisvaaraa lisääviä mattoja?	_____	_____
9. ...lattiapinnat liukkaita?	_____	_____
10. ...valaistus riittävää?	_____	_____
11. ...sohva/tuolit riittävän korkeita?	_____	_____
12. ...asunnossa ahdasta?	_____	_____
13. ...asunnossa paljon irtotavaraa?	_____	_____
14. ...siistiä?	_____	_____
15. ...makuuhuoneesta WC:hen pitkä matka?	_____	_____
16. ...vuode korkeussäädettävä?	_____	_____
17. ...makuuhuoneessa yövaloa?	_____	_____
18. ...kylpyhuone sopiva ikäihmiselle?	_____	_____
19. ...asunnossa sauna?	_____	_____
20. ...asunnossa takkaa tai muuta tulisijaa?	_____	_____
21. ...asunnossa paljon vaarallisia sähkölaitteita?	_____	_____
22. ...asunnossa toimiva palavaroitin?	_____	_____

Huomioita

XX
 XXXXXXXX

WC-käynti

Suoriutuuko asiakas itsenäisesti ja turvallisesti WC-käynnistä? _____

Onko WC:ssä tilaa riittävästi?

Onko käytössä apuvälineitä, mitä?

Olisko apuvälineitä tarvittu (esim. käsijohteita, wc-koroketta..)?

Muuta

Ryhmätapaamisen palautelomake

Letkeät Lonkat -palautelomake

Asteikolla 1-5, arvionne ryhmän sisällöstä

1	2	3	4	5
paljon kehitettävää				kaikki toimii

Mistä piditte eniten?

Sisälsikö ryhmäkerta jotakin epämielikästä? Mitä?

Kehittämiskohteita:

Toiveita jatkoon:

Lämmin kiitos palautteesta! 😊



Loppupalautelomake

Haluamme kerätä Teiltä palautetta liittyen ryhmään, teemoihin, fyysiseen harjoitteluun, ohjaukseen, kuljetukseen sekä kokemukseenne omasta tämän hetkisestä toimintakyvystänne. Vastauksenne on erittäin tärkeä ryhmätoiminnan kehittämisen kannalta.

Palautelomakkeet kerätään kotikäynnin yhteydessä, jolloin on vielä mahdollista antaa suullista palautetta.

1. Ryhmä ja sen toiminta

1.1 Mitä odotitte ryhmätoiminnalta ja vastasiko se odotuksianne? Jos ei, niin mitä olisitte muuttanut tai kaivannut lisää?

1.2 Miten ryhmä toimi mielestänne kokonaisuutena? (ohjaus, sisältö, kuljetukset, siirtymiset yms.)

1.3 Olisitteko kaivannut enemmän yksilöllistä toimintaa tai vaihtoehtoisesti enemmän ryhmässä tekemistä?

1.4 Tunsitteko yhteenkuuluvuutta ryhmässä? Saitteko vertaistukea tai olisitteko kaivannut sitä lisää?

1.5 Oliko ryhmän koko sopiva, liian pieni vai liian suuri?

1.6 Olivatko käytössä olleet tilat mielestänne sopivat toteutukseen?

1.7 Oliko ryhmään lähteminen helppoa? Mitkä ryhmään liittyvät tekijät motivoivat lähtemään tai vähensivät motivaatiota lähteä?

1.8 Millaiseen ryhmätoimintaan olisitte halukas osallistumaan tulevaisuudessa?

Loppupalautelomake

2. Teemat ja aihealueet

2.1 Mikä viikoittaisista teemoista oli mieluisin, merkitkää rastilla

- Fyysinen aktiivisuus ja motivaatio ____
- Ravitsemus ja osteoporoosi ____
- Lääkitys ja perussairaudet ____
- Uni, lepo ja rentoutuminen ____
- Arki ja kodin turvallisuus ____
- Vapaa teema ____

2.1.1 Perustelut:

2.1.2 Mikä epämieluisin ja miksi?

2.2 Millaisia teemoja olisitte toivonut käsiteltävän?

2.3 Sisälsikö joku ryhmäkerta jotakin epämieluisaa toimintaa? Mitä?

2.4 Lisäsikö ryhmätoiminta tietouttanne joistakin asioista? Mistä?

2.5 Oliko jokin teemoista turha? Mikä?

3. Fyysinen harjoittelu

3.1 Oliko fyysinen harjoittelu riittävän yksilöllistä? Jos ei, miksei/mikä harjoite?

3.2 Millaiset harjoitteet koitte juuri Teille sopivimmiksi?

3.3 Olivatko harjoitteet liian vaikeita/kuormittavia tai helppoja? Mikä/mitkä harjoitteet?

Loppupalautelomake**4. Ohjaus ja ohjaajat**

4.1 Mielipiteenne ohjaajien ammattitaidosta? (ohjaustavat, yksilöllinen huomiointi, kommunikointi yms.)

4.2 Saitteko riittävästi tukea ja ohjeita ohjaajilta, ja missä tilanteessa olisitte kaivanneet sitä/niitä lisää?

4.3 Olisiko ohjaajien mielestänne pitänyt huomioida enemmän joitain asioita/tehdä jotakin toisin?

4.4 Oliko ohjaajia mielestänne sopivasti, liian vähän tai liian paljon?

5. Kuljetus

5.1 Mitä mieltä olitte Noutopoika -kuljetuksesta? (Aikataulut, hinta yms.)

5.2 Mitä mieltä olitte kuljetuksesta koulun autolla?

6. Kokemus omasta toimintakyvystä juuri nyt

6.1 Millä toimintakyvyn osa-alueella (fyysinen, henkinen, sosiaalinen) koette hyötynneen eniten ryhmästä?

6.2 Koetteko itsenne virkeämmäksi, jaksavammaksi tai voimakkaammaksi ryhmätöinnin myötä? Miksi?

6.3 Onko fyysinen aktiivisuutenne (liikkuminen) lisääntynyt ryhmän myötä? Miksi?

Loppupalautelomake

6.4 Onko motivaationne lähteä esim. kauppaan tai asioille entisellään, kasvanut vai laskenut ryhmätoiminnan myötä? Miksi?

6.5 Onko liikkumiskykyne mielestänne palautunut lonkkamurtumaa edeltäneelle tasolle? Mahdolliset vaikeudet?

6.6 Oletteko tehnyt ryhmässä opeteltuja harjoitteita kotona? Mitä?

6.7 Toimintakyvyn kartoitus

Onnistuvatko seuraavat toiminnot Teiltä itsenäisesti:

	kyllä	ei
l. Pukeutuminen	_____	_____
m. Peseytyminen	_____	_____
n. Henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen	_____	_____
o. WC-toiminnot	_____	_____
p. Ruokailu	_____	_____
q. Kotityöt, (esim. siivoaminen)	_____	_____
r. Asiointi (esim. kaupassa)	_____	_____
s. Raha-asioiden hoitaminen	_____	_____
t. Oman lääkityksen huolehtiminen	_____	_____
u. Julkisen kulkuneuvon käyttö	_____	_____
v. Puhelimen käyttö	_____	_____

7. Mikä oli parasta koko ryhmä toiminnassa?

8. Ryhmän on tarkoitus mahdollistaa toiminta uusille osallistujille ensi keväänä. Terveisiä ja neuvoja seuraaville ryhmäläisille:

9. Vapaa sana

Lämmin kiitos palautteesta!! ☺

Kotiharjoitteluohjeet

Tasapainoharjoittelu

Tasapainoharjoittelun tavoitteena on asennon hallinnan ja liikuntakyvyn parantaminen, jonka myötä se toimii tärkeänä osana kaatumisten ehkäisemisessä. Tasapainoharjoittelua tulisi toteuttaa 2-3 kertaa viikossa, jotta se kehittäisi tasapainokykyä. Yksi harjoituskerta viikossa ylläpitää hankittua taitoa.



Seisominen jalat yhdessä

- Seiso ryhdikkäästi jalkaterät yhdessä 10-60 sekuntia ja toista 2-4 kertaa
- Ota tukea mahdollisimman vähän
- Vaikeuta liikettä sulkemalla silmät



Puolitandem

- Seiso ryhdikkäästi, toinen jalkaterä hieman toisen edellä 10-60 sekuntia
- Ota tukea mahdollisimman vähän
- Vaihda toinen jalka edelle ja toista molemmille puolille 2-4 kertaa
- Vaikeuta liikettä sulkemalla silmät



Tandem

- Seiso niin, että taaemman jalan varpaat ovat kiinni etumaisen jalan kantapäässä. Pidä asento 10-60 sekuntia.
- Ota mahdollisimman vähän tukea
- Vaihda toinen jalka edelle ja toista molemmille puolille 2-4 kertaa
- Vaikeuta liikettä sulkemalla silmät



Varpailla seisominen + kurkottaminen

- Seiso ryhdikkäästi ja nouse varpaillesi. Pysy asennossa muutamia sekunteja ja kurkota eteen yläviistoon. Toista 10 kertaa
- Ota tukea mahdollisimman vähän

Muita hyviä keinoja harjoittaa tasapainoa:

- Seisominen ja/tai kävely epätasaisella alustalla
- Painonsiirrot ja askellukset eri suuntiin
- Tanssi

Kotiharjoitteluohjeet

Voimaharjoittelu kuminauhan avulla

Lihastroimaharjoittelua tulisi tehdä 2-3 kertaa viikossa, jotta harjoittelu olisi kehittävää. Keran viikossa tapahtuvalla harjoittelulla lihastroimaa voidaan ylläpitää. Harjoittelun tulisi olla nousujohteista.

Lonkan ojennus

- Solmi kuminauha tiukaksi lenkiksi nilkkojen ympärille
- Seiso selkä suorana tukea vasten ja ojenna jalka lonkasta lähtien suoraksi taaksepäin
- Tee liike molemmille puolille _____ kertaa ja toista 2-4 sarjaa
- Älä anna vartalon kallistua liikkeen aikana

Lonkan loitonuus

- Solmi kuminauha tiukaksi lenkiksi nilkkojen ympärille
- Seiso jalat yhdessä ja loitonna toista alaraajaa suorana sivulle _____ kertaa ja toista molemmille puolille 2-4 kertaa
- Älä anna vartalon kallistua liikkeen aikana

Kyykky kuminauha polvien ympärillä

- Solmi kuminauha tiukaksi lenkiksi polvien ympärille.
- Tee pieni kyykkyliike niin että polvet pysyvät linjassa nilkkojen ja varpaiden kanssa. Tee _____ toistoa ja 2-4 sarjaa
- Pidä selkä suorana koko liikkeen ajan

Lonkan ulkokierto

- Istu ryhdikkäästi ja solmi kuminauha polvien ympärille
- Loitonna polvia erilleen ja palauta alkuasentoon. Tee _____ toistoa ja 2-4 sarjaa

Soutu

- Istu ryhdikkäästi jalat etuviistossa
- Pujota kuminauha jalkapohjien alta ja ota molemmista päistä kiinni. Vedä kyynärpäät suoraan taakse ja vedä lapaluita yhteen, ikäänkuin tekisit soutu liikkeen. Palauta hitaasti takaisin alkuasentoon. Tee _____ toistoa ja 2-4 sarjaa
- Älä jännitä hartioita.

Punnerrus eteen

- Istu ryhdikkäästi
- Aseta kuminauha selän takaa ja ota kuminauhon päistä kiinni. Työnnä käsillä eteen ja palauta. Tee _____ toistoa ja 2-4 sarjaa

Kotiharjoitteluohjeet

Muita hyviä harjoitteita ja alkuverryttelyliikkeitä

Seuraavat liikkeet voivat toimia alkuverryttelyliikkeinä, jos ne tehdään ilman vastusta. Vastuksen kanssa harjoitteet toimivat lihasvoimaharjoitteina.

Vartalon sivutaivutus - liikkuvuus

-Istu tuolilla ja anna yläraajojen roikkua vartalon molemmilla puolin. Taivuta ylävartaloa sivulle ja anna käden tavoitella kohti lattiaa. Tee liike molemmille puolille.

Vartalon kierto -liikkuvuus

-Istu ryhdikkäästi ja kierrä ylävartaloa vuoroin vasemmalle ja oikealle. Anna katseen seurata. Pyri pääsemään jokaisella kierrolla hieman pidemmälle

Vatsalihakset tuolilla istuen - lihasvoima

-Istu tuolin etureunalla, pidä tuolin reunoista kiinni ja suorista alaraajat eteen. Nojaa ylävartaloa taaksepäin, jännitä keskivartalo ja kohota jalkoja ilmaan.

Hauiskääntö -lihasvoima

-Istu ryhdikkäästi yläraajat roikkuen vartalon sivuilla. Käsissä voi olla lisävastuksena esim. kuminauha, vesipullo tai käsipaino. Koukista kyynärpästä ja tuo kädet olkapäille. Olkavarret pysyvät vartalon sivuilla koko liikkeen ajan.

Nyrkkeilyt eri ilmansuuntiin

-Istu ryhdikkäästi. Voit pitää käsissäsi esim. vesipulloja tai käsipainoja lisävastuksena. Vie yläraajoja ylös, eteen ja sivuille (tai ylä- ja alaviistoon).

Askellukset – lihasvoima & tasapaino

-Askella eri ilmansuuntiin. Keskity tekemään pitkiä askeleita. Ota tukea vain sen verran kuin tarvitset.

Penkille nousu lihasvoima & tasapaino

-Askella portaalle tai matalalle penkille vuorojaloin. Voit askeltaa myös sivuitaan. Muista pitää ryhti hyvänä. Ota mahdollisimman vähän tukea.

Polven ojennus ja koukistus - lihasvoima

-Istu ryhdikkäästi tuolilla. Ojenna polvi suoraksi ja pidä 2-3 sekuntia. Palauta alkuasentoon ja vedä kantapäätä tuolin alla kohti pakaraa. Pidä asento 2-3 sekuntia ja palauta alkuasentoon. Tee liike molemmille puolille. Voit käyttää esim. kuminauhaa nilkkojen ympärillä lisävastuksena.