



**Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidon laatu
erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajien kokemana**

**Katri Hämäläinen
Susanna Marjamäki
Sonja Paananen**

**Opinnäytetyö
26.05.2008**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) HÄMÄLÄINEN, Katri MARJAMÄKI, Susanna PAANANEN, Sonja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidon laatu erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajien kokemana		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma: hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN Irmeli, TYRVÄINEN Hannele		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön lähtökohtina ovat vuonna 2005 tehty projektityö lonkkamurtumapotilaan hoitopolusta, kiinnostus ikääntyneitä lonkkamurtumapotilaita kohtaan sekä innostus selvittää, miten heidän saamansa hoidon laatua voi parantaa erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyössä keskitytään ikääntyneiden operatiivisesti hoidettavien lonkkamurtumapotilaiden hoitoketjuun päivystyspoliklinikan, vuodeosaston ja leikkausosaston osalta.</p> <p>Tavoitteena on selittää ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoketjun toteutumista erikoissairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää avoimella haastattelulla sairaanhoitajien kokemuksia siitä, millaisena he kokevat iäkkään lonkkamurtumapotilaan hoidon laadun, mitä kehitystarpeita siinä on sekä miten ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää. Opinnäytetyön tuloksena tuodaan esiin asioita, jotka nousivat esiin erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien maaliskuussa 2008 tehdyistä haastatteluista. Tutkimus on kvalitatiivinen ja vastaukset on analysoitu sisällön analyysi menetelmää käyttäen.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimustuloksena esiin nousi tarve kehittää kivunhoitoa ja lisäkoulutuksen tarve. Kiire, päivystysaika sekä suuret potilasmäärät vaikuttavat hoidon laatuun heikentävästi. Sairaanhoitajat kokivat, että parhaiten potilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää hyvällä perushoidolla. Hoidon laatu on monesta eri tekijästä riippuva asia. Sairaanhoitajat eivät yksin voi vaikuttaa hoidon laatuun.</p>		
Avainsanat (asiasanat) lonkkamurtuma, ikääntynyt, laatu, terveyden edistäminen, hoitopolku, sairaanhoitaja, erikoissairaanhoito		
Muut tiedot		

Author(s) HÄMÄLÄINEN, Katri MARJAMÄKI, Susanna PAANANEN, Sonja	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages	Language finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title The quality of elderly hip fracture patients care experienced by nurses		
Degree Programme Degree programme in nursing		
Tutor(s) MATILAINEN Irmeli, TYRVÄINEN Hannele		
Assigned by		
Abstract <p>The basis for this Bachelors thesis was a project from 2005 about the hip fracture patients care path, interest for elderly hip fracture patients and interest to improve the quality of care in the special field of nursing. The thesis is focused on the elderly patients care path on-call unit, operative unit and ward.</p> <p>The target for this thesis was to help the nurses improve the quality of care and help the nurses recognize the need of development and help the nurses develop new treatment practices. The aim of the thesis is to find out the experiences on how they see the quality of the elderly hip fracture patients care in their ward and what should be developed that health and working order will progress. The material was collected during the spring 2008 and the important things that came up from the interviews of the nurses are reported in this Bachelors thesis. The research method is qualitative and the results were analyzed by content analysis.</p> <p>The results of the thesis show that there is a need to develop the care of pain and to get the nurses more motivated towards training. Hurry, emergency duty time and the large amount of patients weaken the quality of care. The interviewed nurses felt that the best way they can develop the patient's health and functional capacity is by basic care. The quality of care is depended on many factors and the nurses can not themselves effect on everything.</p>		
Keywords hipfracture, the elderly, quality of care, health promotion, care path		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 LONKKAMURTUMA- HAASTE POTILAALLE JA HOITOHENKILÖKUNNALLE	5
2.1 Lonkkamurtuman riskitekijät ja ehkäisy	5
2.2 Lonkkamurtumien ilmaantuvuus, kustannukset ja paranemisprosessi	6
2.3 Lonkkamurtumatyypit ja hoitovaihtoehdot	8
3 LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOKETJU	10
4 IKÄÄNTYNEEN POTILAAN TERVEYDEN JA TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ	13
5 IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMAPOTILAAN LAADUKAS HOITO ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA	16
5.1 Hoito päivystyspoliklinikalla	16
5.2 Preoperatiivinen hoito osastolla	21
5.3 Hoito leikkausosastolla	24
5.4 Hoito heräämössä	26
5.5 Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla	27
5.6 Jatkohoitoon siirtyminen vuodeosastolta	36
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	38
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	39
7.1 Aineistonkeruu	39
7.2 Aineiston analysointi	40
8 TUTKIMUSTULOKSET	41
8.1 Sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidosta päivystyksessä	41
8.2 Tapaturmaosaston sairaanhoitajien näkökulma ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoon	44
8.3 Leikkaussalin sairaanhoitajien näkökulma ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoon	47
9 POHDINTA	51
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	54
LÄHTEET	57
Liite 1 Haastattelukysymykset	62
Liite 2 Tutkimustulokset	63
Liite 3 Tutkimuslupahakemukset	64

1 JOHDANTO

Väestö ikääntyy jatkuvasti ja suuret ikäluokat ovat siirtymässä eläkkeelle. Väki vanhenee ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa. Monet vanhainkodit ovat täynnä ja ikääntyneitä jonottavat saadakseen hoitopaikan. Omassa kodissa asumista mahdollisimman pitkään pyritään tukemaan erilaisilla palveluilla, kuten kotihoidolla. Ikääntyneitä ihmisiä kaatuu päivittäin niin hoitolaitoksissa kuin kotonakin. Kaatuessaan he voivat saada murtumia, jolloin heidän hoitonsa toteutuu erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa. Hoidon tehokkuus ja laatu ovat erittäin tärkeitä, jotta ikäihmiset saadaan taas kuntoon. (Heikkinen & Rantanen 2008, 76-84.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoketju toteutuu Keski-Suomen keskussairaalassa sairaanhoitajien kokemana. Lonkkamurtumapotilaiden hoitotyön kehittäminen on tärkeää, sillä lonkkamurtuma vaikuttaa ikääntyneen elämänhallintaan sekä hyvinvointiin laajasti. Lonkkamurtumapotilaiden hoitoketju on laaja, monivaiheinen ja heidän hoitonsa tulee yhteiskunnalle kalliiksi. Keskussairaalassa on tehty vuonna 2005 projektityö lonkkamurtumapotilaan hoitoketjusta sairaanhoitopiirin alueella. Tuli ilmi, että jatkotutkimuksena on tarpeen tutkia, miten projektityön avulla selvitetty hoitoketju käytännössä toteutuu. Jatkotutkimuksena käsitellään lonkkamurtumapotilaan hoidon laatua ja hoitoketjun toteutumista sairaanhoitajien kokemuksia hyödyntäen.

Opinnäytetyön tulokset antavat tietoa hoitohenkilökunnalle hoitoketjun toteutumisesta, jotta nähdään, mihin asioihin tulee kiinnittää tarkemmin huomiota hoidon laadun parantamiseksi. Opinnäytetyö antaa palautetta, missä hoitoketjun vaiheessa onnistutaan hyvin sekä lonkkamurtumapotilaiden kanssa työskentelevät saavat palautetta työstään.

Ammatillisena hyötynä nähdään hoitotyön osaamisen lisääntyvän koskien lonkkamurtumapotilaan hoitoketjua. Opinnäytetyön tekijät suuntautuvat gerontologiseen ja perioperatiiviseen hoitotyöhön sekä terveydenhoitotyöhön, ja kaikki tulevat kohtaamaan ikääntyneitä lonkkamurtumapotilaita työssään.

2 LONKKAMURTUMA- HAASTE POTILAALLE JA HOITOHENKILÖKUNNALLE

2.1 Lonkkamurtuman riskitekijät ja ehkäisy

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan lonkkatapaturmista yli 90 % johtuu ikääntyneen ihmisen lattialle kaatumisesta (Tideiksaar 2005, 75). Ikääntynyt ihminen kaatuu ilman käden suojaavaa ojennusrefleksiä, jonka seurauksena lonkkamurtuma voi olla seuraus kaatumisesta (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2001, 284).

TAULUKKO 1. Kaatumisen ja loukkaantumisen riskitekijöitä (Tideiksaar 2005, 47–49)

Kaatumisen ja loukkaantumisen riskitekijöitä	Tarkempi selvitys riskitekijöistä
Alaraajojen toiminnan heikentyminen	reuma, lihasheikkous, raajojen neuropatia, jalkojen sairaudet, riski menettää tasapaino.
Kävely- ja tasapainohäiriöt	Parkinsonin tauti, aivohalvaus, tuen käyttö kävellessä
Sydän- ja verisuonisairaudet	ortostaattinen hypotensio, sydänrytmihäiriöt, huimaus
Virtsarakon toimintahäiriöt	nocturia, inkontinenssi, tihentynyt virtsaustarve
Kognitiiviset ja emotionaaliset häiriöt	dementia, depressio, ahdistus, kaatumisen pelko, kyvyttömyys erottaa vaaralliset asiat turvallisista; tasapainon korjauskyky heikentynyt
Kommunikaatio-vaikeudet	dysartria, dysfasia
Lääkkeet	diureetit, RR- ja mielialälääkkeet, monilääkitys, rauhoittavat lääkkeet
Luukadon sairastaminen	murtumia syntyy helposti, luiden lujuus vähentyy
Liikkumattomuus	Alaraajojen heikkous ja nivelten jäykkyys aiheuttavat tasapainon menetyksiä ja kyvyttömyyttä tehdä tasapainoa korjaavia liikkeitä
Heikentynyt näkö	Kaihit, galukooma, hemianopsia, keskinäköalueen rappeuma, kyvyttömyys havaita reitillä olevia esineitä, jotka voivat aiheuttaa kaatumisia

Taulukossa 1 selvitetään kaatumisen ja loukkaantumisen riskitekijöitä, jotka ovat lähtöisin ihmisestä itsestään. Terveystilan lisäksi kaatumisen riskitekijöitä on ympäristössä. Kodissa olevia vaaratekijöitä ovat portaat, kynnykset ja maton reunat. Kodin ulkopuolella olevia tekijöitä ovat liukkaat kadut, jalkakäytävän reunat ja portaat. (Käypä hoito 2006.) Suurienergisiä murtumia lukuun ottamatta lonkkamurtuman altistavana osatekijänä on lähes poikkeuksetta osteoporoosi. Tavallisimpia vammamekanismeja ovat kaatuminen, liukastuminen, kompastuminen tai putoaminen sängystä. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä 2002.)

Dementoituvalla on suuri riski kaatua ja saada lonkkamurtuma, sillä dementian edetessä ikääntyneen ihmisen toimintakykyä voivat laskea esimerkiksi kipu, sairaudet, puutostilat ja mieliala. Dementoituva ikääntynyt ihminen kaatuu helposti, koska askel on lyhentynyt, kävely hidastunut sekä reaktiokyky ja tasapaino heikentyneet. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen, Sulkava, R. & Tilvis, R. 2001.283-286)

Tupakoivilla, laihoilla, vähän liikkuvilla ja korkean iän saavuttaneilla henkilöillä on erityinen riski murtaa lonkkansa kaatuessaan (Käypä hoito 2006).

Ikääntyneiden kaatumistapaturmia on pystytty vähentämään, kun riskiryhmiin on kohdennettu terveystarkastuksia, lihasvoiman ja tasapainon harjoittamista, muutostöitä kodeissa, lääkityksen tarkastamisia ja terveysneuvontaa sekä apuvälineiden käytön ohjausta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58). Luuston kuntoon vaikuttavien D-vitamiinin ja kalsiumin saanti on liian vähäistä suomalaisilla. Aikuisten tulisi liikkua päivittäin noin 30 minuutin ajan. Säännöllinen liikunta auttaa esimerkiksi ylläpitämään toimintakykyä, luun tiheyttä, vahvistaa tukikudoksia aktivoimalla verenkiertoa ja luuston aineenvaihduntaprosessia, parantaa koordinaatio- ja tasapainokykyä, sekä ehkäisee siten kaatumisia ja niiden aiheuttamia murtumia. Lonkkamurtumien syntymisen estämiseen olisi panostettava sekä inhimillisistä, että taloudellisista syistä (Hinkkurinen, Kajander, Karjalainen, Lundell, Lüthje, Nurmi-Lüthje, Pelkonen, Salminen & Salmio 2007, 3435).

2.2 Lonkkamurtumien ilmaantuvuus, kustannukset ja paranemisprosessi

Lonkkamurtumia todetaan Suomessa vuosittain noin 7500. Noin 70–80 % potilaista on yli 75-vuotiaita, heistä noin 70 % on naisia (Käypä hoito 2006).

Pitkäaikaishoidossa ilmaantuvien lonkkamurtumien kohdalla ei esiinny eroavaisuuksia sukupuolten välillä (Sund 2006, 1086–1087). Vuosien 1968–1998 välillä lonkkamurtumien ilmaantuvuus viisinkertaistui (Luthje 2003, 10).

Lonkkamurtumapotilaista naiset ovat keskimäärin noin 80-vuotiaita ja miehet noin 75-vuotiaita (Käypä hoito 2006). Tämänhetkisten tilastojen mukaan lonkkamurtumien ilmaantuvuus ja esiintyvyys näyttäisi olevan laskemassa, kuten muista pohjoismaisista tutkimuksista nähdään. Yksittäisiä selityksiä ilmaantuvuuden tasoittumiselle ei voida esittää. Mahdollisia syitä arvioidaan olevan useita. Alhainen painoindeksi (BMI) on voimakas riskitekijä. Yhden yksikön nousu väestön painoindeksissä laskee ilmaantuvuutta noin 7 %. Suomalaisten lisääntynyt keskipaino ja lihavuus osaltaan ovat vähentäneet lonkkamurtumien ilmaantuvuutta. Tiettyinä ikäkausina lonkkamurtumariski on suurentunut ja riskialttiiden ikäryhmien arvioidaan nyt vähentyneen. 1990-luvulla aloitettu terveyden edistäminen näkyy lonkkamurtumatilastoista. Tupakointi on vähentynyt, liikunta lisääntynyt, kalkkia ja D-vitamiinia käytetään enemmän sekä hormonikorvaushoidot ja luulääkkeet ovat lisääntyneet. Ikääntyneiden ihmisten vuoksi tehtyjä kaatumistapaturmien ehkäisytoimia voidaan pitää yhtenä merkittävänä tekijänä. Kaatumisvammoja on pyritty minimoimaan esimerkiksi lonkkasuojaimilla. Kaatumistapaturmien määrään on pyritty vaikuttamaan vähentämällä ikääntyneillä ihmisillä keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä, lisäämällä voima- ja tasapainoharjoittelua, näkökykyä parannetaan kaihileikkauksilla, liikkumisen turvallisuutta on lisätty kenkien liukuesteillä sekä kaatumisen riskitekijät on pyritty poistamaan ympäristöstä. (Kannus 2006.)

Pohjois-Kymenlaaksossa Kuusankosken aluesairaalassa 1999 aloitetussa noin vuoden kestäneessä tutkimuksessa tutkittiin 106 lonkkamurtumapotilaan hoitomuotoja ja kustannuksia. Lonkkamurtuman jälkeen ensimmäisen vuoden hoitokustannukset ovat suuret. Merkittävä muutos on huomattava toimintakyvyn lasku useilla lonkkamurtumapotilailla. Hoitokustannukset on laskettu vuoden 2003 kustannusarvion mukaan. Erikoissairaanhoidon kustannukset olivat keskimäärin 3325€/potilas. Erikoissairaanhoidon kustannukset kokonaiskustannuksista olivat 23 %. Keskimääräiset ensimmäisen vuoden aikana tapaturmasta aiheutuneet kustannukset olivat 14 410€ potilasta kohden. Ennen murtumaa kotona asuneiden, mutta murtuman seurauksena pysyvästi laitoshoitoon siirtyneiden keskimääräiset

kustannukset potilasta kohden olivat 35 683€ ensimmäisen vuoden aikana tapaturmasta. (Lüthje 2003, 10-11.)

2.3 Lonkkamurtumatyypit ja hoitovaihtoehdot

Lonkkamurtumadiagnoosi varmistetaan kliinisellä tutkimuksella ja röntgenkuvauksen avulla. Potilaalle lonkka on usein kivulias sitä liikuteltaessa. Röntgentutkimukseen kuuluu lonkan sivukuva sekä AP-kuva, joka on edestäpäin otettava röntgenkuva. Joskus tapaukset voivat olla kliinisesti epäilyttäviä ja silloin on hyvä turvautua vielä uusittaviin röntgenkuviin 24-48 tunnin kuluessa tai diagnoosin varmistamiseen magneettikuvan avulla. (Käypä hoito 2006) Jos murtuma on dislokoitunut, voidaan raajassa havaita ulkoisesti tyypillinen virheasento eli lyhentymä ja ulkorotaatio (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä 2006).

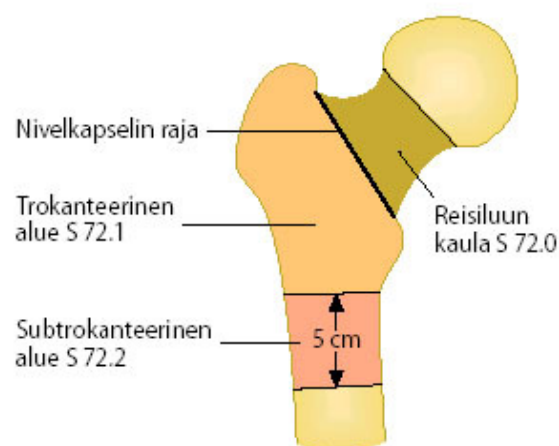
Lonkkamurtumapotilaan hoidon tavoitteena on saada potilaan liikuntakyky palautettua mahdollisimman hyvin. Lonkkamurtuma hoidetaan lähes aina operatiivisesti. Kyrölän (2005) mukaan leikkausmenetelmän valintaan vaikuttavat murtumatyyppi, potilaan kunto, murtuman stabiilitteetti, potilaan ennuste liittyen muihin jo olemassa oleviin sairauksiin sekä luun laatu ja diagnoosin viive (Kovanen, Kyrölä, Rossi & Tyrväinen 2005, 6). Toipumisennustetta parantaa lonkkamurtuman korjausleikkaus ensimmäisen vuorokauden aikana tapaturmasta. Nopealla leikkausaikataululla pystytään vähentämään komplikaatioiden ja kuolleisuuden määrää. (Käypä hoito 2006.)

Reisiluun yläosan murtuma jaetaan intrakapsulaarisiin ja ekstrakapsulaarisiin. Intrakapsulaarisia ovat reisiluun kaulan murtumat, jolloin murtumalinja on lonkkakapselin sisäpuolella. Reisiluun kaulan murtumat (kuvio 1) jaetaan dislokoitumattomiin ja dislokoituneisiin. Dislokoitumattomissa operatiivisena hoitona on yleensä osteosynteesi (luupirstaleiden kiinnittäminen) kanyloidyin ruuvein Tällöin leikkaus sallii varhaisen mobilisaation sekä varauksen koko painolla. Dislokoituneet hoidetaan sementti kiinnitteisellä puoliproteesilla. Jos potilaan odotetaan olevan aktiivinen, elävän pitkään, hänellä on nivelreuma tai lonkka-artroosi, voi totaaliartroplastia (kokoproteesi) olla parempi vaihtoehto. (Käypä hoito 2006.)

Murtuman vastakkaisten luun päiden siirtyessä osaksi tai kokonaan pois paikoiltaan, reisiluun kaulan murtuma on dislokoitunut. Tällaisen murtuman yhteydessä voi tulla kovat kivut ja murtunut raaja saattaa olla lyhentynyt sekä kiertyä ulospäin. Suuri

verenvuoto on todennäköistä. Sokin vaara tulee huomioida verenvuodon ja kipujen takia. Päinvastoin kuin dislokoituneessa, dislokoitumattomassa voi jalalla pystyä varaamaan ja kipu tuntuu lähinnä arkuutena. Verenvuoto on vähäisempää murtuman luun päiden pysyessä paikoillaan. (Haukka, Kivelä, Pyykkö, Vallejo Medina & Vehviläinen 2006, 152.)

Reiden yläosan ekstrakapsulaariset eli trokanteeriset murtumat jaetaan stabiileihin ja instabiileihin. Stabiilissa murtumassa murtumakohta on tukeva, kun instabiilissa murtumakohta on epävakaa ja hetkuva (Rasku, Sopanen & Toivola 1999, 197-198). Trokanteeristen murtumien (kuvio 1) murtumalinja tai linjat menevät sarvennoisten kautta tai niiden välissä, ollen kuitenkin pienen sarvennoisen alareuna tason yläpuolella. Trokanteeriset murtumat hoidetaan yleensä levy-liukuruuvi- tai ydinnaula-liukuruuvi-osteosynteesillä (Honkonen 2007). Subtrokanteerisessa murtumalinja kulkee sarvennoisalueen alapuolella pienestä sarvennoisesta 5cm distaalisuuntaan. Subtrokanteerinen murtuma hoidetaan usein pitkällä ydinnaulalla. (Käypähoito 2006.) Kyrölän (2005) mukaan subtrokanteerisia murtumia on vain noin kymmenesosa lonkkamurtumista. Hänen mukaan kyseessä on varsin usein hyvin instabiili murtuma ja toipumisaika lonkkamurtumista pisin, koska varausrajoitusta on pitkään sekä täyspainovaruksen luvan voi antaa vasta kolmen kuukauden kuluttua murtumasta. (Kovanen ym. 2005, 9)



KUVIO 1 Reisiluun yläosan murtumien jaottelu ja luokitus (ICD 10). Kuva edestä. (Käypä hoito 2006)

3 LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOKETJU

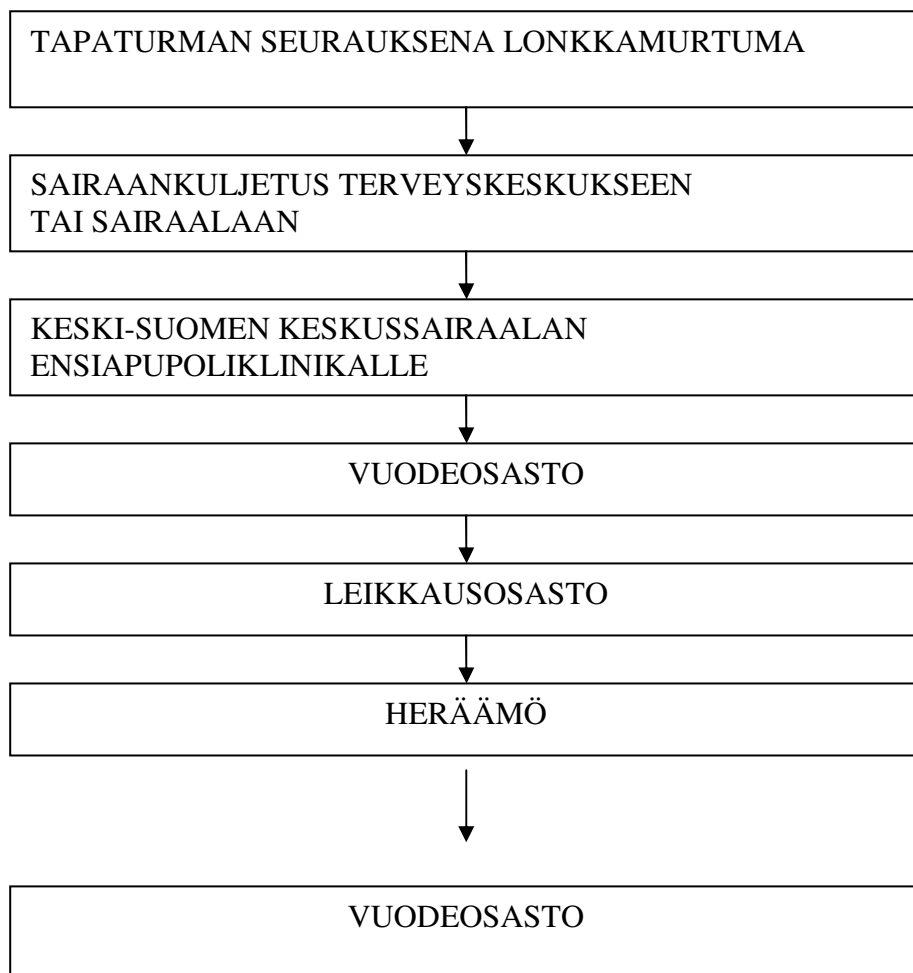
Hoitoketjulla tarkoitetaan kaikkia potilaan saamia palveluja ja hoitoja, sairaalahoitoa ja lääkkeitä. Hoitoketjun tavoitteena on luoda laadukkaana hoidon kokonaisuus. Se koskee yksittäisen potilaan tai sairauden potilasryhmän hoitoa. Hoitoketju määrittää terveydenhuollon eri toimialojen välillä, kuka antaa hoitoa ja missä. Käypä hoitosuosituksen antavat yleisohjeet, miten potilaita tulee hoitaa, kuitenkin alueellisia eroja on. Potilaan kannalta hoitoketju toimii hyvin, kun saadaan tavoitteet toteutettua ja potilas kotiutettua. Näin turha palvelujen käyttö jää pois ja potilasta ei siirrellä paikasta toiseen. (Suomen akatemia 2006.)

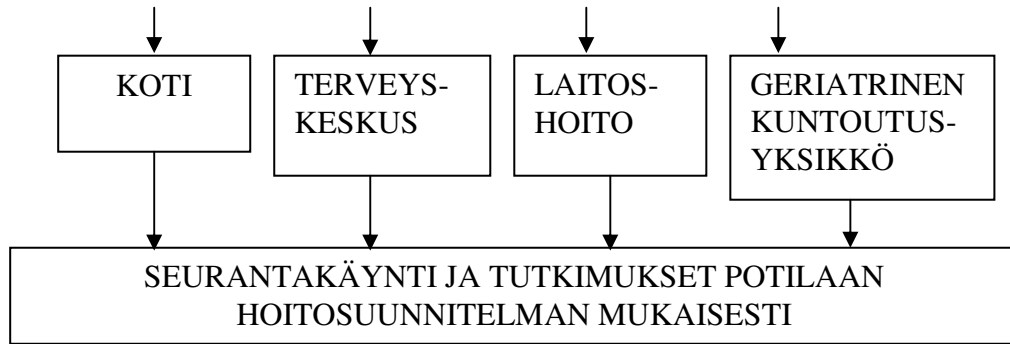
On tärkeää hahmottaa, mistä potilas on tulossa ja minne hänen seuraavaksi tulee mennä. Hoitoketju varmistaa, että potilaan hoito järjestetään oikealla tavalla, tieto potilaasta kulkee ja yhteistyösopimukset pitävät. Hoitoketjut ovat toimintaohjeita, jotka määrittelevät potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden tehtävät. Hoitoketjun tarkoitus on varmistaa hoidon saatavuus, laatu ja moniammatillisten työntekijöiden työrauha. Hoitoketju varmistaa tasa-arvon toteutuminen potilaan hoitoon pääsyssä, helpottaa toimintaa työntekijöiden vaihtuessa, tukee hoitohenkilökunnan päätöksentekoa, tehostaa viestintää ja tukee hyvien hoitotulosten saavuttamista. Hoitoketjut laaditaan moniammatillisessa yhteistyössä ja siinä määritetään tietyn sairauden hoidon työnjakoa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä. Palveluketju on saman asiakkaan tietyn tarvekokonaisuuden hoitoon keskittyvä palveluprosessien kokonaisuus, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon ja sosiaaliturvan samaan tarvekokonaisuuteen liittyvät palvelut liitetään toisiinsa. (Ketola, Mäntyranta, Mäkinen, Voipio-Pulkki, Kaila, Tulonen-Tapio, Nuutinen, Aalto, Kortekangas, Brander, & Komulainen 2007, 7, 26)

Hyvään hoitoon kuuluvat hyvä perushoito, henkinen tuki, kipua aiheuttavien oireiden hoito ja ymmärrettävä suhtautuminen, sekä tarvittaessa ohjaus. Hyvässä hoidossa asiakas tuntee olevansa turvallisissa käsissä ja että häntä hoidetaan sekä kohdellaan hyvin. Hyvässä hoidossa asiakasta ja hänen omaisiaan ymmärretään ja heidät hyväksytään. (ETENE 2001.) Laadukkaassa hoidossa potilaalle on aina tarjottava hänen tarpeisiinsa parhaiten vaikuttava hoito (Terveys- ja sosiaalipolitiikka, 2006). Hoito on laadukasta kustannusten ollessa alhaiset, tulokset ovat hyvät sekä potilas tyytyväinen saamaansa hoitoon (Euroopan yhteisöjen komissio, 2001).

Opinnäytetyössä käytetään sanaa laadukas hoito kuvatessa hoitotyön prosessia ja tarkasteltaessa hoitotyön laatua.

Hoitoketju kuvaa hoidon eri vaiheita. Hoitoketjua kuvaamalla voidaan selkeyttää hoidon ajallista etenemistä, hoidon koordinoitua ja hoitokontaktien määrää. On tärkeää tuntea hoitoketju, jotta alku ja loppu muodostavat kokonaisuuden ja jotta potilaan hoidon jatkuvuus voidaan turvata. Hoidon ensimmäisistä hetkistä alkaen on suunniteltava potilaan kotiuttamista, sillä se osaltaan vaikuttaa potilaan hoitoon. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 56-59.) Pitää muistaa, että vain osa potilaista sopii ennalta suunniteltuun hoitoketjuun. Potilaan hoitoketjun muodostumiseen vaikuttaa potilaan toimintakyky erikoissairaanhoidon osuuden päättyessä, kuten hoitoketjukaaviosta nähdään (kuvio2). Hoitoketjujen kehittämisellä voidaan parantaa ikääntyneiden ihmisten kotiutumistuloksia, sillä selkeiden, valmiiden hoitoketjujen avulla ikääntyneen potilaan hoito on laadukkaampaa ja hoidon tavoitteet ovat kaikkien tiedossa. Monisairaiden ikääntyneiden ihmisten määrä kasvaa erikoissairaanhoidossa ja heidän laadukas hoitonsa edellyttää kokonaisuuden arvioimista ja useamman sairauden hoitamista. (Koponen 2003, 68-70.)





KUVIO 2: Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku (Mukaiillen Käypä hoito (2006) sekä Kovanen ym. (2005).)

Lonkkamurtumapotilaiden hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä. Jotta tavoitteiden mukainen hoito ja kuntoutus saavutetaan, on edellytettävä terveydenhuoltojärjestelmän sisällä saumatonta tiedonkulkua ja moniammatillista yhteistyötä lonkkamurtumapotilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. (Käypä hoito 2006.)

Hoidon eteneminen tapaturmasta jatkohoitoon

Tapaturman jälkeen hälytetään paikalle apua. Terveyskeskuksessa tai laitoksessa asuvalle avun saaminen on helpompaa kuin kotona yksin asuvalle. Tapaturmapaikalla olevat antavat ensiapua ennen ambulanssin saapumista. Ikääntynyt ihminen tutkitaan paikassa, jossa tapaturma on sattunut. Ensihoitajat tekevät ensiaputoimenpiteet ja siirtävät ikääntyneen ihmisen jatkohoitopaikkaan terveyskeskukseen tai keskussairaalaan. (Haukka 2006, 153.)

Päivystyspoliklinikalla murtunut raaja on tuettuna, ikääntynyttä potilasta rauhoitellaan ja hänen olonsa pyritään tekemään turvalliseksi. Yleisvointia ja tajunnantasoja seurataan. Päivystävä lääkäri tutkii tilanteen ja ohjaa jatkotutkimuksiin. Päivystyspoliklinikalla otetaan röntgenkuvat ja muut tutkimukset sekä selvitetään, mistä kaatuminen johtui. Tarvittavat röntgenkuvat on voitu ottaa jo terveyskeskuksessa. Lonkkamurtuma pyritään korjaamaan leikkauksella heti ensimmäisen vuorokauden kuluessa (Käypä hoito 2006). Kyrölän (2005) mukaan lähes kaikki lonkkamurtumat korjataan operatiivisesti, jotta kipua saadaan hallintaan ja

toimintakyky palautuisi nopeasti. Lääkäri tekee potilaalle leikkaussuunnitelman. Lääkäri antaa ohjeistuksen nesteytyksestä ja muusta lääkityksestä, esimerkiksi kivunhoidosta. Nesteytystä toteutetaan iv-kanyylin kautta sekä potilaalle tilataan tarvittaessa leikkausta varten kaksi yksikköä punasoluja sekä tarvittavia laboratorionkokeita. Omaisille tiedotetaan potilaan tilasta. Potilas siirretään vuodeosastolle odottamaan leikkausta. (Kovanen ym. 2005 6,19,23-25.)

Vuodeosastolla tehdään preoperatiiviset valmistelut sekä täydennetään tutkimuksia, jos päivystyspoliklinikalla on jäänyt jotain tutkimuksia ottamatta. Nesteytystä jatketaan ohjeiden mukaisesti ja potilaan kivunhoidosta sekä perussairauksien hallinnasta huolehditaan. Vuodeosaston hoitotyötä ohjaavat periaatteet ovat yksilöllisyys, omatoimisuus, turvallisuus, vastuullisuus ja hoidon jatkuvuus (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2007). Vuodeosastolta potilas viedään leikkausosastolle lonkkamurtuman operatiiviseksi korjaamiseksi. Leikkauksen jälkeen potilas siirretään heräämöhön. Heräämössä huolehditaan potilaan vitaalielintoiminnoista, nesteytyksestä, asentohoidosta sekä kipulääkityksestä. Heräämöstä potilas siirretään vuodeosastolle ja postoperatiivinen hoito alkaa. (Kovanen ym. 2005,1.) Leikkaushoidon hoitotyön ohjaavina periaatteina on turvallisuus, yksilökeskeisyys, humanisuus ja luotettavuus (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, 2007).

Leikkauksen jälkeinen kuntoutuksen ja mobilisaation on hyvä alkaa ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Vuodeosastolla huolehditaan potilaan perushoidosta hoitosuunnitelman mukaisesti ja hoidetaan mahdolliset komplikaatiot, kunnes potilas siirtyy jatkohoitoon tai kotiutuu. Tavoitteena on, että potilas voi palata entiseen elinympäristöönsä mahdollisimman nopeasti. Lonkkamurtumapotilaan tavoitteellisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman tulee sisältää kuntoutuksen jatkumisen avohoidossa tai jatkohoitopaikassa. Tarvittava jälkiseuranta toteutetaan potilaskohtaisesti kirurgian poliklinikalla. (Käypä hoito 2006.)

4 IKÄÄNTYNEEN POTILAAN TERVEYDEN JA TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ

Terveyttä voidaan lähestyä eri näkökulmista (Iivanainen ym. 2006, 68). Maailman terveysjärjestö määrittelee terveyden fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, emotionaalisenä ja hengellisenä hyvinvointina, joka vaihtelee elämän eri vaiheissa

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15). Terveyttä voidaan pitää selviytymisenä kullekin ikäkaudelle ominaisista työ- ja toimintakyvyn vaatimuksista huolimatta sairauksista ja elämänlaatua heikentävistä häiriötekijöistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15). Termiä hyvinvointi voidaan käyttää silloin, kun halutaan puhua terveydestä laajana, moniulotteisena käsitteenä. (Iivanainen ym. 2006, 49.)

Ikääntyvää ihmistä tarkasteltaessa tulee esille käsite toimintakyky. **Toimintakyvyllä** tarkoitetaan koko elimistön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintaa. Toimintakyky voidaan ymmärtää ikääntyvän ihmisen kykynä selviytyä päivittäisistä askareista. Arkiaskareilla voidaan käsittää esimerkiksi portaiden nousu, peseytyminen ja kaupassa asiointi. (Pohjolainen 2004.)

Ihmisen vanhenemisprosessi alkaa varhain ja etenee vuosi vuodelta. On olemassa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista vanhenemista. Iän myötä aistitoiminnot ja sydämen toiminta heikkenevät, hengitys muuttuu tehottomammaksi, suun limakalvo ohenee, syljen erityys vähenee, luusto haurastuu, lihasten voima vähenee ja sukupuolitoiminnot heikkenevät. Iän mukanaan tuomat muutokset heikentävät toimintakykyä ja iän mukana tulee usein pitkäaikaissairauksia, jotka vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin. (Hervonen ym. 2001, 40, 121, 230, 167, 197, 224, 257, 315)

Vanhenemista ja vanhuuden kokemista määrittää kulttuuri. Vanhuksen ja ikääntyneen ihmisen määrittelyyn vaikuttavat myös maan elinajan odote. Nykykäsityksen mukaan vanhuskäsitteen kriteerit täyttää Suomessa 85-vuotias. Vanhuus voidaan tavallisimmin määrittää myös eläkeiän perusteella. Yhdistyneiden kansakuntien mukaan iäkäs on täyttänyt 60 vuotta. WHO:n ikärajana iäkkäille käytetään 65 ikävuotta. (Heikkinen & Heikkinen 1999). Opinnäytetyössä käytetään sanaa ikääntynyt ihminen ja tarkoitetaan sillä yli 60-vuotiasta.

Terveysten edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman terveytensä huolehtimisesta (Iivanainen ym. 2006, 49). Vertion (2003, 46) mukaan terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveyden huolehtimisessa. Terveysten edistäminen tulisi kansallisen hoitotyön strategian mukaan omaksua hoitotyön lähtökohdaksi. Terveysten edistämisen alkuna voidaan pitää Ottawa-Charter asiakirjan esittämiä strategioita. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 45.)

Terveyttä tulee edistää myös sairaaloissa. Sairaaloissa voidaan vielä keskittyä sairauksien hoitoon, mutta terveyskeskeisyys on tulossa entistä enemmän esille asioita käsiteltäessä. (Iivanainen ym. 2006, 48, 50) Terveyttä edistävä sairaala tarkastelee terveyttä kokonaisvaltaisesti, on ihmiskeskeinen, käyttää resursseja tehokkaasti, ottaa huomioon eri väestöryhmien erilaiset tarpeet sekä pyrkii parantamaan potilaiden ja omaisten hyvinvointia. (Vertio 2003, 113-125.) Ikääntyneiden ihmisten terveyden edistämisen tulee tukea heidän itsenäistä elämää heidän omissa kodeissaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 68). Terveyttä voidaan edistää lyhyellä tai pitkällä aikavälillä. Terveyttä välittömästi edistäviä toimenpiteitä ovat selkeät ohjeet, apuvälineet ja sosiaalinen tuki. (Vertio 2003, 133.)

Kun suunnitellaan, toteutetaan tai arvioidaan ikääntyneiden ihmisten terveyden edistämistä, on toimintakyky ja terveys nähtävä laajasti ikääntyneen ihmisen kokonaisvaltaisena tarkasteluna (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15).

Toimintakyky on suhteellinen ja subjektiivinen asia ja haitat, joita toimintakyvyn laskusta tai puutteista ilmenee, riippuvat paljon yksilöstä. Kun ikääntyneiden ihmisten toimintakyky paranee, sen seurauksena ikääntyneen ihmisen hoidon tarve siirtyy, jolloin palvellaan sekä ikääntyneen etua, mutta myös taloudellisesti hyödytään. (Matikainen, Aro, Huunan-Seppälä, Kivekäs, Kujala & Tola 2004, 18-20) Kun ikääntyneen toimintaedellytykset muuttuvat negatiivisesti, ei entisenlainen toiminta ole mahdollista, vaan tarvitaan mukautumista tilanteeseen ja uusia ratkaisuja (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 29). Ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn laskuun on puututtava varhaisessa vaiheessa ja näin voidaan ehkäistä toimintakyvyn vajausten syntymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 68).

Ikääntynyt ihminen tarvitsee muuttuneessa tilanteessa ja toimintakyvyn laskiessa ulkopuolisten apua ja mahdollisesti apuvälineitä. Toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistämiseksi pyritään löytämään tasapaino ikääntyneen ihmisen fyysisten ja psykososiaalisten toimintaedellytysten ja toimintatarpeiden sekä toimintaympäristön välillä. (Kettunen ym. 2002, 29.)

Suomessa terveystalouden tavoitteena on ollut lisätä toimintakykyisten elinvuosien määrää, vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja ja lisätä elämänlaatua. Eliniän odote onkin kasvanut, mutta erot eri väestöryhmien välillä ovat vielä havaittavissa. Terveystalouden 2015-ohjelmassa korostetaan ikääntyneiden ihmisten mahdollisuuksia

kehittää tietojaan ja itsehoitovalmiuksiaan, jolloin heidän elämänsä säilyy mahdollisimman itsenäisenä mahdollisimman pitkään. (Heikkinen & Marin 2002, 49-51) Tutkimusten mukaan alle 75-vuotiaiden perustoiminnoista selviytyminen on hyvää, mutta yli 75-vuotiailla selviytyminen huononee selvästi (Vertio 2003, 29). Ikääntyneiden hyvinvoinnissa on havaittavissa laskua. Tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista noin 40 % kärsii yksinäisyydestä. Yksinäisyys, masentuneisuus ja eristäytyminen liittyvät toisiinsa ja yhdessä ne johtavat toimintakyvyn laskuun, autonomian vähenemiseen ja ennen aikaiseen kuolemaan. (Noppari & Koistinen 2005, 19)

Itsemääräämisoikeus ja vapaus ovat olennainen osa elämää ja hyvinvointia. Riippuvuus muiden antamasta avusta heikentää ikääntyneen ihmisen mahdollisuuksia hallita omaa elämäänsä. (Kettunen ym. 2002, 53-55) Vanhenemisprosessi ja toimintakyvyn lasku ovat tärkeimpiä elämänlaatua heikentäviä ja itsenäisyyttä uhkaavia tekijöitä (Heikkinen 2002, 13). Myöhäisvanhuuteen liittyy usein puutteita toimintakyvyssä. (Noppari & Koistinen 2005, 15) Hyvä sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen on havaittu parantavan elämänlaatua ja vahvistavan toimintakykyä, jonka säilyminen on hyvin tärkeää ikääntyneen ihmisen laadukkaana ja onnellisen elämän kannalta (Heikkinen 2002, 13, 28).

5 IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMAPOTILAAN LAADUKAS HOITO ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

5.1 Hoito päivystyspoliklinikalla

Käypähoito suositusten mukaan heti lonkkamurtumapotilaan sairaalaan saapuessa on syytä selvittää lonkkamurtumaa edeltänyt toimintakyky, sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, nestetasapaino, ravitsemustila, lämpö, kivuliaisuus, virtsarakon toiminta, sairaudet, lääkitys sekä painehaavan riski (Käypähoito 2006). Potilaan tapaturmaan eli tässä tapauksessa kaatumiseen, on jokin syy ja se tulee selvittää, jotta voitaisiin mahdollisesti estää kaatumiset jatkossa. Käypä hoito suosituksessa on esitelty Splatt-luettelo tekijöistä, jotka lääkärin tulee saada selville tutkiessaan kaatumistapaturmaa (taulukko 2) (Käypä hoito 2006). Potilas ei välttämättä itse pysty antamaan syytä kaatumiselleen, joten selvittäessä on hyvä

kysyä tarkempia kysymyksiä, kuten mitä olitte tekemässä ennen kaatumista. Tärkeitä tutkittavia aiheita kaatumisen selvittämisessä ovat neurologinen tila, sydän- ja verenkiertoelimistön tila, fyysinen toimintakyky sekä näkökyvyn arvioiminen. Varsin usein polyfarmasia eli monen yhtäaikaisen lääkkeen käyttö altistaa kaatumisille. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2001, 286-287.)

Lääkäri varmistaa diagnoosin ja tekee leikkaussuunnitelman, johon hän hakee apua spesialisteilta. Potilas tullaan ilmoittamaan leikkaukseen ja osastolle kerrotaan potilaan saapumisesta jatkohoitoon. Ennen leikkausta potilaasta otetaan preoperatiiviset **laboratoriokokeet**: perusverenkuva, nestetasapaino, EKG, fs-urea, P-CRP, P-alb, veriryhmä, vasta-aineet, X-seer sekä verensokeri. Laboratoriokokeiden sisältö voi vaihdella osastoittain. Verensokeri voidaan ottaa osaston mittarilla. Tarvittaessa otetaan lonkan ja keuhkojen rgt. Lisäksi selvitetään hyytymistekijä (P-INR), PVL sekä tarvittaessa virtsasta vielä fb-gluk tai GM. Virtsa voidaan tutkia. Jos se viittaa löydöksiin, voidaan tehdä tarkemmat laboratoriokokeet. (Kovanen ym. 2003, 23.)

TAULUKKO 2. Kaatumistapaturman jälkeen selvitettävää. (Käypä hoito 2006)

SPLATT-luettelo kaatumistapaturman jälkeen selvitettävistä asioista
Symptoms (Oliko kaatuessa oireita?)
Previous falls (Aiemmat kaatumistapahtumat)
Location (Kaatumispaikka)
Activity (Mitä oli tekemässä?)
Time (Kaatumisaika)
Trauma (Kaatumisen seuraus)

Ikääntynyttä potilasta tutkittaessa kliinisen tutkimuksen sekä esitietojen ja oireiden keräämistä vaikeuttaa mahdollinen sekavuus, yleinen heikkous ja kivuliaisuus. Kliinisen tutkimuksen avuksi ja esitietojen tarkemmaksi selvittämiseksi kannattaa nähdä enemmän vaivaa, esimerkiksi ottamalla yhteyttä potilaan tunteviin tahoihin, kun potilas ei itse osaa kertoa tarpeeksi. Ensiksi on syytä varmistaa tietojen kysymiseen lupa potilaalta itseltään. Lähetteestä voi selvittää hyvät esitiedot sekä tapaturmaa edeltänyt toimintakyky. Varsin usein **lähete** on kuitenkin vajavainen.

Potilaan epäjohdonmukaiset vastaukset saattavat olla merkki muistihäiriöstä. Väestötutkimuksen 2005 mukaan joka 12. (8 %) 65 vuotta täyttänyt kärsii vaikeasta tai keskivaikeasta dementiaasta (Alhainen, Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2006, 23). Dementoituneen kanssa haasteita tuottaa potilaan heikentynyt kyky ymmärtää tapahtunut ja tapahtuvaa, heikentynyt kyky ilmaista itseään ja yhteistyökyvyn aleneminen sekä mahdollinen levottomuus. Hoitotyön heikko laatu vanhuspotilaiden kohdalla selittyy osaksi liian suppeilla taustatiedoilla ja kliinisellä tutkimuksella. (Koponen & Sillanpää 2005, 376-378.)

Äkilliseen tapaturmaan, kuten lonkkamurtumaan saattaa liittyä ohimenevä häiriötila, **delirium**, joka on iäkkäämmillä potilailla yleisempää kuin nuorilla. Deliriumin oireisiin luokitellaan häiriintynyt ajatustoiminta, muistihäiriöt, aistiharhat, huonontunut havainnointikyky, vaihteleva tajunnantaso, psykomotoriikan kiihtyminen tai heikkeneminen. Varteenotettavana deliriumia tarkkailtaessa on otettava huomioon potilaat, joilla on jo ollut aikaisemmin havaittavissa oireita dementiaasta. Päivystyksessä saattaa olla kiireistä ja rauhatonta sekä ympäristö on potilaalle vieras. Hoidon aloituksen odottelu saattaa lisätä deliriumin vaaraa. Ikääntynyt potilas on hyvä siirtää rauhattomasta päivystyksen tiloista jatkohoitopaikkaan deliriumin vaaran pienentämiseksi. Käypähoito (2006) suosituksen mukaan lonkkamurtumapotilaat tulee siirtää osastolle kahden tunnin kuluessa päivystykseen saapumisesta. (Koponen 2005, 378.)

Iäkkäämpien polyfarmasia aiheuttaa ongelmia kivunhoitoa suunniteltaessa. **Kivun hoito** tulee suunnitella ottaen huomioon muut sairaudet, elinvauriot, lääkitys sekä ikääntyneen muuttunut metabolia. Ikääntyneillä potilailla tulee herkemmin sivuvaikutuksia useimmista kivun hoidossa käytetyistä lääkkeistä, koska heidän keskushermosto on alttiimpi niiden haittavaikutuksille. Ikääntyneiden potilaiden lääkkeiden tarve on huomioitu olevan pienempi nuorempiin verrattuna, luultavasti opioidiherkkyyden ja farmakokineettisten tekijöiden vuoksi. Kivun ilmaisun kanssa voi olla ongelmia afasian, dementian tai depression vuoksi. (Kalso & Vainio 2002, 331.) Kivun hoidossa tulee huomioida potilaan rauhottaminen, turvallisuutta luova käyttäytyminen sekä **hyvä asento** (Rasku ym. 1999, 248)

Kipulääkitys aloitetaan yleensä parenteraalisella opioidilääkityksellä. Opioidilääkitys saattaa aiheuttaa sekavuutta sekä lamata hengitystä. Yksilöidenkin välinen ero

lääkkeen tehossa voi vaihdella, joten lääkitys on hyvä katsoa aina erikseen potilaasta riippuen (Finne-Soveri, Pitkälä & Tilvis 2006, 18). Tulehduskipulääkkeet saattavat ikääntyneellä potilaalla heikentää entisestään munuaisten toimintaa, saattaa ilmetä mahan ärsyyntymistä sekä suolistoverenvuodon vaara lisääntyä. Peruslääkkeenä käytetään parasetamolia. Pahoinvointilääke lisätään tarvittaessa (Kovanen ym. 2005, 24). Vetohoito saattaa helpottaa tilannetta erityisen kivuliaissa tapauksissa (Käypä hoito 2006).

Ikääntymisen takia lääkkeiden vaikutukset elimistössä ja niiden vaiheet saattavat muuttua eri tavoin. Farmakokineettisiä muutoksia, eli muutoksia lääkkeen vaiheissa, voidaan selittää ruuansulatuskanavan imeytymisen muutoksilla (hidastuu tai pysyy ennallaan), lääkkeiden poistumisen muutoksilla (maksan metabolian hidastuminen sekä munuaisten erityksen hidastuminen) sekä vaikutusajan pitenemisellä. Farmakodynaamisia muutoksia, eli muutoksia lääkkeen vaikutuksissa, voidaan selittää kohde-elinten vasteen muuttumisella, lääkeainepitoisuuden erilaisella vaikutuksella sekä piilevillä sairauksilla. Hoitajan keskeisenä tehtävä lääkehoidon toteutuksessa on käytön ohjaus, lääkkeen vasteen, sivuvaikutusten sekä kivun seuranta. Dementoituvan potilaan kipulääkitys jää riittämättömäksi, jos kipua ei seurata ja kirjata tarpeeksi säännöllisesti (Käypä hoito 2006). Lääkkeen käytön ohjaus on tärkeää, koska usein ikääntyneen saattaa olla hankalaa ymmärtää tarkkoja käyttöohjeita. Potilaan kivun tuntemus sekä opioidien tarve voi vähentyä ja vakavien sydäntapahtumien, kuten sydäninfarktin vaara pienentyä käytettäessä preoperatiivisena kivunhoitona epiduraali- tai johtopuudutusta (Käypä hoito 2006). Tavanomaista kipulääkitystä voi tarpeen vaatiessa tehostaa puudutuksen avulla. (Haukka ym. 2006, 223,370.)

Nestehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa huolehditaan veden, elektrolyyttien ja glukoosin perustarpeista, sekä vajausten ja jatkuvien menetysten korvaamisesta. (Alahuhta, Ala-kokko, Kiviluoma, Perttilä, Ruokonen & Silfvast 2006, 138).

Ikääntyneellä potilaalla nestevajaus voi tulla äkillisemmin vakavaksi kehon vähäisemmän nestemäärän vuoksi. Iäkkäällä vain noin 50–60% kehon painosta on vettä (Rasku ym. 2006, 50). Vuodon aiheuttaman sokin vuoksi on tärkeä tarkkailla tajunnantaso, pulssia, verenpainetta, ihon väriä sekä lämpötilaa. (Haukka ym. 2006, 152-154.)

Ikääntyneiden nestehoidossa on omia erityispiirteitä. Kehossa tapahtuu muutoksia ikääntyessä. Janon tunne on heikentynyt ikääntyneillä ihmisillä, johtuen janokeskuksen toiminnan muuttumisesta. Sydämen minuuttivirtaus laskee 30 ikävuoden jälkeen 1 % verran joka vuosi, siksi sinusrytmin pitäminen on oleellista ikääntyneellä minuuttivirtauksen turvaamiseksi. Isoissa nesteensiirroissa ikääntynyt potilas altistuu helposti hypotermialle huonontuneen verenkierron ja vähentyneen lihasmassan vuoksi. Riittävästä hapetuksesta huolimatta kylmyyden aiheuttama lihasvärinä saattaa lisätä elimistön hapenkulutusta jopa 300–800 %. Lisäksi iäkkäillä ihmisillä on munuaisten toimintakapasiteetti muuttunut huomompaan. Suodatuskyky alenee noin 6-8 % kymmenessä vuodessa, 80-vuotiaalla munuaisten suodatuskyky on noin 50 % nuoren ihmisen munuaisten suodatuskykyyn verrattuna. Verenkierto munuaisissa voi vähentyä jopa 70 % kuivuneella ikääntyneellä, vaikka verenpaine ei laskisi. On selvitetty, että noin 20 % perioperatiivisista ikääntyneiden kuolemista johtuu munuaisten äkillisestä vajaatoiminnasta. Ikääntyneillä kystiini C on varmempi mittauskeino munuaisten toiminnasta, kuin kreatiini. Ikääntymisen takia tapahtuvan hengityskapasiteetin alenemisen vuoksi kuivuneella keuhkosairaalla ikääntyneellä potilaalla on iso riski saada hypoksia. Diureesia ja verenkiertoa tulee seurata. Virtsan erityis on riittävä, kun sitä tulee 1ml/kg/h (ajoittain voi olla laskua 0,5ml ja 1ml välillä). (Alahuhta ym. 2006, 50-52, 212-214.)

Liikuteltaessa ja siirrettäessä ikääntynyttä potilasta tulee muistaa silkin ohut iho ja haurastuneet luut. Pelkkä luuston ja nivelten jäykkyys voivat aiheuttaa helposti kipua, jos hoitajan otteet ovat liian voimakkaat. Ohut iho, lonkkamurtuman aiheuttama liikkumattomuus sekä ikääntyneen potilaan huonontunut verenkierto altistavat herkemmin **painehaavoille**. Painehaavoilta välttymiseksi käypä hoito suosituksissa ohjataan suojaamaan potilaiden kantapäät ja lantio pehmeällä alustalla sekä suuren painehaavariskin omaaville potilaille suositellaan käytettävän painehaavoja estävää patjaa (Käypähoito 2006). On tärkeää kääntää potilasta usein ja tarkkailla ihon kuntoa, sekä puuttua alkaviin ihorikkoihin nopeasti (toim. Moreau 2003, 327-331). (Rasku ym. 1999, 244.)

Potilas on järkyttynyt ja peloissaan tapaturman jälkeen. **Omaisille** on hyvä ilmoittaa tapahtuneesta. Potilasta ja omaisia tulee rauhoitella ja on tärkeää korostaa potilaan paranemismahdollisuuksia sekä tehdä hänen olonsa turvalliseksi (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 710). Potilaan riittävä informointi helpottaa hoidon

odottelua ja yhteistyötä potilaan kanssa (Rasku ym. 1999, 33).

5.2 Preoperatiivinen hoito osastolla

Ennen leikkausta potilaan elektrolyyttitasapainon häiriöt korjataan sekä mahdollisuuksien mukaan korjataan sydämen vajaatoiminta ja diabeteksen huono tasapaino. Erikoispatjaa käytetään potilaan painehaavariskin kohotessa. (Käypä hoito 2006) Jokaisella potilaalla on **omahoitaja**, joka toimii potilaan pääasiallisena hoitajana. Hän antaa tietoa potilaan tilasta ja kuntoutumismahdollisuuksista. Omahoitaja tarkkailee ja haastattelee potilasta ja saa näin selville potilaan orientaation. Omahoitaja pyrkii selvittämään kaatumishetken tapahtumat yksityiskohtaisesti, jos niitä ei ole aikaisemmin saatu selville. (Pietikäinen, Heinonen, Karppi & Huusko 2003, 191-196.) Potilaan vastaanottaa osastolle omahoitaja. Potilas sijoitetaan vapaiden paikkojen mukaan mahdollisimman rauhalliseen paikkaan, jotta potilaan sekavuutta voidaan ehkäistä.

Potilaalle tehdään laboratoriokokeita ja tutkimuksia, joita päivystyspoliklinikalla ei ole otettu. Potilaan ja omahoitajan suunnitelmassa hoitosuunnitelmaa, tärkeitä ovat perusteellinen potilaan terveydentilan, henkisen ja sosiaalisen tilanteen selvitys sekä omaisten tuki hoidon eri vaiheissa (Holmia ym. 2004, 710). Tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelma voidaan laatia omaisen tai potilaan edustajan kanssa, tästä huolimatta suunnitelmat pyritään laatimaan keskustellen potilaan kanssa potilaan elämäntilanne ja voimavarat huomioiden (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 16). Potilaan yksityisyys turvataan mahdollisimman hyvin (esimerkiksi väliverhojen avulla) ja varotaan, että ei kavenneta ikääntyneen oikeuksia sairauden rajoitusten vuoksi. Tulee kunnioittaa ikääntyneen ihmisen arvoja ja toimintamalleja, jotka pohjautuvat hänen elämänsä historiaansa (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 231, 238, 242).

Ennen leikkausta leikkaava lääkäri tapaa potilaan ja kertoo tarkemmin hoitopäätöksestä potilaalle (Kovanen ym. 2005). Leikkausosastolla potilasta tulee vastaanottamaan yleensä leikkaustiimin sairaanhoitaja sekä anestesiahoitaja, joille hoitovastuu siirretään. Potilaasta annetaan leikkausosastolle sekä suullinen että kirjallinen raportti, joka sisältää olennaiset tiedot potilaasta ja kuunnellaan potilaan sen hetkiset tuntemukset ja toiveet. (Iivanainen ym. 2006, 472-473.)

Potilaan omaa tai hoitohenkilökunnan ilmoitusta on yleensä käytetty apuna dementiaa sairastavan potilaan kivun arvioinnissa. Jos dementia on pitkälle edennyt, potilaan omaan ilmoitukseen perustuva kivun arviointi on vaikeutunut potilaan heikentyneiden vuorovaikutustaitojen vuoksi. Tällöin apuna käytetään apuna käytöksen muutoksien havainnointia. Dementoituvalla potilaalla kipu voi näkyä ääntelynä, kasvojen ilmeiden, kehon kielen, kanssakäymisen, toimintojen ja mielentilan muutoksina. Kipu voi aiheuttaa huutelua, rauhattomuutta, masennusta, sosiaalista eristäytyneisyyttä ja heikentyneitä liikuntakykyä. Dementoituvan potilaan kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna RAI-järjestelmää tai PAINAD-mittaria. Kipu on aina subjektiivinen kokemus, myös dementoituvan potilaan kohdalla. Siitä, miten dementia muuttaa kivun kokemusta, ei ole tutkittua tietoa. On kuitenkin viitteitä siitä, että Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla kivun sietokyky on kasvanut. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan vähäisetkin käyttäytymisen muutokset voivat viitata potilaan kokemaan voimakkaaseen kipuun. Dementoituvan potilaan kohdalla pitäisi olla käytössä nykyistä tehokkaampi kivunlievitys, koska hänen kivuttomuuttaan ei voida taata. (Björkman, Palviainen, Laurila, & Tilvis 2007, 2547-2552.)

Lonkkamurtumapotilaan saapuessa sairaalaan ja leikkauspäätöksen varmistuessa potilaan **ravitsemus** hoidetaan suonensisäisesti ensimmäisen vuorokauden ajan. Leikkauksen odotuksen pidentyessä lääkäri ohjaa suonensisäisessä nesteytyksessä ja ravitsemuksessa. (Kovanen ym. 2005, 12, 29) Ravitsemuksen vaativat tarpeet voi täyttää postoperatiivisesti, mutta preoperatiivisesti tulee korjata neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt ja veren hyytymistekijätasot sekä huolehtia riittävästä veritilavuudesta. Nestehoidossa huomioidaan aikaisemmat nesteen siirtymät ja verenvuodot. Hemoglobiinin tarpeeksi korkean arvon ja sydämen minuuttitilavuuden turvaamisella on hyvä varmistaa kudoshapetus. Anemian korjausta punasolusirroilla tulee harkita, jos hemoglobiini laskee alle 80g/l (Käypä hoito 2006). Leikkausten aikaista ja jälkeistä sairastavuutta ja jopa kuolleisuutta pyritään vähentämään riittävällä nestehoidolla. (Alahuhta ym. 2006, 136-138.)

Laskimotukoksia ja keuhkoembolian vaaraa pyritään minimoimaan tromboosiprofylaksia lääkityksellä. Lääkityksen toteutus voi vaihdella potilaasta riippuen. Tromboosiprofylaksia lääkitys kestää 7vrk jopa 42vrk:een. Lääkitys siis jatkuu koko sairaalajakson ajan. Lääkityksen lisäksi veritulpan vaaraa vähennetään

antiemboliahoitosukkiavien avulla. Hoitosukkiavien tuomaa ehkävisevää vaikutusta voidaan lisätä pitämällä sukkiavien koko immobilisaation tai jopa koko sairaalajakson aikana. Laskimotukosten ehkäviseyyn hoitajat neuvovat lihasharjoittelua sekä pneumonian ehkäviseyyn hengitysharjoituksia (Holmia ym. 2004, 711). Lonkkamurtumapotilailla tromboosiriskiluokituksen mukaan on erittäin korkea perifeerisen (40–80%) ja proksimaalisen (10–20%) tromboosin riski sekä erittäin korkea fataalin keuhkoembolian (1-5 %) riski (Säynäjäkangas 2003, 335). (Käypä hoito 2006.)

Antibioottiprofylaksialla pyritään vähentämään leikkausten jälkeisiä infektioita. Yleinen postoperatiivinen infektio on haavainfektio, jonka ehkäviseyn tärkein osa on aseptinen leikkaustekniikka. Haavainfektioita voidaan ehkäviseä antibioottiprofylaksialla. Antibioottiprofylaksia tulee antaa 1,2 ja 3 puhtausluokan toimenpiteissä, joissa laitetaan potilaaseen vierasesine. Lonkkamurtuman korjausleikkauksessa laitetaan aina potilaaseen vierasesine, kuten ydinnaula tai puoliproteesi. Antibioottiprofylaksia annetaan lähellä toimenpidettä, eikä sitä ole syytä jatkaa leikkauksen loppumisen jälkeen, jotta ei resistenttejä kantoja pääse syntymään niin helposti. Antibioottiprofylaksiaa suunniteltaessa kysytään potilaan mahdolliset allergiat lääkeaineille, jotta vakavilta allergisilta reaktioilta vältyttäisiin. (Saarela 2004) Verisiirteen käyttö saattaa lisätä infektoriskiä (Käypä hoito 2006). Esilääkitys annetaan noin tunti ennen toimenpidettä. Esilääkkeitä määrätessä otetaan huomioon anestesiaamuoto, toimenpide, aikaisempi lääkitys ja potilaan ikä, fyysinen sekä psyykinen tila. Esilääkkeen tarkoituksena on vähentää toimenpiteeseen liittyviä pelkoja, poistaa kipua, lievittää jännitystä sekä rauhoittaa ja rentouttaa. Lisäksi voidaan antaa mahaa neutralisoivia lääkkeitä sekä pahoinvointilääkkeitä. (Iivanainen ym. 2006, 472.)

Painehaavojen ennaltaehkävisey on tärkeää, sillä painehaavat aiheuttavat potilaalle kärsimystä, hoitavalle taholle rasitetta ja yhteiskunnalle taloudellisia menoja. Paineen voimakkuuteen ja keston vaikuttavat potilaan aktiviteetti, mobiliteetti ja henkinen tilanne/ tajunnan taso. Kudoksen paineensietokykyyn vaikuttavat muun muassa inkontinenssi ja ravitsemus. (Lepistö 2002, 10-13.) On saatu näyttöä siitä, että ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kantapäiden painehaavojen syntyä voidaan ehkäviseä vähentämällä kantapäiden painetta kohottamalla kantapäitä. Painehaavojen ehkäviseyssä erikoispatjojen käytöllä on suuri rooli. Painehaavojen syntymisen riskitekijöitä ovat aiempi painehaava, iho-ongelmat, rajoittunut liikkuminen, vajaa ravitsemus, riittämätön nesteytyy, kipu, syöpä, rauhoittava lääkitys, kiputunnon

rajoittuminen, vatsan ja lantion alueen valtioahtautumat, hankaus ja kitka. (Pukki 2006, 30-32.)

5.3 Hoito leikkausosastolla

Leikkaus voidaan nähdä ainutkertaisena **moniammatillisessa yhteistyössä** tapahtuvana toimintakokonaisuutena (Kovanen ym. 2005, 32). Poliklinikalla tai vuodeosastolla on laadittu hoitosuunnitelma, jonka yksi vaihe toteutetaan leikkausosastolla. Aiemmin kerätyt tiedot siirtyvät suullisesti ja kirjallisesti hoitoyksiköstä toiseen hoidosta vastaaville hoitajille. Aikaisemmin kerätyt tiedot vaikuttavat olennaisesti potilaan hoitoon leikkausosastolla. (Iivanainen ym. 2006, 475.)

Potilas siirretään leikkaussaliin. Potilas ohjataan turvallisesti siirtymään leikkauspöydälle, siirrossa auttavat leikkaussalin hoitajat. Potilaan vierellä on koko ajan joku vastaamassa potilaan turvallisuudesta. Yleisanestesiassa tai tajuttomana olevan potilaan hyvinvoinnista huolehditaan elintoimintoja tarkkailemalla ja tukemalla niitä. Hereillä olevaa potilasta informoidaan hoidon kulusta sekä hänen elintoimintojansa seurataan. Jokaisella hoitajalla on leikkauksen valmisteluissa, sen aikana sekä sen jälkeen selkeät määritellyt tehtävät. (Iivanainen 2004, 476-481.)

Leikkaus sekä anestesia voivat saada aikaan muutoksia potilaan fyysiseen hyvinvointiin ja elintoimintoihin. Tarkkailemalla potilaan tuntemuksia ja havainnoimalla fyysisiä muutoksia saadaan paljon tietoa siitä, miten potilasta tulee auttaa. Lonkkamurtuma on äkillinen tapahtuma ja leikkaus tulee potilaalle eteen hyvin pienellä aikavarauksella, sen takia potilas tarvitsee emotionaalista tukea hoitajilta. (Iivanainen ym. 2006, 473-475.)

Potilaan voinnilla, kuten lämmöllä ja nesteytyksellä, on merkitystä potilaan myöhempään hoitoon ja infektioiden syntyyn. Anestesiahoitaja huolehtii potilaan **lämpötaloudesta** (potilaslämmittimet, lämpimät peitot ja i.v. nesteet), koska yleisanestesiassa oleva potilas eikä puudutettu alue tuota ollenkaan lämpöä leikkauksen aikana (Iivanainen ym. 2006, 481). Leikkauksen aikainen oikean lämpötilan ylläpitäminen ehkäisee leikkausalueen infektoita. Noin 10–15%

nestevolyymien menetys leikkauksen aikana tekee potilaasta riskipotilaan. Hyvä nesteytys estää septisiä komplikaatioita. Diabetesta sairastavilla potilailla on kasvanut riski saada leikkausalueen infektio ja leikkauksen aikainen korkea verensokeri ennustaa infektiota. (Rantala 2002, 18-19.)

Lonkka- ja polvileikkauksissa käytetään usein spinaali- tai epiduraalipuudutusta (Kalso & Vainio 2002 239). Yleisanestesiaa voidaan käyttää (Käypä hoito 2006). Epiduraalipuudutusten käyttö on lisääntynyt toimenpiteisiin liittyvien kipujen hoidossa, mutta on hyvä muistaa epiduraalipuudutusten altistavan painehaavalle, vaikka muita painehaavan riskitekijöitä ei olisikaan havaittavissa (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 187). Ikääntyneen anestesiaa suunniteltaessa ja sen toteutuksessa otetaan huomioon fysiologiset muutokset, krooniset sairaudet sekä niiden hoito (Alahuhta ym. 2001, 682).

Leikkausalueella tapahtuvan eksudaation, virtsanmuodostuksen sekä haihtumisen takia potilas menettää vettä sekä elektrolyyttejä leikkauksen aikana. Potilas menettää myös kudostrauman seurauksena tulehdusnestettä (eksudaattia), joka sisältää runsaasti proteiineja. Leikkausstressi vaikuttaa munuaisiin lisäten veden ja natriumin takaisin imeytymistä, joten on hyvä tarkkailla mahdollista hyponatremiaa. Leikkausstressin aiheuttamana kapillaarisuonten läpäisevyys kasvaa siirtäen helpommin solunsisäistä nestettä solunulkoiseen tilaan. Veritilavuus on tärkeää pitää riittävänä, jotta verenvirtaus ei keskity vain keskeisiin elimiin sekä kudosten riittävä perfuusio ja hapetus olisi kohdallaan. Lonkkamurtumaleikkauksissa yleensä käytettävän spinaali- tai epiduraalipuudutuksen seurauksena tapahtuu sensorinen puutuminen sekä sympaattisen hermoston salpaus, laskimoiden laajentuminen ja verenpaineen lasku. Verenpaine laskee varsinkin korkealle leviävissä puudutuksissa. Liian runsas nesteytys on haitaksi. Se lisää nesteen siirtymistä verisuonien sisältä soluvälitilaan ja vaikuttaa kudosturvotukseen. Liiallisen nesteytyksen haittavaikutukset voivat ilmetä keuhkokuumeena, haavainfektiona tai keuhkoödeemana. Lonkkaleikkausten jälkeisiä komplikaatioita voidaan vähentää ja paranemista nopeuttaa, jos nestehoidon ohjauksessa käytetään sydämen vasemman kammion iskuilavuuden mittaustuloksia. (Alahuhta ym. 2006, 136-140.)

Kyrölän (2005) mukaan lonkkaproteesien laitto leikkaussalissa tehdään posteriorisesta (taka-avaus, eteläinen avaus) tai vastaavasti anteriorisesta (etu-avaus, Hardingen-

avaus) leikkausavauksesta (Kovanen ym. 2005, 8). **Leikkausasennon** tulee olla toimenpiteen mukainen. Kylkiasentoa käytetään lonkan tekonivelen laitossa (Lukkarinen, Kinnunen & Korte 2007, 285-286). Asentoa laitettaessa tulee huomioida potilaan mukavuus, anestesiahoitojen sujuvuus sekä elintoimintojen turvaaminen. Painehaavojen estoon kiinnitetään huomiota, hermo- ja lihasvaurioita ehkäistään, turvataan hyvä verenkierto, asento on turvallinen potilaalle sekä huomioidaan sähköturvallisuus. (Iivanainen ym. 2004, 480.) Ikääntyneen ihmisen kudokset ovat herkempiä paineen vaikutuksille. Lihasten atrofioituminen ja pienetkin polvien tai lonkkien liikerajoitukset voivat johtaa paikallisiin ylikuormituksiin makuulla lantion sekä jalkaterien kohdalta. (Hietanen ym. 2002, 188.)

5.4 Hoito heräämössä

Anestesiaalääkäri ja/tai anestesiahoitaja siirtävät potilaan heräämään, jonne annetaan **raportti** potilaan jatkohoidon kannalta olennaisista asioista, kuten toimenpiteestä ja anestesian kulusta. (Iivanainen 2006, 488) Heräämössä potilaan elintoimintojen seurataan monitorien, mittareiden ja sairaanhoitajan ammattitaidon avulla. Tarvittaessa konsultoidaan ongelmista anestesiaalääkäriä tai leikkaavaa lääkäriä. Hengittämistä ja hapetusta seurataan. EKG:tä, pulssia ja verenpainetta havainnoidaan. Alaraajojen motoriikkaa sekä tunnon palautumista tarkkaillaan (Kovanen ym. 2005, 38). Potilaan tajunnantaso ja tuntemukset huomioidaan. (Iivanainen ym. 2006, 488.)

Ikääntyneellä potilaalla on vaikeuksia leikkauksen aikaisen ja sen jälkeisen kehon lämmönsäätelyssä. Ikääntyneen potilaan toipuessa hypotermiasta saattaa ilmetä vaikeita sydämen ja verenkierron häiriöitä. (Alahuhta ym. 2001, 687) Elimistön jäähtyminen kasvattaa hapenkulutusta, mutta lamaannuttaa hengitystä. Anestesia laajentaa ääreisverisuonistoa lammaamalla lämpökeskusta ja siksi leikkauksissa on olemassa hypotermiavaara. Yli puolella potilaista välitön postoperatiivinen lämpö on alle 36 astetta. Suonensisäinen nesteytys vaikuttaa kehon lämpöön. Lievästi alilämpöisen potilaan hapen tarve kasvaa 2-5 kertaiseksi, iho on kalpea ja kylmä, pulssi on nopea, lämmön- ja virtsaneritys kasvavat, lihaksissa on värinää, potilas on väsynyt, unelias ja haluton. Alilämpöisen potilaan infuusionesteet ja maskin kautta annettava happi lämmitetään 37 asteiseksi. Hoitaja tarkkailee potilaan tuntemuksia ja

diureesia. (Iivanainen ym. 2004, 450-455.) Haavan aluetta sekä dreenejä tarkkaillaan mahdollisen vuodon takia, ongelmatilanteissa toimitaan jo annettujen ohjeiden mukaisesti tai informoidaan anestesia lääkäriä sekä kirurgia (Iivanainen ym. 2006, 488).

Asentohoitoa käytetään ehkäisemään pysyvän asennon haitat, kun potilas ei itse pysty hallitsemaan asentoaan. Asentohoidolla pyritään edistämään elintoimintoja, estämään nivelten virheasentoja ja estämään ihovaurioiden syntymistä. Selinmakuulla pitää tarkkailla ihon kuntoa ja tarvittaessa suojattava takaraivoa, lapaluita, kyynärpäitä, ristiluuta ja kantapäitä. Lonkat saadaan keskiasentoon ja kyynärpäät optimaaliseen asentoon kiilatyynyjen avulla. Matala koroke polvien alla estää polvinivelien liiallisen ojentumisen. (Iivanainen ym. 2006, 178-179.)

Potilas siirretään jatkohoitoon takaisin osastolle. Potilaan tulee olla tajuissaan, hengitys ja hapetus ovat kunnossa, kipu on hallinnassa, sydämen toiminta ja verenkierto ovat vakaat. Potilaalla ei saa olla alilämpöisyyttä, eikä pahoinvointia sekä kirurgiselle seurannalle ei saa olla enää tarvetta. Anestesia lääkäri on määrännyt jatkohoitoa varten kipu- ja pahoinvointilääkityksen sekä nestehoidon jatkamisen ohjeet. Anestesia lääkäri kirjoittaa luvan heräämöstä osastolle siirtymiseksi. Vuodeosastolle siirtyessä hoitovastuu siirtyy osaston lääkärille ja potilasta hakevalle sairaanhoitajalle. (Iivanainen 2006, 488-489.)

5.5 Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla

Vuodeosastolla jatketaan heräämöstä siirtymisen jälkeen huolellista tarkkailua, koska potilas on hyvin altis erilaisille komplikaatioille. Muutokset potilaan voinnissa tulee havaita mahdollisimman nopeasti, jotta niihin voidaan reagoida ajoissa. (Iivanainen ym. 2006, 489) Vitaalielintoimintoja seurataan koko potilaan hoitoajan, mutta niihin kiinnitetään erityistä huomiota leikkauksen jälkeen. Kaikista ongelmista ja muutoksista, jotka kaipaavat hoitoa ilmoitetaan lääkärille mahdollisimman nopeasti potilaan turvallisuuden takaamiseksi. (Iivanainen ym. 2006, 489-491).

Hengitys vaihtelee yksilöllisesti ja potilaan ominaisuudet, kuten ikä, paino ja sairaudet vaikuttavat hengitykseen. Potilaan hengityksestä tarkkaillaan hengitystapaa,

hengityksen rytmiä, ihon väriä, hengityksen hajua, hengityselimistä irtoavia eritteitä ja potilaan tuntemuksia. Riittävän hapetuksen turvaaminen on tärkeää, sillä hapenpuute saattaa aiheuttaa potilaalle ahdistusta, hätäntymistä ja pelkoa. Lääkkeellistä happea voidaan antaa happinaamarilla, happiviiksillä, respiraattorilla, trakeaostomiatuubin, intubaatioputken tai hengityspalkeen avulla. Valtimoveren happikyllästeisyyttä seurataan pulssioksimetrillä. (Iivanainen ym. 2004, 352, 359.) Potilaan ollessa erittäin limainen, liman irtoamista tehostetaan PEP-pulloon puhaltamisella tai imetään hengitysteitä. PEP-puhalluksia ohjaa fysioterapeutti ja hoitohenkilökunta. (Kovanen ym. 2005, 42.)

Verenkiertoon vaikuttavat sydämen ja verisuonten toiminta, verivolyyymi sekä hormonaaliset ja hermostolliset tekijät. Seuraamalla hengitystä, verenpainetta, tajunnantasoja, virtsan erittymistä ja vatsan toimintaa, saadaan tietoa siitä, onko keuhkoissa, sydämessä, aivoissa, munuaisissa ja suolistossa riittävä verenkierto. Riittävää verenkierto seurataan verenpaineen, pulssin ja perifeerisen lämmön avulla. (Iivanainen ym. 2004, 404-406, 429) Verenpaineen tarkkailua suoritetaan 15 minuutin välein, mutta arvojen tasaantuessa mittauksia voidaan vähentää huomattavasti. Pulssia voidaan seurata tunnustelemalla, kuuntelemalla tai monitoroimalla potilas. Pulssin taajuutta, frekvenssiä ja säännöllisyyttä tarkkaillaan (Iivanainen ym. 2006, 489- 491).

Kivunhoidossa on yleisesti käytetty leikkauksen jälkeen opioideja ja niistä tavallisesti oksikodonia. Annokset tulee määritellä yksilöllisesti. Hyvänä koettu kipulääke on säännöllisesti annettu parasetamolia (1g x 2-4) ja tarvittaessa sitä on tehostettu opioidella. Käypä hoidon tulehduskipulääkkeiden turvallisen käytön ohjeistus suosittelee ikääntyneille tulehduskipulääkkeitten sijasta ensisijaisesti juuri parasetamolia. Riittämätön kivunhoito lisää ja vaikeuttaa mahdollisia komplikaatioita. Kalsitosiinin avulla voidaan tehostaa murtuman luutumista. Lääkehoidossa tulee huomioida leikkauksen jälkeen potilaan **perussairauksien hoito**. Perussairauksiin käytettävät lääkkeet saattavat vaikuttaa kipulääkityksen annosteluun ja valintaan. Lisäksi lääkityksen suunnitteluun vaikuttaa potilaan orientoituneisuus, muistihäiriöt, yleisvointi, vitaalielintoiminnot ja niiden muutokset. Tromboosiprofylaksia jatkuu leikkauksen jälkeen. (Käypä hoito 2006.)

Virtsakatetri poistetaan mahdollisimman pian osastolle tulon jälkeen (Pietikäinen ym. 2003, 191). Tavallisesti kestopatenttia pidetään lonkkamurtumapotilaalla pari päivää

leikkauksen jälkeen (Kovanen ym. 2005, 44). Potilaan tulee virtsata noin 4-6 tunnin kuluttua leikkauksesta, jos ei ole kestokatetria. Katetrin poiston jälkeen kontrolloidaan virtsan puhtaus laboratoriotokokeella (Iivanainen ym. 2006, 326). Leikkauksen jälkeen aloitetaan vatsanpehmikelääke, johtuen anestesian suolta lamaannuttavasta vaikutuksesta sekä ikääntyneen hidastuneesta suolen peristaltiikasta (Kovanen ym. 2005, 30). Pahoinvointia tarkkaillaan ja tarvittaessa lääkitään olon helpottamiseksi, aspiraation vaara tulee huomioida. Hoitajan on hyvä olla tukena ja apuna pahoinvoivan potilaan vierellä. (Iivanainen 2006, 492.)

Leikkauksenjälkeisen haavan havainnoinnissa seurataan vuotoa, potilaan tuntemuksia, turvotusta, haava-alueen tuntoa sekä väriä. Liikkuessa ja siirtyessä estetään haavan rasittuminen, venyntyminen sekä hankaantuminen. Haavaan kohdistuvaa räsitusta voidaan ehkäistä muun muassa oikealla sidostekniikalla ja materiaaleilla. (Laine & Stolt-Niemi 2006, 25.) Potilaspapereihin kirjataan tarkasti haavan paraneminen. (Pietikäinen ym. 2003, 191-196) Dreenit poistetaan yleensä ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, jos erityis on vähentynyt tarpeeksi. Ompeleiden poisto tapahtuu vasta yleensä 10 päivän kuluttua leikkauksesta. (Holmia ym. 2004, 713.)

Ikääntyneiden sairastamis- sekä paranemisprosessi vievät runsaasti energiaa ja ravintoaineita, erityisesti energian ja proteiinin saantiin tulee kiinnittää tarpeeksi huomiota koko paranemisprosessin aikana. Ravitsemustilaa pystyy osaksi arvioimaan silmämääräisesti. Ravitsemushoito on yksi osa ikääntyneen kokonaishoitoa. (Louheranta 2006 13,54,62.) Parenteraalinen ravitsemus on tarpeen silloin, kun potilaalla on esimerkiksi voimakasta pahoinvointia ja oksentamista, ravinnon tarve on lisääntynyt tulehduksesta, aliravitsemuksesta tai pre- tai postoperatiivisesta tilasta johtuen. Pitää kuitenkin muistaa, että enteraalinen ravitsemus on fysiologinen ja siksi suositeltavampi vaihtoehto kuin laskimoon annettava ravitsemus. Enteraalinen ravitsemus on myös turvallisempi, helpompi toteuttaa ja halvempi. Jos potilas saa pitkään ravinnon suonensisäisesti, voi suolinukka vaurioitua. (Iivanainen ym. 2004, 296.) Hyvä ravitsemustila nopeuttaa toipumista. Koska ikääntyneen ihmisen ruokamäärät ovat usein pieniä, tulee ruuan energiatihyden olla suuri (Suominen & Kivistö 2004, 3). Ikääntyneen potilaan ruokavalioon kannattaa lisätä täydennysravintovalmisteita erityisesti sairastumisen yhteydessä. (Suominen ym. 2004, 12-13.)

Oraalisten lisäravintovalmisteiden käyttö voi vähentää komplikaatioita ja lyhentää sairaalassa oloaikaa leikkauksen jälkeen ja vaikeasti aliravituille hyötyä voi olla nenämahaletkun käytöstä (Käypä hoito 2006). Vajaa ravitseminen voidaan usein yhdistää vaikeimpiin painehaavoihin sekä huonoon toipumiseen (Hietanen ym. 2002,188). Potilaan ravitsemuksessa on erilaisia käytäntöjä leikkauksen jälkeen, yleensä kehon periferiaan kohdistuvissa leikkauksissa saa syödä normaalisti ja nesteytystä voidaan tukea suonensisäisellä nesteytyksellä tarvittaessa (Iivanainen 2006, 493). Yleensä leikkauksenjälkeisinä päivinä potilaan ruokailua seurataan nestelistan avulla ja potilas voi syödä normaalisti (Kovanen ym. 2005, 43). Ikääntyneiden ravitsemussuositukset eroavat jossain määrin nuorempien ravitsemussuosituksista. Ikääntyneiden tulisi saada esimerkiksi D-vitamiinia 10µg/vrk. Kaikille lonkkamurtumapotilaille, jotka pystyvät kävelemään määritellään lääkitys, johon kuuluu 800IU yksikköä D-vitamiinia sekä gramma kalsiumia vuorokaudessa, lisäksi tarvittaessa määrätään osteoporoosi lääkitys (Käypä hoito 2006). Jos ikääntyneen potilaan proteiinin saanti on liian vähäistä, heikentää se immuunipuolustusta ja vähentää elimistön lihasmassaa. Ikääntyneen ihmisen tulisi saada proteiinia 1-1,2 grammaa painokiloa kohti vuorokaudessa. (Suominen ym. 2004, 10) Kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemustila on suhteellisen hyvä, mutta laitoshoidossa olevista ikääntyneistä 30-80 prosentin arvioidaan kärsivän aliravitsemuksesta esimerkiksi ruokahaluttomuuden tai ravintoaineiden heikentyneen imeytymisen vuoksi. (Hakala 2002, 8-9.)

Potilaalla on oikeus yksityisyyteen, intimitettiin, turvallisuuteen, kunnioittamiseen ja päätöksentekoon. Esimerkiksi potilasta pestessään hoitaja huolehtii aseptisestä työjärjestyksestä sekä potilaan fyysisestä ja psyykkisestä turvallisuudentunteesta. (Iivanainen ym. 2006, 128-129.) Sairaalaan joutuminen voi aiheuttaa ikääntyneelle unettomuutta. Potilaan riittävä nukkuminen vaikuttaa hoitamisen hyötyyn ja tuloksellisuuteen. Unettomuuden taustalla voi olla kipua, hengenahdistusta, pahoinvointia, kutinaa, kuumetta tai pelkoja. Sairaalassa oleva potilas voi tarvita unilääkettä saadakseen nukuttua, sillä paraneminen häiriintyy, jos potilas ei saa tarpeeksi unta. (Iivanainen ym. 2004, 161-168.)

Toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä keskushermostoperäiset jälkivaivat ovat pahimmillaan. Ikääntynyt saattaa olla rauhaton ja sekava. Geriatrisista leikatuista potilaista joka kolmas saattaa saada uuden ja jopa pysyvän keskushermostoperäisen

oireen. Voi ilmetä kognitiivisen toiminnan heikkenemistä, muistin huononemista, mielialan muutoksia sekä dementian etenemistä. Oireista selviäminen voi viedä viikkoja jopa kuukausia. (Alahuhta ym. 2001, 687)

Potilaan hoidon jatkuvuus turvataan **kirjaamalla** potilaan hoito potilasasiakirjoihin ja laatimalla hoitosuunnitelma. Kirjaaminen mahdollistaa hoidon jatkuvuuden, on väline turvallisuuden turvaamisessa ja hoidon arvioinnissa, yhtenäistää potilaan hoitoa, vähentää hoitovirheitä ja mahdollistaa henkilökunnan kehittymisen. (Iivanainen ym. 2004, 71) Mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen arvioidaan potilaan kuntoutumismahdollisuudet. Kuntoutuksen tavoitteena tulee olla saavuttaa potilaan ennen tapaturmaa ollut toimintakyky. Jos potilaan ei voida odottaa toipuvan 7-10 päivässä siihen kuntoon, että hän pärjää kotonaan tai aiemmassa hoitopaikassa, järjestetään potilaalle mahdollisimman nopeasti jatkohoitopaikka terveyskeskukseen. Jatkokuntoutus tapahtuu terveyskeskuksen vuodeosastolla, erikoissairaanhoidossa tapahtuu röntgenologiset sekä kliiniset kontrollit. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä 2006.)

Taka-avauksessa tehdyn lonkkaleikkauksen jälkeen tulee varoa lonkan sisärotaatiota, adduktiota ja fleksiota noin kuuden viikon ajan, jotta reisiluun pää ei paina leikkausavauksen haurainta kohtaa nähden. Etuavauksessa tehdyn operaation jälkeen tulee varoa lonkan fleksiota, abduktiota sekä ulkokiertoa. Kun lonkkamurtuman korjauksessa on käytetty sementoitua puolitekoniveltä, lonkalle saa varata kokonaan liikkussa. (Kovanen ym. 2005,8.) Lonkkamurtumaa korjattaessa puoli- tai kokoproteesilla potilas saa varata lonkalle vapaasti oman vointinsa sallimissa rajoissa. Kuormituksesta ja mobilisoimisesta ja tarkastuksista annetaan ohjeet leikkausmenetelmän valinnan ja leikkaustuloksen mukaan. (Käypähoito 2006.)

Apuvälineitä tarvitaan aluksi leikkauksen jälkeen varhaisen mobilisaation onnistumiseksi. Mobilisaation viivästyminen leikkauksen jälkeen voi ennakoida heikentyntä toimintakyvyn palautumista sekä lisääntyntä kuoleman vaaraa. Vuoteesta nousemisen avuksi on tarpeen laittaa sängynlaitaan nousutuki. Nousutukea oppii dementiaa sairastavakin käyttämään melko nopeasti. Vuoteesta ylösnoustessa kohottautumisteline eli ”apinapuu” ei ole hyvä apuväline, mutta se saattaa helpottaa vuoteesta siirtymistä. Alusastian käyttäminen ja vuoteesta kääntyileminen aiheuttavat suuremman rasituksen leikattuun lonkkaan kuin käveleminen. Niin kauan kun

leikattua lonkkaa ei saa koukistaa yli 90° tulee käyttää istuessa korotustyynyä sekä WC istuimen koroketta. Ennen tapaturmaa itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista selviytynyt tarvitsee avukseen todennäköisesti vain kyynärsauvat. Kyynärsauvojen käyttö edellyttää hyvää liikkeen koordinaatiota, neuvonnan ymmärtämistä sekä hyvää tasapainoa. (Käypä hoito 2006.)

Potilaan saadessa osavarausluvan tai varauskiellon lonkalle, voi avuksi olla hyvä neljäpyöräinen rollaattori. Rollaattorin käyttöön tulee olla voimia ylävartalossa, jotta pystyisi tukeutumaan siihen askellettaessa. Hyvä apuväline keventämään leikatun jalan kuormitusta on korkea kävelyteline eli ”pöytäfoordi”. Korkea kävelyteline antaa hyvin tukea, jos liikekoordinaatio on heikentynyt, tasapaino on huono sekä yläraajojen voimat ovat selvästi heikentyneet. Korkean kävelytelineen lisäksi riittää yksi hoitaja tukemaan liikkumista. Hoitajan työtä sekä potilaan turvallisuutta voi helpottaa kävelytysvyön avulla, jos kaatumisen vaara on huomattava. Omatoimisuutta voidaan tukea tarttumapihdeillä ja pukeutumista helpottaa esimerkiksi sukanvetolaitteella tai koukkupäisellä kepillä. Neuvottaessa apuvälineiden käyttöä tulee muistaa, että potilas tarvitsee oppimiskykyä ja muistia ohjeiden sisäistämiseksi. (Käypä hoito 2006.)

Ohjaustilanteessa potilaalla on itsemääräämisoikeus. Ohjaus tulee olla oikein ajoitettu ja annettu. Ikääntyneiden ohjaus on haastavaa, sillä ikääntyneellä saattaa olla esimerkiksi heikko näkökyky, muistihäiriöitä tai laskua fyysisessä toimintakyvyssä. Ikääntyneelle asiakkaalle soveltuu parhaiten lyhytkestoinen, ydinasioihin keskittyvä ja usein toistuva ohjaus. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja osoittaa luottamuksellisuutta ja arvostusta tämän asioita kohtaan. Laadukas ohjaus edistää potilaan terveyttä, toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista ja kotona selviytymistä (Kyngäs ym. 2007, 17,29,48,145.) Ikääntyneiden hoidossa omaisilla on merkittävä asema. Hoitohenkilöstö joutuu ikääntyneitä hoitaessaan tekemään päätöksen, kuinka pitkälle ikääntyneen omat toiveet ja odotukset vaikuttavat sekä missä määrin omaisten asemaa ja toiveita huomioidaan. (Tilvis, Strandberg & Vanhanen 1997)

Viidellä prosentilla 75-vuotiaista kotona asuvista ja melkein kolmasosalla 85-vuotiaista on vaikeuksia toimintakyvyn kanssa. Toimintakyky heikkenee vähitellen, harrastuksien vähenemisestä arkipäivän ongelmiin. Lopuksi toimintakyky heikkenee niin paljon, että päivittäiset toimet eivät onnistu omatoimisesti. Toimintakyvyn laskun

nopeus on yksilöllistä, eikä se johdu yksin fysiologisista vanhenemismuutoksista, vaan monet krooniset sairaudet heikentävät toimintakykyä. Ikääntyneiden toimintakykyä arvioidessa selvitetään muun muassa kognitiiviset taidot, sairaudet, liikkuminen, sosiaalinen verkosto, ravitsemus ja taloudellinen tilanne. (Iivanainen ym. 2006, 792.)

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan yleisesti sitä, että tuetaan ja kannustetaan potilasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojen ja toimintakyvyn mukaan. Kun dementoituvaa hoidetaan kuntouttavalla työotteella, tarkoittaa se sitä, että dementoituvaa kunnioitetaan, itsenäisyyttä tuetaan, tunnustetaan dementoituvan jäljellä olevia toimintakyvyn alueita sekä voimavaroja ja niitä tuetaan sekä vahvistetaan (Heimonen & Voutiainen 1998, 13-16). Kun hoidetaan dementoituvaa potilasta, hänen hoitotyössään on tärkeää, että kaikki potilas-hoitaja kontaktit tehdään kuntouttavalla työotteella, sillä kuntouttavan työotteen avulla voidaan parantaa oleellisesti dementoituvan elämänlaatua (Heimonen & Voutiainen 1998, 40-43). Kuntouttavassa työotteessa korostetaan yhdessä tekemistä ja potilaan osallisuutta sekä vaikuttamismahdollisuuksia päätösten teossa. Kuntoutusprosessissa, joka alkaa jo ennen leikkausta, on tärkeää lähteä liikkeelle potilaan voimavarojen kartoituksesta, jonka jälkeen laaditaan kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutussuunnitelma. Sen jälkeen voidaan kuntoutusta toteuttaa ja arvioida. (Iivanainen ym. 2006, 651.)

Potilaan saama apu vaihtelee seurannasta ja taustatukena olemisesta potilaan ohjaamiseen, yhdessä tekemiseen ja puolesta tekemiseen. Potilaan omatoimisuutta pyritään ylläpitämään vaihtelemalla auttamisen intensiteettiä suhteessa potilaan voimavaroihin. Vaikka itsenäisyyteen ja omatoimisuuteen kannustetaan ja niitä pyritään tukemaan, on silti ikääntyneillä oikeus olla riippuvaisia toisista ihmisistä ja ikääntyneiden tulee voida luottaa siihen, että apua on saatavalla silloin, kun omat voimavarat eivät riitä (Heikkinen 2002, 29). Ikääntyneen ihmisen oppimista auttaa, jos hänen kokemuksensa ja tietonsa otetaan huomioon sekä yhdistetään ongelmatilanteet suoraan arkielämän asioihin (Heikkinen 2002, 167). Kun tiedetään potilaan pystyvän toimimaan omatoimisesti ja itsenäisesti, tulee hoitajan kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Jos potilaan tahto ja voimavarat tai toimintakyky ovat ristiriidassa, tulee potilaan itsemääräämistä arvioida. Siihen mennessä, kun ikääntynyt

joutuu äkillisesti sairaalaan, on terveydentilan ja toimintakyvyn lasku ehtineet aiheuttaa hänelle jo ongelmia (Koponen 2003, 8-9, 75).

Dementoituvan henkilön hoitotyötä pidetään yleensä haastavana. Dementoitunut voi käyttäytyä aggressiivisesti, ahdistuneesti tai levottomasti, jos tilanteet tuntuvat hänestä pelottavilta tai nöyryyttäviltä. Koska dementoituneen kognitiiviset taidot ovat heikentyneet, on hänen vaikea käsitellä uusia asioita ja hän tulkitsee usein asiat vääristyneesti. Hoitajien olisi tärkeää ymmärtää, että dementoituneen haasteellinen käyttäytyminen on mielekästä eri tilanteissa, sillä hän ilmaisee tunteensa, mielialansa ja tulkintansa avoimesti ja vahvasti. Dementoitunut saattaa käyttäytyä väkivaltaisesti, jos hän ei pysty ilmaisemaan itseään sanoin tai hoitajat eivät ymmärrä hänen viestejään. Dementoituneen haasteellisen käyttäytymisen hoidossa on tärkeää lisätä dementoituneen mielihyvää, palkita onnistumisia, tehdä ympäristö turvalliseksi, auttaa orientoitumaan aikaan ja paikkaan sekä käyttäytyä hienotunteisesti dementoituvaa kohtaan. (Heimonen 1998, 171)

Toimintakyvyn säilyttäminen ja parantaminen korostuvat ikääntyneiden hoitotyössä. On tärkeää keskittyä toimintakykyyn, jotta ikääntynyt pystyisi jatkamaan mahdollisimman itsenäistä elämää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Ikääntyneiden kuntoutus keskittyy fyysisen toimintakyvyn parantamiseen, mikä vaikuttaa myönteisesti psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Täydellinen vuodelepo heikentää lihasvoimaa noin viiden prosentin päivävauhtia, jolloin lyhytkin vuodelepo vaikuttaa toimintakykyyn paljon. (Iivanainen ym. 2006, 798) Taulukossa 5 esitetään lisäksi muita liikkumattomuuden aiheuttamia fysiologisia ja psykologisia seurauksia, joilla on suuri merkitys ikääntyneen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Tehokas ja oikea-aikainen kuntoutus estävät tapaturman aiheuttamien haittojen pitkittymisen ja nopeuttaa kotiutumista. Jos lonkkamurtuma korjataan ilman proteesia, on potilaalla noin kuuden viikon osapainovaraus. (Pietikäinen ym. 2003, 191-196) Jyväskylän Yliopiston Suomen gerontologian tutkimuskeskuksen tutkimusprojektissa ilmeni, että lonkkamurtuman seurauksena jalkojen luusto heikkenee. Heikkeneminen on huomattavaa varsinkin murtuneessa jalassa. Luuston heikkeneminen altistaa uusille murtumille. On osoitettu osittain luuston heikkenemisen johtuvan leikatun jalan vähäisestä käytöstä. Jalan lihasvoiman ylläpitämisellä ja vahvistamisella voidaan ehkäistä jalkojen luuston heikkenemistä. Tämä asia on hyvä muistaa kuntoutusta suunniteltaessa ja toteuttaessa. (Mikkola 2007)

TAULUKKO 5. Liikkumattomuuden fysiologisia ja psykologisia seurauksia
(Tideiksaar 2005, 47-49)

Järjestelmä	Vaikutukset
Muskuloskeletaalin	Osteoporoosi, lihasvoiman heikentyminen, atrofia, nivelkontraktiot ja pienentyneet liikeradat
Integumentaarin	Painehaavat
Respiratorinen	Keuhkokuume, keuhkoembolia
Kardiovaskulaarin	Ortostaattinen hypotensio, venaalistaasi
Virtsatiet	Virtsatietulehdukset, pidätyskyvyttömyys
Gastrointestinaalin	Ummetus
Neurologinen	Vestibulaarinen vajaatoiminta/ tasapainon heikentyminen
Psykologinen	Masennus, heikentynyt itsetunto, masennus, ahdistus, sekavuus

Vaikeissa elämäntilanteissa ikääntyvillä ihmisillä on käytössään sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja. Positiivisella elämänasenteella on myönteinen vaikutus terveyteen ja toipumiseen. (Koskinen ym. 1998, 91-97) Vaikeasti sairaiden, huonokuntoisten ja dementoituneiden ikääntyneiden ihmisarvo, sosiaaliset oikeudet ja oikeusturva saattavat olla vaarassa, sillä heidän elämäntilanteensa on usein haavoittuva ja eikä heillä välttämättä ole omaisia paikalla vaatimassa parempaa hoitoa. Hoitajien asenne ikääntyneisiin saattaa olla aliarvioiva ja kyyninen, eikä potilaan omatoimisuutta pyritä lisäämään. Myös ikääntyneellä on oikeus laadukkaaseen hoitoon. Ikääntyneen ihmisarvoa tulee kunnioittaa. Pienillä asioilla voi osoittaa kunnioitusta ikääntynyttä potilasta kohtaan. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 158) Ikääntyneelle potilaalle kerrotaan asioiden etenemisestä ja muutoksista, jolloin mahdollistetaan potilaan valmistautuminen kotiin siirtymiseen tai siirtymiseen jatkohoitopaikkaan. Hoitajan voi vahvistaa potilaan selviytymisen tahtoa auttamalla tunteiden käsittelyssä ja rohkaisemalla sekä kannustamalla omatoimisuuteen. (Koponen 2003, 69)

5.6 Jatkohoitoon siirtyminen vuodeosastolta

Jos delirium, eli pitkittynyt sekavuustila, jatkuu sairaalasta kotiutusvaiheeseen asti, lisää se myöhempien komplikaatioiden ja jopa kuoleman riskiä. Sekavuutta voi ilmetä missä tahansa vaiheessa sairaalajaksoa. Sekavuutta lisäävät muun muassa yli 85 vuoden ikä, alentunut toimintakyky, heikkonäköisyys, dementia, monisairastavuus, lepositeiden käyttö ja yli kolme samanaikaisesti aloitettua lääkettä. Kotiutusvaiheen tehokkaat interventiot vähentävät myöhempiä vakavia komplikaatioita sekä säästää myöhempiä kustannuksia ja voimavaroja. (Koskela 2007, 3395.)

Päätökset tehdään yhteistyössä lääkärin, potilaan, perheenjäsenten ja moniammatillisten hoidonantajien kanssa. Siirtyminen erikoissairaanhoidosta kotiin tehdään, kun potilaan toimintakyky sen sallii ja avun tarve sekä sen saatavuus ovat selvillä. Erikoissairaanhoidosta terveyskeskussairaalaan potilas siirtyy, kun potilaan sairauden hoito tai kuntoutuminen niin vaatii tai kun kotona selviytyminen ja siinä tarvittavan avun määrä vaatii lisäkartoitusta. (Koponen 2003, 75) Potilaan kotiutuessa tai siirryessä jatkohoitopaikkaan osastohoidosta tehdään epikriisi eli loppulausunto. Epikriisissä kerrotaan potilaan saamasta hoidosta ja tutkimuksista sekä se sisältää ohjeet potilaan jatkohoittoa ja seuranta varten. (Klemola, Ensio & Saranto 2005, 7) Hoitajan lähete toimii samalla periaatteella kuin lääkärin sairauskertomusjärjestelmä. Hoitajan läheteessä kerrotaan potilaan hoidosta sekä jatkohoidosta ja sen merkitys on taata, että jatkohoitopaikassa potilaan hoito jatkuu laadukkaana saumattomasti. Hoitajan läheteestä näkyy paremmin potilaan toimintakyky ja päivittäisissä toiminnoissa avustaminen. Potilaan hoidon tuloksellisuutta ja hoidon kustannuksia voidaan vähentää kotiuttamisen suunnittelulla, jolla tarkoitetaan potilaalle yksilöllisesti tehtyä kotiutussuunnitelmaa. Se sisältää potilaan tilanarvioinnin, kotiutussuunnitelman, sen toteuttamisen ja arvioinnin. Potilaan maksimaalisen toipumisen mahdollistuminen, voimavarojen ja sairaalapaikkojen mielekäs käyttö, potilaan tarpeiden tyydyttäminen, selviytyminen päivittäisistä toiminnoista, sairaalajaksojen lyheneminen, potilaiden tyytyväisyys ja uudelleen sairaalan joutumisen riskin väheneminen ovat onnistuneen kotiutumisen tulostekijöitä. (Koponen 2003, 20)

Ikääntyneen ihmisen kotiutumiseen vaikuttaa se, missä hän on asunut ennen erikoissairaanhoidon joutumistaan, sillä tavoitteena on, että potilas kotiutuu takaisin

samaan paikkaan. Jos ikääntynyt ihminen ei pärjää yksin kotonaan alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi, voi hän hakea avukseen kotipalvelua.

Kotisairaanhoidossa työskentelee sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia ja kotipalvelussa kodinhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia. (Larmi, Tokola, & Välkkiö 2005, 12-13)

Kotiutuva ikääntynyt ihminen voi saada kotiinsa apua henkilökohtaiseen hoitoon, kodinhoitoon, asiointiin, sairaanhoitoon, kuntoutukseen ja ohjaukseen (Larmi ym 2005, 34-35). Kotipalvelusta saa apua päivittäisiin toimintoihin sekä ateria- ja turvapalveluja. Kotonaan asuva ikääntynyt ihminen saa halutessaan tarvitsemaansa hoidon kotiinsa. Kotisairaanhoitaja hoitaa sekä avustaa apuvälineisiin liittyvissä asioissa. Myös lääkäri voi käydä kotisairaanhoidon piirissä olevan ikääntyneen ihmisen luona. (Pitkäaikaissairaan aikuisen opas 2008.)

Ikääntyneet ihmiset, jotka eivät pärjää kotonaan edes kotipalvelun tukemana, voivat siirtyä palveluasumisen piiriin. Palveluasumista järjestetään palvelutalossa, palveluasuntoryhmissä sekä jossain tapauksissa asiakkaan omassa kodissa.

Ikääntyneet ihmiset, jotka eivät pärjää enää kotonaan tai palvelutalossa kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon turvin, voivat siirtyä vanhainkotiin. Vanhainkodissa on kodinomainen ympäristö ja ikääntyneen ihmisen yksilöllisyyttä kunnioitetaan. Kunnan terveyskeskus tarjoaa kuntalaisille monia eri palveluita, myös erilaisia kuntoutuspalveluita. (Pitkäaikaissairaan aikuisen opas 2008.)

Sairaalasta kotiutuminen on stressaava tilanne ja kriittinen vaihe ikääntyneen itsestään huolehtimisen kannalta. Kotiutumisvaiheessa voidaan ehkäistä sitä, että kotiutumisen jälkeen ikääntynyt ei lakkaa huolehtimasta itsestään. Ikääntyneet tarvitsisivat enemmän aikaa suunnitella kotiin lähtöä ja aikaa varmistaa avun saatavuus kotiin. Ikääntynyt potilas tarvitsee kotiutuessaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, rajoituksista, itsehoidosta ja lääkehoidosta ja avun saamisesta kotiin. Potilaan saama riittävä tieto vähentää potilaan ahdistusta, masennusta ja hoitoon uudelleen hakeutumiseen. (Koponen 2003, 15)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämä opinnäytetyö käsittelee ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoketjua erikoissairaanhoidossa. Lonkkamurtuman saaneet miehet ovat keskimäärin 75-vuotiaita ja naiset 80-vuotiaita ja heistä pääosin kaikki hoidetaan operatiivisesti (Käypä hoito 2006). Näiden asioiden vuoksi keskitytään ikääntyneiden operatiivisesti hoidettavien lonkkamurtumapotilaiden hoitoketjuun ja erityisesti hoitoketjun osiin, jotka liittyvät hoitoon päivystyspoliklinikalla, vuodeosastolla, leikkausosastolla sekä heräämössä. Tavoitteena on selittää ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoketjun toteutumista erikoissairaanhoitajien kokemana.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää avoimella haastattelulla sairaanhoitajien kokemuksia siitä, millaisena he kokevat iäkkään lonkkamurtumapotilaan hoidon laadun, mitä kehitystarpeita siinä on sekä miten ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää. Tarkoituksena on selvittää keskussairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia siitä, miten ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitotyö toteutuu käytännössä. Päivystyspoliklinikan, vuodeosaston, leikkausosaston sekä heräämön osastonhoitajat ovat yhteyshenkilöitä, jotka valitsevat haastateltavat sairaanhoitajat yksiköstään. Tarkoituksena on haastatella jokaisesta yksiköstä kaksi sairaanhoitajaa.

Tutkimustehtävät:

1. Miten laadukas hoitoketjun mukainen ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoito toteutuu sairaanhoitajien kokemana?
2. Mitä kehittämistarpeita ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitotyössä on sairaanhoitajien kokemana?
3. Mitä on ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen hoitotyössä sairaanhoitajien kokemana?

Tavoitteena opinnäytetyössä on tarkastella ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidon laatua erikoissairaanhoidossa sekä auttaa sairaanhoitajia näkemään kehitystarpeet ja jo toimivat hoitokäytännöt. Opinnäytetyön kautta kehitetään omaa ammattitaitoa ja selvitetään lonkkamurtumapotilaan hoidon eri vaiheita.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat erikoissairaanhoidon sairaanhoitajat, jotka työssään kohtaavat ikääntyneitä lonkkamurtumapotilaita. Sairaanhoitajia oli tarkoitus haastatella neljästä eri yksiköstä. Yksiköt, joihin oltiin yhteydessä, olivat päivystyspoliklinikka, tapaturmavuodeosasto ja leikkausosasto. Kustakin yksiköstä haastateltiin kahta sairaanhoitajaa. Otos on niin pieni, että vastauksia ei voi mitenkään yleistää. Tuloksissa tuodaan esille vain se, mikä saatiin selville. Opinnäytetyöhön haluttiin luotettavuutta sillä, että kyseisen yksikön osastonhoitajia pyydettiin valitsemaan sopivat haastateltavat. Luotettiin, että osastonhoitajat löytävät ammattitaidollaan sellaiset ihmiset, joita asia kiinnostaa ja jotka toimivat eniten juuri lonkkamurtumapotilaiden parissa. Yhteistyö sujui oikein hyvin. Anestesiayksiköstä haastatteluja ei saatu, muista yksiköistä haastattelut tehtiin.

Haastattelut tehtiin maaliskuun aikana 2008. Haastattelut nauhoitettiin ja purettiin paperille sana sanalta, ainoastaan yhden haastattelun nauhoitus ei onnistunut. Nauhoittamattoman haastattelun ydinkohdat kuitenkin kirjoitettiin paperille. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysi menetelmää käyttäen. Kaikkiin vastauksiin perehdyttiin hyvin, lukemalla ne useaan kertaan läpi. Analyysi on pyritty pitämään juuri sellaisena, kun purettu teksti näyttää. Omia johtopäätöksiä ei ole tehty, eikä ole pyritty lukemaan rivien välistä. Ne asiat, mitkä haastatteluista nousivat esille, pyritään tuomaan yksinkertaisesti ja selkeästi esille. Jokaisen yksikön sairaanhoitajan työtä ja kertomaa haastattelussa oli helpompi ymmärtää, kun kirjallisuuteen oli tutustuttu laajasti ennen haastatteluja. Lisäksi osa opinnäytetyön tekijöistä on työskennellyt lonkkamurtumapotilaiden parissa opintojen harjoittelujaksoilla. Haastatteluissa pyrittiin keskustelunomaiseen ja avoimeen ilmapiiriin. Pyrittiin luomaan luotettava ilmapiiri, jotta asiasta olisi helppo keskustella. Pyrittiin vähentämään jännitystä ja muistutimme anonyymiydestä haastattelun yhteydessä.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus ja tutkimuksen tavoitteena on ihmisten kokemusten kuvaaminen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tutkimukseen

valitaan joukko, jolla on omia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Tutkittavien on oltava halukkaita kertomaan omista kokemuksistaan tutkijalle, ja usein aineisto valitaankin harkinnanvaraisesti. Tutkimukseen osallistuvien määrä on yleensä pieni, yleensä noin yhdestä kymmeneen tutkittavaan. Tieto kerätään antamalla tutkimukseen osallistuvien kertoa kokemuksistaan omilla ilmaisutavoillaan, tällaisia tiedonkeruutapoja ovat avoin ja puoliavoin haastattelu. Tässä opinnäytetyössä käytetään avointa haastattelua. (Paunonen ym. 1998, 152,155-156).

Aineisto kerättiin avoimella haastattelulla, jossa käytettiin vain muutamia keskustelua avaavia kysymyksiä (Liite 1). Haastatteluaiheet haluttiin pitää väljinä, koska haluttiin välttää haastateltavien ohjailua. Tarkoituksena oli saada haastattelusta keskustelumainen, jotta saadaan tietoa myös niistä asioista, jotka haastateltava näkee tärkeinä (Barribal & While 1994; Sorrel & Redmont 1995; Paunonen 1998, 156). Aineiston keruun jälkeen perehdyttiin haastateltavien tekemiin kuvauksiin, sekä muodostettiin kokonaiskäsityksen kerätystä aineistosta. (Paunonen 1998, 158.) Aineisto analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen.

Joulukuun 2007 aikana kirjoitettiin tutkimussuunnitelman teoriaosa. Tammikuussa haettiin tutkimuslupa. Helmikuussa aloitettiin haastattelut. Maaliskuulla purettiin ne ja tehtiin niistä yhteenveto. Maaliskuun ja huhtikuun aikana haastattelut analysoitiin, ja etsittiin lisää teoriapohjaa tutkimuksen tueksi. Huhtikuulla tehtiin johdanto ja pohdinta. Toukokuulla opinnäytetyö viimeisteltiin, lähetettiin opponentille ja opettajille sekä opinnäytetyö esitettiin.

7.2 Aineiston analysointi

Haastattelut analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällönanalyysi on perusanalyysi menetelmä, sitä voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jolla pyritään samaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällönanalyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus siitä, mitä tutkitaan. Aineisto pyritään saamaan tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-110).

Haastateltavien lausunnoista koottiin yhtenäiset piirteet ja erotettiin opinnäytetyön kannalta huomioitavat kohdat. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Huomioitavista asioista rakennettiin opinnäytetyön tulokset ja muutettiin ne hoitotyön käsitteiksi. Näiden käsitteiden avulla selvitettiin lonkkamurtumapotilaan hoitotyön onnistuneet osa-alueet ja kehitystarpeet. Niitä verrattiin koottuun teoriapohjaan, eli suhteutettiin saadut tiedot aiemmin kerättyyn tutkimustietoon. (Paunonen 1998, 158.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidosta päivystyksessä

Laadukas hoito

Hoidon laadukkuuden koettiin olevan yhteydessä potilasmäärään. Jos potilaita on paljon, koetaan, että sairaanhoitajalle ei ole tarpeeksi aikaa yhtä potilasta kohti, jotta hän ehtisi toteuttaa hoitotyötä haluamallaan tavalla. Myös vuorokauden ajan ja viikonpäivän koettiin vaikuttavan **kiireeseen** ja sitä kautta hoidon laadukkuuteen. **Nopeus** liitettiin laadukkaaseen hoitotyöhön. Laadukkaana hoitona nähtiin se, että kaikki mahdolliset tutkimukset tehdään nopeasti, jotta esimerkiksi lääkärin ei tarvitse odotella tutkimuksien tuloksia. Laatua heikentävänä asiana nähtiin se, jos potilas joutuu odottamaan esimerkiksi **kivulääkettä**, **tutkimuksia** tai lääkärin tapaamista. Lääkäreiden saatavuus nousi esiin. Potilaat joutuvat odottamaan liian pitkiä aikoja ennen kuin lääkäri ehtii katsomaan potilasta. Muutenkin potilaiden leikkauksen odottamista haluttaisiin helpottaa.

”Se on niin päivästä kii. Huonoin päivä sairastua on maanantai ja perjantai, silloin kaikki terveyskeskukset työntää kaikki potilaat tänne näin.”

Laatua lisäävänä asiana nähtiin lääkintävahtimestareiden työpanos. Traumapaarit nähtiin terveyttä edistävänä asiana, sillä potilasta ei tarvitse siirrellä moneen kertaan eri tasoille. **Asentohoito** koettiin tärkeäksi terveyttä ja toimintakykyä edistäväksi asiaksi. Ihon kunnon tarkastamista heti potilaan hoitoon tullessa ja ihon hoidon

kirjaamista potilaan hoitosuunnitelmaan pidettiin tärkeinä asioina painehaavojen ehkäisyssä. Laadukasta hoitoa on se, että potilas pyritään hoitamaan aiheuttamalla mahdollisimman vähän kipua, eli potilaan siirrot pyritään minimoimaan, hoitamaan kipua, **ennaltaehkäisemään painehaavojen** syntyä ja **deliriumin** muodostumista.

Kehittämistarpeet ja terveyden edistäminen

Hoitajat kokivat, että lonkkamurtumapotilaan hoidon kehittäminen tulisi aloittaa hoitopolun alusta, ennen kuin potilas siirtyy keskussairaalaan. Jos potilaalla epäillään lonkkamurtumaa, olisi hyvä jos jo tapaturmapaikassa (terveyskeskus tai vanhainkoti) osattaisiin etsiä lonkkamurtuman merkkejä ja voitaisiin ottaa röntgenkuva ja thorax sekä **verikokeita** valmiiksi, jolloin keskussairaalassa päästäisiin aloittamaan oikeanlainen hoito nopeammin. Myös kipulääkityksen voisi aloittaa heti tapaturman satuttua. Kivunhoito nähtiin asiana, jota tulisi kehittää.

”--eli se kipulääkitys pitäis saada annettua sille heti, mutta monesti se lääkäri ei kerkeä katsomaan sitä ihmistä heti eli se voi joutua odottamaan pitkiäkin aikoja. Ja ku hoitajathan kun ei voi antaa kipulääkitystä ilman lääkärin määräystä.”

” tuo kivun hoito ei oo meillä kyllä kondiksessa että siihen pitäis kyllä enemmän panostaa... .. yleensäkin kivunhoito täällä, se tulee jälkijunassa, on lastenkengissä.”

”ja sitten täällä meidän toiminnassa niin se kivunhoito ois se ensimmäinen, niin ku se A ja O, mihin meidän pitäis kiinnittää huomiota.”

Tärkeänä asiana laadukkaan hoitotyön kannalta pidettiin sitä, että **hoitopolku** tunnettaisiin. Ehdotettiin työkiertoa, jotta terveyskeskuksissa ja sairaankuljetuksissa opittaisiin tuntemaan lonkkamurtumapotilaan hoitopolku, jolloin hoito olisi laadukkaampaa myös siellä. Muutenkin koulutus ja tiedon lisääminen nähdään tärkeänä asiana potilaan laadukkaan hoitotyön kannalta. Hoitajat kokevat, että **koulutusta** ei ole tarpeeksi. Hoitajat kertovat, että heidän pitää hallita montaa erikoisalaa, jolloin tietoa yhdestä alasta ei ole kovin paljoa. Kaikkea on mahdotonta hallita.

”--ei, ei meillä oo mistään tarpeeksi koulutusta--”

Hoitajat kokevat, etteivät saa tarvitsemaansa tietoa potilaasta. Hoitajat kertovat, että osa **läheteistä** on tarpeeksi informatiivisia, mutta osassa läheteissä on puutteita ja he joutuvat itse ottamaan asioista selvää. Hyvä asia oli, että keskussairaalaasta päästään tietokantoihin itse tutkimaan potilaiden papereita ja taustaa. Kehitystarvetta nähtiin tiedon kulussa. Hoitajat eivät koe saavansa potilaasta tarvitsemiaan tietoja heti, vaan he joutuvat itse ottamaan selville haluamiaan asioita esimerkiksi edellisestä hoitopaikasta.

”--ne tuottaa (potilaiden taustojen selvittäminen) monesti enemmän työtä, ku sitte syy minkä takia potilas on täällä.”

Hyvänä asiana nähtiin päivystysosastolla oleva röntgen ja laboratorio, joiden avulla saadaan tehtyä alustavat **tutkimukset** nopeammin, ellei niitä ole jo aiemmin otettu. Röntgenin ja laboratorion läheinen sijainti helpottaa yhteistyön sujuvuutta. Päivystysosaston työntekijöiden työnteko helpottuu ja nopeutuu, jos jo terveyskeskuksesta, josta potilas on tulossa, on otettu röntgenkuvat ja verikokeita. Nopea tutkimusten suorittaminen lyhentää potilaan päivystyksessä oloaika.

Hoitajat sanoivat, etteivät he oikein pysty edistämään potilaan terveyttä, mutta kuitenkin he löysivät keinoja, joiden avulla potilaan terveyttä ja toimintakykyä voi edistää. Oikeaa **nestehoitoa** pidettiin hyvin tärkeänä asiana potilaan terveyden kannalta.

”-- Ei sitä voi oikeestaan täällä millään. Millään muulla tavalla sä et pysty sitä edistämään, kuin että sä laitat asennot oikein, pidät hyvän perushoidon, että kun nää kaikki sitten toimii, annat hyvät kipulääkkeet ja sitten nesteet.”

”Se on se perus, minkä sä teet. Periaatteessa siitähän se kaikki lähtee. Ku pidetään ravinnotta, niin oikee nesteytys ..”

” ...jos on liian nihkeellä nesteytyksellä kuivuu, suola ja kalium arvot tippuu, mikä sitte kokonaisuudessaan taas vie alaspäin sitä kuntoisuutta.”

Päivystysosastolla kiire ja potilasmäärät vaikuttavat hoidon laatuun. Hoidon laatua lisää nopea tutkimuksiin pääsy ja siirto vuodeosastolle tai leikkaukseen nopeasti. Hoidon laatua heikentävänä asiana nähtiin se, että toisinaan potilas joutuu odottamaan pitkiäkin aikoja hoitoon pääsyä. Keskeisimmäksi kehitystarpeeksi osastolla nousi kivunhoito. Sairaanhoitajat näkivät tarvetta koulutukselle.

8.2 Tapaturmaosaston sairaanhoitajien näkökulma ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoon

Laadukas hoito

Haastateltavat kertovat hoidon olevan kyllä laadukasta ja siihen on tehty tutkimusta osastolla, jotta saadaan laatua parannettua. Kuitenkin he näkevät, että kun osastolla on **kiire**, kärsii laatu heti. Haastateltavat kertovat myös suunnittelun olevan tärkeää, jotta potilaat saadaan ajoissa hoitoon eikä turhia odottamisia osastoilla tule ja myös hoitajien työ helpottuisi. Heidän mielestään lääkärit voisivat suunnitella asioita paremmin. **Omahoitajajärjestelmän** haastateltavat näkevät parantavan hoidon laatua ja potilas saa näin yksilöllisempää hoitoa.

”tulee useita päiviä että joutuu oottaa leikkausta ja et vois jo niinku järkevämmiin suunnitella tulovaiheessa että onko mitään mahdollisuutta vaikka kahen päivän sisällä leikata niin se ois niinku helpompi potilaalle ja helpompi meille.”

Yhteistyöstä muiden osastojen ja ammattiryhmien kanssa haastateltavat kertovat yhteistyön toimivan todella hyvin muiden sairaanhoitajien kanssa ja fysioterapeuttien kanssa. Sairaanhoitajat voivat esimerkiksi aiemmin sopia fysioterapeuttien kanssa, että ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä aamuna potilas autetaan yhdessä ensimmäistä kertaa sängystä, jotta potilaan kuntoutus lähtee hyvin käyntiin heti alkuvaiheessa. Lääkäreiden kanssa yhteistyö toimii, mutta haastateltavien mielestä lääkäreiden tulee paneutua hoidettavien asioihin paremmin, vaikka kyllä ymmärtävät lääkäreiden kiireen. **Lähetteisä** kuitenkin todetaan paljon puutteita ja haastateltavat kertovat niiden olevan hyvin vaillinaisia ja puutteellisia.

”-- hoitajien ja fysioterapeuttien välillä toimii mun mielestä hirveen hyvin -- mutta niin, nuo meidän lääkärit on semmonen oma rotu, että niitä pitäis jotenkin vähän niinku koulia.”

”--noh useimmiten ei, marevanin osalta lähestulkoon 100 % asiat ontuu, eli siellä kyllä selkeesti sanotaan, että marevan kotiannoksella, mutta ei missään oo sitä kotiannosta ja sitä me kaivattas.”

”-- ne on hyvin semmosia vaillinaisia ne lähetteet, lääkk, lääkitykset on hyv erilailta saattaa olla hoitajan läheteessä kun kun lääkärin läheteessä tai sitten niitä on hyvin epämääräisesti ne lääke, milligrammamäärät.”

Kehittämistarpeet ja terveyden edistäminen

Kehittämistarpeina haastateltavat näkevät **kirjaamisen**, jotta esimerkiksi lääkitys olisi ajan tasalla. Haastateltavat näkevät myös kehittämiskohteena aivan päivittäisten asioiden kirjaamisen läheteisiin kuin efficalle, kuten liikkuminen, syöminen, nukkuminen ja elämäntilanne, jotta potilaan aiempi tila tiedettäisiin paremmin. Näin myös voitaisiin tehdä tavoitteet kuntoutumiselle kaatumisen jälkeen. Myös **kuntoutukseen** olisi hyvä ottaa lisää huomiota varsinkin viikonloppuaikoihin, jolloin fysioterapeutit eivät ole paikalla ja hoitajilla on kiire. Tällöin saattavat **asentohoidot** ja kuntoutus jäädä toissijaiseksi. Myös hoitajien asenne vaikuttaa moneen asiaan, kuka näkee minkä asian ja miten tärkeänä.

” -- mutta että vähän sen niinku elämäntilanteesta, miten hän on liikkunut, miten hän on pystynyt hoitamaan itteensä, ni niinku mun mielest siihen pitäis enemmän kiinnittää huomiota--”

”--kuntoutus on yks kehittämiskohde.”

Haastateltavat näkivät hyvänä kivunhoidon, asentohoidot, perushoito, haavahoidot, kuntoutus arkena ja **painehaavojen ehkäisy**. Kipulääkettä pyritään antamaan aina ainakin kerran vuorossaan potilaalle ja seuraamaan kivun tilaa. Kuntoutukseen, ennaltaehkäisevään toimintaan kuten painehaavojen estämiseksi laitetaan potilaille geelipatjat ja potilaiden asento käydään muutamassa.

”-- jo heti kun me tiijetään et on tämmönen vanhempi potilas tulossa lonkkamurtuma, niin heille pyritään kaikille laittamaan nää paine-ehkäisy-patjat nää tämmöset geelipatjat--”

”-- tehään näitä ihan säännöllisesti näitä kiertoja että vaihetaan näitten potilaitten asentoja ja sitten kipulääkityksestä huolehtiminen--”

Omaiset haastateltavat näkevät tärkeänä osana, jokseenkin joskus rasitteena. Omaiset yleensä ottavat hyvin yhteyttä sairaalaan ja kysyvät kuulumisia. Kuitenkaan omaisten yhteistyö ei välttämättä kotona toimi, sillä useat omaiset saattavat soittaa osastolle ja kysellä kuulumisia. Omaisille kerrotaan osastolla tilanteesta ja kotiutustilanteesta heille ilmoitetaan omaisen siirtyminen toiseen laitokseen tai kotia.

”-- semmosen mä ehkä koen rasitteena että on useita lapsia ja ne kaikki soittaa eri aikaan, et heidän semmonen yhteistyö ei välttämättä niinku ehkä toimi tai toisaalta se on ihan inhimillistä että jokainen haluaa kuulla mitä hoitaja sanoo.”

Haastateltavat kokevat, että kokemusta lonkkamurtumapotilaan hoidosta on, varsinkin kauemmin hoitajina toimineilla, mutta silti aina voi kehittyä. Osastolta on myös hoitajia erilaisissa **koulutuksissa** ja he jakavat sitten tiedon muille hoitajille osastotunneilla. Myös osastolla on kehitetty erilaisia tiimejä, joissa hoitajat toimii ja kehittää osaston ja hoitajien toimintaa potilaiden hoidossa. Haastateltavat kertovat koulutusta olevan tarjolla jos vain haluaa osallistua.

”-- meillähän on paljon niinku tämmösiä ikääntyvien hoitajia niinku minäkin oon kauan ollu täällä täällä osastolla et on niinku semmosta kokemusta tullu--”

”-- meillä on yks hoitaja joka on tämmösessä vanhustyön koulutuksessa ollu ja hän on pitänyt meille osastotunteja mm. tästä vanhusten sekavuudesta--”

”-- koulutusta kyllä on tarjolla että sitten jos vaan haluaa niinku osallistu--”

Osastolla tuli esille monia hyviä asioita, jotka haastateltavien mielestä onnistuvat, mutta myös kehitettävää on. Haastateltavien mielestä osastolla oli hyvää kivunhoitoa,

haavahoidot ja asentohoidot ja muu perushoito. Kehitettävää olisi kirjaamisessa, kuten esimerkiksi lähetteet. Kuntoutukseen voisi myös panostaa enemmän varsinkin viikonloppuaikoina, jolloin fysioterapeutit eivät ole paikalla.

8.3 Leikkaussalin sairaanhoitajien näkökulma ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoon

Laadukas hoito

Kysyttäessä laadukkaasta hoidosta on haastateltavien vaikea hahmottaa, mitä juuri täsmällisesti laadukkaalla hoidolla tarkoitetaan. Heidän näkemyksiensä mukaan hoito on laadukasta vaihtelevasti ja osaksi tilanteesta riippuvainen. Leikkausosastolla on entistä **kiireisempää**, mikä vaikuttaa heikentävästi hoitotyön laatuun.

Päivystysaikoina tehtävien leikkausten määrä saattaa vaihdella erityisen paljon.

Kiireellisenä aikana leikkaukseen pääsy voi viivästyä ja jonain päivänä saattaa leikkaukseen päästä saman tien. Sairaanhoitajana on vaikea vaikuttaa siihen, miten kiireellistä tulee päivystysaikana olemaan.

”--tää työ on muutenkin tavallaan niin suhdanneherkkää, että välillä on päivystyksiä tosi paljon ja välillä sitte taas ei yhtään. Että voi niinku potilas päästä suoraan päivystyksestä tänne leikkaukseen.”

”--että en tiedä. ja laatu, sehän on muutenkin ylipäätänsä niinku laaja kysymys, että mitä se ylipäätänsä tarkoittaa se laatu?”

”--että ollaanko me hoitajat silleen taitavia ja aseptisesti, että se laatu on niin monimutkanen asia että...se, niin joo, siinä on niin monta muuttuvaa tekijää... Se vaihtelee. ihan omalla kohdalla ja sitten eri potilaiden kohdalla--”

Hoitajien ammattitaito ja koulutus vaikuttavat lonkkamurtumapotilaan hoidon laatuun. Koulutusta koettiin olevan aivan liian vähän. Koulutustarjonnan ajatellaan olevan hyvä, mutta koulutuksiin pääsyn koetaan olevan hankalampaa. Hoitajien **aseptinen omatunto** on tärkeä työväline. Hoitajan perehtyneisyys lonkkamurtumapotilaan hoitoon on olennainen tekijä työn sujuvuudessa. Osastojen välisen **tiedonkulun** todettiin välillä katkeilevan ja aiheuttavan lisää ylimääräistä työtä hoitajille.

Moniammatillisen yhteistyön koetaan toimivan hyvin. Jokainen tekee oman työnsä ja homma toimii pääasiallisesti hyvin. Jokaisella on oma tärkeä tehtävänsä leikkauksessa.

”Mehän ollaan niin ku niin sellanen tiivis yhteisö tuolla salissa että se moniammatillinen yhteistyö on pakko toimia siellä”

” Kirurgi ja anestesia lääkäri ja me ollaan kuitenkin aika hyvin hitsauduttu täällä yhteen että ei nykyisin oo enää sellasta että herra kirurgi, että kumarrettais tai niiattais että (naurahtaa).”

”--sen asennon pitäis olla niin semmonen optimaalinen, ettei sille potilaalle tulis ainakaan lisää mitään vammoja -- Mutta kyllä me kiinnitetään siihen tosi paljon huomiota sekä päivä että päivystysaikana.”

Asentohoidon koetaan olevan laadukasta ja vahtimestarit ovat siinä ammattilaisia. Huomiota asennon laittoon kiinnitetään jokaisessa leikkauksessa ja pyritään vammojen minimointiin. **Raporteista** ja papereista tulisi selvittää onko potilaalla liikerajoituksia, jotka tulisi ottaa asennonlaitossa huomioon. On paljon ikääntyneitä ja ylipainoisiakin löytyy, joiden asennonlaitossa on omat haasteensa, kuten ohut iho ja jäykät raajat.

Kehittämistarpeet ja terveyden edistäminen

Kehittämishaasteita kysyttäessä niitä tuli hyvin esille. Sairaanhoitajat vastasivat kysymykseen monipuolisesti. Kysymys tuntui heille tärkeältä, ehkä siksi, että epäkohdat tulisivat ilmi. Moniin asioihin haluttaisiin muutosta. Henkilökunnan määrä ja **resurssit** vaikuttavat olennaisesti hoidon laatuun. Leikkaustiimin ammattitaito ja **henkilökunnan määrä** koettiin olennaisena tekijänä. Ilmi tuli vahtimestareiden puuttuminen päivystysaikana. Vähäinen henkilökunnan määrä koettiin kiirettä lisäävänä tekijänä. Kirurgien välillä koettiin olevan eroja, jotka vaikuttavat potilaan saamaan laadukkaaseen hoitoon.

”Jos vaikka joku apulaislääkäri vaikka ensimmäistä kertaa laittaa jotain murtumajärjestelmää tai vaikka naulaa lonkkaa ja pahimmassa tapauksessa hän

joutuu sen itekseen tekemään, niin ei se kyllä mitään laadukasta sellanen hoito sitte taas oo, että jos joku erikoislääkäri, joka on tehnyt niitä satoja vaikka DHS:n laittoja, niin onhan se sitten laadukasta.”

Laadun parantamiseen koetaan voivan vaikuttavan niin, että potilaat hoidetaan mahdollisimman pian ja laadukkaasti oman ammattitaidon avulla. Ammattitaitoa halutaan kehittää ja parantaa mahdollisuuksien mukaan hoidon laatua. **Koulutusta** halutaan enemmän ja tietoa muun muassa siitä, miten postoperatiivinen kuntoutus tapahtuu ja miten potilaan hoitopolku jatkuu leikkaussalista eteenpäin. Osastojen välillä tulisi tehdä enemmän yhteistyötä. Ajan koetaan kuitenkin olevan rajallinen, jotta kaikki muutokset saataisiin aikaan.

”--voidaan mun käsittääkseni vaan sillai että hoidetaan ne potilaat mahdollisimman laadukkaasti ja nopeesti. Että se nopeus on ennen kaikkea se. Että sehän on sitte korkeimman kädessä, että kuinka ne potilaat toipuu siitä”

”Että meillähän periaatteessa on kymmenen koulutuspäivää vuodessa. Koulutuksiin pääse tosi huonosti, että se kymmenen päivää, niin ei se täyty varmaan kellään.”

Ikääntyneiden arvostaminen ja heidän elämänlaatunsa tuli esille haastattelussa. Suuret ikäluokat ovat ikääntyneet ja lonkkamurtumia koetaan olevan enemmän kuin ennen. Ikääntyneiden ei koeta olevan samanarvoisia leikkausjonoja purettaessa. Leikkaushoitajana on vaikea vaikuttaa siihen, kuka pääsee leikkauspöydälle ensimmäisenä, päätökset kuuluvat ylemmille tahoille.

”Niin, kyllähän ne potilaat pitäis jollain tavalla niinku priorisoida että se on niin ku tällänen yhteiskunnallinen trendi, että vanhat ihmiset jää aina viimeseks. Tai ei nyt aina, mutta kuitenkin sinne jonojen hännille.”

”--niin kyllä noi lonkkamurtumat tarvis sitten niin ku sellasen oman vihreen linjan kanssa, vaikka meillä on päiväaikaan tossa Sali 26 traumasalina, mutta kun sitä traumaakin voi olla niin monenlaista. Ihan kaikenlaista”

” tavallaan ne semmoset vanhat mummot jää sinne viimeseks. Nää on tämmösiä laajoja, laajoja asioita kyllä.”

Hoitoon halutaan lisää inhimillisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta. Potilaan kanssa kommunikointi on hyvin nopeaa ja vähäistä, mutta siinä lyhyessä tilanteessa halutaan toimiva potilaskontakti sekä ottaa potilas huomioon ainutlaatuisena yksilönä ja juuri hänen oma tilanteensa huomioiden. Jotta potilas voitaisiin huomioida tarpeeksi yksilöllisesti, tulisi raportin olla kattava ja raportissa tulisi huomioida juuri leikkausosastolla tarvittavat tiedot. Potilaspapereiden ajan tasalla pitäminen ja tarkka **kirjaaminen** ovat tärkeitä, jotta hoidon jatkuvuus säilyisi. Elektiivisissä endoproteesileikkauksissa käytettävä tulotarkastuslomake voisi olla toimiva myös lonkkamurtumapotilailla. Terveyden edistäminen käsitettiin kokonaisuutena, joka liittyy koko hoitotyöhön. Koko hoitotyössä tähdätään potilaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Laadukkaasta hoidosta puhuttaessa tulisi ottaa huomioon myös potilaan näkökulma. Onko potilas loukannut itsensä laitoksessa vai onko hän yksin asuva ja ollut omatoiminen. Tulisi huomioida hoidon ennuste hoitoa suunniteltaessa.

”Raporteissa on kyllä sinänsä toivomisen varaa, että vielä nykyäänkin on sillee, että mä olen just tullut töihin, että mä en tiedä tästä potilaasta mitään että mä tuon tän vaan tänne näin. Että semmonen on aina hirveen ikävää, että silloinhan sillä raportilla ei oo niinku mitään merkitystä.”

”Jos on hirveen nopee se siirtyminen, että hän on tullut ensiapuun ja sitten hän meneekin sieltä osastolle ja sitten Me pyydetäänkin jo esilääkitsemään potilas ja pyydetään hänet tänne saliin, niin tietenkkin ne paperihommat laahaa sitten jäljessä.”

”--miten se sitten kokee, että onko hänen elämänsä sitten enää yhtä laadukasta kuin ennen sitä kaatumista.”

Leikkausosastolla laadukkaina asioina nähtiin nopea hoitoon pääsy, hoitajien aseptinen toiminta, moniammatillinen yhteistyö sekä asentohoidot. Kehittämistarpeita koettiin olevan tiedonkulussa, resursseissa, henkilökunnan määrässä, koulutuksessa sekä kirjaamisessa. Laadukas hoito on laaja asia, johon sairaanhoitaja ei yksin voi vaikuttaa.

9 POHDINTA

Opinnäytetyössä tutkittiin ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidon laatua erikoissairaanhoidon alueella. Aineisto kerättiin haastattelemalla sairaanhoitajien kokemuksia lonkkamurtumapotilaan hoidon laadusta. Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin parantamaan tutustumalla teoritietoon ja aikaisempiin tutkimuksiin ennen haastatteluja, jotta asia oli tekijöille tutumpi. Otoksen ja varsinkin analyysin luotettavuutta lisää tutkijoiden määrä. Yksilölliset mielipiteet ja ennakoasenteet on pystytty helposti karsimaan pois, kun opinnäytetyötä on tehty useamman ihmisen näkemysten turvin. Teoriatiedosta on pyritty valikoimaan uusimmat ja luotettavimmat lähteet. Tietoa haettiin myös sähköisesti muun muassa arvostetuilta käypähoito-sivustoilta. Keskeiset käsitteet opinnäytetyöhön saatiin teoritietoa yhdistelemällä. Teoriatiedosta pyrittiin löytämään luotettava tieto ja karsimaan pois ihmisten mielipiteet. Pelkästään sillä, että katsotaan onko hoitotyö laadukasta sairaanhoitajien näkökulmasta, ei saada tarpeeksi laajaa vastausta, sillä laadukkuutta pitäisi myös tarkastella potilaan näkökulman kautta (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 284-286).

Opinnäytetyössä eettistä puolta ei ole käsitelty paljoakaan, sillä etiikkaa ei koettu työn kannalta keskeiseksi asiaksi. Eräs syy eettisen puolen vähyyteen on se, että tutkimuksessa on käsitelty asiaa vain sairaanhoitajien näkökulmasta, potilaisiin ei olla oltu missään yhteydessä. Haastateltavien anonyymiteetistä pidettiin huolta. Anonyymiteetin säilyttämiseksi tutkimusaineisto hävitettiin tarkoituksenmukaisesti. Tutkittavien oikeuksiin on kiinnitetty myös huomiota siten, että haastateltavilla sekä tutkimukseen osallistuvilla yksiköillä on oikeus saada tutkimuksemme raportti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 284-286)

Haastateltaville kerrottiin, että he voivat vastata kysymyksiin luottamuksellisesti ilman, että heidän nimiänsä julkaistaan. Sairaanhoitajat voivat täten kertoa sellaisiakin asioita, joista muuten on vaikea puhua. Kaikkien haastateltavien kanssa saatiin luotua avoin ja luottamuksellinen keskustelu. Haastattelujen luotettavuutta heikensi kysymysten esitestauksen puuttuminen. Osastonhoitajat valitsivat haastateltavat, joten ei voida olla aivan varmoja, valitsivatko he juuri sopivimmat henkilöt. On hankala määrittää, olivatko vastaajat kiinnostuneita aiheesta ja oliko heillä tarpeeksi kokemusta lonkkamurtumapotilaan hoidosta. Erityisesti jäi askarruttamaan, miksi

anestesiahoitopuolella ei riittänyt kiinnostus opinnäytetyöhön useista yhteydenotoista huolimatta. Opinnäytetyön tulokset eivät ole mitenkään yleistettävissä, sillä otos on pieni ja koskee vain yhtä sairaanhoitopiiriä. Sairaanhoitajat voivat nähdä asiat eri tavalla ja huomioida eri asioita, sekä esimerkiksi laatu voi merkitä eri asioita eri hoitajille. Jokaisella on oma näkökulma. Opinnäytetyöhön luotettavuutta toi haastattelujen tarkka purkaminen. Haastattelujen analysoinnissa tuotiin esille vain haastatteluissa selkeästi esille tulleet asiat. Ei ole pyritty tekemään mitään tulkintoja tai pyritty lukemaan rivien välistä. Johtopäätökset sekä tulkinta on tehty vasta raportin loppupuolella.

Lähes kaikkien haastateltavien oli vaikea hahmottaa, mitä laadukas hoito on heidän työssään. Laadukas hoito koettiin monimutkaisempana asiana kuin mitä oletettiin. Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi hoitohenkilökunnan kiire. Hoitohenkilökunnan kiire ja työpaineet ovat olleet esillä myös mediassa. Henkilökunnan ajan koetaan olevan rajallinen. Päivystysaikojen potilasmäärien vaihtelut vaikuttavat kiireeseen. Päivystysaikoina henkilökunnan määrä on vähäisempi. Päivystysaikoina potilaat joutuvat odottamaan hoitojaan enemmän ja osa hoidoista jää tekemättä kiireen vuoksi. Sairaanhoitajat kokevat, että resursseihin on vaikea vaikuttaa, koska he eivät pysty vaikuttamaan henkilökunta- ja potilasmääriin. Kaiken kiireen keskellä sairaanhoitaja voi tuntea itsensä avuttomaksi, koska työtä on, mutta ei sille tekijöitä. Vaikka hoidon laatua haluaisi parantaa, ei siihen välttämättä ajallisesti ole mahdollisuutta. Kaikissa yksiköissä moniammatillinen yhteistyö toimii, kuitenkin säröjä siihen tuo lääkäreiden kiire ja asenne. Osastolla omahoitajajärjestelmän koettiin tuovan hoitoon yksilöllisempää laatua. Moniammatillisen yhteistyön tärkeys näkyy jokaisessa yksikössä, sillä jokaisella on tärkeä osa potilaan laadukkaassa hoitotyössä. Käypähoito-ohjeiden mukaan (2006), jotta saavutettaisiin tavoitteiden mukainen hoito, on edellytettävä terveydenhuoltojärjestelmän sisällä saumatonta tiedon kulkua sekä moniammatillista yhteistyötä lonkkamurtumapotilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen.

Hoidon jatkuvuutta halutaan parantaa. Haastatteluissa nousi esille kirjaamisen tärkeys, esimerkiksi lääkityksen ajantasaisuus. Sähköinen kirjaaminen ja tiedonhaku ovat helpottaneet hoitajien tiedonsaantia. Sairaanhoitajat kokevat, että lähetteet ja kirjaaminen ovat ajoittain vajaita. Aina kirjaamisesta ja lähetteistä ei käy olennaiset asiat ilmi. Hoitoyksikön vaihtuessa raportointi on olennainen osa hoidon jatkuvuuden

säilymiseksi. Yksiköiden välinen tiedonsiirto vaatii laajempaa tietoa hoitopolun kulusta ja siitä, mitä tietoja eri yksiköt tarvitsevat. Työ on vaativaa ja ei voi olettaa sairaanhoitajan hallitsevan kaikkia erikoisaloja. Yksiköissä, joita haastateltiin, potilasmateriaali on hyvin laaja, joten potilaita on eri erikoisaloilta. Toiset ajattelivat koulutuksiin pääsyn olevan vaikeaa ja toisista koulutuksen tarjonta oli vähäistä. Hoitajien ammattitaito voi vaihdella, ei voi esimerkiksi olettaa juuri valmistuneella hoitajalla olevan samanlaista ammattitaitoa kuin 20 vuotta työtä tehneellä hoitajalla.

Jokaisessa yksikössä koettiin, että asentohoitoihin kiinnitetään hyvin huomiota. Asentohoitoihin ja painehaavojen ehkäisyyn on pystytty kiinnittämään huomiota uusien välineiden avulla, kuten geelipatjat ja traumapaarit. Haastateltavien mielestä jokainen hoitaja osaa kiinnittää huomiota asentohoitoihin ja painehaavojen ehkäisyyn. Ikääntyneiden potilaiden siirrossa huomioidaan ihon ohuus ja mahdolliset liikerajoitukset. Raskun (1999) mukaan ikääntyneen potilaan huonontunut verenkierto, silkin ohut iho sekä lonkkamurtuman aiheuttama liikkumattomuus altistavat herkemmin painehaavoille. Asentohoitoihin voidaan myös kiinnittää huomiota sillä, ettei potilaiden tarvitse odotella leikkaukseen pääsyä liian pitkään. Käypä hoito suosituksissa todetaan, että nopealla leikkaus aikataululla pystytään vähentämään komplikaatioiden määrää (Käypähoito 2006).

Kipulääkityksen koetaan olevan liian vähäistä monen lonkkamurtumapotilaan hoidossa. Päivystysaikana potilas voi joutua odottamaan lääkärin määräämää kipulääkitystä useita tunteja. Sairaanhoitajan tehtävänä on havainnoida potilaan kipua ja kertoa siitä tarvittaessa lääkärille. Kipulääkitys ei toteudu kaikkien potilaiden kohdalla yhtä hyvin. Iäkkäällä ihmisellä kivun määrittäminen voi olla hankalaa, koska potilaalla voi olla esimerkiksi delirium. Hoitajan ammattitaitoa tarvitaan kivun määrittämisessä ja sen tunnistamisessa. Björkmanin ja muiden mukaan (2007) potilaan vähäisetkin käyttäytymisen muutokset saattavat viitata potilaan kokemaan voimakkaaseen kipuun.

Kysyttäessä terveydenedistämisestä moni haastateltava jäi miettimään. Terveydenedistämistä oli vaikea hahmottaa. He kokivat, etteivät he työssään voi mitenkään edistää terveyttä. Sairaanhoitajat olivat aluksi sitä mieltä, että terveyden edistäminen alkaa vasta sitten, kun potilas siirtyy pois erikoissairanhoidosta. Loppujen lopuksi haastateltavat käsittivät, että heidän koko hoitotyönsä tähtää

potilaan terveyden edistämiseen. Haastateltavat mainitsivat toimintakyvyn edistämisestä puhuttaessa sen, miten tärkeää on, että hoitajilla on selvillä potilaan kunto ja toimintakyky ennen lonkkamurtuman syntymistä. Kun hoitajat tietävät potilaan aiemman toimintakyvyn, he osaavat paremmin asettaa tavoitteet potilaan kuntoutumiselle ja arvioida potilaan edistymistä. Toimintakyvyn edistäminen käsitteenä tuntui olevan haastateltaville vieraampi käsite, eivätkä he oikein pohtineet toimintakyvyn edistämistä syvällisemmin. Terveydenedistämisen koettiin liittyvän kaikkeen siihen, mitä aiemmin on käsitelty.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Opinnäytetyössä esiin tullutta tietoa voidaan käyttää hoitotyön kehittämiseen ja lonkkamurtumapotilaan hoidon laadun parantamiseen. **Tutkimuksessa esiin tulleet asiat on esitetty lyhyesti taulukoiden muodossa liitteessä 2.** Sairaanhoitajat voivat tutkimuksen avulla selvittää, missä asioissa on kehitystarpeita ja mitä hyvää heidän hoitotyössään on. Erikoissairanhoidossa voidaan hyödyntää tätä tutkimusta esimerkiksi siten, että sairaanhoitajat voivat tarkastella hoitotyön jatkuvuutta ja laatua tässä tutkimuksessa nousseiden asioiden pohjalta. Sairaanhoitajat voivat opinnäytetyöstä nähdä myös operatiivisesti hoidettavan ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitopolun.

Vaikka opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajan kokemuksia ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidon laadusta ja kehitystarpeista huomattiin, että hoidon laatu on monesta eri tekijästä riippuva asia. Sairaanhoitajat eivät yksin voi vaikuttaa hoidon laatuun, sillä resurssien riittämättömyys vaikuttaa paljon. Muutoksia kaivattaisiin monella eri muullakin taholla, kuin vain sairaanhoitajien työssä. Ylemmän tahon päättäjät voivat tutkimuksessa ilmenneiden kehitystarpeiden pohjalta suunnata resursseja uudelleen, esimerkiksi pyrkiä palkkaamaan lisää työntekijöitä ja kouluttaa henkilökuntaa. Kuitenkin tulee muistaa, että koska opinnäytetyön otos on niin pieni, ei tuloksia voida yleistää. Opinnäytetyön avulla voidaan kuitenkin nostaa esiin asioita pohdittavaksi. Hoitotyön jatkuva kehitys vaatii ammattitaidon jatkuvaa päivytystä ja lisäkoulutusta. Tällä hetkellä koulutusta koetaan olevan liian vähän.

Nykyisin puhuttaessa hoitotyöstä, hoitotyöhön liitetään usein sana kiire. Hoitotyön kiireestä ja työmäärän lisääntymisestä puhutaan sekä poliittisella tasolla että mediassa. Opinnäytetyöstä käy ilmi, että kiire on läheisessä yhteydessä hoitotyön laatuun ja se huolestuttaa sairaanhoitajia. Kiireeseen ei pystytä vaikuttamaan työntekijätasolla. Päivystysluonteinen hoitotyö on hyvin suhdanneherkkää eikä hoitajana potilaiden määrään pystytä vaikuttamaan. Hoitotyön henkilökunnasta on kasvava pula, eikä erikoissairaanhoidon välttämättä saada erikoisalvoja hallitsevaa työvoimaa. Lääkäreiden saatavuus on heikkoa, koska lääkäreistä on pulaa. Lääkäreiden vähyys aiheuttaa sen, että potilaat ja hoitajat joutuvat odottamaan pitkiäkin aikoja lääkärin tapaamista.

Ikääntyneen väestön lisääntyessä pitäisi avoimesti keskustella siitä, miten ikääntyneiden lisääntyneet ongelmat saataisiin hoidettua laadukkaasti. Ikääntymisestä aiheutuvat muutokset asettavat hoitotyölle erityisvaatimuksia. Ikääntyneitten hoitotyön parissa työskentelevät tarvitsevat lisäkoulutusta, jotta he voivat toteuttaa ikääntyneen hoitotyön erityisvaatimukset. Ikä vaikuttaa myös hoitotyön tavoitteeseen, esimerkiksi siihen, onko mahdollista kuntouttaa murtumapotilas takaisin kotiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 227, 231.)

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli, onko ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoito laadukasta. Kysymykseen ei ole saatu vastausta eikä edes oletettu, että tämä tutkimus olisi sitä antanut. Laatu on laaja käsite ja sitä tulisi käsitellä monesta eri näkökulmasta esimerkiksi, onko hoito potilaan mielestä laadukasta. Etiikan näkökulmasta ajateltuna hoidon laatu on sitä, että ihmiset saavat tarvittaessa parasta mahdollista apua sairauteensa. Kiireestä ja resurssipulasta huolimatta sairaanhoitajat pyrkivät antamaan potilaille parasta mahdollista hoitoa. Potilaiden suuri määrä sekä kiire aiheuttavat sen, että sairaanhoitajat joutuvat priorisoimaan työtehtäviään, kuten kuka tarvitsee apua juuri nyt. Priorisointi ei ole aina potilaalle edullista tai sairaanhoitajan kannalta mielekästä. Sairaanhoitaja kokee useissa tilanteissa itsensä riittämättömäksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 88-91, 118-120.)

Terveyden edistäminen on monille sairaanhoitajille vielä lähes tuntematon asia. Kuitenkin kun siitä keskustellaan, he huomaavat koko heidän hoitotyönsä tähtäävän terveyden edistämiseen. Terveyden edistäminen on loppujen lopuksi tuttu asia. Terveyden edistäminen on keskeinen lähtökohta nykyisissä terveystieteissä

linjauksissa sekä Suomessa että kansainvälisesti. Opinnäytetyössä on mukana myös terveyden edistämisen näkökulma. Niin kuin kaikkiin muihinkin hoitotyön osa-alueisiin vaikuttaa kiire ja resurssipula, vaikuttaa se myös terveyden edistämisen toteutumiseen. Todellisuudessa terveystoimittainen näkemys ja hoitotyöntekijän realistinen työkuva eivät kohtaa toisiaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 168-171.)

Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, miten potilaat kokevat saamansa hoidon.

Kokevatko he esimerkiksi saamansa hoidon laadukkaana ja näkevätkö he elämänsä mielekkäänä lonkkamurtuman hoidon jälkeen. Opinnäytetyössä käy ilmi myös puutteita ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidossa ennen erikoissairaanhoidon saapumista. Olisi tärkeää, että potilaat saisivat heti tapaturman satuttua oikeanlaista, terveyttään edistävää hoitoa. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, mitä puutteita tai kehitystarpeita perusterveydenhuollossa ja ensihoidossa on liittyen lonkkamurtumapotilaan hoitoon ennen ja jälkeen tapaturman.

LÄHTEET

- Alahuhta, S., Ala-Kokko, T., Kiviluoma, K., Perttinen, J., Ruokonen, E. & Silfast, T. (toim.). 2006. Duodecim. Nestehoito. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Alhainen, K., Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Duodecim. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi. Suomen lääkärilehti 26/2007. vsk 62:262547-2552.
- Euroopan yhteisöjen komissio. 2001. Komission tiedonanto neuvostolle, Euroopan parlamentille, talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle - Terveysten- ja vanhustenhuollon saatavuus, laatu ja taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa. Viitattu 1.12.2007. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0723:FIN:FI:DOC>
- Finne-Soveri, H., Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2006. Vanhusten kivunhoito ja arviointi. Espoo: Janssen-Gilag.
- Hakala, P. 2002. Hyvä ravitseminen on osa elämänlaatua. Ravitseminen. 24.vuosikerta 2:2002, 8-9.
- Haukka, U-M., Kivelä, S-L., Pyykkö, V., Vallejo Medina, A. & Vehviläinen, S. 2006. Vanhusten hoito. WSOY.
- Heikkinen, R-L. & Heikkinen, E. 1999. Vanhenemisen monet kasvot. Viitattu 17.12.2007. <http://www.yk.liitto.fi/maakansa/ikaihminen/2vanhene.html.fi>
- Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.). 2002. Vanhuuden voimavarat. Vammala: Kirjapaino Oy.
- Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim) 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.
- Heimonen, S. & Voutiainen, P.(toim.) 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hietanen, H. Iivanainen, A. Seppänen, S & Juutilainen, V. 2002. Haava. Pori: WSOY

- Hinkkurinen, J., Kajander, A., Karjalainen, K., Lundell, L., Lüthje, P., Nurmi-Lüthje, I., Pelkonen, J., Salminen, M. & Salmio, K. 2007. Tapaturmakäyntien käynti paljastaa riskiryhmät. Suomen lääkirilehti vuosikerta 62:38 3435.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Honkonen, S. 2007. Reisiluun murtumat. Viitattu 22.1.2008. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin käsikirja.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Duodecim. Kipu. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Kannus, P. 2006. Lonkkamurtumat ovat vähentymässä. Viitattu 23.11.2007 <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/tiedotteet/668/>
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä. 2002. Lonkkamurtuma. Päivitetty 8.8.2006. Viitattu 25.11.2007. <http://www.khshp.fi/index.asp>, Hoito- ja tutkimusohjeet, Kirurgia, Ortopedia.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Keski-Suomen keskussairaala. Viitattu 17.12.2007. <http://www.ksshp.fi>, sairaalat ja yksiköt, Keski-Suomen keskussairaala.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.
- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, M-L., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P. & Komulainen, J. Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi- opas hoitoketjun laadintaan. 2007. Viitattu 23.1.2008. <http://www.kaypahoito.fi>
- Klemola, L., Ensio, A. & Saranto, K. 2005. Sydänpotilaan ja elektiivisen ortopedisen lonkkapotilaan hoitoketjun tiedonkulku Etelä-Savon sairaanhoidonpiirissä. Kuopion yliopisto.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kovanen P, Kyrölä K, Rossi S, Tyrväinen H. 2005. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri projektityö kevät 2005. Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju Keski-Suomen keskussairaalassa. Jyväskylä.

- Koskela, K. 2007. Pitkittyneen sekavuustilan riskitekijöistä lisää tietoa. Suomen lääkärilehti vuosikerta 62: 38, 3395.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.
- Käypä Hoito. 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Viitattu 21.11.2007. <http://www.kaypahoito.fi>, Suositukset, Nimen mukaan, 49.Lonkkamurtuma.potilaiden hoito.
- Laine, S. & Stolt-Niemi, T. 2006. Suoraan suljettu leikkaushaava. Haava 2/2006.
- Larmi, A., Tokola, E. & Välikkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY
- Lepistö, M. 2002. Katsaus painehaavojen riskiluokitukseen. Haava vuosikerta 5:4.
- Louheranta, A. (toim.). 2006. Ravitseminen ja ruokavaliot. Helsinki: Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY
- Lüthje, P. 2003. Lonkkamurtumapotilaiden selviytyminen ja kustannukset vuoden sisällä murtumasta. Luulehti 3/2003, 10-11.
- Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola S. 2004. Duodecim. Toimintakyky: arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki
- Mikkola, T. 2007. Lonkkamurtuma heikentää luuston rakennetta vielä vuosia murtuman jälkeen. Viitattu 22.11.2007. <http://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2007/07/tiedote-2007-09-18-16-46-04-026881/>
- Moreau, D. (toim.). 2003. Handbook of geriatric nursing care –second edition. Springhouse: Lippincott Williams & Williams.
- Noppiari, E. & Koistinen, P. (toim.). 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammerpaino oy.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pietikäinen, S., Heinonen, M., Karppi, P. & Huusko, T. 2003. Hoitotiede vol. 15, no 4/-03.
- Pitkäaikaissairaalan aikuisen opas. 2008. Kotihoitopalvelut. Viitattu 21.1.2008. <http://www.sairaanhyaapas.net/kotihoitopalvelut.html>

- Pohjolainen, P. 2004. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn arviointi ja edistäminen. Ikihyvä Tutkijaseminaari, Lahti 14.9.2004. Viitattu 1.5.2008. http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/seminaari_esitykset.htm
- Pukki, T. 2006. Painehaava – tiedon tuominen käytäntöön. Haava vuosikerta 9:26.
- Rantala, A. 2002. Ajankohtaista tietoa leikkausalueen infektioiden ehkäisyn mahdollisuuksista. Haava vuosikerta 5:4.
- Rasku, T., Sopanen, P. & Toivola, T. 1999. Hoitoa ympäri vuorokauden ensi- ja polikliininen hoito. Porvoo: WSOY.
- Saarela E 2004 Mikrobilääkkeiden profylaktinen käyttö, viitattu 23.1.2007. OYS/Oulun yliopisto sisätautien klinikka, <http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/041125.htm>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes & Suomen kuntaliitto. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Sund, R. 2006. Lonkkamurtumien ilmaantuvuus Suomessa 1998-2002. Duodecim. 9/2006
- Suomen akatemia. 2006. Suomen Akatemia tutkii: Hoitoketju toimivaksi terveydenhuollossa. Artikkelit 21.9.2006. Viitattu 1.12.2007. http://www.deski.fi/page.php?page_id=9&tiedote_id=3090
- Säynäjäkangas, P. 2003. Tromboosiprofylaksia. Finnanest. 4/2003.
- Terveys- ja sosiaalipolitiikka. Tehy. 2006. Tehyläiset terveyden edistäjinä – hyvä, laadukas hoito ja sen edellytykset. Viitattu 1.12.2007. http://www.tehy.fi/tehy_vaikuttajana/terveys-ja_sosiaalipolitiikka/
- Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset: opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita.
- Tilvis, R., Strandberg, T. & Vanhanen, H. 1997. Geriatrian opintopaketti. Viitattu 25.11.2007. <http://www.gernet.fi>, Auto, opetus.
- Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R. & Tilvis, R. 2001. Duodecim. Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Vanhustyön keskusliitto. 2004. Toim. Suominen, M. & Kivistö, S. Ravitseminen osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja

periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Viitattu 1.12.2007.
<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>

Vertio, H. 2003. Terveiden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Liite 1 Haastattelukysymykset

Haastattelu on avoin haastattelu. Näillä kysymyksillä pyritään vain ohjaamaan keskustelua haluttuun suuntaan. Tarvittaessa käytetään tukikysymyksiä tilanteen mukaan.

Miten laadukas ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoito toteutuu sairaanhoitajien näkökulmasta?

Mitä kehittämistarpeita ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitotyössä on sairaanhoitajien kokemana?

Mitä on ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen hoitotyössä sairaanhoitajien kokemana?

Liite 2 Tutkimustulokset

Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät

Laatua lisääviä tekijöitä	Laatua vähentäviä tekijöitä
Nopea hoitoon pääsy ja hoidon aloittaminen	Potilasmäärän ollessa suuri ei ole paljoa aikaa yhdelle potilaalle
Lääkintävahtimestareiden työpanos	Potilas voi joutua odottamaan pitkään tutkimuksia tai lääkkeitä
Potilaan siirtojen minimoiminen	Koulutuksen vähäisyys
Moniammatillinen yhteistyö	Kiire
Omahoitajajärjestelmä	Lähetteiden antaman informaation vähäisyys
	Leikkaukseen pääsyn viivästyminen
	Kirurgin kokemattomuus

Kehittämistarpeita

Potilaiden kivunhoitoa tulisi tehostaa
Lääkäreitä tulisi saada paikalle nopeammin
Potilaan tulisi saada laadukasta hoitoa jo ennen siirtymistä erikoissairaanhoidon
Lääkärit voisivat kehittää hoidon suunnittelua
Lähteet, kirjaaminen ja raportointi puutteellisia
Kuntoutusta olisi hyvä olla myös viikonloppuisin
Koulutuksen lisääminen
Henkilökuntaa ja resursseja lisää
Lääkintävahtimestareita töihin myös päivystysajaksi
Koulutuksiin pääsyn tulisi olla helpompaa
Osastojen välinen tiedonkulku paremmaksi

Terveyttä ja toimintakykyä lisääviä tekijöitä

Asentohoito
Hyvä nestehoito
Traumapaarit
Painehaavojen ehkäisy
Moniammatillinen yhteistyö

Liite 3 Tutkimuslupahakemukset



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JYVÄSKYLÄ UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS 1 (3)

Hakijan tiedot	Nimi Katri Härmäläinen	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU	Hakijan tehtävä/virka-asema opiskelija	
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi RIIKKI MATILAINEN HANNELE TYRVÄJÄRVI	Oppiarvo ja ammatti HOITOTYÖN LEHTORI	
	Toimipaikka ja osoite JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU, KESKUSSAARTE 21 E, 40020 JKL		
	Puhelin 0400 276 749	Sähköpostiosoite hannele.tyrvajarvi@jamk.fi	
Tutkimuksen toimeksiantaja	Toimeksiantaja		
	Yhteystiedot		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä _ / _ / _	Allekirjoitus	
Esittelijä täyttää	<input type="checkbox"/> Puollan tutkimusluvan myöntämistä		<input type="checkbox"/> En puolla tutkimusluvan myöntämistä
	Perustelut		
Päiväys ja esittelijän allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä _ / _ / _	Allekirjoitus	
Päätäjä täyttää	Tutkimusluvan myöntäminen <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä		
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Muut ehdot		
	Perustelut myöntämättä jättämiselle		
	Päätäjän nimi SAOTONTÄRÄ, JAMKA		
Päiväys ja päätäjän allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Jyväskylä 19.2.2006	Allekirjoitus	
Tiedotominn päätöksestä	<input type="checkbox"/> esittelijälle <input checked="" type="checkbox"/> tutkimusluvan hakijalle <input type="checkbox"/> tietohallintopaikallikolle <input type="checkbox"/> henkilösopäällikölle <input type="checkbox"/> opintotoimistonpäällikölle		



Hakijan tiedot	Nimi <i>Katri Hämäläinen</i>	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö <i>JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU</i>	Hakijan tehtävä/virka-asema <i>opiskelija</i>	
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi <i>IRMELE MÄTLÄINEN HANNELE TURVAINEN</i>	Oppiarvo ja ammatti <i>HOITAJEN LEHTORI</i>	
	Toimipaikka ja osoite <i>JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU, KESKUSARJEN DE 21 E, 40020 JKU</i>		
	Puhelin <i>0400 926749</i>	Sähköpostiosoite <i>hannelle.turvainen@jamk.fi</i>	
Tutkimuksen toimeksiantaja	Toimeksiantaja		
	Yhteystiedot		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <i>1/1</i>	Allekirjoitus	
Esittelijä täyttää	<input type="checkbox"/> Puollan tutkimusluvan myöntämistä		<input type="checkbox"/> En puolla tutkimusluvan myöntämistä
	Perustelut		
Päiväys ja esittelijän allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <i>1/1</i>	Allekirjoitus	
Päätätjä täyttää	Tutkimusluvan myöntäminen <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä		
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Muut ehdot		
	Perustelut myöntämättä jättämiselle		
	Päätäjän nimi <i>Aava Piike oh EVA PIILAMMA</i>		
Päiväys ja päätäjän allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <i>Jyväskylä 4.13.2008</i>	Allekirjoitus <i>Aava Piike</i>	
Tiedottaminen päätöksestä	<input type="checkbox"/> esittelijälle <input type="checkbox"/> tutkimusluvan hakijalle <input type="checkbox"/> tietohallintopäällikölle <input type="checkbox"/> henkilöstöpäällikölle <input type="checkbox"/> opintotoimistonpäällikölle		



Hakijan tiedot	Nimi <i>Katri Hämäläinen</i>	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö <i>JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU</i>	Hakijan tehtävä/virka-asema <i>opiskelija</i>	
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi <i>IRMELE MATILAINEN HANNELE TYRVÄIMEN</i>	Opplarvo ja ammatti <i>HOITOTYÖN LEHTORI - 11 -</i>	
	Toimipaikka ja osoite <i>JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU, KESKUSSAIR. Tie 21 E, 40020 JK</i>		
	Puhelin <i>0400 976 949</i>	Sähköpostiosoite <i>hannele.tyrvaainen@jamk.fi</i>	
Tutkimuksen toimeksiantaja	Toimeksiantaja <i>Tapaturma-asunto 20</i>		
	Yhteystiedot <i>p. 2691 035</i>		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <i>Jyväskylä 7,2,2008</i>	Allekirjoitus <i>Mikko Pii</i>	
Esittelijä täyttää	<input checked="" type="checkbox"/> Puollan tutkimusluvan myöntämistä		<input type="checkbox"/> En puolla tutkimusluvan myöntämistä
	Perustelut <i>Tutkimus päivittää aikaisemmin laadittua lonkka- ja selkärangan tutkimusta ja tuottaa uutta tietoa lonkkanivelen toiminnasta.</i>		
Päiväys ja esittelijän allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <i>Jyväskylä 7,2,2008</i>	Allekirjoitus <i>Mikko Pii</i>	
Päätäjät täyttää	Tutkimusluvan myöntäminen <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä		
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Muut ehdot		
	Perustelut myöntämättä jättämiselle		
	Päätäjän nimi <i>Kaija Paakkilainen</i>		
Päiväys ja päätäjän allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <i>Jyväskylä 7,2,2008</i>	Allekirjoitus <i>Kaija Paakkilainen</i>	
Tiedottaminen päätöksestä	<input checked="" type="checkbox"/> esittelijälle <input checked="" type="checkbox"/> tutkimusluvan hakijalle <input type="checkbox"/> tietohallintopäällikölle <input type="checkbox"/> henkilöstöpäällikölle <input type="checkbox"/> opintotoimistonpäällikölle		