

IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMAPOTILAAN
PREOPERATIIVINEN HOITOTYÖ KIRURGISELLA
VUODEOSASTOLLA PÄIVYSTYSAIKANA

Anna-Elina Laitila

Sallamari Kvik

Opinnäytetyö

Syksy 2011

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja

Tekijät: Anna-Elina Laitila ja Sallamari Kvick

Opinnäytetyön nimi: Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö kirurgisella vuodeosastolla päivystysaikana, kyselytutkimus OYS:n vuodeosasto 7:n sairaanhoitajille

Työn ohjaajat: Terttu Koskela ja Liisa Karhumaa

Työn valmistumislukukausi: Syksy 2011

Sivumäärä: 53 + 5 sivua liitteitä

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kyselyn avulla kuvailla ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden preoperatiivisen hoidon aloitusta päivystysaikana vuodeosastolla. Tutkimuksemme tavoitteena oli nostaa esille lonkkamurtumapotilaan haastattelussa ja hoitoprosessin aloituksessa ilmeneviä ongelmia, ja kuvata tilanteen haasteellisuutta. Halusimme ottaa selvää hyvää hoitoa edistävästä ja rajoittavista tekijöistä ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kohdalla sekä löytää kehitysehdotuksia, joiden avulla preoperatiivista hoitotyötä voitaisiin helpottaa.

Suurten ikäluokkien ikääntyessä lonkkamurtumat ja niiden hoito tulevat yleistymään. Halusimme tutkimuksemme tulosten avulla kiinnittää huomiota ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan laadukkaaseen hoitoon ja siinä onnistumiseen. Aineistonkeruuvälineeksi valitsimme kyselylomakkeen, jonka avulla opinnäytetyömme aineisto kerättiin luotettavasti kvalitatiivisen tutkimuksen kriteereiden mukaisesti. Veimme kyselylomakkeet vuodeosastolle, ja kyselyyn vastaajat olivat osastolla päivystysaikana ikääntynyttä lonkkamurtumapotilasta vastaanottavia sairaanhoitajia. Keräsimme aineiston huhti- toukokuun 2011 aikana. Vastauksia saimme yhteensä 11 kappaletta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Keskeisimpänä tutkimustuloksena sairaanhoitajat kokivat haasteelliseksi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivisessa hoitotyössä muun muassa murtuman aiheuttaman kivun, taustatietojen selvittelyjen vaikeuden sekä potilaissa esiintyvät ikääntymisen tuomat erityispiirteet. Sairanhoitajat pitivät päivystyksessä annetun kipulääkityksen määrää usein riittämättömänä. Potilaiden joutuessa odottamaan leikkaukseen pääsyä pitkään osastolla aiheutti kipu lisäongelmia yhdessä potilaan jo olemassa olevien sairauksien vaikutusten ja ikääntymisvaikutusten kanssa.

Tulosten avulla päivystyksessä aloitetun hoidon kautta hoitotyötä osastolla kyetään helpottamaan lonkkamurtumapotilaiden ollessa jo osastolle tullessaan hyvin kipulääkittyjä ja osa preoperatiivisista valmisteluista tehtyinä. Lisäksi leikkaussaliresurssiin voidaan kiinnittää enemmän huomiota, jotta ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat pääsevät nopeammin leikkaukseen. Nopea leikkaussaliin pääsy parantaa merkittävästi postoperatiivista kuntoutumista.

Asiasanat: Kvalitatiivinen tutkimus, lonkkamurtumapotilas, preoperatiivinen hoitotyö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing, Option of Nursing

Authors: Anna-Elina Laitila and Sallamari Kvik

Title of thesis: Preoperative Nursing Care of Elderly Hip Fracture Patients on the Ward During Emergency Duty Hours

Supervisors: Terttu Koskela and Liisa Karhumaa

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2011

Number of pages: 53 + 5 pages of appendices

BACKGROUND. The Surgical Clinic of Oulu University Hospital asked us to do a study of elderly patients' nursing process. A hip fracture patient is one of the most common trauma patients, but there are no studies of their preoperative nursing process.

AIM. The aim of our study was disclose the problems emerging at the beginning of the nursing process with elderly hip fracture patients in the ward during emergency duty hours. The study focused on challenges a nurse would face when a new patient came to the ward. We also wanted to describe how hip fracture and changes due to aging affected the interview and the beginning of the nursing process.

METHOD. To get the material for our study we took questionnaires to the ward and got 11 reliable answers from the nurses or trauma ward during April and May 2011. This study used qualitative methods analysing the material.

RESULTS. The findings revealed that it was challenging to manage the pain of hip fracture patients. The pain medicine given in emergency room was not sufficient. Also gathering the background knowledge about patients and coping with elderly patients was difficult. The present situation in the ward was not a remarkable factor affecting the beginning of nursing process. The nurses also thought that hip fracture patients had to wait too long to get into the surgery.

CONCLUSION. The operating room resources and the nursing process on the emergency room are the main things needed to improve. The hip fracture patients need to get to the surgery as quickly as possible for the effective rehabilitation. Increasing the operating room resources and with the help of the nurses on emergency room, this could be implemented

Keywords: Qualitative research, hip fracture patient, preoperative nursing

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	6
ABSTRACT	6
1 JOHDANTO.....	6
2 IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMAPOTILAAN PREOPERATIIVINEN HOITOTYÖ PÄIVYSTYSAIKANA	9
2.1 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas	9
2.1.1 Ikääntyneen potilaan erityispiirteet.....	10
2.1.2 Ikääntyneiden kaatumiset	13
2.2 Lonkkamurtuma kaatumisen seurauksena	14
2.2.1 Luuston muodostama elimistön tukirakennelma	14
2.2.2 Luuston sairaudet murtuman riskitekijänä.....	15
2.2.3 Lonkkamurtuman syntyminen ja oireet	16
2.3 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas kirurgisena päivystyspotilaana	18
2.3.1 Oulun yliopistollisen sairaalan traumatologinen vuodeosasto 7.....	18
2.3.2 Lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö traumatologian vuodeosastolla.....	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
4.1 Tutkimusmenetelmä	24
4.2 Tiedonantajien valinta	25
4.3 Aineistonkeruumenetelmä	26
4.4 Aineiston keruu.....	26
4.5 Aineiston analyysi	27
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	31
5.1 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas päivystysasiakkaana.....	31
5.2 Preoperatiivinen hoitotyö vuodeosastolla päivystysaikana	33
5.3 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiiviseen hoitoon vaikuttavat tekijät päivystysaikana.....	36
5.4 Hoitotyön kehittämisehdotuksia	38
6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	40
6.1 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas päivystysasiakkaana.....	40

6.2 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö traumakirurgisella vuodeosastolla päivystysaikana.....	42
6.3 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiiviseen hoitoon vaikuttavat tekijät päivystysaikana.....	43
7 POHDINTA	45
7.1 Omat näkemykset tutkimusprosessista	45
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	46
7.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.....	48
LÄHTEET.....	
LIITEET.....	

1 JOHDANTO

Ikääntyneeksi luetaan Suomen tilastoissa kaikki 65 vuotta täyttäneet henkilöt (Järvimäki & Nal, 2005, 107). Ikääntymisen määritelmää on kuitenkin hankala yksiselitteisesti esittää, koska se muuttuu sen mukaan, kuinka ihmisten hyvinvointi ja eliniän odotus kehittyvät. Jos katsotaan ikääntynyttä ihmistä fysiologisesta näkökulmasta, 75 vuotta olisi ihanteellisempi raja ikääntyneen määritelmälle. Useimmiten vasta tuolloin kehossa alkaa tapahtua rappeuttavia muutoksia ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä. (Järvimäki & Nal, 2005, 107.) Psykykinen ja sosiaalinen ikääntyminen ovat myös yksilöllisiä käsitteitä, eikä niitä voida yleistää tiettyihin ikävaiheisiin.

Lonkkamurtumapotilas on yleinen päivystyksen kautta osastolle tuleva traumapotilas (Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M, 2010, 330). Lonkkamurtumapotilaan preoperatiivisesta hoitotyöstä olisi hyvä saada lisää ajankohtaista tutkimustietoa, sillä lonkkamurtuman riski kasvaa naisilla vaihdevuosien jälkeen ja miehillä 70- ikävuoden jälkeen (Willing, 2006, 27 – 29). Vuoden 2010 aikana Oulun seudun yhteispäivystyksessä hoidettiin yhteensä 208 päädiagnoosinaan lonkkamurtuman saanutta potilasta, jotka hoidettiin Oulun yliopistollisessa sairaalassa (Tilastoinnit, Oberon-tietokanta OYS). Koko Suomessa lonkkamurtumien määrä vuodessa on keskimäärin 7000 (Saarenpää, 2008, 20). Tutkimuksia lonkkamurtumapotilaiden preoperatiivisesta hoidosta on löytynyt niukasti. Lonkkamurtumapotilaiden kasvava määrä tulee tulevaisuudessa työllistämään terveydenhuoltopalveluita, sillä suurten ikäluokkien ikääntyessä väestönrakenne muuttuu, ja samalla ikääntyneiden ihmisten tapaturmien määrä kasvaa.

Opinnäytetyön aiheeksi valitsimme ”Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö kirurgisella vuodeosastolla päivystysaikana”. Aiheen valintaan vaikutti oma kiinnostuksemme kirurgisen potilaan hoitotyöhön, erityisesti päivystysaikana sen tuoman lisähaasteellisuuden vuoksi. Aiheen valintaa ohjasi myös omakohtainen kokemus lonkkamurtumapotilaiden hoitotyöstä. Kokemusta on kertynyt kuitenkin vain päivystyksessä tapahtuvasta lonkkamurtumapotilaan hoitotyöstä ja osastolla tapahtuvasta

postoperatiivisesta vaiheesta. Tutkimuksemme myötä tieto-taito ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivisesta hoitotyöstä lisääntyi.

Alkuperäinen laaja aihe tuli toiveena kirurgian tulosityksiköstä, josta rajasimme suppeamman aihealueen OYS:n kirurgian vuodeosastojen tarpeen mukaan. Alkuperäisenä aiheena oli ”Päivystyspotilaan hoitopolku kirurgisessa tulosityksikössä.” Rajasimme aiheesta pois päivystyksessä tapahtuvan hoitotyön, ja keskityimme vuodeosastolla tapahtuvaan ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiiviseen eli ennen leikkausta tapahtuvaan hoitotyöhön. Preoperatiivinen vaihe osastolla oli riittävän laaja opinnäytetyön aiheeksi, päivystyksessä tapahtuvasta hoitoprosessin alkuvaiheesta tulisi kokonaan uusi, mielenkiintoinen tutkimus. Traumapotilaiden hoitotyöhön erikoistunut, Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) kirurgian klinikan vuodeosasto 7 toimi yhteistyökumppanimme opinnäytetyötä tehtäessä.

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö kirurgisella vuodeosastolla alkaa, kun potilas siirtyy sinne päivystyspoliklinikalta. Osastolla potilaan vastaanottaa sairaanhoitaja, joka tekee potilaalle tulohaastattelun. Samalla potilaan peruselintoiminnot tarkastetaan, ja tarvittaessa niissä autetaan hoitotyön menetelmin. Useiden hoitotoimenpiteiden kautta potilasta valmistetaan mahdollista tulevaa leikkausta varten. (PPSHP:n sisäiset verkkosivut, luettu 12.9.2009; Käypä hoito – suositus 2011, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Tutkimuksemme keskittyi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan saapumiseen osastolle päivystysaikana. Päivystysajaksi määritellään iltavuoron loppuosa ja yövuoro osastolla (15.00 – 07.00) Yövuorossa tehdään vain pakolliset hoitotoimenpiteet. Yövuoron aikaan osastolla 7 työskentelee 2-3 sairaanhoitajaa (PPSHP:n sisäiset verkkosivut, luettu 2.3.2010).

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvailla ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden preoperatiivisen hoidon aloitusta päivystysaikana kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimuksemme kautta osaston vastuuhenkilöt saivat empiiristä tietoa siitä, olisiko osastolla tarvetta yöaikaan koordinoivalle hoitajalle. Nykyään koordinoiva hoitaja auttaa satunnaisesti niillä kirurgian vuodeosastoilla, joilla on suurin kuormittavuus esimerkiksi päi-

vystyksellisesti saapuvien potilaiden vuoksi. Tutkimustulosten avulla saimme mahdollisuuden kehittää osastolla tapahtuvaa päivystysaikaista preoperatiivista hoitotyötä.

Tutkimuksemme tavoitteena oli nostaa esille ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan haastattelussa ja hoitoprosessin aloituksessa ilmeneviä ongelmia, ja kuvata tilanteen haasteellisuutta johtuen potilaan lonkkamurtumasta ja ikääntymisen tuomista muutoksista. Osaston sairaanhoitajille osoitetun kyselylomakkeen avulla halusimme kartoittaa niitä ongelmakohtia ja haasteita, joita he kohtaavat ottaessaan osastolle vastaan päivystyksellistä ikääntynyttä lonkkamurtumapotilasta.

Oppimistavoitteenamme opinnäytetyöprojektissa oli ammattitaidon kasvattaminen ja osaamisen arvioiminen sekä hoitotyön kehittäminen. Halusimme oppia tutkimuksen tekemiseen liittyviä käytäntöjä, joita voimme hyödyntää tulevassa työelämässä tai jatkoopinnoissa. Kyselyn järjestämiseen liittyvät toimintatavat ja tutkimusaineiston analysointi olivat keskeisiä oppimiskohteita. Tavoitteenamme oli oppia miten päivystyksellisesti tulevan lonkkamurtumapotilaan hoitotyön prosessi tulee aloittaa, mitä asioita on otettava huomioon ja hoidettava tulohaastattelua tehdessä, ja mitä haasteita sairaanhoitaja voi kohdata koko preoperatiivisen hoitotyön aikana. Opimme päivystyspotilaan hoitopolusta osastovaiheessa sairaanhoitajalta vaaditun osaamisen. Tutkimuksen avulla syvensimme osaamistamme lonkkamurtumapotilaiden hoitotyössä, ja opimme tunnistamaan siinä esiintyviä ongelmakohtia.

2 IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMAPOTILAAN PREOPERATIIVINEN HOITOTYÖ PÄIVYSTYSAIKA- NA

2.1 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas

Ikääntyneiksi luokitellaan yleensä kaikki 65-vuotiaat ja heitä vanhemmat ihmiset. (Tilvis, ym. 330). Ikääntynyt -käsitteestä on muodostunut käytännöllinen nimitys kuvaamaan ikäihmisiä, sillä käsitteet ”vanhus” ja ”vanhuus” antavat joillekin ihmisille negatiivisen kuvan ikääntyneistä. Negatiivinen kuva muodostuu usein siitä, että vanhus-käsite antaa kuvan hitaasta ja raihnaisesta henkilöstä, kun taas ikääntynyt-käsite antaa ikäihmiselle kunnioitusta ja arvokkuutta. Ikääntymistä voidaan pitää moniosaisena muutoksena. Ikääntyminen nähdään biologisten, psykologisten ja sosiaalisten muutosten muodostamana kokonaisuutena. Nämä muutokset eivät esiinny irrallaan vaan ovat vuorovaikutuksessa keskenään (Ranta 2004, 11.) Myös päivystyksellinen lonkkamurtumapotilas tulee nähdä kokonaisuutena sen sijaan, että keskityttäisiin ainoastaan hoitamaan fyysistä puolta. Psykkiset ja sosiaaliset ongelmat nousevat hoitotilanteessa yhtä lailla esille, ja niihinkin tulee kiinnittää huomiota.

Vanhenemisilmiöt voidaan jakaa primaarisiin ja sekundaarisiin ilmiöihin, joita ei tulisi sekoittaa keskenään. Primaariset vanhenemisilmiöt ovat normaaleja ikääntymisen tuomia yleisiä muutoksia ikääntyneen kudoksissa ja elimissä. Näitä muutoksia ovat muun muassa pituuden väheneminen, painon muutokset sekä tuki- ja liikuntaelimistön rappeutuminen. Sekundaarisilla muutoksilla tarkoitetaan vanhenemismuutoksia, jotka kiihtyvät sairauksien tai toiminnan vajauksien estäessä täyttä toimintaa. Primaaristen ja sekundaaristen vanhenemisilmiöiden erottaminen toisistaan voi olla haasteellista niiden samankaltaisen ilmiön vuoksi (Tilvis, ym. 2010, 21 – 22; Jaatinen & Raudasoja 2007, 273 – 274.)

Ikääntyneillä tavattavia mahdollisia ikääntymisen mukanaan tuomia muutoksia ovat muistin heikkeneminen, mieleen painamiskyvyn huonontuminen, reaktionopeuden hidastuminen, virheaistimusten yleistyminen, henkisen joustavuuden vähentyminen, luonteenpiirteiden korostuminen, tunne-elämän latistuminen, mielialan lasku, harrastusten yksipuolistuminen tai kokonaan loppuminen, yksinäisyys sekä eristäytyneisyys. Ikääntyneiden välillä ilmenee näissä muutoksissa suurta variaatiota, ja usein on hankala saada selville, mistä muutokset johtuvat ts. onko muutosten taustalla normaali ikääntyminen vai vanhenemiseen liittyvät monet sairaudet ja menetykset (Tilvis, ym. 2010, 21 – 28). Päivystyksellinen lonkkamurtumapotilas voi olla yleiskunniltaan hyvä, mikä helpottaa hoitotyön aloitusta ja siinä etenemistä. On kuitenkin tiedostettava ihmisten erilaisuus, ja kohdeltava jokaista potilasta heidän yksilöllisyytensä huomioon ottaen. Onnistunut hoito mahdollistuu, kun hoidon lähtökohdat ovat potilaasta itsestään lähtöisin.

2.1.1 Ikääntyneen potilaan erityispiirteet

Ikääntynyt henkilö on terveystalvelujen käyttäjänä haasteellinen, ja vaatii paljon erityishuomiota. Pitkäaikaissairaudet ja monitautisuus ovat tyypillisesti ilmeneviä terveysongelmia. Ikääntyneillä vanhenemismuutokset ilmenevät koko elimistössä. Tavallisen vanhenemisen lisäksi monien elinjärjestelmien toiminnoissa ilmenee patologisia muutoksia, jotka eivät kuulu normaaliin vanhenemiseen, mutta jolla on suurta merkitystä ikääntyneiden potilaiden hoidossa (Ranta 2004, 14.)

Ikääntyminen on solu- ja kudostasolla kuivumista, rasvoittumista, hyytymistä ja jäykistymistä. Ikääntyessä rasvakudos yleensä lisääntyy, ja rasva jakautuu tyypillisesti sisäelinten alueelle ja keskivartalolle. Tällä rasvan lisääntymisellä on suuri vaikutus lääkeaineiden vaikutuksien ilmenemiseen, sillä rasva hidastaa lääkeaineiden metaboliaa (Tilvis ym. 2010, 21 – 23.) Ikääntyneillä lonkkamurtumapotilailla on usein monia lääkityksiä sairauksiinsa, ja on tarkasti katsottava, miten ja millaisia lääkkeitä heille voidaan antaa. Lääkeaineiden imeytyminen on suhteessa lääkeaineiden vaikuttavuuteen. Ikääntyneen elimistö kuivuu ja menettää kivennäisaineita, sillä solunsisäinen vesimäärä pienenee apoptoosin eli ohjelmoidun solukuoleman seurauksena. Vesimäärän väheneminen pienentää verisuoniston tilavuutta ja veren volyyminä, minkä vuoksi nesteensiirtoja teh-

täessä on oltava erityisen huolellinen, että laskenut veritilavuus kykenee vastaanottamaan siirrot eikä keuhkopöhön vaaraa synny (Tilvis ym. 2010, 21 – 23.)

Iän myötä lihasvoima ja lihasten rakenne heikkenevät. Sarkopenialla tarkoitetaan ikään-tyneillä lihaskudoksen määrän vähenemistä ja lihaskudoksen osittaista korvautumista rasvakudoksella. Sarkopeniassa sekä liikehermosolut että tavalliset lihassolut vähenevät, mikä lisää toimintakyvyn vajausta. (Heikkinen 2009, 113.) Lihasvoiman heikkeneminen ja oman kehon hallinnan väheneminen altistavat kaatumisille, ja näin lonkkamurtumien syntymiseen. Liikkumisen vaikeutuminen tulee ottaa huomioon myös osastolle saapuvien lonkkamurtumapotilaidenkin hoidossa. Liikkumista heikentää entisestään lonkkamurtuma, jolloin potilas on täysin vuoteeseen hoidettava.

Sukupuolihormonien tuotannon väheneminen vaikuttaa sekä luustoon että lihaksistoon katabolisesti eli varastoja vähentävästi. Ikääntyneellä luuston massa vähenee ja sen rakenne haurastuu. Ikääntyneillä toiminnanvajauksesta tai sairauksista johtuva liikkumattomuus voi johtaa nopeaan luukattoon, sillä täydessä liikkumattomuustilassa oleva luumassa vähenee jo puolessa vuodessa noin kolmasosan (Tilvis ym. 2010, 24.)

Ikääntymisen tuomat muutokset kohdistuvat myös merkittävästi sydämeen ja verisuoniston toimintaan. Tunnusomaista on syketaajuuden pieneneminen ja pumppausvoiman heikkeneminen. Sydämen maksimaalinen suorituskyky heikkenee, alttius sydämen vajaatoimintaan lisääntyy ja läppäjärjestelmissä tapahtuu rappeutumista. Verisuonten tilavuus pienenee ja paluuvirtaus sydämeen vähenee. Valtimoiden seinämissä tapahtuu sidekudosmuutoksia, minkä vuoksi verisuonet jäykistyvät ja laajenevat. Tämä nostaa ikääntyneillä pulssipainetta, lisää sydämen työmäärää ja heikentää sepelvaltimoiden verenkiertoa diastolen eli sydämen lepovaiheen aikana. Yleisesti ikääntyneiden jaksaminen vähenee sydämen toiminnan muutosten seurauksena (Tilvis ym. 2010, 34 – 37.) Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan tulevaa leikkausta ajatellen sydämen ja verisuoniston kunto on merkittävä tekijä. Leikkaus on suuri, ja potilaalla tulee olla fyysistä jaksamista selvitäkseen siitä. Myös lonkkamurtumaleikkauksen jälkeinen kuntoutuminen vaatii fyysistä jaksamista, jota kaikilla lonkkamurtumapotilailla ei ole.

Ikääntyneiden kuulon ja näkemisen ongelmat lisääntyvät iän mukana. Kuuloluissa tapahtuu jäykistymistä, jonka seurauksena kuulokynnys alenee ja kuulemisessa ilmenee ongelmia. Ikäkuulolla tarkoitetaan niitä kuuloaistin muutoksia, jotka syntyvät iän myötä

ilman sairauden vaikutusta. Lisäksi erilaiset sairaudet, kuten diabetes, voivat vaikuttaa kuuloaistin heikkenemiseen luonnollisten muutosten lisäksi. Tavallisin iän mukanaan tuoma näköheikkous on lähelle tarkentamisen vaikeutuminen (Heikkinen 2009, 158 – 176.) Näköaistin ongelmat voivat olla osaltaan kaatumisen ja edelleen lonkkamurtuman syntymisen taustalla, joten näkemisen ongelmiin puuttamalla lonkkamurtumien määrää voitaisiin osaltaan vähentää.

Ikääntyminen aiheuttaa merkittäviä muutoksia lisäksi hengityselimistössä, maha-suolikanavassa, hermostossa, umpieritysjärjestelmässä sekä munuaisissa ja virtsateissä. Keuhkoissa kaasujen vaihto heikkenee, kun keuhkokudos menettää kimmoisuuttaan, rintakehä jäykistyy ja hengitysilihakset menettävät voimia. Maha-suolikanavan muutokset liittyvät mahalaukun ja suolen peristaltiikan eli liikehdinnän hidastumiseen ja bakteerikannan muutoksiin edellä mainituilla alueilla. Energian kulutus vähenee iän myötä, ja immunitetti heikkenee. Immunitetin heikkenemiseen vaikuttaa enemmän erilaiset sairaudet ja niiden hoitomuodot kuin itse luonnollinen ikääntyminen (Tilvis ym. 2010, 37 – 43, 46 – 50, 51 – 59.)

Ikääntyminen tuo muutoksia ihmisen kognitioon, eli muistiin ja tiedonkäsittelyyn, mutta normaalit muutokset ovat kuitenkin vähäisiä, eivätkä näin ollen aiheuta toiminnallisesti tai sosiaalisesti merkittävää haittaa. Ikääntymisen myötä lievää heikkenemistä/hidastumista tapahtuu muun muassa mieleen painamisessa ja palauttamisessa. Lisäksi oppiminen hidastuu ja keskittymiskyky heikkenee ja näin ollen ikääntynyt ihminen tarvitsee enemmän kertausta uuden opettelussa. Heikentymistä ei tapahdu kuitenkaan tapahdu muistissa säilyttämisessä, vihjeisiin perustuvassa ja tunnistavassa palautuksessa oppimiskyvyssä. Aiemmin opitut asiat muistetaan hyvin ja lisäksi kyky erottaa olennainen epäolennaisesta kehittyy paremmaksi iän myötä. (Juva 2010; Huttunen 2010.)

2.1.2 Ikääntyneiden kaatumiset

Ikääntyneiden kaatumiset ovat yleisimpiä ikäihmisten kuolemaan ja vammautumiseen johtavia syitä, ja vakava uhka terveydelle ja hyvinvoinnille. Valtaosa kaatumisista sattuu 65-vuotiaille ja sitä vanhemmille, ja kaatumisen todennäköisyys lisääntyy iän mukana. Kaatumiset aiheuttavat huolta ja vaivaa perheenjäsenille sekä vaativat paljon resursseja terveydenhuollon ammattilaisilta ja hoitokodeilta. (Tideiksaar 2005, 16.) Länsimaissa joka kolmas yli 65-vuotias kotona asuva henkilö kaatuu kerran vuodessa ja laitoksissa asuvista yli puolet. (Hulkko, T., Lounamaa, A., Mänty, M. & Sihvonen, S., 2006, 78).

Kaatuminen voidaan määritellä tapahtumaksi, jossa henkilö tahattomasti tai tarkoituksellisesti päätyy makaamaan lattialle tai muualle matalalle pinnalle, kuten tuolille, WC-istuimelle tai vuoteelle. (Tideiksaar 2005, 26). Iäkkäiden kaatumisten syyt jaetaan ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin. Ulkoisia kaatumisen syitä ovat ympäristöön liittyvät riskitekijät, kuten liukkaus, kynnykset, portaikot ja irtomatot. Sisäisiä kaatumisen syitä ovat puolestaan muutokset tasapainon säätelyssä, liikkumisen vaikeudet, sairaudet ja lääkit. Vanhetessa kaatumisen syyt ovat usein sisäisiä tekijöitä (Tilvis 2010, 330 – 332.) Yleisimpiä kaatumistilanteita kotona ovat siirtyminen vuoteeseen ja siitä pois sekä kompastuminen WC:ssä käynnin yhteydessä (Tideiksaar 2005, 138 - 141).

Ikääntyneelle henkilölle kaatumisesta aiheutuva lonkan murtuminen on usein traumaattinen kokemus. Ikääntynyt voi kokea kauhua, kuolemanpelkoa ja avuttomuutta siitä, että omat tunteet ja oma keho eivät ole enää hallinnassa. Tilanteen hallitsemattomuus voi nostaa häpeäntunteita. Syyllisyyttä voi aiheuttaa se, ettei ikääntynyt ole noudattanut saamiaan ohjeita esimerkiksi hitaasti ylösnousemisesta. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä, 2006, 153.)

2.2 Lonkkamurtuma kaatumisen seurauksena

2.2.1 Luuston muodostama elimistön tukirakenne

Hyvän fyysisen toimintakyvyn edellytyksenä on, että elimistön tukirakenteet ovat riittävän hyvässä kunnossa. Elimistön kovien ja pehmeiden tukikudosten tehtävänä on antaa sekä rakenteita tukevaa lujuutta että liikkumisen mahdollistavaa taipuisuutta. Luut antavat keholle peruskehikon ja muodon, suojaavat pehmeitä ja arkoja elimiä ja kudoksia sekä siirtävät lihassupistuksen tuottamaa voimaa kehon osasta toiseen. Luusto toimii myös elimistön kalsiumvarastona ja osallistuu kalsiumtasapainon säätelyyn. (Era 1997, 20.)

Luu on erikoistunutta sidekudosta, jossa kollageenisäikeisiin on kertynyt kiinteitä mineraaleja, hydroksiapatiittikiteitä. Mineraalit antavat luulle kovuutta ja puristuslujuutta, kollageeni kimmoisuutta ja vetolujuutta. Makroskooppisesti luuta on kahta tyyppiä: tiivistä luuta ja hohkaluuta. (Era 1997, 20.) Tiivistä luuta ovat pitkien luiden varsiosat ja muidenkin luiden pintaosat. Hohkaluuta on pitkien luiden päissä ja pienimpien luiden, esim. nikamien sisäosissa. Luun huippumassa saavutetaan noin 20:een ikävuoteen mennessä, ja se alkaa vähitellen pienentyä 30 – 40-vuoden iästä alkaen. Luun rapautuminen ja uudismuodostus ovat tasapainossa noin 35 vuoden ikään saakka, jonka jälkeen alkaa uuden luun muodostus jäädä jälkeen rapautumisesta. Tällöin luukudos harvenee, jolloin luu huokoistuu. Tätä kutsutaan osteoporoosiksi. (Era 1997, 39.) Luun määrää säätelevät perintökijät, sukupuoli, ravinto, liikunta ja hormonit. (Luuston elinkaari, 2010).

Luukudos muodostuu luusoluista, mineraaleista ja kollageenisyistä. Ihmiskehossa luita on yli 200, ja ne muodostavat noin 15 % kehomme painosta. (Nienstedt, Hänninen, Arstila, & Björkqvist 2004, 105.) Ikääntymisen myötä luukudoksen tiheys vähenee, joka lisää riskiä sairastua osteoporoosiin. Huono kalsiumtasapaino sekä vähäinen D-vitamiinin saanti tai D-vitamiinin imeytymishäiriö aiheuttavat luun huokoistumista. (Iivanainen 2001, 205 – 206.) Periytyvyys ja elämäntapatekijät, kuten liikunta, ravinto ja nautintoaineet vaikuttavat suoraan luumassan laatuun ja koostumukseen. Esimerkiksi runsas alkoholin käyttö vaikuttaa ruoansulatuskanavaan vähentäen siellä kalsiumin imeytymistä.

Erityisesti naisilla estrogeenin luuta suojaava vaikutus pienenee vaihevuosien aikaan, mutta myös tupakointi vähentää tätä suojavaikutusta. Myös useat lääkkeet, esimerkiksi kortikosteroidit lisäävät luukudoksen hajoamisprosessia. (Vauhkonen 2006, 288 - 296.)

2.2.2 Luuston sairaudet murtuman riskitekijänä

Osteoporoosi eli luukato on luuston yleissairaus, jolle tyypillisiä piirteitä ovat pieni luumassa ja luukudoksen rakenteen rappeutuminen. Tämän seurauksena luu haurastuu ja tulee murtuma-alttiiksi. Luuta hajoaa osteoporoosissa enemmän kuin sitä muodostuu. Naisilla vaihdevuodet kiihdyttävät luukudoksen vähentymistä johtuen estrogeenierityksen heikentymisestä. (Pohjolainen, luettu 2.9.2011).

Estrogeenin osteoklasteja eli luunsyöjäsoluja hillitsevän vaikutuksen heiketessä luumassa vähenee ja altistaa luonnollisesti murtumille. Suomessa todetaan yli 7000 lonkkamurtumaa vuosittain, ja näistä noin 80 % esiintyy naisilla. Lonkkamurtumat alkavat lisääntyä jyrkästi myös miehillä 70 – 75-vuoden iässä. Lonkkamurtumat lisäävät kuolleisuutta: noin 1/5 potilaista kuolee vuoden sisällä murtumasta, ja monet joutuvat pysyvään laitoshoittoon. Kuolleisuus johtuu pitkälti pitkittyneen vuodelevon aiheuttamista komplikaatioista, esimerkiksi keuhkoveritulpasta eli keuhkoemboliasta. (Vauhkonen 2006, 288 - 289.)

Osteoporoosin ehkäisyssä ja hoidossa tärkeintä on varhainen diagnoosi. Osteoporoosi on alkaessaan pitkään oireeton, ja murtuma on useimmiten taudin ilmenemismuotona. Jos osteoporoosi on edennyt pitkälle, ei hoito onnistu, sillä hoitomenetelmät perustuvat jäljellä olevan luumassan vahvistamiseen eikä luukudosta muodostu enää luuta korvanneen rasvan keskelle. (Aro, Mutanen & Uusitupa 1999, 505.)

Osteomalasia eli luiden pehmeneminen on luun aineenvaihdunnan häiriö, jossa luun rakennesolujen eli osteoblastien aktiivisuus on suurentunut mutta luukudos ei mineralisoidu normaalisti. Mineralisaatiolla tarkoitetaan kalsiumin ja fosforin kertymistä luumun. Osteomalasia johtuu D-vitamiinin tai fosfaatin puutteesta. (Vauhkonen 2006, 297.) Osteomalasiolla on luunmurtumaherkkyiden kannalta luultua enemmän merkitystä, sil-

lä jopa 4 %:lla sairaalaan joutuneista vanhuksista sairastaa osteomalasiaa. (Lehtonen 2001, 255 - 256.)

Luusarkoomat eli luista alkunsa saavat pahanlaatuiset kasvaimet ovat harvinaisia, mutta ne lisäävät osaltaan luun murtuma-alttiutta. Tärkein tunnettu luusarkooman aiheuttaja on ionisoiva säteily. Luusarkooma alkaa muiden syöpien tavoin yhdestä solumuutoksesta, joka kasvaa ja tunkeutuu luun korteksiin sekä myöhemmin luukalvon läpi. Syntynyt kasvain voi metastasoida eli lähettää etäpesäkkeitä muualle elimistöön. Tyypillisiä etäpesäkealueita ovat keuhkot, luusto, ihonalaiskudos, keskushermosto sekä maksa. (Iivanainen 2001, 623.)

2.2.3 Lonkkamurtuman synty ja oireet

Luunmurtuma eli fraktuura syntyy luun taipuessa tai sen joutuessa alttiiksi paineelle, repäisylle tai kiertymälle. Murtuman voi aiheuttaa ulkopäin luuhun kohdistuva suora väkivalta (esimerkiksi auton tönäisy) tai epäsuora väkivalta (esimerkiksi kaatuminen). Terve luu vaatii murtuakseen suhteellisen kovan väkivallan. (Iivanainen 2001, 601.)

Vammamekanismilla tarkoitetaan tapahtumasarjaa, jonka seurauksena kudonvaurio syntyy. Vammamekanismi vaihtelee tapaturman luonteen, potilaan reaktiotavan ja ulkoisten tekijöiden mukaan. Kudonvauriot jaetaan vamman aiheuttaman väkivallan suuruuden perusteella suuri- ja pienienergiisiin. (Rokkanen, Slätis, Alho, Ryöppy & Huittinen 1995, 23.) Esimerkiksi kaatumisessa syntyvä energia on jopa 10-kertainen reisikaulanluun murtumiseen tarvittavaan energiaan nähden. Murtumavaara riippuu siis vammaenergiasta sekä henkilön ruumiinrakenteesta ja luun tiheydestä. (Rokkanen ym. 1995, 227.) Spontaanin murtuman syynä on joko luun synnynnäinen heikkous (osteogenesis imperfecta), liikkumattomuudesta aiheutunut luun heikentyminen (trauman jälkeinen immobilisaatio tai halvaantunut raaja), luun sairaus (luutulehdus) tai häiriintynyt luun aineenvaihdunta (osteoporoosi). (Iivanainen 2001, 601.)

Reisiluu on ihmisen pisin luu. Sen yläosassa on pallomainen reisiluun pää, joka niveltyy lonkkamaljaan. Reisiluun kaula muodostaa kulman luun varren eli diafyysin kanssa.

Tyypillinen reisiluunkaulan murtanut potilas on lonkalleen kaatunut iäkäs nainen. (Iivanainen 2001, 616.)

Reisiluun yläosan murtumat jaetaan kolmeen päätyyppiin: reisiluun kaulan (fractura colli femoris), sarvennoisten kautta kulkeviin eli pertrokantteerisiin (pertrochanterica femoris) ja sarvennoisten alapuolisiin eli subtrokantteerisiin murtumiin. Reisiluun kaulan murtumat sijaitsevat reisiluunpään alapuolen ja reisiluun kaulan alaosan välillä. Ne sijaitsevat nivelkapselin sisäpuolella. Sarveinnoisen murtumat sijaitsevat nivelkapselin ulkopuolella. (Iivanainen 2001, 616.)

Reisiluun kaulan murtuma voi olla dislokoitunut mikä tarkoittaa sitä, että vastakkaiset luun päät ovat joko osittain tai kokonaan siirtyneet pois paikaltaan. Dislokoituneessa murtumassa raaja on lyhentynyt ja kiertynyt ulospäin. Raajan liikuttelu on tuskallista. (Vallejo Medina ym. 2006, 152.) Dislokoitumattomassa murtumassa murtumakohdan molemmat puoliskot ovat pysyneet paikallaan. Kipu on vähäisempää, ja lonkkaan voi jopa varata painoa. (Vallejo Medina ym. 2006, 152.) Ikääntyminen muuttaa kipuaistimusta sekä suhtautumista kipuun. Toisaalta ikääntyneen kipukynnys nousee, mutta kivun ilmaannuttua se muuttuu nopeammin sietämättömäksi kuin nuoremmilla (Tilvis 2010, 335 – 336.)

Murtumat aiheuttavat usein pehmytkudosvaurioita murtuneen luun läheisiin lihaksiin, hermoihin, verisuoniin ja ihoon. Murtumasta aiheutuva kipu ja arkuus johtuvat murtuneen luun liikkeestä, lihasspasmista, suorasta kudostraumasta ja hermopuristuksesta. Murtuma-alueen turvotus johtuu sinne vuotaneesta verestä ja kudospainuksesta. Murtuma-alueen tunnottomuus voi puolestaan olla seurausta hermovauriosta tai hermopinteestä. Luiden päiden hangatessa toisiaan vasten syntyy rahinaa ja ritinää eli krepitaatiota. Murtuma-alueen lihasspasmit johtuvat lihasten supistuksesta, ja hematoomat eli mustelmat ihonalaiseen kudokseen vuotaneesta verestä. Murtuman seurauksena aiheutuva verenhukka voi aiheuttaa hypovolemisen sokin. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 1999, 524 - 525.)

2.3 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas kirurgisena päivystyspotilaana

2.3.1 Oulun yliopistollisen sairaalan traumatologinen vuodeosasto 7

Vuodeosasto 7:llä toiminnan tavoitteena ja tehtävänä on huolehtia Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien traumapotilaiden korkealaatuisesta erikoissairaanhoidosta. Osaston tavoitteisiin lukeutuvat potilaan kokonaisvaltainen hoito, yksilöllinen hoidonperusta, potilaan ja hänen lähiomaisten kriisistä selviytymisen tukeminen, potilaan elämänlaadun parannus sekä potilaan auttaminen ja tukeminen, jotta hän selviytyy tulevaisuudessa sairautensa tai vammansa kanssa. (PPSHP:n sisäiset verkkosivut, luettu 12.9.2009).

Osasto 7:n toiminta on pääasiassa päivystysluonteista, mikä tulee ottaa huomioon osaston toiminnan suunnittelussa. Lisäksi osastolla hoidettavien potilaiden hoitoisuus on korkea, joten käytännölliset hoito-ohjeet ja joustava toiminta työvuoron aikana ovat erityisasemassa. Osaston henkilökuntaan kuuluu lääkäreitä, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, sairaala-apulaisia fysioterapeutti, kunto- ja traumahoitaja, perushoitajia sekä sairaanhoitajia. Hoitajien lukumäärää on harkittu kuitenkin lisättävän, sillä nykyisellään määrä ei kata osaston tarvetta. Lisäyksiä on suunniteltu muun muassa yövuoroihin niin, että aikaisemmin kahden sairaanhoitajan lisäksi saataisiin yksi lähi- tai perushoitaja. (PPSHP:n sisäiset verkkosivut, luettu 12.9.2009). Oulun yliopistollinen sairaala toimii opetussairaalana, joten osastolla työskentelee harjoittelujaksoillaan esimerkiksi hoitotyön opiskelijoita.

Vuodeosasto 7:llä on yhteensä 26 potilaspaikkaa. Osastolla hoidettavat potilaat ovat yleensä jonkin trauman seurauksena saaneet vammoja tuki- ja liikuntaelimiinsä. Suurimman potilasryhmän muodostavat ikääntyneet, jotka ovat esimerkiksi kaatumisen seurauksena saaneet lonkkamurtuman. Potilasryhmänä ikääntyneet ovat haasteellisia siksi, että heillä on taustallaan yleensä muitakin sairauksia, jolloin komplikaatoriski on suuri. Lonkkamurtumapotilaiden lisäksi osastolla tyypillisimpiä potilasryhmiä ovat mm. muut luumurtumapotilaat (lukuun ottamatta käsi- ja kallomurtumia) sekä infektiopotilaat, joil-

la voi esiintyä ortopedisiä haavaumia, osteomyeliittejä eli luutulehduksia tai nivelsidevammoja. (PPSHP:n sisäiset verkkosivut, luettu 12.9.2009).

2.3.2 Lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö traumatologian vuodeosastolla

Preoperatiivinen hoitotyö osastolla alkaa, kun potilas saapuu ensiapupoliklinikalta vuodeosastolle, ja päättyy, kun potilas siirtyy leikkaussaliin. Lonkkamurtuman toteaminen perustuu anamneesiin, kliiniseen tutkimukseen ja röntgenkuvaukseen päivystyspoliklinikalla. Murtunut lonkka on liikuteltaessa hyvin kivulias potilaalle. Murtuman ollessa dislokoitunut, on raaja kääntynyt ulospäin ja lyhentynyt. Murtumadiagnostiikkaa ja leikkaushoidon suunnittelua ohjataan röntgenkuvilla, joista tarvitaan lonkan sivukuva sekä lantion kuva. Lantion röntgenkuva on tarpeen, mikäli mahdollisesti murtunutta lonkkaa joudutaan vertaamaan terveeseen lonkkaan. (Holmia ym. 2003, 710; Käypä hoito – suositus 2011, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Preoperatiivisessa vaiheessa kartoitetaan potilaan lonkkamurtumaa edeltänyt fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Potilaalle on yleensä laitettu päivystyksessä kestopatetri, sillä potilaalla on mahdollisesti hankaluuksia virtsata murtumasta aiheutuvan kivun takia. Osastolla potilas siirretään paareilta pehmustetulla lisäpatjalla varustettuun sairaalavuoteeseen. Lisäpatjalla pyritään ehkäisemään painehaavaumia. Murtuman vuoksi potilas ei pysty itse vaihtamaan asentoaan, jolloin alttius haavaumille kasvaa. Sairaanhoidtaja tekee potilaalle tulohaastattelun, jonka avulla selvitetään potilaan taustatiedot eli aikaisemmat sairaudet, tämänhetkinen lääkehoito, peruselintoiminnot, ravitsemustila, nestetasapaino, kivuliaisuus ja vuotoriski. Potilaan omaisuus luetteloidaan, ja omat vaatteet vaihdetaan sairaalavaatteisiin. (PPSHP:n sisäiset verkkosivut, luettu 12.9.2009; Käypä hoito – suositus 2011, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Leikkaukseen valmistautuminen aloitetaan heti potilaan saavuttua osastolle. Kirurgi tutkii potilaan ja samalla merkitsee leikattavan raajan tussilla sekä tekee leikkaussuunnitelman tarvittaessa erikoislääkäreitä eli ortopedia konsultoiden. Sairaanhoidtaja ottaa yhteyttä anestesia lääkäriin, joka arvioi potilaan leikkauskelpoisuuden, määrää tarvittaessa

potilaalle lisätutkimuksia sekä listaa ennen leikkausta annettavat esilääkkeet. (PPSHP:n sisäiset verkkosivut, luettu 12.9.2009). Elektrolyyttitasapainon häiriöt ja mahdollisesti potilaalla oleva merkittävä anemia korjataan ennen leikkausta. Lonkkamurtumapotilaalle opetetaan nilkkojen pumppaavat liikkeet ja tehostetut hengitysharjoitukset ennen leikkausta. (Käypä hoito – suositus 2011, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas saattaa joutua olemaan ravinnotta pitkään leikkaukseen pääsyä odottaen, joten sairaanhoitaja avaa suoniyhteyden. Nesteytys ja kipulääkkeiden anto voidaan toteuttaa parenteraalisesti eli muualle kuin ruuansulatuskanavaan. Isojen luiden murtumissa verenvuoto voi olla merkittävää potilaan verenkierron kannalta. Reisiluun murtumassa vuoto saattaa olla jopa 2000 ml. Suonensisäinen infuusio aloitetaan esimerkiksi keittosuola – ja Ringerin -liuoksella tai isomolekyylisillä liuoksilla. Jos potilas tarvitsee verensiirtoa, sairaanhoitajan tulee tehdä verivaraus. Lonkkamurtumapotilaalle aloitetaan hepariinipistokset veritulppien ehkäisemiseksi. (PPSHP:n sisäiset verkkosivut, luettu 12.9.2009; Iivanainen ym. 2001, 71 – 73.) Kivunhoidoksi ikääntyneille lonkkamurtumapotilaille aloitetaan yleensä suonensisäinen opiaattilääkitys, joka saattaa kuitenkin lamata hengitystä ja aiheuttaa sekavuutta. Potilaalle voidaan antaa epiduraali- tai johtopuudutus, joka auttaa vähentämään potilaan kokemaa kipua, vakavia sydäntapahtumia sekä opiaattien tarvetta. (Käypä hoito – suositus 2006, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.)

Kliinisten taitojen lisäksi sairaanhoitaja tarvitsee monipuolista osaamista muilta osalueilta onnistuakseen ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoitotyössä. Vuorovaikutustaitojen osaaminen on tärkeää, sillä potilaiden kanssa kommunikointi on avainasemassa onnistuneeseen hoitoon. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kohdalla vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu, sillä potilaat voivat olla kivun vuoksi sekavia. Heihin voi olla vaikea saada kontaktia esimerkiksi muistihäiriöiden vuoksi. Sairaanhoitajilta vaaditaan myös eettistä ja päätöksenteko-osaamista. Sairaanhoitajan tulee noudattaa ammattieettisiä periaatteita ja hoitotyön arvoperustaa lonkkamurtumapotilaiden hoidossa. Salassapitovelvollisuuden noudattaminen ja hoitotyön dokumentoiminen tietosuojan ja -turvan mukaisesti kuuluvat myös osaamisvaatimuksiin. Sairaanhoitajan on kyettävä ottamaan vastuuta toiminnastaan ja noudatettava sovittuja toimintatapoja. Ohjausosaaminen korostuu ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden preoperatiivisessa hoitotyössä vuodeosastolla. Sairaanhoitajan tulee osata ohjata ja tukea potilasta lääkehoidossa ja

muissa lonkkamurtuman hoitoon liittyvissä asioissa. Ikääntyneitä lonkkamurtumapotilaita on myös kannustettava sitoutumaan omaan hoitoonsa. (Sairaanhoitajan osaamisalueet, OPS 2008, OAMK.)

OYS:n kirurgisen vuodeosasto 7:n hoitotyö pohjautuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan elämän kunnioittaminen sekä ihmisarvon ja ihmisoikeuksien suojeleminen ovat tärkeä osa hoitotyötä. Hoitotyön periaatteet kuvastavat niitä ohjeita, joita pyritään noudattamaan, jotta arvot toteutuisivat. Hoitotyön periaatteita ovat kunnioittamisen, turvallisuuden, terveyskeskeisyyden, omatoimisuuden ja hoidon jatkuvuuden periaate. (Toimintasuunnitelma 2008 - 2009, OYS osasto 7.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kyselyn avulla kuvailla ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivisen hoitotyön aloitusta päivystysaikana kirurgisella vuodeosastolla. Kysely tehtiin Oulun yliopistollisen sairaalan traumatologisen vuodeosasto 7:n sairaanhoitajille. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, millaista on päivystysaikana tapahtuva lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö osastolla, ja millaisia haasteita tai ongelmia sairaanhoitaja hoitotyön aloituksessa kohtaa. Tutkimuskohteena olivat tu-lohaastattelun järjestäminen ja siihen vaikuttavat tekijät, kuten lonkkamurtuma ja ikään-tymisen tuomat muutokset. Tutkimustulostemme avulla osastolla tapahtuvaa preopera-tiivista hoitotyötä voidaan tulevaisuudessa kehittää ongelma-kohtien noustua esille.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1. Millainen on ikääntynyt lonkkamurtumapotilas päivystysasiakkaana?**
- 2. Millaista on ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö päivystysaikana kirurgisella vuodeosastolla 7?**
- 3. Mitkä tekijät edistävät ja rajoittavat hyvän hoidon onnistumista ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kohdalla päivystysaikana?**
- 4. Millaisten kehitysehdotusten avulla ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden päivystysaikaista hoitotyötä voitaisiin parantaa?**

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme käynnistyi tutkimuspyynnöstä, jonka saimme OYS:n kirurgian klinikasta. Rajasimme tästä laaja-alaisesta aiheesta opinnäytetyömme aihealueen, ja teimme kvalitatiivisen tutkimuksen traumatologian vuodeosastolle. Osastolla meidän haluttiin kuvaavan tutkimuksemme avulla päivystyksellisesti osastolle saapuvaa ikääntyntä lonkkamurtumapotilasta sekä heidän hoidon aloituksessa ja hoitoprosessissa ilmeneviä haasteita.

Oulun yliopistollisesta sairaalasta kanssamme yhteistyötä tekivät kirurgisen vuodeosasto 7: n osastonhoitaja sekä kirurgian vastualueen erikoissuunnittelija ja opiskelijakoordinaattori. Kokoonnuimme heidän kanssaan jokaisen uuden työvaiheen alkaessa, jotta pysyisimme ajan tasalla tutkimuksemme etenemisestä ja sen yksityiskohdista. Tutkimusprosessi oli suuri työ ja vastuu, joten toimimme molemmat tutkimuspäälliköinä opinnäytetyötä tehdessämme. Toinen meistä toimi lisäksi sihteerinä.

Tutkimusorganisaatioomme kuului Oulun seudun ammattikorkeakoulusta sisällönohjaaja, ikääntyneen hoitotyön opettaja. Häneltä saimme tutkimuksen sisällön suunnitteluun ja tekemiseen liittyvää ohjausta ja neuvoja. Metodiohjaajana tutkimuksessamme toimi lasten ja perheenhoitotyön opettaja. Tukiryhmäämme kuului opinnäytetyöryhmä, johon kuului oman vuosikurssimme sairaanhoitajaopiskelijat mukaan lukien opponenttimme.

Kevään 2011 aikana teimme tutkimussuunnitelman sekä tutkimuksessa käytettävän kyselylomakkeen valmiiksi. Keräsimme aineiston OYS:n osastolla huhti-toukokuun 2011 aikana. Kysely oli suunnattu ainoastaan sairaanhoitajille, koska halusimme sairaanhoitajaopiskelijoina tietää juuri kyseisen ammattiryhmän toimintatapoja vastaanottotilanteessa. Luotimme jokaisen ikääntyntä lonkkamurtumapotilasta vastaanottaneen sairaanhoitajan olevan riittävän motivoitunut vastaamaan kyselyymme.

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksemme oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka avulla pyrimme saamaan selville sairaanhoitajien kuvaamana ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden vastaanottotilanteiden haastavuutta päivystysaikana. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan toimintatapoja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. Laadullinen tutkimus eroaa määrällisestä tutkimuksesta siinä, mitä tutkimuksessa tarkastellaan. Laadullinen tutkimus voidaan suorittaa pienemmälle kohderyhmälle, jolloin tutkimukseen tarvittavien vastauksien laatu ratkaisee eikä määrällisesti tarvita suurta aineistoa. Laadullisella tutkimuksella on kuitenkin yhteisiä piirteitä määrällisen tutkimuksen kanssa, kuten aineistonkeruumenetelmät (Hirsjärvi 2000, 178.) Kyselytutkimusta voidaan käyttää molemmissa tutkimustyypeissä, mutta kyselylomakkeen rakenne tulee tehdä vastaamaan tutkimustyyppin vaatimuksia.

Valitsimme tutkimustyyppiksi laadullisen tutkimuksen, koska tutkimustehtäviimme ei määrällisen tutkimuksen keinoin ole mahdollista saada luotettavasti vastauksia. Halusimme antaa vastaajille mahdollisuuden kuvata kyselylomakkeemme kysymyksiin omin sanoin vastaukset sen sijaan, että olisimme itse antaneet vastausvaihtoehdot kysymyksiin. Tutkimuksemme tekee laadukkaaksi oikean kohderyhmän valinta. Kyselyyn vastaajat olivat juuri niitä sairaanhoitajia, jotka ottivat vuoronsa aikana vastaan päivystyksellisesti osastolle tulleen ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan. Heidän antamansa tieto saatiin suoraan vastaanottotilanteesta. Sairaanhoitajat vastasivat kyselyymme saman vuoron lopussa, jossa he olivat ottaneet vastaan ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan, jolloin sairaanhoitajat saivat välittömästi kuvailla vastaanottotilannettaan.. He kuvasivat vastauksensa omasta näkökulmastaan, ja jokaisen vastaajan ”ääni” pääsi näin ollen yksilöllisesti esille. Halusimme ymmärtää sairaanhoitajien kokemuksia ja heiltä vaadittua osaamista.

Laadukkuutta tutkimuksessamme lisää kriittisyys taustateorian hankkimisessa ja monipuoliset lähdeviittaukset. Käytimme opinnäytetyön lähteinä tutkimuksia, väitöskirjoja, opinnäytetöitä, kirjallisuutta ja Internet-viitteitä suhtautuen niiden oikeellisuuteen kriittisesti, ja miettien niiden soveltumista tutkimuksemme teoriaan. Olemme lisäksi tehneet tiiviisti yhteistyötä OYS:n yhteistyökumppaneidemme kanssa, ja kuunnelleet heidän

toiveitaan opinnäytetyömme suhteen. Olemme yhdessä tehneet linjauksia opinnäytetyömme laajuudesta ja tutkimuksemme sisällöstä.

4.2 Tiedonantajien valinta

Tutkimuksemme tiedonantajina toimivat osasto 7:n sairaanhoitajia, jotka ottivat vastaan työvuoronsa aikana tulevat päivystykselliset lonkkamurtumapotilaat. Kyselyyn vastaajien ainoa kriteeri oli sairaanhoitajan tutkinto, vastaajia ei valikoitu esimerkiksi työkokemuksen tai saadun lisäkoulutuksen perusteella. Saimme vastauksia eri vaiheessa uraansa olevilta sairaanhoitajilta, mikä vaikutti kyselylomakkeessa esitettyjen asioiden kokemiseen henkilökohtaisten näkökohtien lisäksi. Kävimme vierailmassa osaston viikoittaisessa osastokokouksessa, jossa motivoimme sairaanhoitajia kyselylomakkeemme täyttämiseen. Aineiston jäädessä liian suppeaksi sekä määrällisesti että laadullisesti, analyysi jää vajaaksi. Tarkoituksena oli, että kyselylomakkeen täytettäviä sairaanhoitajia on ainakin kymmenen, jolloin saamme tarpeeksi kattavan aineiston tutkimustamme varten. Annoimme kyselyymme vastaaville sairaanhoitajille mahdollisuuden tarkentaa vastauksiaan lisähaastattelun avulla, jos aineistomme uhkaa jäädä liian suppeaksi tutkimustehäviämme ajatellen.

Aiheen valinnan takia emme voineet määrittää tutkimuksellemme määrällisesti tarkkaa perusjoukkoa, jolle kysely tehtäisiin, sillä emme voineet tietää, kuinka monta lonkkamurtumapotilasta tulee päivystyksellisesti osastolle kyselyajankohdan aikana. Emme voineet määritellä myöskään tiedonantajien määrää tarkasti tästä johtuen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston riittävyys ei ole onneksi sidoksissa saatujen vastausten määrään vaan niiden laatuun. (Hirsjärvi 2000, 168.)

4.3 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruuvälineeksi valitsimme kyselylomakkeen, joka oli ominaisuuksiltaan teemamuotoinen ja puolistrukturoitu. Puolistrukturoitu kysely on hyvä aineistonkeruumenetelmä, jos tutkimuksen kohteena ovat arat tai henkilökohtaiset aiheet, tai jos halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita, kuten ihanteita tai perusteluja (Metsämuuronen 2008, 115.) Jakamalla kysymykset teemoittain ja antamalla vastaajille mahdollisuuden omin sanoin kuvailla ja kertoa halutuista aihealueista, uskoimme saavamme tarpeeksi laadukasta tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Kyselylomake oli kaksisivuinen ja siinä oli neljä pääkysymystä, joiden alta löytyi muutama tarkentava alakysymys. Kysymykset laadimme tutkimustehtävien pohjalta pyrkien tekemään niistä mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä. Jaottelimme kyselylomakkeen kysymykset tutkimustehtävittäin, jolloin saimme selkeän kuvan tutkimuksemme onnistumisesta. Teemamuotoisena kyselylomake oli myös selkeämpi hahmottaa, sairaanhoitajat kokivat tämän helpottavaksi tekijäksi omien vastaustensa miettimisessä. Lisäksi annoimme sairaanhoitajille mahdollisuuden tarkentaa kyselylomakkeen loppuun sellaisia potilastapaukseen liittyviä näkökohtia, joista he uskoisivat olevan meille hyötyä.

Kyselylomake liitteenä (LIITE 2).

4.4 Aineiston keruu

Aineiston keräsimme suoraan vuodeosastolla huhtikuu – toukokuu 2011 välisenä aikana laatimamme teemamuotoisen, puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla. Maaliskuun lopulla toimitimme osaston kansliaan tutkimuksemme suorittamista koskevan materiaalin. Annoimme samalla osaston sairaanhoitajille tietoa opinnäytetyömme aineistonkeruusta ja siihen liittyvistä asioista päiväraportin yhteydessä. Osastolle toimitettu materiaali sisälsi kansion, josta löytyi kyselyyn johdatteleva saatekirje, kyselylomakkeet ja kirjekuoret sekä yhteistietomme mahdollista tarkentavaa lisähaastattelua varten.

Sairaanhoitajia ohjeistettiin vastaamaan kyselylomakkeeseen, mikäli he itse olivat työvuorossaan ottamassa vastaan osastolle päivystysaikana saapuvaa ikääntynyttä lonkkamurtumapotilasta. Kyselylomaketta ei tarvinnut täyttää heti tilanteen jälkeen, mutta mieluusti ennen oman vuoronsa loppua. Sairaanhoitajia pyydettiin vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin kuvailen kokonaisuudessaan lausein vastaanottotilannetta ja siihen liittyviä mahdollisia ongelmia. Kansista löytyi kyselylomakkeiden ohella tyhjiä kirjekuoria, jonne valmiiksi täytetyn kyselylomakkeen sai sulkea ja palauttaa kansion takana olevaan muovitaskuun. Yhteensä kyselylomakkeita jätimme osastolle 20 kappaletta.

Toukokuun alussa kävimme osastolla katsomassa, olimmeko saaneet vielä yhtään vastausta kyselyymme vaikka kyselyaikaa oli kuitenkin toukokuun loppuun asti jäljellä. Mikäli vastauksia olisi ollut liian vähän, olisimme joutuneet pidentämään vastausaikaa. Vastauksia oli tullut jo tuossa vaiheessa useita, ja toukokuun lopussa haettuamme kansion kyselylomakkeineen pois, olimme saaneet vastauksia yhteensä 11 kappaletta. Saadut vastaukset olivat suurimmaksi osaksi riittävän kattavia vastaamaan tutkimustehtäviimme. Emme nähneet tarpeellisena täsmentää saatuja vastauksia haastattelemalla kyselyyn vastanneita sairaanhoitajia, mikä oli meidän varasuunnitelmamme, jos kyselyvastaukset olisivat jääneet liian suppeiksi.

4.5 Aineiston analyysi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen ja analysointi tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Analysointia varten aineisto on aluksi muokattava sellaiseen muotoon, että tutkija kykenee hallitsemaan sitä. Aluksi muistiinpanot ja haastattelut litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi (Metsämuuronen 2000, 51.) Litteroinnin jälkeen aineisto hajotetaan osiksi eli pelkistetään. Pelkistämisen kautta saadut osat kootaan yhteen ja niistä muodostetaan loogisia ryhmiä eri alaotsikoiden alle. Tätä analyysin vaihetta kutsutaan klusteroinniksi. Aineisto abstrahoidaan, jolloin aiemmin muodostuneille alaluokille tehdään kokoavia yläkäsitteitä (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108–113; Metsämuuronen 2000, 51.)

Aineistoanalyysissä etenimme **pelkistäminen-klusterointi-abstrahointi**-menetelmän avulla laadullisen tutkimuksen luonteelle tyypillisesti. Aluksi loimme saamastamme aineistosta yleiskatsauksen, jolla kartoitimme vastauksien määrää ja niiden laatua, tarkastelimme olivatko sairaanhoitajat vastanneet kaikkiin asettamiimme kysymyksiin. Suurin osa vastauksista oli riittävän laadukkaita: sairaanhoitajat olivat vastanneet lähes jokaiseen kyselylomakkeen kysymykseen ja käyttäneet kokonaisia lauseita. Kysymykset oli ymmärretty pääosin oikein. Vastaukset tukivat tutkimustehtäviämme hyvin, joten varsinaiseen analyysiin oli mahdollista siirtyä. Aineiston analyysivaiheiden kuvaamisessa käytämme esimerkkinä ensimmäistä tutkimustehtäväämme ”Millainen on ikääntynyt lonkkamurtumapotilas päivystysasiakkaana”.

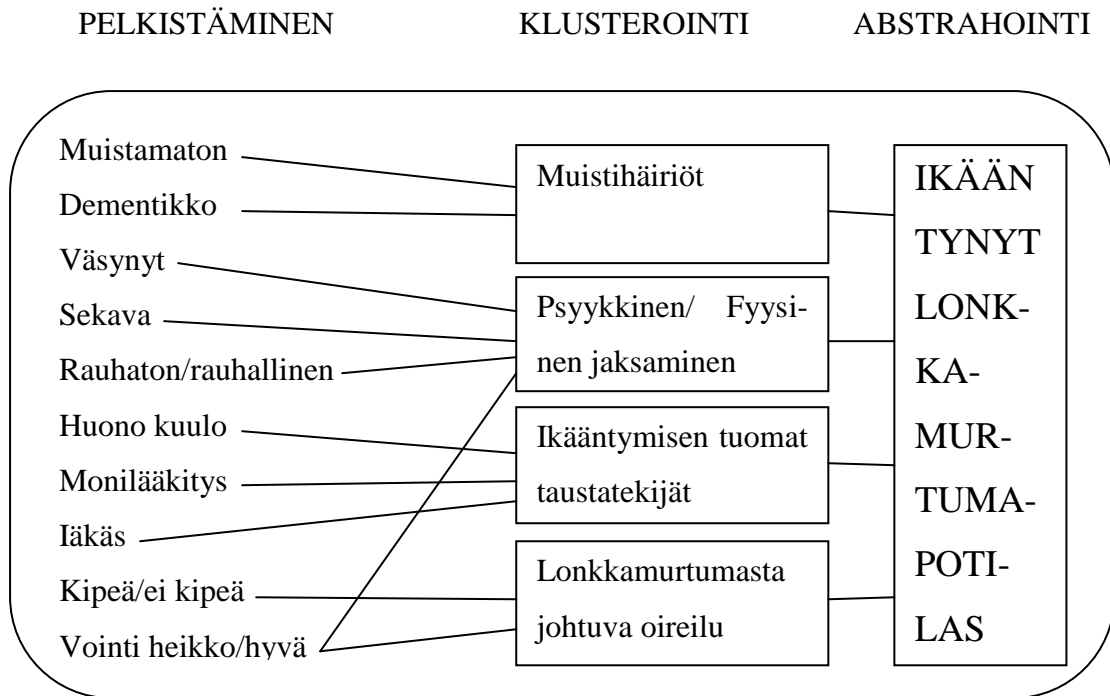
Yleiskatsauksen jälkeen jatkoimme aineiston **pelkistäm**isvaiheeseen eli tarkastelimme aineistoa yksityiskohtaisemmin ja listasimme erilliselle paperille vastausten yksittäisten, samankaltaisten kohtien esiintymistä. Näin kartoitimme, mitkä asiat toistuivat sairaanhoitajien vastauksissa, ja mitkä asiat korostuivat eniten. Tutkimustehtävittäin etsimme saamistamme vastauslomakkeista asioita, jotka jollain tavalla liittyivät tutkittavaan asiaan. Esimerkiksi ensimmäisen tutkimustehtävän ”Millainen on ikääntynyt lonkkamurtumapotilas päivystysasiakkaana” kautta kävimme läpi kaikkien vastauslomakkeiden kaikki kohdat, joista poimimme yksittäisiä asioita, jotka jollain tavalla liittyivät kuvaamaan ikääntynyttä lonkkamurtumapotilasta päivystysasiakkaana. Muistamaton, iäkäs, monisairas ja heikkovointinen olivat esimerkkipelkistyksiä, jotka nousivat vahvasti esille tätä tutkimustehtävää koskien saaduistamme vastauksista. Saamamme yksittäiset sanat tai asiat listasimme erilliselle paperille; samalla tarkastelimme sitä, kuinka usein tiettyt asiat toistuivat. Toimimme edellä mainitulla tavalla myös kolmen muun tutkimustehtävän kanssa.

Klusteroinnin eli yksityiskohtaisten, pelkistettyjen asioiden luokittelun kokoaviksi käsitteiksi suoritimme jokaisen tutkimustehtävän kohdalla erikseen. Kävimme läpi tutkimustehtävittäin erikseen saadut yksityiskohtaiset asiat, ja etsimme näistä samaa tarkoittavia tai jollain tapaa yhteneväisiä kohtia. Esimerkiksi esille tulleet ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuvaukset ”dementia” ja ”muistamaton” voidaan molemmat ymmärtää klusteroinnin avulla saadun luokan ”muistihäiriöt” alle. Klusteroinnin avulla saimme jokaiseen tutkimustehtävään alaluokkia, käsitteitä, joiden perusteella tutkimustehtävään saatuja vastauksia voidaan saada selkeimmiksi ja ymmärrettäviksi.

Tutkimustehtävittäin saadut alaluokat tarvitsivat koko tutkimustehtävää kuvaavan yläkäsitteen, joka saatiin **abstrahoinnin** eli käsitteellistämisen avulla. Yläkäsite saatiin tutkimustehtävän ulkoasua mukaillen. Esimerkkitutkimustehtävästä saatu yläkäsite on ”Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas”.

Abstrahoinnin avulla saadut yläkäsitteet voidaan jakaa alaluokkiin, jotka on saatu klusteroimalla eli luokittelemalla pelkistämisyvaiheessa saatuja yksittäisiä asioita. Tämän menetelmän avulla saimme koko aineiston analysoitua siten, että saimme vastaukset tutkimustehtäviimme. Ymmärrys aineistoa kohtaan kasvoi myös henkilökohtaisella tasolla, sillä tarkka ja huolellinen asioiden tarkastelu takaa, ettei asioita jää huomaamatta.

Alla esimerkkikaavio (KAAVIO 1) analyysimenetelmästä, jota käyttäen koko aineisto on käsitelty. Esimerkkikaavio on pelkistetty versio ensimmäistä tutkimustehtävää selittävästä kaaviosta, joka löytyy kokonaisuudessaan Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset-kappaleesta.



KAAVIO 1. Aineiston analyysimenetelmä

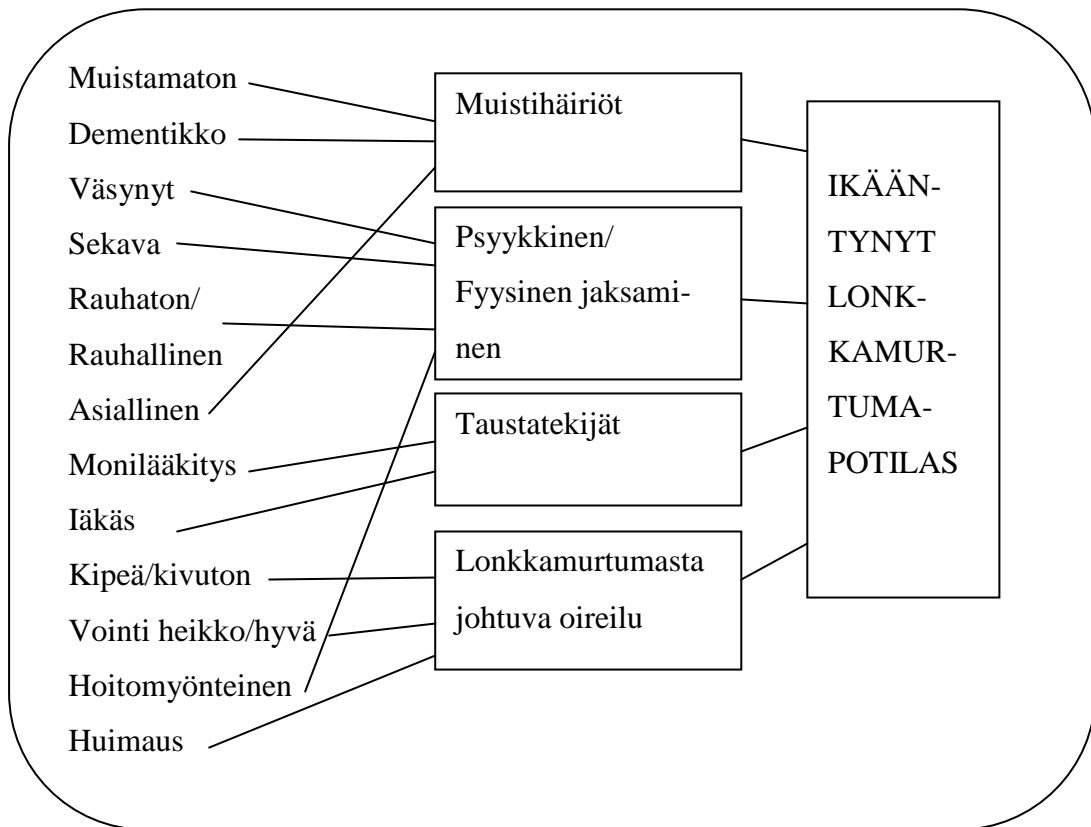
Aloitimme aineiston analysoimisen heti aineiston saatuaamme, jolloin inspiraatio ja motivaatio työhön olisivat suurimmillaan. Aineiston läpikäyminen oli hyvä aloittaa heti myös sen vuoksi, että sitä olisi tarvittaessa ollut helppo täydentää ja selventää ts. vastaajia olisi voinut haastatella. Aineiston käsittely ja analysointi vaati aikaa, sillä aineistoon tuli perehtyä kunnolla, jotta siitä pystyttäisiin tekemään johtopäätöksiä. Pyrimme lähestymään aineistoa ymmärtäen siitä saatua tietoa sen sijaan, että pyrkisimme ainoastaan selittämään saatuja tuloksia

Laadulliselle analyysille on tyypillistä induktiivinen päättely, jossa pyritään tekemään yleistyksiä ja päätelmiä aineistosta nousevien yksityiskohtien perusteella. Aineistoa pyritään tarkastelemaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti nostamalla esiin merkityksellisiä teemoja (Raatikainen, 1997). Induktiivinen päättely sopii laadulliseen tutkimukseen, koska vastaajien nostamien yksityiskohtien avulla pystytään tekemään suurempien linjauksien yleistyksiä ja näin ollen saamaan vastauksia tutkimustehtäviin.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas päivystysasiakkaana

Tulohaastattelun järjestäminen ja siihen liittyvät käytännön haasteet nousivat sairaanhoitajien kuvaamina aineistosta esille. Pyysimme sairaanhoitajia kuvailemaan osastolle vastaanottamaansa ikääntynyttä lonkkamurtumapotilasta (KAAVIO 2).



KAAVIO 2. Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas

Sairaanhoitajat kuvasivat kohtaamissaan lonkkamurtumapotilaissa ikääntymisen tuomia piirteitä, jotka vaikuttivat tulohaastattelun ja näin myös hoidon aloituksen onnistumiseen. Useimmat sairaanhoitajat kuvailivat vastaanottamaansa potilasta **muistihäiriöiseksi**. Kohtaamistilanteessa ikääntyminen näkyi usein myös **psykkisen ja fyysisen jaksamisen** muutoksina, kuten väsymyksenä, rauhattomuutena, kärsimättömyytenä tai

sekavuutena. Moni lonkkamurtumapotilas oli sairaanhoitajien mielestä myös huonokuuloisen tai haurasihoinen, jotka ovat fyysisiä ikääntymismuutoksia elimistössä. Yksittäisissä sairaanhoitajien kuvauksissa tuli esille ikääntymisen erityispiirteitä kuten huimausta, hidaspuheisuutta, monia sairauksia ja useita eri lääkityksiä. Yhden vastaajan mielestä ikääntyminen ei tuonut mitään erityistä potilaan kohtaamiseen.

Muistamattomuus, mahdollinen dementia korostuu onnettomuuden sattuessa. Potilas oli väsynyt ja sekava, joutuessaan olemaan oudossa paikassa lääkitynä.

Potilas oli iäkäs, erittäin huonokuuloisen. Huono kuulo vaikutti ennen kaikkea taustatietojen ja kotiolojen selvittämiseen. Potilaan voinnista oli vaikea saada selkoa.

Sairaanhoitajat kuvasivat vastaanottamaansa lonkkamurtumapotilasta **taustatekijöiden**, kuten iän perusteella. Suurin osa potilaista kuului iältään välille 73 – 97 vuotta. Osa sairaanhoitajien kohtaamista potilaista oli alle 70-vuotiaita, jotka hekin teorian mukaan määritellään jo ikääntyneiksi. Suurin osa lonkkamurtumapotilaista oli yli 90-vuotiaita.

Vastaanottamani potilas oli iältään 67 – vuotias – ei kovin ikääntynyt vielä!

Potilas oli iältään 97-vuotias, ei olisi moista vahinkoa toivonut hänelle sattuvan.

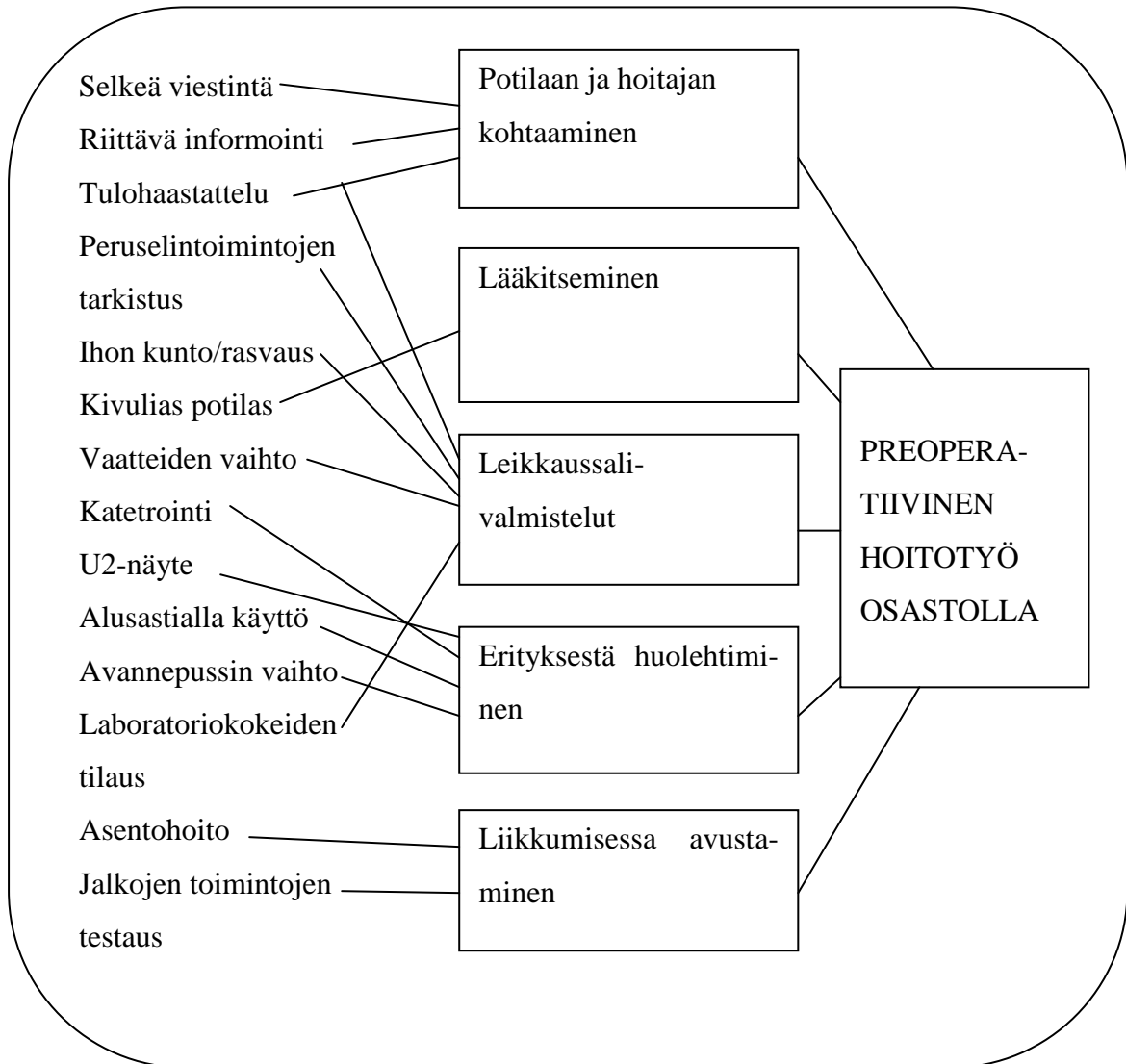
Sairaanhoitajat kuvailivat myös **lonkkamurtuman oireilun** vaikutusta potilaan vointiin koostamistilanteessa. Vastaajat olivat poikkeuksetta sitä mieltä, että heidän vastaanottamansa lonkkamurtumapotilas oli kipeä osastolle tullessaan. Potilailla kuvattiin olevan fyysisiä merkkejä kivusta, kuten korkeita verenpainetasoja ja jännittyneisyyttä. Lonkkamurtumapotilaan liikkuminen koettiin myös haasteelliseksi ja heidät nähtiin usein kokonaan vuodepotilaina. Sairaanhoitajat kokivat lonkkamurtumapotilaan voinnissa muutoksia, jotka vaikuttivat syömiseen ja lääkkeiden ottamiseen. Osa potilaista oli heikkovointisia ja sekavia, osa täysin hyvävointisia.

Potilas oli kovasti kipeä. Kipu aiheutti mm. sekavuutta ja muistamattomuutta; levottomuuttakin, kun ei pääse liikkeelle. Vointi oli nopeasti heikentynyt, kun potilas ei ole saanut ruokaa tai kipulääkettä.

Lonkkamurtuma ei vaikuttanut potilaan vointiin juuri mitenkään. Tämä potilas ei ollut kipeä tullessa, ei edes kyljeltä toiselle siirrettäessä.

5.2 Preoperatiivinen hoitotyö vuodeosastolla päivystysaikana

Sairaanhoitajat kuvailivat omaa toimintaansa, millä tavalla he kohtasivat ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan päivystysaikana. Osaston sairaanhoitajat saivat myös kuvata, miten ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat suhtautuivat itse omaan hoitoonsa preoperatiivisen hoitotyön aikana vuodeosastolla (KAAVIO 3).



KAAVIO 3. Preoperatiivinen hoitotyö osastolla

Sairaanhoitajat kuvasivat omaa toimintaansa **kohtaamistilanteessa** erilaisin arvoin ja käytännön esimerkkien avulla. Sairaanhoitajat kertoivat toimivansa poikkeuksetta rauhallisesti vastaanottotilanteessa. Hyvään hoitoon pyrittiin juttelemalla potilaalle selkeäs-

ti ja lyhyin, ymmärrettävin lausein. Muutamassa tapauksessa sairaanhoitaja joutui toistelevaan samoja asioita potilaalle useaan kertaan. Toiminta koettiin yleisesti sujuvaksi ja avoimeksi sekä potilasta informoitiin riittävästi tulevasta toimenpiteestä. Sairaanhoitajat kertoivat toimivansa päivystyksellisen ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kanssa samalla tavalla kuin kenen tahansa muunkin potilasryhmän.

Sairaanhoitajat kuvailivat ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan suhtautumista omaan hoitoonsa pääasiassa hoitomyönteiseksi, hyväntuuliseksi, asialliseksi ja rauhalliseksi. Potilaan asenteeseen vaikutti sairaanhoitajien mukaan suuresti muistamattomuus, mutta aina muistin kanssa ei ollut ongelmaa. Lisäksi lonkkamurtuman aiheuttama kipu ja huonokuuloisuus koettiin vaikuttavan potilaiden suhtautumiseen omaan hoitoonsa. Yhden sairaanhoitajan mukaan potilas yritti huijata hoitoonsa liittyvissä asioissa, esimerkiksi salaamalla alkoholinkäyttöään.

Kohtaamistilanne oli rauhallinen. Potilaalla oli hieman muistamattomuutta, mutta kuitenkin yhteistyökykyinen. Oma käytökseni tilanteessa oli myös rauhallista, kerroin asiat potilaalle lyhyesti ja selkeästi.

Potilas ei ymmärtänyt olevansa sairaalassa tai mitä oli tapahtunut. Kohtasin potilaan samalla tavalla kuin muutkin potilaat, vaikka muistihäiriön vuoksi jouduin toistelevaan asioita useita kertoja.

Sairaanhoitajat kokivat suurimmaksi haasteeksi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan vastaanottotilanteessa sen, että taustatietojen selvittely oli vaikeaa ja potilailta puuttui muun muassa ajan tasalla oleva lääkelista.

Potilas ei osannut tai muistanut vastata kysymyksiin, esimerkiksi lääkityksiin, onko maha toiminut, onko allergioita tai aikaisempia leikkauksia jne.

Lääkelista oli erittäin epäselvä. Lääkkeiden hommaaminen hankalaa, omaista ei saatu kiinni.

Sairaanhoitajat kuvailivat myös sitä, miten preoperatiivisen hoitotyön prosessi käynnistyy osastolla päivystysaikana ja miten se etenee. Sairaanhoitajat joutuivat tekemään erilaisia **leikkaussalivalmisteluita** vastaanottamansa ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kohdalla. Yleisin toimenpide oli peruselintoimintojen tarkastaminen, johon kuuluivat verenpaineen, pulssin, happisaturaation ja lämmön mittaaminen sekä sydänfilmin otta-

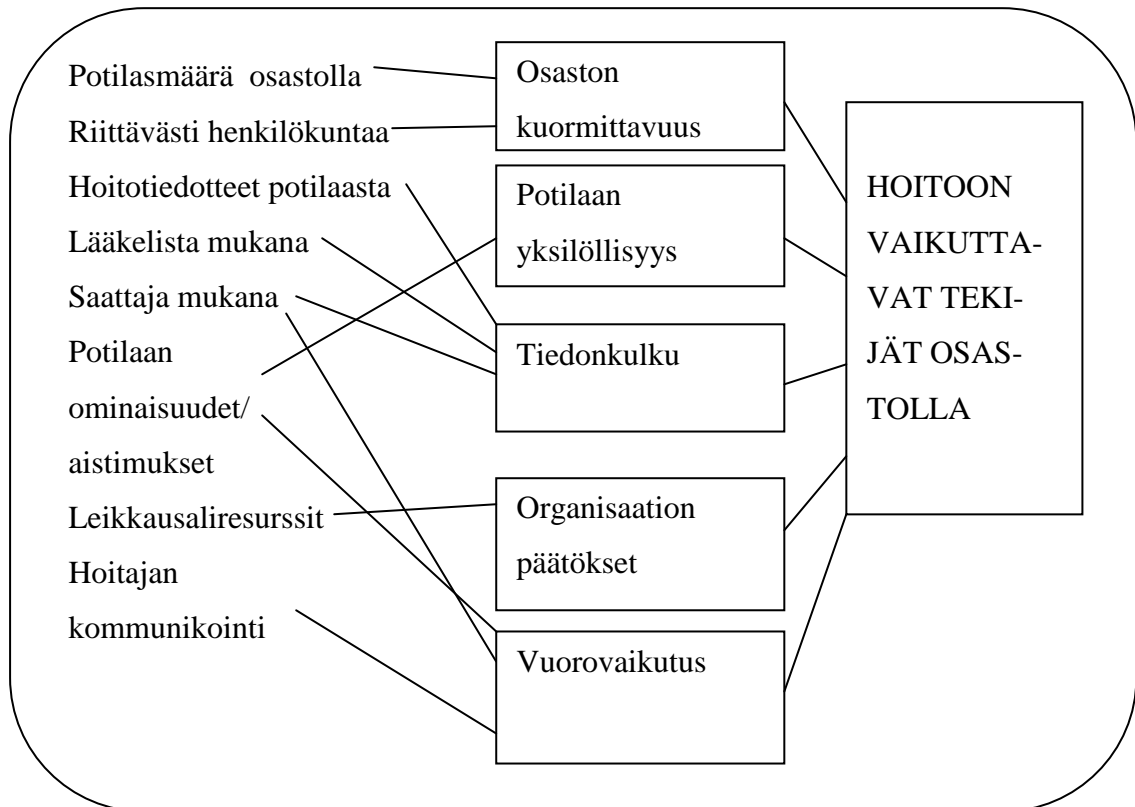
minen. Lisäksi sairaanhoitajien tuli rasvata potilaan iho ja tarkistaa ihon kunto. Sairaanhoitajien tuli vaihtaa vastaanottamalleen lonkkamurtumapotilaalle sairaalavaatteet sekä tilata tarvittavat laboratoriokokeet. Tärkeäksi toimenpiteeksi sairaanhoitajat kokivat myös **kipujen lääkitsemisen**. Joissakin tapauksissa ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan lääkehoidosta tuli konsultoida päivystävää lääkäriä. **Eriykestä huolehtiminen** kuului sairaanhoitajien tekemiin hoitotoimenpiteisiin. Keskivirtsanäytteen ottaminen, katetrointi, alusastialla käyttö ja mahdollisesti avannepussin vaihto olivat olennainen osa hoitotyötä. Lisäksi sairaanhoitajat **avustivat liikkumisessa** vastaanottamaansa lonkkamurtumapotilasta mm. asentohoidosta huolehtimalla ja jalkojen toimintoja testaamalla. Osa hoitotoimenpiteistä esim. suonyhteyden avaaminen oli useimmiten tehty jo päivystyspoliklinikalla.

Potilaan tullessa päivystyksestä avannepussi falskasi, joten heti osastolle tullessa se vaihdettiin. Ihon kunto tarkistettiin ja iho rasvattiin. Testattiin jalan toiminnot ja otettiin perusmittaukset. Potilaan ollessa kivulias, annoin myös kipulääkettä.

Tulohaastattelu kaikinensa. Päivystyksessä oli jo laitettu iv-kanyyli ja aloitettu nesteytys. Päivystyksessä oli myös laitettu kestopatetri ja otettu kaikki verikokeet, tilattu punasolut varalle.

5.3 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiiviseen hoitoon vaikuttavat tekijät päivystysaikana

Sairaanhoitajat kuvasivat myös niitä asioita, jotka edistivät tai rajoittivat hyvän hoidon onnistumista ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kohdalla päivystysaikana (KAAVIO 4).



KAAVIO 4. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hyvään hoitoon vaikuttavat tekijät

Sairaanhoitajat kuvasivat preoperatiiviseen hoitotyöhön vaikuttavia tekijöitä osastolla. Yleisimpänä hoitoon vaikuttavana tekijänä esille nousi **osaston kuormittavuus**. Kokonaistilanteen rauhallisuus ja riittävä henkilökuntamäärä osastolla potilasta vastaanotettaessa nähtiin hoidon laatuun merkittävästi vaikuttavana tekijänä.

Potilaiden yksilöllisyys vaikutti myös osaltaan hoidon onnistumiseen. Sairaanhoitajien mukaan potilaan hoitomyönteisyys ja yhteistyökykyisyys näkyi hyvää hoitoa edistävänä tekijänä. Sairaanhoitajat kokivat yleisesti lonkkamurtumapotilaat avoimiksi, asiallisiksi

ja rauhallisiksi hoitotilanteessa. Hoidon onnistumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi sairaanhoitajat kokivat myös ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan muistihäiriöt, lonkkamurtumasta aiheutuvat psyykkiset piirteet kuten sekavuus sekä fyysiset ikääntymismuutokset kuten huonokuuloisuus.

Minulla oli riittävästi aikaa käytettävissä, osastolla oli riittävästi henkilökuntaa. Potilaan puolison läsnäolo helpotti hoitoa kovasti. Potilas oli rauhallinen ja yhteistyökykyinen.

Ajanpuute osastolla rajoitti hyvää hoitoa, sattui samalle yölle useita päivystyksiä.

Onnistunut **tiedonkulku** oli tärkeässä asemassa hoidon onnistumiseen ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kohdalla. Potilaan mukana tuleva saattaja koettiin positiivisena, sillä häneltä pystyi tarkistamaan potilasta koskevia tietoja esimerkiksi lääkelistat, ja näin ollen hoidon aloitus oli sujuvaa. Lisäksi potilaiden mukana oli usein selkeä hoitotiedote aiemmasta hoitopaikasta.

Organisaation päätöksistä riippuvat päivystysaikaiset leikkaussaliresurssit nousivat esille hoidon onnistumista käsiteltäessä. Ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat joutuvat liian usein odottamaan leikkaukseen pääsyä osastolla leikkaussaliresurssien ollessa riittämättömiä.

Potilaiden tulisi päästä nopeammin leikkaukseen, tämä voisi vähentää huomattavasti vanhuusiän deliriumin tuloa. Lisäksi potilas ei pääsisi niin huonoon fyysiseen ja fysiologiseen tilaan kuin nykyään tuntuvat leikkauspotilaat yleisesti joutuvan.

Sairaanhoitajat kuvailivat myös päivystyksellisen lonkkamurtumapotilaan tulon vaikutusta osaston muuhun toimintaan. Vastaajat kokivat, ettei päivystyksellisen lonkkamurtumapotilaan tulo vaikuttanut yleensä osaston muuhun toimintaan. Tilanne osastolla koettiin tällä hetkellä rauhalliseksi. Muutaman sairaanhoitajan kokemana osastolla oli potilaan saapuessa normaalia kiirettä, joten päivystyksellisen potilaan saapuminen vaikutti hieman osaston muuhun toimintaan. Osastolla olevat muut potilaat saatiin kuitenkin ajallaan hoidettua. Sairaanhoitajat kuvasivat haastatteluhoitajan työllistyvän kovasti useamman uuden päivystyksellisen potilaan saapuessa, jolloin muiden yöhoitajien työmäärä kasvoi heidän joutuessaan vastaamaan soittokelloihin. Päivystyksellisen potilaan

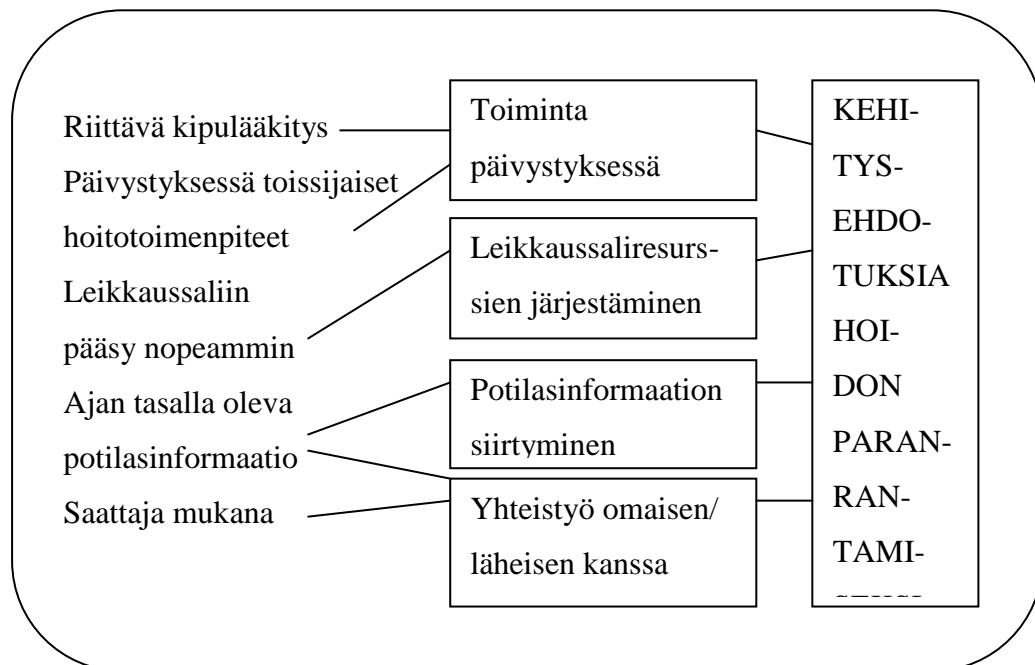
saapuminen sitoi useamman hoitajan työpanoksen, esimerkiksi vaatteiden vaihtaminen ja asentohoidon toteuttaminen vaati useamman hoitajan.

Osastolla oli kyseisenä iltana rauhallista ja vähän potilaita, joten sairaanhoitaja pystyi ottamaan ja haastattelemaan potilaan heti. Osastolle tulo ei vaikuttanut hirveästi osaston muuhun toimintaan.

Toimin haastatteluhoitajana kyseisenä iltana, kun ko. potilas tuli osastolle päivystyksestä. Muut hoitajat tulivat minulle siirtoavuksi, kun siirsimme potilasta paareilta potilasvuoteeseen. Yksi hoitaja oli minulle apuna hoitotoimissa, asennonvaihto jne. Osaston hoitajien kokonaistymäärä lisäytyi yhden potilaan verran.

5.4 Hoitotyön kehittämisehdotuksia

Sairaanhoitajat saivat myös kuvailta mahdollisia **kehitysehdotuksia**, joiden avulla ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan päivystyksellistä hoitoa ja hoidon aloitusta voitaisiin helpottaa (KAAVIO 5).



KAAVIO 5. Kehitysehdotuksia ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan päivystysaikaiseen hoitotyöhön

Yleisin esiin noussut kehitysehdotus oli sairaanhoitajien mukaan päivystyksessä riittävästä kipulääkityksestä huolehtiminen. Potilaan tulisi vastaajien mukaan päästä myös leikkaussaliin mahdollisimman nopeasti, jotta hyvä hoito toteutuisi. Tärkeäksi koettiin myös se, että potilaalla olisi mukanaan ajan tasalla oleva lääkelista. Sairaanhoitajat kuvasivat helpottavaksi tekijäksi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidossa sen, että päivystyspoliklinikalla huomioitaisiin toissijaiset hoitotoimenpiteet kuten potilaan vaatteiden vaihto, katetrointi ja suonensisäisen nesteytyksen aloitus.

Potilaiden pitäisi päästä leikkaukseen mahdollisimman nopeasti komplikaatioiden välttämiseksi. Tähän ei paljon hoitaja pysty vaikuttamaan. Päivystysaikana leikkausresurssit ovat riittämättömät.

Päivystyksessä tulisi kiinnittää huomiota myös toissijaisiin hoitotoimiin. Kipulääkitys olisi hyvä jo ennen osastolle tuloa, ettei siirrellessä ja liikuteltaessa olisi niin kivuliasta.

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa saatujen tulosten analysointi ei ole yksistään riittävä tutkimusten tulosten kertojana, vaan näistä tuloksista olisi pyrittävä laatimaan synteesejä. Synteetit koostavat yhteen tutkimuksen pääasiat ja antavat näin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi 2000, 212.)

6.1 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas päivystysasiakkaana

Fyysiset ja psyykkiset ikääntymisen tuomia erityispiirteet nähtiin merkittävänä tekijänä, jotka vaikuttivat lonkkamurtumapotilaan kohtaamistilanteessa. Ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat olivat usein muistisairaita tai huonokuuloisia. Fyysiseen toimintakykyyn voivat vaikuttaa aikaisemmat aivotapahtumat, dementia ja pään alueen traumat. Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas koettiin vastaanottotilanteessa väsyneeksi tai sekavaksi. Tämä voi olla seurausta useasta eri asiasta kuten monien eri lääkkeiden yhteisvaikutuksesta, lonkkamurtuman aiheuttamasta kivusta tai tilanteen myötä tulleesta shokista. Ikääntyneet käyttävät nykyään yhä enemmän myös alkoholia, mikä aiheuttaa osaltaan kaatumisia ja edelleen mahdollisia lonkkamurtumia. Kiljunen & Kinnunen kuvasivat tutkimuksessaan lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia traumakirurgiselle vuodeosastolle saapumisesta. Heidän aineistossaan kävi ilmi, että ikääntynyt lonkkamurtumapotilas ei välttämättä muista osastolle saapumisesta ja hoitotyön aloituksesta mitään vaikka olisi ollut ennen lonkkamurtumaa täysin asiallinen ja muistava henkilö (Kiljunen & Kinnunen, 2010, 32.) Tämä selittää osaltaan sen, että ikääntynyt lonkkamurtumapotilas voi olla ainoastaan lonkkamurtumasta johtuen haasteellinen päivystysasiakas, mutta mikäli taustalla on jo valmiiksi muita ikääntymisen tuomia piirteitä, tekee se tilanteesta entistä haastavamman.

Lonkkamurtumapotilaiden ikäjakauma tuki sitä käsitystä, että lonkkamurtuman saaneet potilaat ovat iäkkäitä ihmisiä. Ikääntyessä fyysinen kunto huononee ja motorinen toimintakyky heikkenee, jolloin riski saada lonkkamurtuma kasvaa (Tideiksaar, 2005, 16.) Tutkimuksessamme kävi kuitenkin ilmi, että lonkkamurtuma voi sattua myös nuoremmille ikääntyneille. Tutkimusaineistomme ollessa kuitenkin määrällisesti suhteellisen pieni oli mielenkiintoista saada useampi äskettäin ikääntyneen kriteerit täyttänyt henkilö mukaan. Tutkimuksemme pohjalta voisikin vetää johtopäätöksiä siitä, että lonkkamurtumat ovat yleisiä kaikilla ikänsä puolesta ikääntyväksi luokitelluilla henkilöillä. Ei myöskään voi yleistää asiaa siten, että huomattavan ikääntyneet ovat fyysisesti huonossa kunnossa ja alttiimpia kaatumaan kuin nuoremmat.

Lonkkamurtuman aiheuttama kipu nähtiin suurimmaksi vointiin tulotilanteessa vaikuttavaksi tekijäksi. Tämä oli oletettavaa, koska lonkkamurtuma on suuri trauma ja sen vaikutus jo muutenkin mahdollisesti heikentyneeseen ikäihmiseen on merkittävä. Hämäläinen ym. (2008) kuvaavat sairaanhoitajien kokemana ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidon laatua erikoissairaanhoidossa. Heidän tutkimuksessaan tuodaan esille sitä, kuinka lonkkamurtumapotilaiden kipulääkityksestä ei kyetä päivystyspoliklinikalla riittävästi huolehtimaan. Päivystyksessä on paljon potilaita eikä lääkäri ehdi heti katsomaan saapunutta lonkkamurtumapotilasta, jolloin potilas voi joutua pitkäänkin odottamaan kivuihinsa. Sairaanhoitaja voi kysyä lääkäriltä määräyksen kipulääkkeeseen, jos tähän on aikaa (Hämäläinen ym. 2008, 41). Vastaukset tukivat käsitystä siitä, kuinka paljon hoitoa vaativia lonkkamurtumapotilaat ovat. Vastauksista kävivät ilmi ne asiat, jotka olivat jo ennalta tiedossa. On kuitenkin huomattava, että lonkkamurtumapotilaissa näkyvistä piirteistä monet voivat johtua joko lonkkamurtumasta tai luonnollisesta ikääntymisestä, esimerkiksi väsymys ja muistamattomuus.

Taustatietojen selvittely on tärkeää kaikessa potilaan hoitamisessa. Tulohaastattelun avulla sairaanhoitaja selvittää potilaan taustatiedot, joihin hoitotyön suunnitelma perustuu (Iivanainen ym. 2001, 93). Erityisesti kiireellisissä, päivystysaikaisissa tilanteissa taustatietojen tulisi olla nopeasti saatavilla. Lonkkamurtumapotilaat etenevät joskus nopeasti leikkaussaliin, jossa esimerkiksi lääkeaineallergiat ja potilaan sairaudet sekä lääkitys tulisi olla tiedossa turvallisen hoidon onnistumisen kannalta.

6.2 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoito-työ traumakirurgisella vuodeosastolla päivystysaikana

Tutkimuksemme kautta kävi ilmi, että sairaanhoitajien oma toiminta vaikutti suuresti vuorovaikutuksen onnistumiseen. Potilasta kohtaan oltiin rauhallisia ja asiallisia, vaikka oman kokemuksemme myötä muistamattoman ja sekavan potilaan kanssa työskentely voi olla henkisesti raskasta. Sairaanhoitajat pyrkivät ohjaamaan potilasta selkeästi ja informoimaan heitä hoidostaan. Isoviita (2009) kuvaa tutkimuksessaan, millaisena lonkkamurtumapotilaat kokevat laadukkaana potilasohjauksen. Suurin osa tutkimukseen vastanneista lonkkamurtumapotilaista näki laadukkaana ohjauksen, jossa ohjaava sairaanhoitaja huomioi potilaiden yksilölliset tarpeet, toiveet ja mielipiteet (Isoviita, 2009, 44 – 46.)

Vuorovaikutus oli onnistunutta myös potilaiden näkökulmasta. Ikääntymisen tuomat erityispiirteet ja lonkkamurtuman vaikutus näkyivät potilaiden kohdalla, mutta selkeää hoidon vastustamista ei vastausten perusteella ollut havaittavissa. Potilaan asenne omaan hoitoonsa on suhteessa sairaanhoitajien toimintaan: jos sairaanhoitaja oli asiallinen ja kommunikointi oli ystävällistä, ei heitä kohtaan noussut vastarintaa potilaidenkaan taholta.

Vastaanottotilanteessa sairaanhoitaja tekee lukuisia eri hoitotoimenpiteitä. Jokaisessa vastauksessa tuli ilmi niitä asioita, joita lähes jokaisen potilaan kohdalla tulee huomioida preoperatiivisessa hoitotyössä. Vastaanottotilannetta osastolla helpottaisi se, että päivystyspoliklinikan sairaanhoitajat tekisivät osan esivalmisteluista, kuten vaatteiden vaihto, laboratorionkokeiden tilaus ja suonensisäisen nestehoidon aloitus. Kuitenkaan kaikkiin esivalmisteluihin ei ole päivystyspoliklinikalla läheskään aina mahdollisuutta. Hämäläisen ym. (2008, 42) tutkimuksessa päivystyssairaanhoitajat kuvaavat, kuinka ikääntyneestä lonkkamurtumapotilaasta oli heidän työnsä helpottamiseksi hyvä ottaa esimerkiksi verikokeita valmiiksi ennen keskussairaalaan lähettämistä, mikäli potilaalla epäillä lonkkamurtumaa vanhainkodissa tai muussa hoitolaitoksessa. Esiin nousee kysymys, että tuleeko päivystyksessä ollakaan resursseja tehdä vuodeosaston sairaanhoitajien puolesta asioita, jotka eivät välttämättä kuulu päivystykselliseen hoitotyöhön. Jos

potilaalla ei ole todella kiire leikkaukseen, ja päivystyksessä on kiireistä, ei ole tarpeen tehdä liikaa esivalmisteluita, esimerkiksi potilasvaatteiden vaihto tai katetrointi.

Osaston muu toiminta ei aineiston perusteella häiriintynyt päivystyksellisen ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan tulon myötä kovinkaan useasti. Tähän kuitenkin vaikuttaa osaston senhetkinen muu tilanne ja potilasmäärä.

6.3 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiiviseen hoitoon vaikuttavat tekijät päivystysaikana

Ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden vastaanottotilanteessa ja preoperatiivisessa hoidossa osastolla nähtiin enemmän hyvää hoitoa edistäviä kuin sitä rajoittavia tekijöitä. Kokonaistilanne osastolla koettiin rauhalliseksi, ja potilaiden positiivinen suhtautuminen omaan hoitoonsa nousi merkittävämmiksi edistäväksi tekijäksi. Oma käsityksemme lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta poikkesi sairaanhoitajien kuvaamasta. Luulimme, että tilanne olisi kaoottisempi ja leikkaussaliin siirtyminen olisi nopeampaa. Sairanhoitajat kokivat potilaan mukana tulleen saattajan hoitoa edistäväksi tekijäksi. Hämäläinen ym. (2008) kertovat tutkimuksessaan sairaanhoitajien kokevan lonkkamurtumapotilaiden omaiset sekä positiivisena että negatiivisena tekijänä. Tämä tuki omaakin käsitystämme asiasta. Joissakin tilanteissa hoitoa häiritsevä omainen voi pahimmassa tapauksessa vaikeuttaa potilaan tilannetta hidastamalla hoidon toteutumista, mutta omaiselta voidaan saada tärkeitä tietoja potilaan tilanteesta ja potilas kokee olonsa turvalliseksi omaisen ollessa mukana.

Rajoittaviksi tekijöiksi koettiin ikääntymisen tuomia piirteitä, jotka ovat nousseet muissakin vastauksissa ilmi. Vaikka useiden vastausten perusteella tilanne osastolla oli rauhallinen, myös näin pienestä tutkimusaineistosta nousi esille kiireisiäkin tapauksia. Ongelmaksi nähtiin osaltaan leikkaussaliresurssien riittämättömyys. Hämäläinen ym. (2008, 49) nostavat tutkimuksessaan esille, miten riittämättömät leikkaussaliresurssit ovat päivystysaikana. Tutkimuksessa käsiteltiin myös sitä, ettei sairaanhoitajille ole mahdollisuutta vaikuttaa siihen, missä järjestyksessä päivystyspotilaat leikataan. Olisi-kin mielenkiintoista tutkia millainen vaikutus ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden

nopealla saliin pääsyllä on postoperatiiviseen kuntoutumiseen. Tämän tiedon avulla leikkaussaliresursseja voitaisiin mahdollisesti parantaa ja näin ollen lonkkamurtumapotilaiden hoitoprosessia nopeuttaa.

Tutkimuksen avulla saimme selville hyviä kehitysehdotuksia, joiden avulla ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan päivystyksellistä hoitoa voitaisiin helpottaa. Kehitysehdotusten saaminen käytännön toteutukseen on kuitenkin haasteellista. Oman kokemuksen perusteella päivystyspoliklinikalla ikääntyneen ja monisairaana lonkkamurtumapotilaan riittävä kipulääkitseminen on haastavaa. Vahvoja kipulääkkeitä täytyy annostella varoen ja seurannan tulisi olla tiivistä (Käypä hoito – suositus 2011, Lonkkamurtumapotilaiden hoito.) Tähän ei läheskään aina ole riittävästi resursseja. Päivystyspoliklinikalla olisi myös hyvä tehdä toissijaisia hoitotoimenpiteitä, jotta leikkaussaliin siirtyminen osaston kautta olisi nopeampaa.

Johtopäätöksenä:

Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas on haasteellinen päivystysasiakas johtuen sekä lonkkamurtumasta aiheutuvista kivuista että ikääntymisen mukanaan tuomista erityispiirteistä. Riittävästä kipulääkityksestä huolehtiminen koettiin hankalana. Vuorovaikutus ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kanssa kuitenkin onnistuu, mikä edistää hyvän hoidon toteutumista. Preoperatiivinen hoitotyö lonkkamurtumapotilaiden kohdalla kirurgisella vuodeosastolla on moninaista ja laajaa osaamista vaativaa. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hyvää hoitoa rajoittavaksi tekijäksi nousi leikkaussaliresurssien riittämättömyys.

7 POHDINTA

7.1 Omat näkemykset tutkimusprosessista

Olemme nähneet lähietäisyydeltä sen, mihin lonkkamurtuma ikääntyneillä voi pahimmillaan johtaa. Monisairaat ja fyysiseltä kunnoltaan heikentyneet ikäihmiset joutuvat kaaduttuaan ja lonkkamurtuman saatuaan vuodepotilaiksi ja pitkille kuntoutusjaksoille. Monet altistuvat lonkkamurtuman lisäksi liitännäissairauksille, kuten painehaavaumille, sairaalainfektioille tai pneumonialle eli keuhkokuumeelle. Nämä liitännäissairaudet aiheuttavat usein vakavia seurauksia, pahimmassa tapauksessa jopa kuoleman.

Ikääntyneet yrittävät pärjätä kotona mahdollisimman pitkään. Omatoimisuuden tukeminen on kannattavaa, sillä toiminta ehkäisee ikääntymisen negatiivia muutoksia, kuten liikuntakyvyn heikkenemistä ja sosiaalista eristäytymistä. Ikääntyneellä on kuitenkin suuri riski joutua kotonaan lonkkamurtuman uhriksi kaatumalla esimerkiksi rollaattorin kanssa. Suurin osa kaatumisista tapahtuukin kotona, mikä tuli ainakin itselle aluksi yllätyksenä. Kaatuminen assosioituu usein liukkaisiin tienpintoihin tai epätasaiseen maastoon.

Olemme kaikin puolin tyytyväisiä aihevalintaamme. Tulevaisuutta ajatellen lonkkamurtumat yleistyvät entisestään väestörakenteen muuttuessa koko ajan siten, että ikäihmisten määrä kasvaa. Tutkimustietoa aiheestamme tarvitaan, jotta lonkkamurtumapotilaiden hoitoa ja hoidon aloitusta saadaan selkeämmäksi. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan nähdä niitä ongelmakohtia, joissa parannusta kaivataan. Aiheen valinta oli aluksi haasteellista. Emme keksineet itseä kiinnostavaa aihetta millään, ja aiheen saatuaamme jouduimme kuitenkin vaihtamaan valmistavan seminaarin vaiheessa aihetta. Tarkoituksenamme oli ensin tehdä projektiluontoinen opinnäytetyö koskien lasten suoniverinäytteen ottamista. Olimme molemmat suuntautumassa lasten hoitotyöhön, mutta mielenkiinto siirtyi kirurgisen aikuispotilaan hoitoon ja päivystystyöhön. Aiheen vaihdoksen kautta päädyimme tekemään laadullisen tutkimuksen, sillä opinnäytetyötä ei olisi projektiluontoisesti voinut toteuttaa sellaisena kuin itse halusimme. Onnistuimme kuitenkin

tutkimustyyppisen opinnäytetyön rakentamisessa. Olemme tyytyväisiä ja ylpeitä aikaansaamastamme kokonaisuudesta.

Tutkimuksen tekeminen oli opettavaista, mutta ajoittain hyvinkin raskasta. Kummallakaan meistä ei ollut aiempaa kokemusta tutkimusprosessin vaiheista, joten kaikki asiat tuli opetella alusta alkaen. Välillä oli hetkiä, jolloin luottamus omaan osaamiseen ja jaksamiseen uhkasi kadota. Onneksi meitä oli kaksi tekijää, jolloin kykenimme tukemaan ja kannustamaan toisiamme. Olemme tyytyväisiä siihen, että teimme opinnäytetyön yhdessä emmekä yksin.

Suuntaudumme opinnoissamme perioperatiiviseen ja sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön, joten tulevaisuuden työssä lonkkamurtumapotilaiden kohtaamista ei voi välttää. Olemme kokeneet kaiken opinnäytetyöprosessissa oppimamme suureksi hyödyksi tulevaa työuraamme ajatellen. Tutkimuksemme avulla saatuja tuloksia voidaan osaston kautta viedä eteenpäin, ja esiinnousseisiin ongelmakohtiin puuttua. Esimerkiksi päivystyspoliklinikalla aloitetulla kipulääkityksellä voitaisiin helpottaa osastolla lonkkamurtumapotilaan hoitotyötä. Saattajan mukana olo potilaan saapuessa päivystykseen parantaa taustatietojen saantia, minkä avulla hoidon aloitus nopeutuu.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusta tehdessämme aikataulus ja riskien varhainen tunnistaminen oli tärkeää. Onneksi meillä oli jo varhain tehty aikataulu, jota yritimme parhaamme mukaan noudattaa. Olemme saaneet opinnäytetyön valmiiksi ajallaan vaikka monet asiat uhkasivat häiritä edistymistämme. Sairastelut, yhteisten tapaamisaikojen sovittelu ja ajoittainen motivaation puute eivät kuitenkaan vaikuttaneet liikaa työmme valmistumiseen.

Tutkimuksen suorittaminen sisälsi useita riskejä. Emme välttämättä olisi saanut yhtään sairaanhoitajaa vastaamaan meidän kyselyymme. Vastaukset olisivat voineet olla liian suppeita, jolloin aineisto ei olisi ollut tarpeeksi kattava tutkimuksemme suorittamiseen. Kyselyajankohtana yksikään ikääntynyt lonkkamurtumapotilas ei olisi saapunut osastolle päivystysaikana, jolloin olisimme joutuneet venyttämään kyselyaikaa. Tämä seurauk-

sena koko muu aikataulumme olisi pitkittynyt, ja myöhemmin olisimme saattaneet kii-reen vuoksi joutua lisäongelmiin. Päivystyksellisiä lonkkamurtumapotilaita olisi saattanut saapua osastolle, mutta heidän kanssaan ei olisi ollut ongelmia emmekä saisi kattavasti vastausta kaikkiin tutkimustehtäviimme. Henkilökohtaisia riskejä tutkimuksemme tekoprosessissa oli ainakin se, että oma kiinnostuksemme aiheeseen hiipuu, jolloin työ-aikataulu venyy ja työ ei valmistu haluttuun aikaan. Mikäli emme olisi laatineet kirjallista aikataulua tai edenneet systemaattisesti tutkimuksen kanssa, aikataulu olisi voinut pettää vaikka kiinnostus olisikin säilynyt.

Tutkimuksemme onnistumisen kannalta tärkeää oli riskien ehkäisy. Jotta saimme kattavaa ja riittävää tietoa tutkimustehtäviämme varten, herätimme osaston sairaanhoitajien mielenkiinnon aiheeseen. Korostimme tutkimuksesta saatua hyötyä heidän omalle työyhteisölleen. Mikäli tutkimuksemme avulla saadaan tietoa siitä, että osastoa kuormittavuus päivystysaikaan on liian suuri, voidaan OYS:n hallinnossa harkita koordinoivan hoitajan lisäämistä myös yövuoron ajaksi. Aineiston kattavuutta pyrimme parantamaan tekemällä kyselylomakkeesta mahdollisimman selkeän ja yksinkertaisen, mutta sellaisen, jonka avulla saimme kuitenkin tarvitsemamme tiedot. Kyselylomakkeen avointen kysymysten avulla annoimme jokaiselle mahdollisuuden tuoda omat näkemyksensä esille omin sanoin, emmekä ohjanneet sairaanhoitajia valitsemaan meidän asettamiamme vaihtoehtoja. Henkilökohtaisia riskejä ehkäisimme tekemällä suunnitelman aikataulusta tapaamisien suhteen sekä asettamalla itsellemme välitavoitteita.

Tutkimusta tehdessämme meidän tuli huomioida erilaisia eettisiä näkökohtia. Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä, sairaanhoitajia, potilaita ja yhteistyökumppaneita, täytyi informoida tutkimuksesta ja heiltä tuli saada suostumus tiedon keräämiseen ja käyttöön. Tutkimukseen osallistuvilla oli myös kerrottava, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Lisäksi eettiset näkökohdat tuli huomioida tiedon keruun ja käyttämisen yhteydessä, esimerkiksi huolellinen lähteiden merkkäminen. Tutkimuslupia hankkiessa eettisyys nousi myös esille. Tutkimusluvan olemme anoneet Oulun yliopistollisesta sairaalasta aiheen hyväksymisen jälkeen. Vasta luvan saatuaamme aloimme tehdä tutkimukseen tarvittavia valmisteluita.

7.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimusprosessimme loppuvaiheessa esille nousi muutamia kehitysehdotuksia, jotka olisimme voineet tehdä tutkimuksen edetessä toisin. Tutkimus eteni kuitenkin onnistuneesti, ja saimme laadukkaita vastauksia tutkimustehtäviimme.

Kyselylomakkeen esitestaaminen jäi meiltä väliin, koska emme kokeneet sitä tuolloin tarpeelliseksi yhteistyökumppaniemme kanssa keskusteltuamme. Tästä huolimatta saimme laadukkaita vastauksia riittävästi, jotta analyysiin päästiin. Esitestausta olisi kuitenkin ollut tarpeen, koska osa vastaajista koki kyselylomakkeen kysymykset liian laajoiksi eivätkä he tienneet mitä joillakin kysymyksillä haettiin. Muutama kyselylomakkeen kysymyksistä miellettiin samankaltaisiksi, ja he kokivat näissä vastauksissa toistavansa itseään.

Kyselylomakkeeseen olisimme voineet lisätä kohdan, josta olisi selvinnyt miten lonkkamurtumapotilas oli itsensä loukannut. Tilastotietojen mukaan suurin osa ikääntyneiden kaatumisista tapahtuu kotona, mutta meillä itsellä oli tästä erilainen näkemys. Lisäksi olisimme voineet tiedustella kyselylomakkeen avulla saattajan mukana oloa. Lonkkamurtumapotilaan mukana tullut saattaja koettiin useimmiten positiiviseksi tekijäksi.

Suurinta negatiivista palautetta saimme kysymyksestä, jossa tiedustelimme sairaanhoitajien tekemiä hoitotoimenpiteitä vastaanottotilanteessa. Osa vastaajista koki kysymyksen liian laajana tai jopa itsestään selvänä. Näin jälkikäteen ajateltuna kysymyksen olisi voinut muotoilla eri tavalla, mutta meille oli kuitenkin tärkeää saada tietää preoperatiivisen vaiheen hoitotoimenpiteistä.

Kyselyn avulla olisimme voineet lisäksi tarkemmin selvittää, millainen oli osaston kuormittavuus lonkkamurtumapotilaan saapuessa. Olisimme mahdollisesti saaneet vastausta siihen, onko kiire aina lonkkamurtumapotilaiden vastaanottamisessa heikentävä tekijä vai ei. Lisäksi olisimme voineet kysyä yleistilannetta osastolla uuden potilaan saapuessa päivystysaikana, oliko osastolla normaali kuormittavuus vai hiljaista ts. oli-

simme saaneet suhteutettua kyselyn avulla saatuja tietoja hieman taustatilanteeseen. Koordinoivan hoitajan tarve olisi näin selkiytynyt, kun se meidän tutkimuksessamme ei nyt noussut esille juuri lainkaan.

Jatkotutkimushaasteena näkisimme päivystysaikaisten leikkaussaliresurssien käytön. Olisi mielenkiintoista tietää, millaisen paineen alla päivystävä traumasali toimii, ja mistä syistä esimerkiksi ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat joutuvat odottamaan päiviä leikkaukseen pääsemistä. Päivystysaikainen leikkausjärjestyksen priorisointi olisi mielenkiintoinen tutkimuskohde.

LÄHTEET

Arvo, T. 2005. Ikääntynyt potilas päivystyspoliklinikalla – toimintakyvyn muutoksen seuranta (pro gradu). Kuopion yliopisto.

Era, P. 1997. Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä. Kopijyvä Oy. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., & Valtonen, K. 1999. Sisätauti-kirurginen hoitotyö. 1-2. painos. Helsinki; Porvoo; Juva: WSOY.

Holmia, S. Murtonen, I. Myllymäki, H. Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Hulkko, T., Lounamaa, A., Mänty, M. & Sihvonen, S. 2006. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. KTL:n julkaisu.

Huttunen, M. 2010. Tietoa potilaalle: Dementia. Kustannus Oy Duodecim.

Hämäläinen, K., Marjamäki, S. & Paananen, S. 2008. Ikääntyneen lonkkamurtumapotiilaan hoidon laatu erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki. Tammi.

Iivanainen, A. Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti - kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna. Tammi.

Isoviita, Anna-Kristiina. 2009. Laadukas lonkkamurtumapotilaan ohjaus – potilaiden näkökulma. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2007. Kansamme taudit. Helsinki. WSOY.

Juva, K. 2010. Tietoa potilaalle: Muistihäiriö. Kustannus Oy Duodecim

Järvimäki, V. & Nal, H. 2005. Vanhuksen kivun hoito. Teoksessa: Lindgren, KA. 2005. TULES – Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Kiljunen, M. & Kinnunen, H. 2010. Lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia traumakirurgiselle vuodeosastolle saapumisesta. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Käypä hoito. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. 2011. Verkkojulkaisu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 28.9.2011.

Metsämuuronen, J., 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. International methelp.

Metsämuuronen, J., 2008. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki. International methelp.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2004. Ihmisen anatomia ja fysiologia. Porvoo. WSOY.

Oberon-tietokanta, Oulun yliopistollinen sairaala. Tilastoinnit.

Oulun yliopistollisen sairaalan intranet, Internet -sivusto. Lonkkamurtumapotilaan hoito & Traumatologisen vuodeosasto 7:n esittely. Luettu 15.9.2010.

Pirinen, M. 2003. Kodin ergonomian merkitys ikääntyneiden kaatumisissa – ergonomisen systeemimallin kehittäminen. Oulun yliopisto.

Pohjolainen, P., Fysiologinen vanheneminen. Ikäinstituutti. Helsinki.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin verkkosivut. Luettu 22.3.2010.

< <http://www.ppsHP.fi/> >

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Osasto 7, Toimintasuunnitelma 2008-2009

Raatikainen, P. (toim.) 1997. Ajattelu, kieli, merkitys. Analyttisen filosofian avainkirjoituksia. Helsinki: Gaudeamus.

Rokkanen, P., Slätis, P., Alho, A., Ryöppy, S. & Huittinen, V-M. 1995. Traumatologia. Helsinki : Kandidaattikustannus Oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Kvalimotiv – Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere. < www.fsd.uta.fi/metelemaopetus/ > (Viitattu 2.9.2011).

Saarenpää, I. 2008. Extracapsular hip fractures-aspects of intramedullary and extramedullary fixation. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Sairaanhoitajan osaamisalueet. OPS 2008. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Sulkava, R., (toim.) Geriatria. Lehtonen, A. 2001. Osteoporoosi ja osteomalasia. Helsinki: Duodecim.

Suomen Osteoporoosiliitto ry:n verkkosivut. Luuston elinkaari (verkkojulkaisu) (Viitattu 23.3.2010).

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset – Opas hoidosta vastaaville. Helsinki. Edita.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M (toim.). 2010. Geriatria. Helsinki. Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki. WSOY.

Willing, R. 2006. Lonkkamurtuma – taustamuuttujien ja hoidon tulosten analyysi. Oulun yliopisto.

LIITEET

LIITE 1: Tutkimuksen saatekirje

LIITE 2: Tutkimuksen aineistonkeruuväline, kyselylomake

SAATEKIRJE

Oulussa 25.3.2011

Arvoisa osasto 7:n sairaanhoitaja,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta, Sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Teemme yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian klinikan kanssa opinnäytetyötä osastollenne, traumatologian vuodeosastolle 7.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen kyselytutkimus osaston sairaanhoitajille, jotka joutuvat tekemisiin päivystyksellisten ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kanssa.

Opinnäytetyömme aihe on ”**Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiivinen hoitotyö kirurgisella vuodeosastolla päivystysaikana**”. Haluamme tutkimuksemme avulla saada selville, miten hoitotyön prosessi käynnistyy ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kohdalla päivystysaikana ja millaisia haasteita sairaanhoitaja joutuu juuri kyseisen potilaan kohdalla kohtaamaan. Tavoitteenamme on saada käsitys preoperatiivisen hoidon aloituksesta vuodeosastolla. Tutkimuksemme tulosten avulla voimme mahdollisesti kehittää osastolla tapahtuvaa hoitotyötä, lähinnä saadessamme tietoa siitä, onko koordinoivalle hoitajalle mahdollisesti tarvetta päivystysaikana.

Oheisesta kansioista löydätte kyselylomakkeen, joka **jokaisen päivystysaikana ikääntyntä lonkkamurtumapotilasta vastaanottaneen/hoitaneen sairaanhoitajan** tulisi täyttää. Kyselylomake on kaksipuoleinen, ja siinä on esitettyä avoimia kysymyksiä liittyen ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan preoperatiiviseen hoitotyöhön osastolla. Kyselylomakkeen ohessa on kirjekuori, jonne huolella täytetyn kyselylomakkeen voi sulkea ja palauttaa kansion lopussa olevaan taskuun. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti jokaisen yksityisyyttä kunnioittaen ja kyselylomakkeet hävitetään aineiston analysoinnin jälkeen.

Vastausaika kyselylomakkeeseen on toukokuun loppuun. Toivoisimme jokaiselta ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan päivystysaikaista hoitoa toteuttaneen sairaanhoitajan vastaavan kyselylomakkeeseen mahdollisimman pian potilaan hoitamisen jälkeen, jotta saisimme laadukasta ja riittävää tietoa kyselylomakkeen avulla.

Terveisin,

sh-opiskelijat Sallamari Kwick ja Anna Laitila OAMK

KYSELYLOMAKE SAIRAANHOITAJILLE / OYS, osasto 7

Olet ottanut vastaan päivystyksestä osastolle saapuvan lonkkamurtumapotilaan työvuorosi aikana. Vastaa **kokonaisin lausein** alla esitettyihin kysymyksiin sen perusteella, **miten toimit, mitä huomioit ja miten koit** kysymyksissä esille tulevat asiat juuri kyseisen potilaan kohdalla.

1. **Kuvaa vastaanottamaasi ikääntynyttä lonkkamurtumapotilasta** päivystysasiakkaana
 - **Miten** ikääntymisen tuomat **erityispiirteet näkyvät** juuri kyseisen potilaan kohdalla?

 - Lonkkamurtumapotilaan **ikä:**

 - **Miten lonkkamurtuma vaikutti** kyseisen ikääntyneen **vointiin tulotilanteessa?**

 - **Kuvaa** ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan **kohtaamista?**
(Oliko potilas aggressiivinen, sekava, desorientoitunut, yhteistyökykyinen?
Millaista oli oma käytöksesi tilanteessa?)

3. Mitkä tekijät kyseisessä tilanteessa

- **edistivät** hyvän hoidon onnistumista?

- **rajoittivat** hyvän hoidon onnistumista?

4. Kuvaa kehitysehdotuksia, joiden avulla ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan päivystyksellistä hoitoa ja hoidon aloitusta voitaisiin **helpottaa**?

5. Jäikö mieleesi jotain erityistä kyseisen potilaan kohdalta, jonka haluaisit mainita?