

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiia Kurki

LONKAN DYSPLASIALEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITOTYÖ
AIKUISILLA
Ohjelehtinen sairaanhoitajille

Opinnäytetyö
Helmikuu 2017



OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2017
Hoitotyön koulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
puh. 050 405 4816

Tekijä
Tiia Kurki

Nimeke
Lonkan dysplasialeikkauksen jälkeinen hoitotyö aikuisilla – Ohjelehtinen sairaanhoitajille

Toimeksiantaja
Töölön sairaala

Tiivistelmä

Lonkkanivelen dysplasia on lonkan kehityshäiriö, jossa lonkkamalja ei ole kunnolla kehittynyt. Tämä kehityshäiriö liitetään yleensä vauvoin ja lapsiin, mutta vaiva voi olla myös aikuisella. Lonkkamaljan vajaakehittyneisyys aiheuttaa kipua lonkanseudulla ja kipu saattaa ajan myötä pahentua ja alkaa vaivata normaalia elämää. Lonkan dysplasia on yhdistetty korkeaan riskiin sairastua aikaiseen nivelrikkoon ja lonkan osteotomialla pyritään ehkäisemään nivelrikon syntymistä.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoa lonkan dysplasiasta ja leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Töölön sairaalalle kattava ohjelehtinen lonkan dysplasialeikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä perehdyttämisen tueksi uusille sairaanhoitajille.

Työn toimeksiantajana toimii Töölön sairaala. Ohjelehtinen sisältää ajankohtaiset tiedot lonkan dysplasiasta, osteotomiasta ja leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä. Leikkauksen jälkeiseen hoitotyöhön kuuluvat kivunhoito, haavanhoito, mobilisaatio ja jatkohoito.

Jatkotutkimusmahdollisuutena voisi tehdä lonkan dysplasian potilasohjeen tai tehdä asiakastyytyväisyyskyselyn potilaille joille on tehty lonkan osteotomia. Näin saataisiin tietää, kuinka tyytyväisiä leikkaukseen on oltu ja onko leikkaus tuonut apua tilanteeseen.

Kieli
suomi

Sivuja 27
Liitteet 1
Liitesivumäärä

Asiasanat
Lonkan dysplasia, osteotomia, hoitotyö, ohjelehtinen, perehdytys



THESIS
February 2017
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
+358 50 405 4816

Author
Tiia Kurki

Title
Postoperative Nursing Care of Adults with Hip Dysplasia – An Information Leaflet for New Nurses

Commissioned by
Töölö Hospital

Abstract

Hip dysplasia means that the hip socket has not developed normally to fit with the head of the femur. Because of the insufficient coverage with the femoral head, the hip socket is too weak and thus tries to work with a lot of stress and causes a lot of pain. Hypoplasia causes pain around the hip area and may get worse over time and start interfere with normal life. Hip dysplasia exposes to osteoarthritis and osteotomy is used as a preventive measure.

The aim of this thesis, commissioned by Töölö Hospital, was to raise knowledge of hip dysplasia among nurses and patients. The thesis assignment was to compile an information leaflet for new nurses to support their workplace familiarisation.

The information leaflet includes information on hip dysplasia, osteotomy and postoperative nursing care. Postoperative nursing care includes pain management, wound care, mobilization and follow-up treatments.

A further research idea could be to compile a patient information leaflet on hip dysplasia or to carry out a survey on patient satisfaction with periacetabular osteotomy.

Language
Finnish

Pages 27
Appendices 2
Pages of Appendices

Keywords

Hip dysplasia, osteotomy, nursing, Hip dysplasia, osteotomy, nursing, information leaflet, familiarisation

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Johdanto..... | 5 |
| 2 | Lonkan dysplasia..... | 6 |
| 2.1 | Terveen lonkan rakenne | 6 |
| 2.2 | Lonkan dysplasia | 7 |
| 2.3 | Lonkan dysplasian seuraukset..... | 8 |
| 3 | Lonkan osteotomia | 8 |
| 3.1 | Osteotomia..... | 8 |
| 3.2 | Leikkausindikaatiot..... | 9 |
| 3.3 | Preoperatiivinen käynti..... | 9 |
| 3.4 | Kivunhoito | 10 |
| 3.5 | Haavanhoito | 12 |
| 3.6 | Komplikaatiot..... | 13 |
| 3.7 | Liikerajoitukset | 14 |
| 3.8 | Jatkohoito..... | 15 |
| 4 | Perehdytys hoitotyössä | 15 |
| 4.1 | Perehdytyksen tarkoitus ja tavoitteet | 15 |
| 4.2 | Perehdytysprosessi..... | 16 |
| 4.3 | Perehdytysopas | 18 |
| 5 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä | 18 |
| 6 | Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat..... | 19 |
| 6.1 | Toiminnallinen opinnäytetyö..... | 19 |
| 6.2 | Tiedonhaku | 20 |
| 6.3 | Ohjelehtisen suunnittelu ja toteutus | 20 |
| 6.4 | Ohjelehtisen arviointi..... | 21 |
| 7 | Pohdinta | 22 |
| 7.1 | Luotettavuus ja eettisyys..... | 22 |
| 7.2 | Opinnäytetyöprosessi ja tuotoksen tarkastelu..... | 23 |
| 7.3 | Ammatillinen kehitys | 25 |
| 7.4 | Opinnäytetyöaiheen jatkokehitysmahdollisuudet | 25 |
| | Lähteet | 27 |

Liitteet

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Ohjelehtinen uusille sairaanhoitajille

1 Johdanto

Lonkan dysplasia on lonkan kehityshäiriö, jossa lonkkamalja ja reisiluunpää eivät sovi yhteen hyvin. Lonkkamalja on tällöin vajaakatteinen eli malja on matala. Tämä aiheuttaa kipua lonkaseudulla ja kipu saattaa ajan myötä pahentua. (Seppänen 2015.) Aikuisiän lonkan dysplasialla tarkoitetaan lonkkamaljakon vajaakehittyneisyyttä tai lonkkamaljan katon mataluutta. Lonkan dysplasia on yhdistetty korkeaan riskiin sairastua aikaiseen nivelrikkoon (Kiviranta & Järvinen 2012, 383.) Vaikeasta lonkan dysplasiasta kärsivien nuorten olisikin hyvä miettiä lonkan osteotomialeikkausta, jotta aikainen nivelrikko saataisiin mahdollisesti estettyä tai ainakin hidastettua sen kehittymistä. (Biedermann, Donnan, Gabriel, Wachter, Krismer & Behensky 2007).

Lonkan dysplasiasta kärsiviä suurin osa on naisia. Noin 20 prosenttia potilaista on miehiä. (Kiviranta & Järvinen 2012, 383). Lonkan dysplasiasta tiedetään myös, että geneettinen perimä on erittäin voimakas eli se on periytyvä (Seppänen 2015). Vuosien 1988 ja 1996 välisenä aikana on tehty 75 tekonivelleikkausta potilaille, joille jokaiselle oli tehty aiemmin lonkan osteotomia. Heistä suurimmalla osalla on ollut synnyynnäinen lonkan dysplasia. Leikkaus on tehty kivun lievittämiseksi ja ontumisen vähentämiseksi. Lonkan osteotomialla he kuitenkin saivat siirrettyä tekonivelleikkauksen tarvetta eteenpäin eivätkä tarvinneet sitä heti ja ontuminen vähentyi kuten kipukin. (Eskelinen, Remes, Helenius, Ylinen, Tallroth & Paavilainen 2006, 374–375.)

Kaikkein paras tulos lonkan osteotomialla saadaan alle 35-vuotiaille ja joilla nivel on matala mutta on kuitenkin malliltaan pyöreä ja kuoppamainen. Jos nivel on liian ohut, tällöin nivel voi olla jo liian kulunut osteotomialeikkausta varten. (International hip dysplasia institute 2016.) Biedermannin ym. (2007) tutkimuksessa kuudestakymmenestä leikkauspotilaasta kolmellatoista potilaalla ei ollut komplikaatioita, 25 potilaalla oli pieniä komplikaatioita ja 22 potilaalla oli ainakin yksi isomuotoinen komplikaatio.

Lonkan dysplasian hoitaminen ajoissa ennen nivelrikon syntymistä kannattaa, koska osteotomialla saadaan mahdollisesti vähennettyä tekonivelten tarvetta, ja saadaan työkykyisiä työntekijöitä eli ihmiset eivät jää pitkille sairauslomille lonkkakipujen takia tai jopa aikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle. Ihmiset myös pääsisivät paremmin liikkumaan ja toteuttamaan itseään, kun kipu ei hallitse elämää. (International dip dysplasia institute 2016.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoa lonkan dysplasiasta ja leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Töölön sairaalalle kattava ohjelehtinen lonkan dysplasialeikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä perehdyttämisen tueksi uusille sairaanhoitajille. Ohjelehtinen sisältää ajankohtaiset tiedot sairaudesta ja sen hoito-ohjeet selkeästi. Tietoa opinnäytetyöhön on hankittu asiantuntijoilta, kuten Töölön sairaalan henkilökunnalta ja erilaisista tietokannoista. Lähteenä on käytetty tutkittua tietoa, jotta tieto on mahdollisimman luotettavaa.

2 Lonkan dysplasia

2.1 Terveen lonkan rakenne

Lonkkanivel muodostuu lonkkaluusta, lonkkamaljasta ja reisiluun päästä, ja se on pallonivel niin toiminnaltaan kuin rakenteeltaan. Lonkkamaljaan niveltyy reisiluunpäähän, ja näin se muodostaa lonkkanivelen. Nivelen muodostamia luita ympäröi nivelrusto, joka vähentää luiden välistä kitkaa ja joustaa luiden välillä. Nivelpussi ympäröi lonkkaniveltä ja sen sisältämä neste voitelee niveltä liikkeessä ollessa. Lonkkanivelen toiminnan kannalta tärkeimpiä liikkeitä ovat ojennus, koukistus, kierrot ja loitonuus. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 2008, 76–78.)

Luisen rakenteen vuoksi lonkkanivel on vakaa, mutta vielä tukevammaksi sen tekevät nivelsiteet, joita on kolme kappaletta: suoliluureisiluuside, istuin

luureisiside ja häpyluu reisiluuside. Vahvin side elimistössä on suoliluu reisiluuside, jonka tehtävä on estää lonkkanivelen liiallinen ojentaminen. Lonkan sijoiltaanmeno on harvinaista, koska vahvat siteet vahvistavat nivelen vakautta lonkassa, mutta dysplasiassa se on kuitenkin mahdollista. Lonkkaa vahvistavat myös lihakset, jotka ympäröivät lonkkaniveltä ja labrumia eli rustorengasta. (Leppäluoto ym. 2008, 76–89.)

2.2 Lonkan dysplasia

Lonkkanivelen dysplasia on lonkan kehityshäiriö, jossa lonkkamalja ja reisiluunpää eivät sovi yhteen hyvin. Lonkkamalja on tällöin vajaakatteinen eli malja on matala. Tällöin lonkkamaljan rustoinen reunus eli labrum on kooltaan kookas ja joutuu kantamaan suurta kuormaa ja reisiluun yläosaan voi tulla tällöin muutoksia rakenteeseen. (Seppänen 2015.)

Aikuisellakin lonkkien liikerajat testataan, kun lonkkia aletaan tutkia. Kliinisiä löydöksiä voivat olla rasituksessa lisääntyvä ontuminen, tavanomaista laajemmat lonkan kierto liikkeet, raajojen pituuserot sekä loitonnetun ja ojennetun raajan ulkokierrossa tuntuva kipu. Voidaan tehdä myös Trendelenburg-testi. Trendelenburg- testissä seisotaan yhdellä jalalla ja nostetaan toista jalkaa, ja katsotaan, nouseeko vai laskeeko lantio. Jos nostetun jalan puoleinen lantio laskee, tällöin lonkassa voi olla jotain vikaa. Jos lantio taas nousee niin tällöin lonkka voi olla normaali. (Kiviranta & Järvinen 2012, 85.)

Aikuisella lonkkanivelen dysplasia voidaan diagnosoida röntgen- ja magneettikuvalla (Vierimaa, Lepistö & Tallroth 2002, 171). Lantion röntgenkuvaus on ensisijainen tutkimus lonkkaa tutkittaessa, koska sillä saadaan lonkan rakenteesta kuva. Röntgenkuvista nähdään, onko lonkassa vajaakatteisuutta tai jotain muuta rakenteellista vikaa. Leikkausta suunniteltaessa otetaan magneettikuva, jossa nähdään paremmin yksityiskohdat, kuten rustopintojen kunto ja lonkkamaljan rustoisen reunan (labrumin) degeneraatio. (Seppälä 2015.)

2.3 Lonkan dysplasian seuraukset

Aikuisilla lonkan kehityshäiriö huomataan yleensä siinä vaiheessa, kun kipu alkaa olla päivittäistä ja sietämätöntä. Liikkuvuus huononee lonkissa, koska kivun takia ei kärsi esimerkiksi ojentaa lonkkaa kunnolla sivulle. Lonkka voi myös pettää tai sitä voi joutua varomaan joissakin tilanteissa. Aikuisilla diagnoosin saaminen voi kestää jopa keski-ikään saakka. On kuitenkin myös monia aikuisia, joilla dysplasiaa on hoidettu lonkkalastahoidolla lapsena, mutta lonkka ei ole siltikään kehittynyt kunnolla aikuisenakaan. (West & Sutherland 2011, 1–2.)

Hoitamattomana lonkan dysplasian seurauksena lonkkaan voi kehittyä varhain nivelrikko. Nivelrikko kehittyy nopeasti, jos sitä ei hoideta ajoissa ja tämä aiheuttaa jatkuvaa kipua. Lonkan dysplasian seurauksena voi olla myös ahdas lonkka, joka voidaan mahdollisesti hoitaa tähytyksellä. (Vierimaa, Lepistö & Tallroth, 2002, 171.)

3 Lonkan osteotomia

3.1 Osteotomia

Osteotomialla tarkoitetaan luun katkaisemista ja sen kääntämistä eri asentoon. Osteotomialeikkauksessa luun tai nivelen virheasento korjataan. Yleisin osteotomia on sääriluuhun tehtävä leikkaus ja lonkkaan tehtävät osteotomiat ovat harvinaisempia. (Eskelinen ym. 2006, 373–374.) Ensimmäiset lonkkamaljan osteotomiat on tehty vuonna 1915, jotka on mainittu kirjallisuudessa (Seppänen 2015).

Suomessa lonkan osteotomiassa käytetään kahden viillon tekniikkaa eli leikkauksessa tulee vain kaksi leikkaushaavaa. Ensimmäinen viilto on noin 10 senttimetriä, ja se tehdään suoliluun päälle. Toinen viilto on 10-15 senttimetriä, ja se tehdään alavatsalle. (Pajarinen & Hirvensalo 2002.) Lonkkamalja irrotetaan ja käännetään parempaan asentoon. Osteotomia suoritetaan taltalla ja kiinnitys

tehdään kahdella ruuvilla. Tällaisella tekniikalla tehtynä lonkka säilyttää normaalit lonkan mekaaniset ja rakenteelliset ominaisuudet. (Seppänen 2015.) Leikkaus kestää yleensä noin 3-4,5 tuntia ja leikkausaikaan vaikuttavat esimerkiksi leikkausmenetelmät ja verenmenetys leikkauksen aikana. (Troelsen 2009, 9–10).

3.2 Leikkausindikaatiot

Osteotomiaan päädytään, jos röntgen- ja magneettikuvat viittaavat selkeästi lonkkanivelen dysplasiaan ja kivut vaivaavat potilasta paljon. Leikkaus tehdään niille, joille konservatiivinen hoito ei tuota tulosta. (Seppänen 2015.)

Osteotomialeikkausta ei voida tehdä sellaiselle, jolla nivelrikko on jo edennyt pitkälle, koska osteotomialla yritetään ennaltaehkäistä nivelrikon syntymistä. Leikkauksella pyritään siihen, että potilas pääsisi kovista kivuistaan eroon tai että ne helpottuisivat, pyritään parantamaan lonkkanivelen liikelaajuutta, mahdollistamaan aikaisemmat fyysiset aktiviteetit ja ennaltaehkäisemään nivelrikkoa. (Seppänen 2015).

3.3 Preoperatiivinen käynti

Preoperatiivinen käynti eli toimenpidehaastattelu tarkoittaa, että hoitaja haastattelee potilasta ja tämän lisäksi potilas mahdollisesti tapaa myös leikkaavan lääkärin, anestesia­lääkärin ja fysioterapeutin. Preoperatiivinen käynti on kahdenkeskinen neuvottelutilanne. Tapaamisella varmistetaan hyvä hoito potilaalle ja hoitaja vastaa potilaan mieltä askarruttaviin kysymyksiin leikkauksesta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 129.)

Hoitajan haastattelussa käydään läpi leikkauksen ajankohta, esitietolomake, jonka potilas on etukäteen täyttänyt sähköisesti, leikkausta edeltävät valmistelut, kuten ihon kunto, mahdollisten lääkitysten tauottaminen, ravinnotta olo kuusi tuntia ennen leikkausta ja ohjelmoidaan tarvittavat leikkausta edeltävät laboratoritutkimukset ja röntgenkuvat. Lisäksi moni potilas saattaa jännittää

leikkausta, jolloin sairaanhoitaja voi yrittää lieventää jännitystä antamalla tietoa ja näin yrittää saada turvallinen tunne potilaalle leikkauksesta. Sairaanhoitajan käyttäytyminen on tässä tärkeää, ystävällisyys ja läsnäolo saavat potilaan olon turvalliseksi. (Lukkari ym. 2015, 129.)

3.4 Kivunhoito

Kivunhoidossa periaatteena on usean hoitokeinon yhdistäminen, jotta hoidon teho parantuisi ja haittavaikutukset vähenisivät. Kivunhoito suunnitellaan etukäteen, kipua mitataan ja kivun mittauksen tuloksiin tulee reagoida nopeasti. Postoperatiivisesta kivun hoidosta leikkauksalissa vastaa anestesia lääkäri ja vuodeosastolla kirurgi. Peruskipulääkkeenä kivunhoidossa käytetään joko paracetamolia tai tulehduskipulääkettä, jos näille ei ole vasta-aiheita. Tulehduskipulääkkeessä esimerkiksi veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet ovat vasta-aihe. Lisäksi leikkauksen jälkeisinä päivinä useimmat potilaat tarvitsevat kivunhoitoa tehostamaan opioideja, ja tavallisimmin käytetään oksikodonia. Opiaatteja käytettäessä tulee seurata kivun hellittämistä ja haittavaikutuksia, kuten hengityslamaa tai väsymystä. (Suomen lääkäriseura Duodecim 2017.)

Lonkan osteomialeikkaus on iso toimenpide ja kipu on leikkauksen jälkeen kovaa. Leikkauksessa potilaalle on myös laitettu joko epiduraalipuudute tai PCA-kipupumppu, joista anestesia lääkäri on keskustellut etukäteen potilaan kanssa. Epiduraalipuudute mahdollistaa mobiilisaation passiivisesti ja mahdollisesti helpottaa potilaan mobiilisaatiota. Epiduraalipuudutetta vähennetään asteittain osastolla. PCA-kipupumpulla potilas itse voi annostelunappia painamalla saada annoksen vahvaa kipulääkettä, yleisimmin oksikodonia, suoraan laskimoon. Anestesia lääkäri on määrännyt lääkkeen, sen kerta-annoksen ja lukitusajan lomakkeelle, jota myös käytetään potilaan seurannassa. Pumppuun on siis määriteltä turvaraja lääkkeelle ja annostiheys on myös määriteltä. Päihdepotilaille kipupumppu ei kuitenkaan sovi. (Suomen lääkäriseura Duodecim 2017.)

Kipua voidaan myös hoitaa lääkkeettömillä menetelmillä, kuten asentohoidolla ja kylmähoidolla. Asentohoidossa voidaan esimerkiksi laittaa tyynyjä leikatun jalan alle tukemaan ja vaihtaa myös asentoa. Tällä saadaan leikattu alue rentoon asentoon ja kipu lievittymään. Kylmähoidossa kylmäpakkauksia laitetaan leikatulle alueelle noin 20-30 minuutiksi helpottamaan kipua ja turvotusta. Varhainen liikkeelle lähteminen on myös hyvä kivunhallinnan keino, ja potilaan onkin hyvä nousta mahdollisimman pian esimerkiksi istumaan hoitohenkilökunnan avustamana. Huomion vieminen kivusta esimerkiksi television katselulla, musiikin kuuntelulla tai lukemisella on myös hyvä kivunhoitamismenetelmä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016.)

Potilaalta tulee kysyä kivusta säännöllisesti. Esimerkiksi kipulääkkeen annon jälkeen mitataan kipu uudestaan ja arvioidaan, kuinka lääke on auttanut. Jos kipulääke on riittämätön, niin kipulääkitystä muutetaan. Kipulääkitystä myös kevennetään vähitellen potilaan toipuessa. Potilaan kivusta kysytään viisiasteikkoisella VRS- eli Verbal Rating Scale-mittarilla. Kivun voimakkuutta kysytään sanallisesti ja se kirjataan numerolla. 0 tarkoittaa ei kipua, 1 lievää kipua, 2 kohtalaista kipua, 3 kovaa kipua ja 4 sietämätöntä kipua. Jos potilaalle on jokin muu kipumittari tutumpi, niin silloin tulee käyttää sitä. Kirjatessa täytyy muistaa kirjata, mitä mittaria on käytetty kipua mitatessa. (Suomen lääkäriseura Duodecim 2017.)

Kivun luonne tai kipualue voivat viitata komplikaatioihin, joten nämä ovat erittäin tärkeitä asioita kysyä potilaalta. Potilasta tulisi rohkaista kertomaan kivuista hoitajille, jotta kipu saataisiin hallintaan. Potilasta täytyy rohkaista kertomaan myös kivun muutoksista. Kipulääkkeen antamisen jälkeen kivusta kysytään uudelleen, jotta tiedetään, onko kipu helpottanut vai ei. (Suomen lääkäriseura Duodecim 2017.)

3.5 Haavanhoito

Lonkkaan tehdyn osteotomialeikkauksen jälkeen haavoja on yleensä kaksi, toinen suoliluun päällä ja toinen alavatsalla (Pajarinen & Hirvensalo 2002). Haavoissa on ompeleet tai hakaset, jotka poistetaan noin 10- 14 vuorokauden kuluttua leikkauksesta (Terveysportti 2015).

Leikkaushaavanhoidossa turvataan haavan paraneminen luonnonmukaisesti. Siihen kuuluvat infektioiden varhainen tunnistaminen ja toteaminen sekä niistä tiedottaminen. Leikkaushaavan sulkemisen jälkeen haavalle laitetaan hengittävää haavasidosta, joka tukee hakasia ja suojaa haavapintaa. Puristava sidos on hyvä laittaa haavan alueelle, jotta verenvuoto voitaisiin ehkäistä. (Terveysportti 2015.)

Haavanhoidossa aseptiikka on erittäin tärkeää. Ennen ja jälkeen haavanhoidon kädet pestään ja desinfioidaan. Jos haava on alle vuorokauden vanha eli tuore haava, silloin käytetään steriilejä käsineitä ja tarvikkeita. Muissa kuin tuoreiden haavojen hoidossa käytetään tehdaspuhtaita käsineitä. Koskaan haavaa eikä sen ympäristöä saa koskea paljain käsin. Haavanhoito tapahtuu potilashuoneessa tai tutkimushuoneessa, ja potilasta ohjataan koko ajan haavaa hoidettaessa. Potilaalle myös opetetaan, kuinka haavaa käsitellään aseptisesti. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, Uski-Tallqvist 2012, 115.)

Leikkauksen jälkeen vuodeosastolla tarkkaillaan haavan vuotoa ja infektoitumisen merkkejä. Infektoitumisen merkkejä ovat haava-alueen punoitus, haavan märkiminen, kova kipua, kuumotus tai yli 38 asteen kuume. Haava on suljettu hakasilla, ja niiden päällä on haavasidos. Haava tulee pitää steriilinä 24 tuntia leikkauksesta, joten jos tarvitsee vaihtaa haavasidos aiemmin, tulee käyttää steriilejä välineitä. Haavasidos vaihdetaan 1-3 vuorokauden kuluttua leikkauksesta riippuen siitä, kuinka haava on vuotanut. Jos haava vuotaa paljon, tällöin tulee vaihtaa uusi haavasidos. Tihkuvuodossa ei tarvitse vaihtaa sidoksia. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 15.)

Vuotavassa haavassa taitokset täytyy vaihtaa uusiin kokonaan. Jos haavalla on haavasidos ja sen alla eritettä, niin sidos otetaan pois, haava kuivataan ja puhdistetaan keittosuolaliuoksella tarvittaessa. Tämän jälkeen haavalle asetetaan haavasidos. Jos haava infektoituu, siitä täytyy ilmoittaa hoitavalle lääkärille. Potilaan eristyksessä ja huoneen vaihdossa noudatetaan sairaalan hygieniaohteita. Leikkaushaavasta otetaan myös bakteeriviljelynäyte. Infektoituneessa haavassa suihkutusta on puhdistuksessa kaiken perusta, ja sillä yritetään poistaa epäpuhtaudet ja myös pehmentää haavan pintaa. Haava voidaan puhdistaa myös mekaanisesti keittosuolaliuoksella. Infektoituneen haavan hoidossa täytyy muistaa vaihtaa käsinet uusiin ennen kuin laittaa haavalle uuden sidoksen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 46–47.)

Suihkuun voi mennä vuorokausi leikkauksen jälkeen. Saunaan, uimaan tai kylpyyn voi mennä vuorokausi hakasten tai ompeleiden poiston jälkeen. Kotiutuessa haavaa suihkutetaan suihkun yhteydessä tai puhdistetaan keittosuolaliuoksella ja vaihdetaan uusi haavasidos. Kotona potilas voi vaihtaa haavasidoksen uuteen, jos entinen irtoaa ja haava yhä erittää. Jos haava ei eritä, tällöin ei ole välttämätöntä laittaa uutta haavasidosta, vaan haava voi olla ilman sitä hakasten poistoon saakka. Hakasten poisto tapahtuu omalla terveysasemalla kahden viikon kuluttua leikkauksesta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 16–17.)

3.6 Komplikaatiot

Postoperatiivisessa vaiheessa potilaan tilaa tulee arvioida jatkuvasti. Komplikaatioiden ilmaantuminen on harvinaista, mutta ne voivat ilmaantuessaan olla hengenvaarallisia. Komplikaation riskiä lisää muun muassa potilaan sairaudet, ikä, leikkauksen laatu ja siihen kulunut aika. (Lukkari ym. 2015, 372.)

Sairaanhoitajan tehtävä osastolla on tarkkailla vitaalielintoimintoja ja mahdollisia komplikaatioita, kuten laskimotukosta tai haavan infektoitumista. Muita merkkejä komplikaatiosta tai itse komplikaatio voi olla: Leikkaushaavan kuumotus ja haavan eritteen värin muutokset ja haju, korkea kuume, verenpaineen

muutokset, alhainen hemoglobiini, happisaturaation lasku, kova kipu, virtsaus ei onnistu ja hengitykseen liittyvät ongelmat. (Lukkari ym. 2015, 371–372.)

3.7 Liikerajoitukset

Lonkan osteotomialeikkauksen jälkeen liikerajoituksena on puolipainovaraus kahden kuukauden ajan, noin 6-8 viikkoa, jonka leikkaava lääkäri määrittelee. Kahta kävelysauvaa käytetään kahden kuukauden ajan, ja yhden kuukauden ajan käytetään yhtä sauvaa. Tämä on kuitenkin yksilöllistä, joten tämä katsotaan jokaisen potilaan kanssa erikseen. Istuminen sallitaan heti ja sauvakävelyä aletaan harjoitella heti kivun salliessa. (Pajarinen & Hirvensalo 2002.) Vuodeosastolla fysioterapeutti ohjaa sauvakävelyn ja liikeharjoitukset potilaalle ja käy niitä päivittäin potilaan kanssa läpi. Kävelyä harjoitellaan ensin Fordilla, ja tämän jälkeen sauvoilla. (Vierimaa ym., 2002.)

Potilas tarvitsee yleensä yhden – kahden hoitajan apua ensimmäisissä mobilisoitumiskerroissa leikkauksen jälkeen. Ensimmäisillä kerroilla mobilisoitumista voi haitata kivut, pahoinvointi ja huimaus, koska kyseessä on iso leikkaus. Liikeharjoittelu sallitaan heti ja niitä tulisi tehdä ainakin kaksi kertaa päivässä. Mobilisaatiossa osastolla tulee kuitenkin muistaa, että mahdollinen epiduraalipuudute voi vaikuttaa liikeratoihin, koska se heikentää raajan voimatasoa. Liikeharjoittelulla saadaan vilkastettua verenkiertoa, millä ennaltaehkäistään laskimotukoksia, ja se myös nopeuttaa haava-alueen paranemista. Liikeharjoittelulla saadaan myös vähitellen lonkan liikeratoja taas lähemmäksi normaalia leikkauksen jälkeen. (Seppänen 2015.)

Nukkumisessa täytyy muistaa, ettei käänny leikatun jalan puoleiselle kyljelle. Lääkäri antaa luvan kyljellä nukkumiseen, kun luutumista on tapahtunut jo niin, että lonkka jaksaa pidellä kehon painoa. Lonkan osteotomialeikkauksen jälkeen potilaan liikeharjoituksia ovat esimerkiksi jalan sivulle vieminen seisoma-asennossa, nilkkojen koukistaminen ja suoristaminen makuuasennossa sekä

jalan koukistus ja suoritus jalkapohjan ollessa alustalla. Hoitajien tulisi kannustaa potilasta tekemään harjoitteita kuntoutumisen edistämiseksi. (Orton 2013.)

3.8 Jatkohoito

Sairaalahoito kestää yleensä muutamasta päivästä viikkoon. Potilas voi kotiutua, kun kivut ovat hallinnassa, haavan paraneminen käynnissä ja liikkuminen sauvojin onnistuu turvallisesti. Jatkokontrollit järjestetään joko sairaalassa, jossa leikkaus on tehty, tai vaihtoehtoisesti oman paikkakunnan sairaalassa, jos potilas on toiselta paikkakunnalta. Ensimmäinen kontrolli on kahden kuukauden päästä leikkauksesta, jolloin otetaan röntgenkuvat. Jos luutumisen on edennyt hyvin, niin tällöin potilaalle annetaan lupa alkaa astua myös leikatulle jalalle. Vähitellen potilas luopuu toisesta kepeistä ja jatkaa yhdellä ainakin kuukauden. Toinen kontrolli on noin 5-6 kuukauden jälkeen leikkauksesta. Jos luutumisen on edennyt hyvin, kontrollit voidaan mahdollisesti päättää siihen ja potilas voi ongelmatilanteissa olla yhteydessä sairaalaan. (Vierimaa ym., 2002.)

Lisäksi potilas käy fysioterapeutilla noin 5-10 kertaa. Fysioterapeutin vastaanotolla seurataan kävelyn sujumista ja liikelaajuuksien palautumista. Fysioterapeutti antaa erilaisia harjoituksia, joita tehdään toipumisen eri vaiheissa, esimerkiksi altaassa tehtäviä harjoitteita voi mahdollisesti alkaa tehdä 2-3 kuukauden jälkeen leikkauksesta. Toipumisessa täytyy kuitenkin muistaa, että toipuminen on yksilöllistä. (Suomen lääkäriseura Duodecim 2017.)

4 Perehdytys hoitotyössä

4.1 Perehdytyksen tarkoitus ja tavoitteet

Perehdyttämisessä uutta työntekijää opastetaan sekä työhön, työtehtäviin että työympäristöön. Tärkeitä perehdyttämisessä ovat ohjaus, neuvominen ja tiedon

antaminen työntekijälle. Myös niille, jotka ovat olleet työelämästä poissa tai vaihtavat uuteen, työtehtävään perehdyttäminen on tärkeää. (Lahti 2007, 15–16.)

Uudella sairaanhoitajalla, joka tulee työyksikköön, on odotuksia perehdyttämisestä työtehtäviin, koska perehdyttäminen auttaa työntekijää sopeutumaan työyhteisöön esimerkiksi toisesta työstä tai opiskelijan roolista. Työyksiköissä osastonhoitaja vastaa uuden työntekijän perehdyttämisestä esimerkiksi määräämällä jonkun henkilökunnan työntekijöistä ohjaamaan uutta työntekijää tietyn ajan. (Lahti 2007, 19–20.)

Hyvin toteutettu perehdyttäminen tukee sekä uuden työntekijän työhön sitoutumista, että työhyvinvointia. Perehdyttäminen myös auttaa uuden oppimisessa, osaamisessa kuin työmotivaatiossa. Jos uusi työntekijä hallitsee työnsä, se myös lisää osallistumista ja vaikutusmahdollisuuksia työhön. Hän myös pystyy toimimaan itsenäisesti työssä. (Lahti 2007, 17–22.) Hyvin perehdytetty sairaanhoitaja on myös potilasturvallisuuden kannalta erittäin tärkeä asia, koska tällöin työntekijä oppii työnsä alusta alkaen kunnolla, ja tämä näkyy virheiden vähenemisenä (Kangas & Hämäläinen 2007, 4).

4.2 Perehdytysprosessi

Perehdytysprosessiin kuuluu perehdytysohjelma, joka laaditaan työpaikan työtehtävien perusteella. Perehdytysohjelma on hyvä tuki niin uudelle työntekijälle kuin perehdyttäjälle, jotta muistetaan kertoa kaikki asiat perehdytettävälle. Osastolla voidaan käyttää eri opasta uusille työntekijöille ja toista taas harjoitteluun tuleville opiskelijoille tai se voi olla myös sama perehdytysopas. Perehdytys aloitetaan kertomalla työyhteisölle uudesta työntekijästä, ja työyhteisö sopii kuka ottaa työntekijän vastaan sekä, kuka hänet perehdyttää. On tärkeää, että perehdyttäjä valitaan mahdollisimman tarkasti, koska hän on tukemassa uuden työntekijän kasvua ammatillisesti. Hyvä perehdyttäjä on sitoutunut työyksikköön ja sen toimintamalleihin ja arvoihin sekä pystyy nämä myös opettamaan uudelle työntekijälle. On myös tärkeää, että

perehdyttäjä on kiinnostunut auttamaan ja opastamaan uutta työntekijää. (Kjelin & Kuusisto 2003, 195–196.)

Perehdytyksen ensimmäisenä päivänä keskustellaan uuden perehdyttäjän ja perehdytettävän kanssa, jolloin tulee paljon tietoa. Työntekijä tutustuu henkilökuntaan, tiloihin, työtehtäviin ja potilasmateriaaliin osastolla. Uusi työntekijä voi saada uuden tiedon tueksi myös jotain materiaalia, jota hän voi rauhassa käydä itsekseen läpi, esimerkiksi perehdytyskansion. (Kangas & Hämäläinen 2007, 10.) Viikon aikana kuitenkin pyritään siihen, että uusi työntekijä pääsee tekemään työtään aktiivisesti, jotta hän olisi päässyt työyhteisöön mukaan ja saisi aikaan tuottavaa työtä. Palautekeskusteluja on hyvä pitää, jotta uusi työntekijä tietää missä kannattaa parantaa ja mikä sujuu jo hyvin, jopa muutaman kuukauden työssäolon jälkeenkin. (Kupias & Peltola 2007, 105–106.)

Perehdytys katsotaan loppuneeksi, kun uusi työntekijä on oppinut työssä tarvittavat taidot ja tietää mistä etsiä tietoa. Perehdytyksen kesto on vaihtelevaa; se voi olla muutama viikko tai enintään kuusi kuukautta. Hoitotyössä perehdyttäminen voi olla hankalaa henkilöstön vähyyden ja kiireen vuoksi. Tällöin on tärkeää, että perehdytys on joustavaa ja tehokasta. (Peltokoski & Perttunen 2006, 133.)

Perehdytyksessä arviointi on tärkeää, jotta itse perehdytystä pystytään myös kehittämään. Työntekijän, perehdyttäjän ja työnantajan tulee käydä säännöllisesti keskusteluja siitä, kuinka työntekijä on kehittynyt. Näin itse työntekijä pääsee arvioimaan omaa osaamistaan ja myös perehdyttäjä voi kertoa omia havaintojaan työntekijän edistymisestä. Tällaisissa palautekeskusteluissa tulee olla avoin ilmapiiri, jossa jokainen saa sanoa luottamuksellisesti asioita. Kehityskeskusteluja käydään myös vuosittain jokaisen työntekijän kanssa, ja niissä käydään samanlaisia asioita läpi kuin perehdytyksen palautekeskusteluissa. (Surakka 2009, 77.)

4.3 Perehdytysopas

Perehdytysopas on hyvä apuväline perehdyttämisessä. Niin perehdyttäjä kuin perehdytettävä voivat molemmat hyötyä oppaan käytöstä. Uusi työntekijä voi tutustua rauhassa työpaikkaansa ja työhönsä oppaan kautta, ja perehdyttäjä taas voi käyttää opasta apunaan. (Kangas 2007, 10.) Perehdytysopas tukee asioiden muistamista. Perehdytysopas voi olla sähköinen tai fyysinen tiedosto. Sähköisiä oppaita on helpompi päivittää kuin fyysisiä, joten suurin osa oppaista tulee nykyisin sähköisinä, ja ne voi sitten tulostaa. (Kangas 2007, 10.)

Hyvässä perehdytysoppaassa huomioidaan kohderyhmän tarpeet, ja alussa olisi hyvä kertoa kenelle opas on suunnattu (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36). Perehdytysoppaassa tulisi olla työpaikan arvot, työntekijän oikeudet ja velvollisuudet, tietoa itse työpaikasta, esimerkiksi osaston toiminnasta, työvuorolistojen laatiminen, hygieniasta, salassapitosopimuksesta sekä asiakirjojen ja tietojärjestelmien käytöstä. Perehdytysoppaassa olisi hyvä olla myös tietoa itse organisaatiosta. (Pietarsaaren sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoa lonkan dysplasiasta ja leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Töölön sairaalalle kattava ohjeellinen lonkan dysplasialeikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä perehdyttämisen tueksi uusille sairaanhoitajille.

6 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyöni on toiminnallinen. Sain toimeksiannon ohjelehtisen tekemiseen Töölön sairaalalta, jossa lonkan osteotomialeikkauksesta toipuvia potilaita hoidetaan. Toiminnallisena osuutena toteutin ohjelehtisen lonkan dysplasialeikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä uusille sairaanhoitajille osastolla. Rajasimme toimeksiantajan kanssa yhdessä aiheen lonkan dysplasian takia tehtävään osteotomiaan ja aikuisiin, koska heitä osastolla hoidetaan ja sellaista tietoa osasto tarvitsisi hoitajien perehdyttämiseen. Ohjelehtisen olen toteuttanut toimeksiantajan toiveiden mukaan.

Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyötä, jossa suunnitellaan ja toteutetaan esimerkiksi tuote tai tapahtuma. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö on joko tutkimus tai toiminnallinen opinnäytetyö ja toivottavaa olisi, että työllä olisi työelämälähtöinen toimeksiantaja, koska tällöin aihe tukee myös ammatillista kasvua. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan esimerkiksi opastamista tai ohjeistamista ammatillisella kentällä. Ammattikorkeakoulussa tavoitteena on, että opiskelija toimii asiantuntijatehtävissä ja tietää perusteet siihen liittyvästä kehittämisestä ja tutkimuksista valmistuttuaan. (Vilka & Airaksinen 2004, 9–10.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä kohderyhmän määrittäminen on tärkeää, koska tällöin aihe saadaan rajattua ja työ pysyy siinä laajuudessa, mikä opinnäytetyölle on määritelty sekä työn sisällöstä tulee kohderyhmälle sopiva (Vilka & Airaksinen 2004, 40).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutettu opas tai tapahtuma ei kuitenkaan vielä riitä opinnäytetyöksi, vaan siihen täytyy myös yhdistää teoriaa, jotta tekijä voi todistaa osaavansa yhdistää ammatillisen teorian ja käytännön. Tietoperusta on siis tärkeä toiminnallisessa opinnäytetyössä. Hyvin tehty tietoperusta auttaa tekijää opinnäytetyön tekemisessä ja oppimisprosessissa. (Vilka & Airaksinen 2004, 42–44.)

6.2 Tiedonhaku

Tiedonhaku on tärkeä osa opinnäytetyön tekemistä. Tiedonhaulla etsitään luotettavaa tietoa aiheesta, esimerkiksi sähköisistä tietokannoista. Tietokannat voivat olla lehtiartikkeleita sisältävä kokoelma tai esimerkiksi kokoelma faktatiedoista kuten tilastoista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2007, 89.) Suoritin tiedonhakuja työni aiheesta suomalaisista tiedonhakukannoista kuin myös kansainvälisistä sekä kirjallisuudesta.

Tietokannoista käytin Mediciä, Cinahlia, Pubmedia ja Terveysporttia. Lähdemateriaalia löytyi hyvin, ja sain työhöni paljon hyvää tutkittua tietoa. Hakusanoina minulla oli lonkka, dysplasia, osteotomia ja näiden englanninkieliset versiot. Lähteeni perustuvat alan asiantuntijoiden kirjoittamiin teksteihin, tutkimuksiin ja julkaisuihin, ja koin tärkeäksi lähdekriittisyyden, koska halusin lähteiden olevan luotettavia ja oikeaa tietoa antavia.

6.3 Ohjelehtisen suunnittelu ja toteutus

Ohjelehtistä aloin hahmotella, kun opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin lokakuussa sen perusteella, mitä toimeksiantaja toivoi oppaan sisältävän. Toimeksiantaja antoi minulle listan asioista, joita he toivoisivat ohjelehtisessä olevan. Ohjelehtiseen kokosin opinnäytetyöni tietoperustasta asiat tiiviissä muodossa. Itselläni lähtökohtana oli koko ajan, että ohjelehtinen tulisi olemaan selkeä ja tiivis tietopaketti hoitajien perehdytykseen.

Kirjalliset ohjeet toimivat hyvin suullisen tiedon tukena, ja henkilö itse voi keskittyä oppaan lukemiseen, kun itse haluaa. Ohjelehtisessä tekstin tulee olla selkeää ja luotettavaa. Tekstin ei tule olla liian pitkä tai sisältää liian vaikeita sanoja, kuten terveydenhuollon ammattisanastoa, vaan tulisi käyttää mielellään yleiskieltä ohjelehtisissä. (Torkkola ym. 2002, 42.) Ohjelehtisen tekstissä tulisi käyttää erilaisia otsikoita eri tehostein, ja selkeän fontin valinta on myös tärkeää, jotta teksti on helppolukuista.

Ohjelehtisen ulkoasu voi lisätä sen houkuttelevuutta ja jopa sen ymmärrettävyyttä. Ulkoasun tulee olla siisti ja tyyllitelty. Otsikot herättävät ensin lukijan mielenkiinnon, jotka johdattelevat lukijan aiheeseen ja mitä ohjelehtinen sisältää. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että lukija kiinnostuisi tarpeeksi, jotta lukisi koko ohjelehtisen. (Torkkola ym. 2002, 53–54.)

Käytin toimeksiantajalta saamiani tietoja ja kuvia ohjelehtisessä, jotta se olisi mahdollisimman luotettava ja selkeä uusien sairaanhoitajien perehdyttämiseen. Varsinkin kuvat havainnollistavat itse liikeharjoituksia. Ohjelehtisen kuvissa on otettu huomioon tekijänoikeus ja olen merkinnyt kuvien lähteet. Teoria on kirjoitettu ohjelehtiseen selkeällä kielellä ja fontilla. Ohjelehtisessä käsitellyt aiheet ovat opinnäytetyöni raporttiosuudessa, ja ohjelehtiseen ne on siirretty tiiviissä, mutta ymmärrettävässä muodossa, sekä opinnäytetyöni on merkitty lähteeksi ohjelehtiseen.

6.4 Ohjelehtisen arviointi

Toiminnallisessa opinnäytetyössä arvioinnin saaminen tuotoksesta on tärkeää. On tärkeää itse arvioida omaa tuotostaan, koska se on osa oppimisprosessia ja myös kysyä palautetta, vaikka itse kohderyhmältä. Arvioitavia osa-alueita ovat esimerkiksi tuotoksen käytettävyys, ulkoasu ja kuinka toimiva tuotos on. Palautetta kysymällä joko kohderyhmältä tai täysin ulkopuoliselta voi saada hyvää tietoa siitä, kuinka kehittää tuotostaan. (Vilka & Airaksinen 2004, 154–159.)

Ohjelehtistä muokkasin aina toimeksiantajan kommenttien perusteella, jotta se olisi juuri sellainen kuin toimeksiantaja toivoisi ja he saisivat siitä apua perehdytykseen ja hoidon suunnittelun tueksi. Valmiista ohjelehtisestä pyysin avointa palautetta sähköpostitse toimeksiantajaltani lähettämällä ohjelehtisen heille. Toimeksiantaja keräsi palautetta ohjelehtisestä osaston työntekijöiltä. Palautetta toivoin niin sisällöstä kuin oppaan rakenteesta sekä ulkonäöstä. Palaute oli rakentavaa, myönteistä ja tuli ilmi myös missä olisi parannettavaa.

Palautteen mukaan ohjelehtinen on selkeä ja siinä on keskeiset asiat. Huonoksi työntekijät kokivat ohjelehtisen pituuden eli se on heidän mielestään liian pitkä. Enemmän ohjeessa olisi voinut olla potilaan ohjaamisesta ja vielä tarkemmin postoperatiivisesta käytännön hoitotyöstä. Ohjelehtistä Töölön sairaala tulee vielä muokkaamaan ja hyväksyttämään sen lääkäriellä ennen kuin he voivat sen ottaa käyttöön.

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan lähdekritiikillä eli tarkastellaan lähdeaineistoa. Kun käytetään kirjallisuutta lähteenä, on tärkeää harkita kriittisesti, onko lähde luotettava. Luotettavuutta voidaan arvioida myös eri tutkimus- ja mittaustavoilla. Luotettavuudesta kertoo, mikä on lähteen alkuperä, ikä, onko lähde uskottava ja julkaisijan vastuu sekä arvovalta. Luotettavuudella työlle saadaan uskottavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 109–110.) Opinnäytetyössäni käytin monipuolisia ja luotettavia lähteitä. Lähteeni ovat niin suomalaisia kuin kansainvälisiä. Tietokannoista käytin eniten Terveysporttia ja Cinahlia ja Mediciä. Tarkastin kuitenkin aina lähteitteni alkuperän, jotta lähde olisi mahdollisimman luotettava ja mahdollisimman paljon olen yrittänyt käyttää tutkittua tietoa.

Hoitotieteen perusta on eettisyys. Tutkimuksessa tulee noudattaa tieteellistä käytäntöä, jotta siitä tulee eettisesti luotettava ja hyväksyttävä. Tutkimusetiikan näkökulmasta katsottuna hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdat ovat huolellisuus, tarkkuus työssä, rehellisyys, muiden tutkijoiden kunnioittaminen ja heidän julkaisuihinsa viittaaminen oikeaoppisesti sekä raportointi niin suunnittelusta kuin toteutuksesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.) Opinnäytetyöni edistää sairaanhoitajien tietoutta lonkan dysplasiasta ja siihen tehtävästä osteotomiasta opettamalla heitä toimimaan oikein leikkauksen jälkeisessä hoitotyössä. Tämä taas edistää potilaiden kuntoutumista leikkauksesta.

Tekijän tulee olla kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja välittää näin mahdollisimman tuoretta tietoa, mikä taas lisää tutkimuksen luotettavuutta. Plagiointi eli toisen henkilön työn laitton lainaaminen on väärin, ja sitä tulee välttää. Plagiointi vähentää työn luotettavuutta ja eettisyyttä. Plagiointi voi myös ilmetä lähdeviitteen puutteena. (Hirsjärvi ym. 2007, 118.) Itse olen huolellinen ja pyrin merkitsemään lähdeviitteet heti, kun olen niihin viitannut, joten kunnioitan muiden tekemiä töitä ja merkitsin tekijät lähteisiin.

Opinnäytetyössä olen miettinyt tarkkaan, mitkä lähteet otan työhöni, jotta ne varmasti ovat luotettavia ja olen kunnioittanut muiden tekstejä eli en ole plagioinut muiden tekstejä omaksi tekstiksi. Kuvat joita olen ohjelehtisessä käyttänyt, olen myös tarkasti merkinnyt niiden lähteen ja kysynyt luvan kuvien käyttöön. Opinnäytetyön teossa olen ollut huolellinen ja tarkastanut moneen kertaan, että tieto varmasti pitää paikkansa ja olen säilyttänyt kaikki yhteydenotot toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyöni luotettavuutta lisää se, että olen saanut luotettavia tietoja toimeksiantajaltani, joita he käyttävät sairaalassa ja olen käyttänyt koulutukseen käytettäviä oppikirjoja.

Opinnäytetyön raporttiosuus on tehty Karelia- ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaan. Raporttiosuudessa on käytetty ammatillista, selkeää ja asianmukaista kieltä. Lähdeviitteet ja lähdeluettelo on tehty viittausohjeiden mukaisesti, joita käytetään Karelia-ammattikorkeakoulussa. Ohjelehtisessä tekijänoikeudet on otettu huomioon merkitsemällä lähteet.

7.2 Opinnäytetyöprosessi ja tuotoksen tarkastelu

Lonkkaan tehtävään tekonivelleikkaukseen on saatavilla paljon tutkittua tietoa, koska niitä tehdään paljon enemmän kuin esimerkiksi osteotomioita. Tämän takia halusin valita aiheeksi lonkan dysplasian, jotta saisin edes vähän lisättyä tietoa. Haluan myös kehittää hoitotyötä ja ohjelehtisellä uudet sairaanhoitajat saavat tiiviin tietopakettien aiheesta ja kehittyvät itse hoitotyön ammattilaisina.

Lonkan dysplasiasta ja sen takia tehtävästä osteotomiasta ei ole tehty opinnäytetöitä, joten työtä voi hyödyntää niin opiskelussa, sairaanhoitajan työssä kuin potilaat jotka ovat saaneet diagnoosina lonkan dysplasian, ja saada näin aiheesta tietoa. Aiheesta ei löydy paljon tietoa tavallisista tietolähteistä, vaan täytyisi päästä hakemaan tietoa tiedonhakukantoihin, joten on hyvä, jos opinnäytetyöni lisäisi edes vähän tietoa myös potilaille, jotka lonkan osteotomialeikkaukseen ovat joutumassa.

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastavaa, mutta antoisaa. Haastavaa prosessista on tehnyt se, että olen ollut samaan aikaan harjoittelussa ja muiden kurssien suorittaminen samalla. Ajankäyttöä on saanut opetella, jotta aikaa on ollut riittävästi opinnäytetyön tekoon. Aloitin opinnäytetyöprosessin syksyllä 2016. Työni toimeksiantajaksi alkoi Töölön sairaala syksyllä. Toimeksiantajan kanssa yhteistyö on sujunut hyvin koko prosessin ajan.

Halusin tehdä työn mahdollisimman hyvin ja tavoitteena oli, että saisin tehtyä työn puolella vuodessa valmiiksi. Aikataulu oli hyvin tiivis. Työtä tuli tehtyä todella hyvin koko prosessin ajan, kertaakaan ei ollut pitkiä taukoja työn kirjoittamisessa eikä motivaatiota tarvinnut etsiä. Tähän varmasti vaikutti myös aiheen kiinnostavuus ja työtä oli mielenkiintoista tehdä. Lääketieteellisten sanojen kääntäminen omaksi tekstiksi on myös oma haasteensa työtä tehdessä. Loppujen lopuksi olen tyytyväinen työhöni ja toimeksiantajakin oli tyytyväinen tuotokseeni.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajien tietoutta lonkan dysplasiasta, ja sen leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä ohjeellinen tukee tätä hyvin. Ohjelehtisessä kerrotaan lonkan dysplasiasta, osteotomiasta ja leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä tiiviisti ja selkeästi. Ennen ohjelehtisen käyttöönottoa tulee ohjelehtistä kuitenkin vielä hieman muokata ja hyväksyttää lääkärillä. Toimeksiantaja voi ohjelehtistä käyttää perehdyttämään uusia sairaanhoitajia ja myös potilaiden hoidon suunnittelun tukena.

7.3 Ammatillinen kehitys

Ammatillisesta näkökulmasta katsottuna tiedän leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä paljon enemmän kuin aiemmin ja myös itse lonkan dysplasiasta. Lähdekriittisyyttä olen oppinut kuluneen puolen vuoden aikana yhä enemmän ja nyt ymmärrän sen merkityksen paljon paremmin. Koko prosessin aikana on ajan suunnittelu, oma-aloitteisuus ja organisointikyky parantuneet huomattavasti, varsinkin kun tein opinnäytetyön yksin. Pienryhmätapaamisissa on saanut paljon tukea ja siellä on saanut mieltä vaivaaviin kysymyksiin aina vastauksia ja työtä sai tehtyä joka kerta eteenpäin. Koin siis pienryhmätapaamiset erittäin hyväksi tämän prosessin kannalta, vaikken päässyt viimeisiin tapaamisiin harjoittelun takia. Toimeksiantajan kanssa yhteistyö on sujunut erittäin hyvin ja olemme olleet yhteydessä tiiviisti.

Opinnäytetyön avulla olen lisännyt omaa tietämystäni, mutta toivottavasti myös Töölön sairaalan uusien työntekijöiden tietämystä. Teoriatiedosta olen oppinut paljon ja sitä pystyn hyödyntämään tulevaisuudessa sairaanhoitajan ammattia harjoittaessani. Tiedonlisäämisellä autetaan vähentämään myös toipumisen komplikaatioita, koska sairaanhoitajat on perehdytetty kunnolla hoitamaan osteotomiasta toipuvia potilaita. Ohjelehtisen avulla perehdytys tapahtuu sujuvasti ja uudet työntekijät voivat aina palata oppaaseen ja lukea kuinka jokin asia menikään. Ohjelehtinen siis tukee työntekijän oppimista uudessa työpaikassa.

7.4 Opinnäytetyöaiheen jatkokehitysmahdollisuudet

Jatkokehitysmahdollisuutena voisi tehdä esimerkiksi potilaille suunnatun oppaan samasta aiheesta. Potilaat, jotka ovat joutumassa osteotomialeikkaukseen, saattaisivat mahdollisesti kaivata opasta, josta lukea millaiseen leikkaukseen ovat menossa ja millaisia rajoituksia leikkauksen jälkeen tulee olemaan. Näin he saisivat tietoa lisää toimenpiteestä ennen itse leikkausta.

Toinen jatkotutkimusmahdollisuus voisi olla asiakastyytyväisyyskyselyn tekeminen potilaille joille on tehty lonkan osteotomia, näin saataisiin tietää itse potilailta, että kuinka tyytyväisiä leikkaukseen on oltu, ja onko se tuonut apua tilanteeseen. Olisi mielenkiintoista kuulla miten eri tavalla ihmiset ovat leikkauksesta toipuneet ja onko se tuonut elämään joitain rajoitteita vai onko elämään tullut leikkauksen myötä enemmän uusia aktiviteetteja.

Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T., Kliininen hoitotyö, 2012, Helsinki, Sanoma Pro.
- Biedermann, R., Donnan, L., Gabriel, A., Wachter, R., Krismer, M. & Behensky, H. 2007. Complications and patients satisfaction after periacetabular pelvic osteotomy. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2551712/>. 4.10.2016.
- Eskelinen, A. Remes, V. Helenius, I. Ylinen, P. Tallroth, K. Paavilainen, T. 2006. Sementitön lonkan tekonivelleikkaus Schanzin osteotomialla aiemmin hoidetuilla lonkan dysplasiapotilailla – 68 leikkauksen pitkäaikaistulokset. <http://www.soy.fi/sot-lehti/3-2006/39.pdf>. 21.9.2016
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- International hip dysplasia institute. 2016. Hip Preservation Surgery for Adult Hip Dysplasia. <http://hipdysplasia.org/adult-hip-dysplasia/adult-treatments/hip-preservation-surgery-for-adult-hip-dysplasia/>. 4.10.2016.
- Juutilainen, V., Hietanen, H. 2007. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kangas, P & Hämäläinen, J. 2007. Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Nykypaino oy. Työturvallisuuskeskus.
- Kiviranta, I. Järvinen, M. 2012. Ortopedia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Kjelin, E. Kuusisto & P-C. 2003. Tulokkaasta tuloksen tekijäksi. Helsinki: Talentum.
- Kupias, P & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Tampere: Juvenes Print.
- Lahti, T. 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77984/gradu01898.pdf?sequence=1>. 30.9.2016.
- Leppäluoto, J., Kettunen, J., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2008. Anatomia ja fysiologia. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lukkari, L. Kinnunen, T., Korte, R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma pro.
- Orton. 2013. Lonkan tekonivelleikkaus – potilaan opas. http://www.nivel.fi/uploads/pdf/tietoa_nivelista/materiaalipankki/lonkan_tekonivelleikkaus/lonkkaorton.pdf. 28.1.2017.
- Pajarinen, J., Hirvensalo, E. 2002. Lonkkamaljakon osteotomia – Uusi kahden viillon tekniikka. <http://www.soy.fi/files/149.pdf>. 21.9.2016.
- Peltokoski, J & Perttunen, J. 2006. Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoidtajaliitto. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.
- Pietarsaaren terveys- ja sosiaalivirasto. 2016. Perehdytysopas hoitoalan opiskelijoille Terveystieteiden tutkimuskeskus. <https://www.sochv.jakobstad.fi/download/17975/A%20href=>. 28.1.2017.

- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2016. Lääkkeetön kivunhoito. <http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito>. 21.11.2016.
- Seppänen, M. 2015. Rakenteelliset lonkkavaivat- mitä aikuisena?. <https://www.youtube.com/watch?v=HHeoLTuMRyl>. 20.9.2016.
- Suomen lääkäriseura Duodecim. 2017. Lonkkamurtuma. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=22E337A49551AE9A0579257672C43B5C?id=hoi50040#s9_7. 28.1.2017.
- Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Tammi.
- Terveysportti. 2015. Leikkaushaavan hoito. http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01725&p_haku=leikkaushaava. 3.2.2017.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Troelsen, A. 2009. Surgical advances in periacetabular osteotomy for treatment of hip dysplasia in adults. <http://web.a.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=65d2154b-9505-48b0-8343-69f2edd6e267%40sessionmgr4010&hid=4204>. 29.9.2016
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. 19.9.2016.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. Ohjeita haavapotilaiden hoitoon. Turku: Hygieniayksikkö. https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjK1tuKw_vRAhWIE5oKHfbsD3wQFggZMAA&url=http%3A%2F%2Fohjepankki.vsshp.fi%2Ffi%2Fdokumentit%2F32703%2FKroon%2520ja%2520akuutti%2520haavanhoito-opas%2520uusin%2520_3_.pdf&usg=AFQjCNHX9zytJDD9LcjKndvtg7UXfvJ7nQ&sig2=kAac_tBsN0MnOiZmSKlzXw&cad=rja. 6.2.2017.
- Vierimaa, M., Lepistö, J., Tallroth, K. 2002. Periasetabulaarinen osteotomia sairaala Ortonissa; kliininen tulos keskimäärin 7,1 vuotta operaatiosta. <http://www.soy.fi/files/217.pdf>. 21.9.2016.
- Vilka, H., Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- West, S., Sutherland, D. 2011. A guide for adults with hip dysplasia. Australia: Sutherland studios.



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja

Organisaation nimi: Töölön sairaala
 Toimeksiantajan edustaja: Kerstin Steffanssen-Ohman
 Osoite: Topeliuksenkatu 5, Helsinki
 Puhelinnumero: 050 466 0501
 Sähköposti: kerstin.steffanssen-ohman@hus.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma
 Opiskelijanumero(t) ja nimi(et): 1500123 Tiia Kurki
 Puhelinnumero: 0445150491
 Sähköposti: tiia.p.kurki@icloud.com

Toimeksiannon kuvaus

Aihe: Lonkan dysplasialeikkauksen jälkeinen hoitotyö aikuisilla-
 Perehdytysohje sairaanhoitajille
 Toteutusmuoto: Toiminnallinen opinnäytetyö
 Aikataulu: 9/2016-1/2017
 Kustannusarvio ja kustannusvastuu:

Toimeksiantajan sitoumukset**Opiskelijan sitoumukset**

Sitoutuu tekemään yhteistyötä toimeksiantajan kanssa. Luovuttaa Töölön sairaalalle materiaalin käyttö- ja muokkausoikeudet. Tekijänoikeudet säilyvät opiskelijalla.

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa

Ohjaaja(t): Mari Sivonen
 Kirsi Varis

Opinnäytetyön julkisuus

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

Allekirjoitukset

| | |
|-----------|---|
| Päiväys | Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys |
| 31.1.2017 | <i>Tiia Kurki</i> TIIA KURKI |
| Päiväys | Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys |
| 6.2.2017 | <i>Kerstin Steffanssen-Ohman</i> KERSTIN STEFFANSSON-OHMAN TI.OH |
| Päiväys | Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys |
| 23.1.2017 | <i>Kirsi Varis</i> KIRSI VARIS <i>Mari Sivonen</i> MARI SIVONEN |

LONKAN DYSPLASIALEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITOTYÖ AIKUISILLA

LONKAN DYSPLASIA

Lonkkanivelen dysplasia on lonkan kehityshäiriö, jossa lonkkamalja (acetabulum) ja reisiluunpää (caput femoris) eivät sovi yhteen. Lonkkamalja on tällöin vajaakatteinen ja usein dysplasiaan liittyy reisiluunkaulan virheasento. Dysplasia voi aiheuttaa potilaalle ennenaikaisen nivelrikon syntymisen, kipua ja lonkan liikerajat voivat pienentyä. Dysplasiaa voidaan hoitaa myös konservatiivisesti, mutta jos siitä ei saada riittävästi hyötyä, päädytään operatiiviseen hoitoon.

Diagnoosi:

- Kliiniset löydökset: Rasituksessa lisääntyvä ontuminen, tavanomaista laajemmat lonkan kierto liikkeet, raajojen pituuserot, loitonnetun ja ojennetun raajan ulkokierrossa tuntuva kipu
- Lantionröntgenkuvaus on ensisijainen tutkimus lonkkaa tutkittaessa. Röntgenkuvista nähdään, onko lonkkamaljassa vajaakatteisuutta tai jotain muuta rakenteellista vikaa.
- Leikkausta suunniteltaessa otetaan magneettikuva, jossa nähdään paremmin yksityiskohdat, kuten rustopintojen kunto ja lonkkamaljan rustoisen reunan (labrumin) degeneraatio.

LEIKKAUSINDIKAATIOT JA OSTEOTOMIA

Lonkan osteotomialeikkauksen (periacetabularinen osteotomia, Ganzin osteotomia) indikaatiot:

- Kivun hoito
- Lonkkanivelen liikelaajuuden paraneminen
- Nivelrikon ehkäisy
- Fyysisen toimintakyvyn säilyttäminen ja parantuminen

Osteotomialeikkaus:

Osteotomia eli luun katkaisu ja kääntö tehdään luun tai nivelen asentovirheen korjaamiseksi. Leikkauksessa ensimmäinen viilto on noin 10cm ja tehdään suoliluun (os ilium) päälle ja toinen viilto on 10-15cm ja se tehdään alavatsalle. Lonkkamalja (acetabulum) irrotetaan ja käännetään parempaan asentoon. Asennon muokkaus suoritetaan taltalla ja kiinnitys tehdään kahdella ruuvilla. Tällaisella tekniikalla tehtynä lonkka säilyttää normaalit lonkan mekaaniset ja rakenteelliset ominaisuudet.

PREOPERATIIVINEN KÄYNTI

Hoitaja haastattelee potilaan preoperatiivisesti, jonka lisäksi potilas tapaa tarpeen mukaan leikkaavan lääkärin ja anestesia­lääkärin sekä fysioterapeutin. Preoperatiivisessa haastattelussa käydään läpi:

- Leikkauksen ajankohta
- Esitietolomake
- Leikkausta edeltävät valmistelut: mm. mahdollisten lääkitysten tauottaminen, ihon kunto ja ravinnotta olo (6h)
- Ohjelmoidaan tarvittavat leikkausta edeltävät laboratoritutkimukset ja röntgenkuvat

KIVUN HOITO

Toimenpide on iso ja ensimmäiset päivät ovat usein kivuliaita. Kipumittari valitaan potilaan kanssa yhdessä. Yleensä kivusta kysytään viisiasteikkoisella (0-4) VRS eli Verbal Rating Scale- mittarilla.

- Lääkkeellisen kivun hoidon perustana ovat suun kautta annosteltavat paracetamoli ja tulehduskipulääke, joita tehostetaan tarvittaessa opiaateilla
- Suun kautta annosteltavan lääkityksen lisäksi Lonkan osteotomieleikkauksen jälkeen anestesia­lääkäri yhteistyössä potilaan kanssa valitsee usein kivun hoidoksi joko epiduraalipuudutteen tai PCA- kipupumpun
- Kipua voidaan myös hoitaa lääkkeettömästi esimerkiksi asentohoidolla tai kylmäpakkauksella

LÄÄKITYS OSASTOLLA

Leikkauksen yhteydessä annetaan profylaktinen antibiootti ja antibiootin jatko osastolla arvioidaan tarpeen mukaan. Muut lääkitykset osastolla:

- Veritulppia ehkäisevä lääkitys
- Kipulääkkeet
- Tarvittaessa: vatsansuojalääke ja vastanpehmike
- Potilaan mahdolliset omat lääkkeet

HAAVAN HOITO

Leikkauksen jälkeen tarkkaillaan haavan vuotoa ja infektoitumisen merkkejä. Infektoitumisen merkkejä ovat haava-alueen punoitus, kova kipu, kuumotus tai yli 38 asteen kuume.

- Haava tulee pitää steriilinä 24 tuntia leikkauksesta. Jos haavasidos täytyy runsaan vuodon takia vaihtaa ennen tätä, suoritetaan sidosvaihto steriilisti.
- Haavasidos vaihdetaan 1-3 vuorokauden kuluttua leikkauksesta riippuen haavan vuodosta

LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN SEURANTA JA KOMPLIKAATIOT

Leikkauksen jälkeen seurataan myös diureesia, dreeneritystä ja raajojen väriä, tuntoa ja motoriikkaa. Mahdollisia komplikaatioita voivat olla:

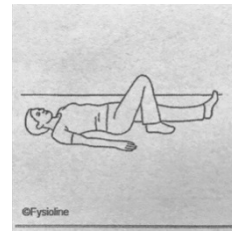
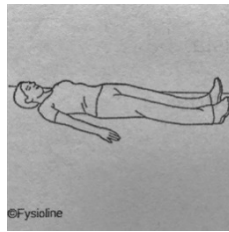
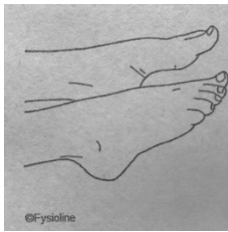
- Haavainfektio
- Laskimotukos
- Korkea kuume
- Vitaalielintoimintojen häiriöt
- Alhainen hemoglobiini
- Kova kipu
- Virtsaumpi

MOBILISAATIO

Leikkaava lääkäri määrittää varausohjeet aina leikkauksen yhteydessä. Yleisimmän varausohjeet lonkan osteotomiassa ovat:

- Varausrajoitus (raajanpainovaraus) kaksi kuukautta
- Lonkan passiivinen mobilisaatio sallitaan heti
- Istuminen sallitaan heti leikkaukseen jälkeen
- Kävelyä harjoitellaan ensin Fordilla, ja tämän jälkeen sauvoilla

Potilaan liikeharjoituksia ovat esimerkiksi nilkkojen koukistus ja jalan koukistus ja suoristus alustalla. Alla näet kyseiset liikkeet. Osastolla fysioterapeutti ohjaa potilaalle harjoitukset sekä oikeanlaisen kyynärsauvakävelytekniikan.



(Kuvat: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016)

JATKOHOITO

Sairaalahoito kestää yleensä muutamasta päivästä viikkoon. Potilas voi kotiutua, kun kivut ovat hallinnassa, haavan paraneminen käynnissä ja liikkuminen sauvoin onnistuu turvallisesti.

Jatkokontrollit järjestetään joko Töölön sairaalassa tai vaihtoehtoisesti oman paikkakunnan sairaalassa, jos potilas on toiselta paikkakunnalta. Potilas käy myös fysioterapeutilla 5-10 kertaa. Fysioterapeutin vastaanotolla annetaan erilaisia liikeharjoituksia, joita tehdään toipumisen eri vaiheissa.

Tekijä:

Tiia Kurki

Kuvat:

Lonkan liikeharjoitukset. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2016.

Lähteet:

Lähteenä on käytetty tekijän opinnäytetyötä Lonkan dysplasialeikkauksen jälkeinen hoitotyö aikuisilla – ohjelehtinen uusille sairaanhoitajille, 2017. Opinnäytetyö löytyy sähköisenä versiona Theseus julkaisuarkistosta (www.theseus.fi).

