jamk.fi

Toipumisen avaimet

Potilasohje ortogeriatriselle
lonkkamurtumapotilaalle ja hänen läheisilleen

Sirkka Leppiaho
Sanna Seppänen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
JAMK University of Applied Sciences

jamk.fi

Kuvailulehti

Tekijä(t)	Julkaisun laji	Päivämäärä
Leppiaho, Sirkka Seppänen, Sanna	Opinnäytetyö, AMK	Marraskuu 2018
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x

Työn nimi
Toipumisen avaimet
Potilasohje ortogeriatriselle lonkkamurtumapotilaalle ja hänen läheisilleen

Tutkinto-ohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Työn ohjaaja(t)
Blek, Tiina; Suonpää- Lehtonen, Leena

Toimeksiantaja(t)
Seinäjoen keskussairaala; ortopedian osasto A22 ja geriatrian poliklinikka

Tiivistelmä

Suomessa lonkkamurtumia leikataan vuosittain noin 7600 ja pääosin murtumia tapahtuu yli 75 vuotiaille, joilla on usein kognitiivista ja fyysistä suorituskykyä alentava yleissairaus sekä aliravitsemustila. Iäkkäillä lonkkamurtuma johtaa usein toiminta- ja liikuntakyvyn heikentymiseen lisäten toimintakykyä tukevien palvelujen sekä läheisiltä saadun avun tarvetta. Lisäksi lonkkamurtuma lisää iäkkäiden kuolleisuutta ja riskiä joutua pysyvään laitoshoitoon.

Geriatrijohtoisen moniammatillisen hoitotyön on todettu lyhentävän sairaalahoidon kestoa, nopeuttavan lonkkamurtumapotilaan toimintakyvyn palautumista sekä vähentävän pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista. Seinäjoen keskussairaalassa ortogeriatrista hoitotyötä on kehitetty vuodesta 2005 lähtien. Hoidon edelleen kehittämiseksi on nähty tarve erityisesti iäkkäille lonkkamurtumapotilaille kohdennetulle potilasohjeelle. Lonkkamurtumapotilaille suunnattuja ohjeita on tehty aiemmin, mutta ne ovat pääsääntöisesti suunnattu tietylle toimeksiantajalle eivätkä sisällä ortogeriatrista näkökulmaa.

Tarkoituksena oli tuottaa potilasohje ortogeriatriselle lonkkamurtumapotilaalle ja hänen läheisilleen. Potilasohjeen tavoitteena oli lisätä potilaan ja omaisten tietoa ortogeriatrisen lonkkamurtuman potilaan akuuttivaiheen hoidosta ja hoitopoluista sekä tukea ja tehostaa erikoissairaanhoidon jälkeistä postoperatiivista toipumista sekä jatkohoitoa. Potilasohjeesta hyötyy myös hoitohenkilökunta, joka voi käyttää ohjetta suullisen ohjauksen tukena.

Potilasohje toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä, jossa yhdistyy raportointi tutkimusviestinnän keinoin ja käytännön toteutus. Potilasohjeen sisällön tuottamiseen käytettiin uusinta, näyttöön perustuvaa tietoa ortogeriatrisesta hoitotyöstä. Lisäksi sisältö muotoutui toimeksiantajan toiveiden mukaan kattamaan koko iäkkään lonkkamurtumapotilaan hoitopolku.

Avainsanat (asiasanat)
ortogeriatria, ortogeriatrinen hoito, lonkkamurtuma, omaiset, potilasohje

Muut tiedot

jamk.fi

Description

Author(s)	Type of publication	Date
Leppiaho, Sirkka Seppänen, Sanna	Bachelor's thesis	November 2018
	Number of pages 48	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x

Title of publication

Keys for recovery

Instructions for patients with orthogeriatric hip fractures and their next of kin.

Degree programme

Degree programme Nursing

Supervisor(s)

Blek, Tiina; Suonpää-Lehtonen, Leena

Assigned by

Seinäjoki Central Hospital; The orthopaedic ward A22 and the geriatric out-patients' department

Description

In Finland, around 7600 hip fractures are operated annually, and most of them occur to people over 75 years of age, who often have basic diseases and malnutrition that decrease cognitive and physical capacity. Elderly hip fracture often leads to a declined function and mobility increasing the need of supportive services and help given by those near to the patient. Hip fracture also increases the mortality rate of the elderly and risk of permanent institutional care.

Multi-professional care led by geriatricians has been found to shorten hospital stay, hasten the recovery of function and decrease ending up in institutional care. Seinäjoki Central Hospital has developed orthogeriatric care since 2005. In order to develop the care further, a need for instructions for elderly hip fracture patients was highlighted. Guide booklets for hip fracture patients do exist, but in general, they are for specific groups and do not include the orthogeriatric aspect.

The purpose was to produce a handout for orthogeriatric hip fracture patients and their close ones. The aim was to increase the patients and their relatives' knowledge of the acute care and treatment of a hip fracture. Another aim was to support and enhance postoperative recovery and follow-up treatment after hospital care. The instructions can also be used the nursing staff in supporting spoken guidance.

The patient guide was implemented as a developmental research task combining research reporting with practical implementation. The latest evidence-based information about orthogeriatric care was utilised in compiling the guide. In addition, the assignor's wish was that guide would cover the whole care track of an elderly hip fracture patient.

Keywords (subjects)

Orthogeriatric, orthogeriatric care, hip fracture, handout, near people

Miscellanous

SISÄLTÖ

1 Johdanto 2
2 Ortogeriatrinen hoito 3
2.2. Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi (comprehensive geriatric assessment, CGA) 5
3 Lonkkamurtumat 6
3.1 Lantion ja lonkan rakenne 8
3.2 Murtumatyypit 8
3.3 Leikkausmenetelmät ja -materiaalit 9
4 Lonkkamurtumapotilaan postoperatiivinen hoito 10
4.1 Delirium 10
4.2 Kipu, turvotus ja mustelmat 12
4.3 Infektiot 14
4.4 Ravitsemus- ja nestetasapainohäiriöt 15
4.5 Painehaavaumat 19
4.6 Painovaraukset ja mobilisoituminen leikkauksen jälkeen 20
4.7 Mieliala 22
4.8 Leikkaushaavan hoito 23
6 Kaatumisten ennaltaehkäisy ja terveyskäyttäytyminen 24
7 Omaisten tuki lonkkaleikkauksen jälkeen 25
8 Kirjallinen potilasohje lonkkaleikatun potilaan toipumisen tukena 26
9 Tavoite ja tarkoitus 28
10 Kehittämisympäristö 29
10.1 Ortogeriatria Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 29
11 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen 30
11.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö 30
11.2 Aiheen valinta ja rajaus 32
11.3 Opinnäytetyön eteneminen ja aikataulu 33
12 Pohdinta 35
12.1 Eettisyys ja luotettavuus 35
12.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi 36
12.3 Jatkokehittämisaihe 38
Lähteet 39
Liitteet ..... **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**

1 Johdanto

Väestön ikääntyessä lonkkamurtumien määrä kasvaa ja länsimaissa sen elinaikainen riski on miehillä 6% ja naisilla 17,5% (Hakala, Malmivaara, Eskelinen, Toivonen, Haapala, Valjakka- Heimola, Mikkelsson & Häkkinen 2014). Tilastokeskuksen tekemän väestöennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä tulee yli 65- vuotiaiden osuus kasvamaan nykyisestä 19,9 %:sta 26%:iin (Suomen virallinen tilasto 2015). Ikärakenteen muutos näkyy erityisesti geriatrisen kirurgian tarpeen lisääntymisenä (Haapiainen & Virolainen 2016).

Suomessa lonkkamurtumia leikataan vuosittain noin 7600 ja ne johtavat usein toiminta- ja liikuntakyvyn heikentymiseen (Pajulammi 2017; Lonkkamurtuma 2017). Lonkkamurtuma on aivoverenkiertohäiriöiden, muistisairauksien sekä muiden neurologisten sairauksien jälkeen tärkeimpiä pitkäaikaishoitoon joutumiselle altistavia sairauksia. Lähes 20% kotihoidon piirissä olleista ja runsas 5% aiemmin kotona asuneista on pitkäaikaishoidossa vuosi murtuman jälkeen. (Lonkkamurtuma 2017.) Lonkkamurtumia esiintyy pääosin yli 75 vuotiailla, joilla on usein kognitiivista ja fyysistä suorituskykyä alentava yleissairaus sekä aliravitsemustila (Hakala, Malmivaara, Eskelinen, Toivonen, Haapala, Valjakka- Heimola, Mikkelsson & Häkkinen 2014).

Lonkkamurtumapotilaat kuntoutuvat huonosti; joka kolmas kotona lonkkansa murtaneista joutuu pysyvään laitoshoitoon ja kolmen kuukauden kuluessa 11,5% menehtyy (Nuotio, Jokipii, Viitanen & Jäntti 2009; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Toimintakykyä tukevien palvelujen käytön on myös todettu lisääntyneen leikkauksen jälkeen ja usein iäkkäät lonkkamurtumapotilaat turvautuvat toipilasvaiheessa ensisijaisesti perheenjäsenten sekä omaisten apuun (Haapiainen & Virolainen 2016; Kaffashian ym. 2011; Eilat-Tsanani ym. 2012; Wun ym. 2013; Lonkkamurtuma 2017).

Iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden toipumista tutkittaessa on pystytty osoittamaan, että geriatrin osallistuminen akuuttihoitoon parantaa hoidon laatua ja vähentää kuolemanriskiä (Pajulammi 2017). Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä aloitettiin geriatrinen toiminta uutena erikoisalana vuonna 2007. Ortogeriatrisen yhteistyön aloitti

lonkkamurtumapotilaiden moniammatillinen hoito- ja kuntoutusketjun kehittämishanke. Hankkeessa erityishuomiota kiinnitettiin läheisten mukanaoloon sekä jatkohoidon järjestelyyn. (Nuotio, Jokipii, Viitanen & Jäntti 2009; Harjula 2015.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa potilasohje ortogeriatriselle lonkkamurtumapotilaalle ja hänen omaiselleen. Tavoitteena on lisätä potilaan ja omaisten tietoa ortogeriatrisen lonkkamurtuman akuuttivaiheen hoidosta ja hoitopoluista sekä tukea ja tehostaa erikoissairaanhoidon jälkeistä postoperatiivista toipumista sekä jatkohoitoa.

2 Ortogeriatrinen hoito

Geriatriatriassa keskitytään hoitamaan iäkkäitä potilaita laaja-alaisesti moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen (Geriatria N.d). Geriatrian yksi osa- alue on ortogeriatria, jossa yhdistyy moniammatillinen (geriatria, ortopedia, anestesiologia, fysiatria sekä hoitotyö) osaaminen erityisesti iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa (Nuotio ym. 2009; Harjula 2015; Wilson 2017). Tässä opinnäytetyössä ortogeriatrisella potilaalla tarkoitetaan ortopedian vuodeosastolla hoidossa olevaa yli 65- vuotiasta henkilöä, jolla on reisiluun yläosan murtuma (Harjula 2015).

Ortogeriatrinen hoitomalli on lähtöisin Isosta-Britanniasta, missä kirurgin ja geriatrin välistä yhteistyötä lähdettiin kehittämään 1950-luvun lopulla (Wilson 2017). Britannian ortopediyhdistyksen (British Orthropaedic Association) vuonna 2007 julkaisema The care of patients with fragility fracture, ”The Blue Book”, on koottu yhteistyössä Britanian Geriatrisen järjestön (British Garieatric Society) kanssa, pyrkimyksenä tiivistää yhteen parhaat käytännöt lonkkamurtumien hoitamiseksi ja niiden ehkäisemiseksi. (The care of patients with fragility fracture 2007.)

Pajulammen (2017) mukaan ortogeriatrista hoitoa on kehitetty ja tutkittu paljon, mutta edelleen hoito vaihtelee sekä kansainvälisellä että kansallisella tasolla. Hän

esittää harkittavaksi standardoidun ja moniammatillisen ortogeriatrisen lonkkamurtumaohjelman perustamista lonkkamurtumapotilaita hoitaviin sairaaloihin, mikä parantaisi hoidon laatua ja vähentäisi kuolleisuutta.

Pajulammi (2017) esittelee neljä ortogeriatrisen hoidon mallia, jotka ovat käytössä kansainvälisesti.

- Potilaiden hoito toteutetaan ortopedian osastolla ja geriatrin konsultaatio on mahdollisuus järjestää pyydettäessä.
- Potilaiden hoito toteutetaan ortopedian osastolla sisältäen geriatrin päivittäisen konsultaation. Vastuuta hoidosta ei ole jaettu, mutta päävastuu hoidosta on ortopedillä.
- Potilaiden hoito toteutetaan geriatrisella tai kuntoutusosastolla joko sairaalaan sisään kirjauksesta saakka tai heti leikkauksen jälkeen. Vastuu hoidosta on geriatrilla ja ortopedisen kirurgin rooli on konsultoiva.
- Potilaita hoidetaan ortopedian osastolla. Kirurgi ja geriatri työskentelevät yhdessä ja hoitoa täydentää moniammatillinen hoitotiimi. Vastuu potilaan hoidosta on sekä kirurgilla että geriatrilla.

Tänä päivänä ortogeriatrista hoitoa pidetään erityisen tärkeänä hoidettaessa heikkoja, monisairaita vanhuksia, jolloin on kiinnitettävä huomiota hoitopolun suunnitteluun ja toteutukseen moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen (Wilson 2017). Lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen keskittämisellä iäkkäiden hoitoon perehtyneisiin moniammatillisiin kuntoutusyksiköihin, voidaan lyhentää sairaalahoidon kestoa, nopeuttaa murtumapotilaan toimintakyvyn palautumista sekä vähentää pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista. Moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä työskentelee lääkäri (geriatri), sairaanhoitaja, perus- tai lähihoitaja, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti, jotka tukevat ja auttavat potilasta kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006; Tarnanen ym. 2018.)

Lonkkaleikkauksen jälkeisessä hoitotyössä tulee kiinnittää erityisesti huomiota mobilisaatioon, kivunhoitoon, ravitsemukseen, haavanhoitoon, kaatumisten ennaltaehkäisyyn, hengitysharjoituksiin sekä omaisilta ja läheisiltä saatavaan tukeen (Wilson

2017; The care of patients with fragility facture 2007). Ortogeriatriassa keskeistä on systemaattinen hoidon ohjeistus: lyhyt leikkausviive, varhainen mobilisointi leikkauksen jälkeen, virtsakatetrin käytön minimointi, ravintolisien antaminen, riittävä nesteiden saanti, jatkuva lääkehoidon optimointi, äkillisten sekavuustilojen varhainen tunnistaminen ja hoito sekä tehokas anemian hoito (Nuotio, Virtanen, Luukkaala & Jousmäki 2016). Pajulammin (2017) mukaan on pystytty osoittamaan, että geriatrin osallistuminen iäkkäiden ortopedisten potilaiden hoitoon on lisännyt hoitopolun ohjeiden noudattamista ja vähentänyt lonkkaleikkauksen jälkeistä yhden kuukauden kuolleisuutta.

2.2. Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi (comprehensive geriatric assessment, CGA)

Geriatrisen kokonaisvaltaisen arvioinnin tavoitteena (CGA) on pyrkiä selvittämään mahdollisimman nopeasti ja huolellisesti iäkkään potilaan yksilöllinen kokonaistilanne, joka tulee tehdä monitieteellistä yhteistyötä hyödyntäen (Wilson 2015; Tilvis 2016). Wilsonin (2015) mukaan kokonaisvaltaisen arvioinnin kohteena on viisi terveyden ulottuvuutta: fyysinen lääketieteellinen tila, psyykkinen terveydentila, toimijuus, sosiaalinen tilanne ja ympäristön arvioiminen. Tilvis (2016) puolestaan pitää tärkeimpinä arvioitavina osa-alueina fyysisiä, kognitiivisia, emotionaalisia ja päivittäisiä toimintoja. Arviota tehdessä tulee ottaa huomioon potilaan historia sekä senhetkinen tilanne (Wilson 2015). On pystytty osoittamaan, että kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin pohjalta hoidettujen potilaiden mahdollisuudet asua itsenäisesti leikkauksen jälkeen sekä liikkua itsenäisesti neljä kuukautta leikkauksen jälkeen ovat parantuneet (Welsh, Gordon & Gladman 2014; Watne, Torbergsen, Conroy, Engedal, Frihagen, Hjorthaug, Juliebo, Raeder, Saltvedt, Skovlund, & Wyller 2014).

Iäkkäiden ja erityisesti heikkokuntoisten potilaiden arvioinnissa tulee kiinnittää erityistä huomiota lisäsairauksiin, monisairastavuuteen, iäkkäiden lääkehoidon suosituksiin ja leikkausajankohdan optimoimiseen (Wilson 2015; Tilvis 2016). Kokonaisvaltaisen arvion tavoitteena on tunnistaa ongelmat ja niiden aiheuttajat. Paremmalla

diagnostisella tarkkuudella ja hoidon kohdennuksella tähdätään fyysisten ja kognitiivisten toimintojen ylläpitämiseen ja parantamiseen. Lisäksi lääkityksen optimoinnilla on vaikutuksia terveydentilan ylläpitämiseen ja parantamiseen, jolloin seurauksena on usein myös parantunut elämänlaatu ja elinajan ennuste. Kokonaisvaltaisen arvioinnin kautta saadaan aikaan kustannussäästöjä terveydenhuollon palveluiden järkeistetyn käytön ja sairaalapalveluiden käytön vähenemisen myötä. (Tilvis 2016.)

Kuolleisuus on lonkkamurtumissa korkea. Neljä voimakkaimmin kuolleisuutta ennustavaa tekijää ovat: potilaan ikä yli 85 vuotta, muistisairaus, epänormaali tulovaiheen EKG ja heikentynyt liikuntakyky ennen murtumaa (Ekman 2017). Suomessa vuonna 2016 kuolleisuus oli lonkkamurtuman jälkeisen ensimmäisen kuukauden aikana 6,5%, kolmen kuukauden aikana 11,5% ja puolen vuoden aikana 14,8% (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Ortogeriatrisen hoitomallin ja kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin avulla iäkkäitä potilaita on pystytty siirtämään nopeammin ja parempikuntoisina leikkaussaliin, mikä on vähentänyt iäkkäiden lonkkaleikkauspotilaiden yhden kuukauden ja vuoden kuolleisuutta (Haley, Javaid, Prieto-Alhmbra, Lippett, Sheard, Arden, Cooper & Judge 2016; Pajulammi 2017).

3 Lonkkamurtumat

Vuosittain lonkka murtuu noin 7600 henkilöltä. Iäkkäiden kaatumisista 1% johtaa lonkkamurtumaan, mutta 98% lonkkamurtumista johtuu kaatumisista. (Pajulammi, 2017.) Noin kolmannes kotona asuvista yli 65- vuotiaista ja noin puolet yli 80- vuotiaista arvioidaan kaatuvan ainakin kerran vuodessa. Iäkkäillä aiempi kaatuminen altistaa merkittävästi uudelle kaatumiselle ja puolet kerran kaatuneista kaatuukin uudelleen. Enemmän kuin kahdesti vuodessa kaatuu 15% iäkkäistä. Kotona asuvat 65-74-vuotiaat kaatuivat ulkona useammin kuin sisällä, kun taas yli 74- vuotiaat kaatuivat useammin sisätiloissa. (Pajala 2016.)

Kaatumisriskin arvioidaan laitoksessa asuvilla olevan noin viisinkertainen kotona asuvien ikätoverien riskiin verrattuna. Riski kaatumiselle on suurin ensimmäisinä kuu-

kausina pitkäaikaishoitoon siirtymisen jälkeen. Iäkkäillä lonkkamurtuma on kaatumisen seurauksena yleinen murtuma, koska iäkäs kaatuu usein suoraan lonkan päälle ilman käden suojaavaa ojennusrefleksiä. (Tilvis 2016b; Lonkkamurtumat 2017.)

Lonkkamurtuman riskiä lisää lisäksi luiden heikko mineraalipitoisuus sekä naissukupuoli. Tyypillisin lonkkamurtumapotilas onkin yli 65- vuotias nainen, jolla on todettavissa osteoporoosi tai osteopenia. Näiden edellä mainittujen riskitekijöiden lisäksi lonkkamurtumalle altistavia tekijöitä ovat heikko lihasvoima, heikentynyt liikuntakyky, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, diabetes, aiemmat murtumat, korkea ikä, huono ravitsemustila, heikentynyt näkö, dementoivat sairaudet, D- vitamiinin puute, aivoverenkiertohäiriöt, Parkinsonin tauti sekä ortostaattinen hypotensio. Henkilöillä, joilla on edellä mainittuja riskitekijöitä, voivat monet lääkkeet (esimerkiksi unilääkkeet, psyykenlääkkeet) lisätä kaatumisen vaaraa. Erityisessä vaarassa kaatua ovat monisairaat, hauraat vanhukset. (Tilvis 2016; Tirkkonen 2015; Lonkkamurtuma 2017.) Liikkumisen vähyys, korkea ikä sekä aiemmat kaatumiset lisäävät lonkkamurtumien vaaraa lisäämällä kaatumisen ja osteoporoosin todennäköisyyttä. (Tilvis 2016a; Tarnanen, Huusko, Jämsen, Holm, Malmivaara & Mattila 2018.)

Suomessa lonkkamurtuman jälkeiset seuraavan vuoden kustannukset ovat noin 30 000 euroa/ potilas ja vuosittain tapahtuvien 7600 lonkkamurtumien yhteiskustannukset ovat noin 20 miljoonaa/vuosi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Vuoden 2005 tilastojen perusteella Seinäjoen keskussairaalassa hoidettujen potilaiden kokonaiskustannukset ovat olleet 5 573,000 euroa. Yhden potilaan hoito on maksanut keskimääräisesti 25,000 euroa. (Harjula 2015.)

Lonkkaleikkauksen jälkeen terveydenhuollon kustannukset ovat edelleen korkeammat ainakin seuraavan viiden vuoden ajan. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat toinen lonkkamurtuma ja laitoshoitoon joutuminen. (Pajulammi 2017.) Joka viides lonkkamurtumapotilaista saa haitan, joka uhkaa itsenäistä kotona selviytymistä ja kolmannes joutuu siirtymään pysyvään laitoshoitoon. Iäkkäistä murtumapotilaista joka neljäs tai viides sai toisen murtuman vuoden kuluessa ensimmäisestä murtumasta. Yli puolet sai uuden lonkkamurtuman 3-5 vuoden kuluessa edellisestä murtumasta. (Harjula 2015; Pajala 2016.)

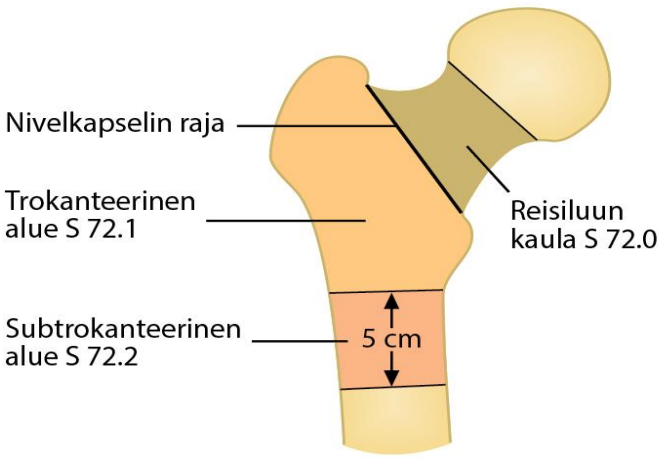
3.1 Lantion ja lonkan rakenne

Lantion luut muodostavat kolmiosaisen renkaan. Siihen kuuluvat ristiluu ja molemmat lonkkaluut. Lonkkaluut ovat sulautuneet yhteen kolmesta luusta; häpyluusta, istuinluusta ja suoliluusta. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2002.) Lonkkanivel on moniakselinen pallonivel, jossa reisiluun pää niveltyy lantioluiden muodostamaan lonkkamaljaan. Lonkkamaljan syvyyttä ja samalla lonkkanivelen vakautta lisää sidekudoksesta ja rustosta muodostunut lonkkamaljan reunus. Proksimaalisesti nivelkapseli kiinnittyy ligamentum tranversumiin sekä lonkkamaljan reunaan ja distaalisesti reisiluun kaulaan. Alaraaja liittyy lonkkanivelen kautta toiminnallisesti lantioon ja alaselkään. Lonkkanivelen toiminnallisesti tärkeimmät liikkeet ovat koukistus ja ojennus sekä kierrot. Normaalille kävelylle välttämätön asia on lonkan alueen lihasten hyvä toiminta. (Arokoski 2015.)

3.2 Murtumatyypit

Reisiluun yläosan murtumat jaotellaan kolmella tavalla; reisiluun kaulan murtuma, trokanteerisen alueen murtuma ja subtrokanteerisen alueen murtuma. Vuonna 2015 lonkkamurtumista reisiluun kaulan murtumia oli noin 60%, trokanteerisia murtumia noin 30% ja subtrokanteerisia murtumia noin 10%. (Lonkkamurtuma 2017.)

Reisiluun kaulan murtumat ovat intrakapsulaarisia ja ne luokitellaan dislokoituneisiin ja dislokoitumattomiin. Trokanteeriset murtumat ovat reiden yläosan ekstrakapsulaarisia murtumia ja niiden murtumalinja/-linjat kulkevat sarvennoisten kautta tai niiden välissä pienen sarvennoisen alareunan tason yläpuolella. Trokanteeristen murtumien luokituksista merkittävin on murtumien karkea jako instabiileihin ja stabiileihin murtumiin. Subtrokanteerisissa murtumissa osa murtumaa tai koko murtuma kulkee sarvennoisalueen alapuolella pienestä sarvennoisesta 5 cm distaalisuuntaan. (Lonkkamurtumapotilaiden hoito 2006.)



Kuvio 1. Lonkkamurtuman esiintymisalueet (Lonkkamurtuma 2011)

3.3 Leikkausmenetelmät ja -materiaalit

Leikkausmenetelmän valinta riippuu murtumasta sekä potilaasta (ikä, yleistila, pitkäaikaissairaudet, luun ja nivelen tila sekä henkinen tila). Pyrkimyksenä on valita leikkausmenetelmä, joka mahdollistaa täyspainovarauksen heti leikkauksen jälkeen. Vanhuspotilaiden kohdalla varausrajoitukset voivat altistaa kohtalokkaalle immobilisaatiolle. (Lonkkamurtuma 2017.)

Reisiluun kaulan dislokoitumaton murtuma hoidetaan pääsääntöisesti operatiivisesti osteosynteesi- ruuvikiinnityksellä, mikä estää dislokaation syntymisen. Jos ikäihmisen luu on huonolaatuista ja osteosynteesin pitävyys todennäköisesti huono, laitetaan puoli- tai totaaliproteesi. Nämä mahdollistavat varhaisen mobilisaation ja varauksen täydellä painolla. Dislokoituneen reisiluun kaulan murtuman leikkausmenetelmänä vanhuspotilailla käytetään yleisimmin puoliproteesia. Kokotekoniveltä voidaan harkita, mikäli potilaalla on huono nivel, esim. reuman tai nivelrikon vuoksi. (Lonkkamurtuma 2017; Mäkelä 2017).

Suomessa yleisimmin käytetty hoitovaihtoehto akuutissa dislokoituneessa reisiluunkaulan murtumassa on puolitekonivel ja kokotekonivel asetetaan vain vähemmistölle potilaista. Vuosina 2005- 2011 akuutin reisiluunkaulan murtuman vuoksi tehdyistä

leikkauksista sementillisiä puoliproteeseja oli 53%, sementittömiä puoliproteeseja 22%, kokotekonivel laitettiin 9%:lle ja osteosynteesi 16%:lle. (Ekman 2017.) Trokanteeriset murtumat voidaan hoitaa levy- liukuruuvi- tai ydinnaulaosteosynteesillä (Mäkelä 2017). Subtrokanteerisen murtuman hoidossa käytetään yleensä pitkää ydinnaulaa (Lonkkamurtumapotilaan hoito 2006).

4 Lonkkamurtumapotilaan postoperatiivinen hoito

Lonkkamurtumapotilaan postoperatiivinen hoito keskittyy komplikaatioiden ennaltaehkäisyyn sekä hoitoon. Yleisimmät komplikaatiot lonkkamurtumissa ovat delirium/sekavuus, kipu, infektiot (haavainfektiot, pneumonia, virtsatietulehdus), sydän- ja verenkierto- ongelmat (anemia, akuutti sydäninfarkti, rytmihäiriöt, sydämen vajaatoiminta), syvä laskimotromboosi ja painehaavat (Pajulammi 2017).

Lisäksi riskinä on reisiluunpään kuolio, luutumattomuus ja fiksaatiomateriaalien pettäminen. Yleensä lonkkamurtuman luutuminen kestää kolme kuukautta. Mikäli potilas kokee vielä kolmen kuukauden kuluttaa kipua eikä toipuminen ole edennyt, on syytä epäillä osittaista tai täydellistä luutumattomuutta. Kuvantamisella voidaan erottaa, onko kyseessä verenkiertohäiriöstä johtuva kuolio vai paranemisprosessin häiriöstä johtuva luutumattomuus. Komplikaatioihin liittyvään kuolleisuusriskiin vaikuttavat potilaan fyysinen ja psyykkinen kunto, sukupuoli ja ikä. Suuremmassa kuolemanvaarassa ovat erityisesti vähintään keskivaikeaa munuaisten vajaatoiminta sairastavat. Lisäksi kuolemanvaaraa lisää, mikäli potilaalla on päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme lääkettä. (Pajulammi 2017; Jokitalo, Mäkitaavola, Söderlund & Tervaniemi 2010; Jokitalo ym. 2010.)

4.1 Delirium

Delirium eli sekavuustila on yhden tai useamman elimellisen syyn laukaisema kokonaisvaltainen aivotoiminnan häiriö ja se on iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden yleisin komplikaatio. Delirium kuitenkin tunnistetaan huonosti ja etenkin sen hiljainen

muoto, ns. hypoaktiivinen tila, saattaa usein jäädä akuuttihoidossa huomaamatta. (Laurila 2016; Tarnanen, Huusko, Jämsen, Holm, Malmivaara & Mattila 2018; Close, Swatrz, Deu 2013; Kangas, Hämäläinen, Valve & Jämsen 2018).
Delirium on ensisijaisesti kognitiivinen häiriötila, oireisiin kuuluu kuitenkin myös ei-kognitiivisia oireita. Se alkaa aina äkillisesti ja oireiden voimakkuus vaihtelee eri vuorokaudenaikoina. Toisinaan deliriumia edeltää muutaman päivän ajan kestävät ennakko-oireet, joista tyypillisimpiä ovat ahdistuneisuus, unihäiriöt ja levottomuus. (Laurila 2010, 373- 376; Huusko 2003; Tarnanen ym. 2018.)

Deliriumin riskitekijöitä ovat yli 65 vuoden ikä, kognitiivinen vajaus ja /tai dementia, lonkkaleikkaus ja usean sairauden yhtäaikainen ilmeneminen (Delirium: prevention, diagnosis and managment N.d. 2010). Rappeuttavien aivosairauksien ja korkean iän ohella deliriumille altistavat muutkin henkistä tai fyysistä suorituskykyä heikentävät tilat, kuten polyfarmasia, leikkauksen jälkitila, anemia, pitkäaikaissairaudet, sarkopenia, virheravitsemus/kuihtuminen, syöpä, immobilisaatio, miessukupuoli sekä fyysinen ja psyykkinen stressi. Lisäksi leikkausviive, metabolinen häiriö ja leikkauksen aikainen hypoksemia. (Laurila 2010, 373- 376; Huusko 2003; Tarnanen ym. 2018.)

Tavallisimpia deliriumin laukaisevia tekijöitä ovat erilaiset infektiot, lääkkeiden haittavaikutukset (mm. antikolinergiset lääkkeet), sydän- ja verisuonitaudit, erilaiset vammat, aineenvaihduntahäiriöt ja keskushermoston sairaudet. Deliriumin syntyyn voivat myötävaikuttaa myös immobilisaatio, kipu, dehydraatio ja masennus. (Laurila 2010, 373- 376; Huusko 2003; Tarnanen ym. 2018.)
Huuskon (2003) mukaan 25- 61%:lla lonkkamurtumapotilaista on sekavuutta. Deliriumin oireita ovat aistiharhat, muistihäiriöt, tarkkaavaisuuden, tajunnan ja vireystilan muutokset sekä psykomotorisen aktiivisuuden ja uni- valverytmin muutokset. Lonkkamurtumapotilailla, joilla on akuutti sekavuustila, on muita potilaita suurempi kuolleisuus, enemmän painehaavoja ja pidemmät sairaalahoitoajat. Lisäksi heidän toimintakykynsä palautumisen ennuste on heikompi. (Huusko 2003; Tarnanen ym. 2018; Close ym 2013.) Varhaisen mobilisaation on todettu fyysisen toimintakyvyn edistämisen lisäksi ehkäisevän deliriumin kehittymistä yhdessä tehokkaan kivunhoidon, geriatrin konsultaation ja tuetun hoidon kanssa (Close ym. 2013).

Geriatrisista delirium- potilaista noin kolmasosalla huonosti valittu tai täysin sopimaton lääke on vähintään yhtenä osatekijänä oireyhtymän synnylle. Täten tarpeettomat lääkkeet tulee poistaa potilaan lääkelistalta ja sopimattomat lääkkeet tulee korvata potilaalle sopivimmilla, sillä iäkkäillä potilailla on lääkeaineiden imeytymisen, aineenvaihdunnan sekä poistumisen muutoksia, jotka lisäävät haittavaikutusten riskiä. (Pitkälä, Strandberg & Tilvis 2016, 366; Laurila 2010, 376-377.)

4.2 Kipu, turvotus ja mustelmat

Lonkkamurtumapotilas on yleensä kivulias, minkä vuoksi hyvä kivunhoito tulee alusta lähtien huomioida. Tehokas kivunhoito aloitetaan jo ambulanssissa. Seinäjoen keskussairaalassa käytetään lisääntyvässä määrin myös puudutuksellista kivunhoitoa, joka annetaan mahdollisuuksien mukaan jo päivystyksessä, mutta viimeistään leikkauksen yhteydessä. Riittävä kivun hoito vähentää deliriumin sekä komplikaatioiden ilmaantumista ja nopeuttaa potilaan kuntoutumista. (Tarnanen, Huusko, Jämsen, Holm, Malmivaara & Mattila 2018, Nuotio & Virtanen 2018.)

Jotta potilas saa riittävän kivunhoidon, suositellaan kivun seurantaa esimerkiksi sanallisen kipuasteikon (VRS) avulla (Piirtola & Huusko, n.d). Kognitiivisesti heikentyneiden ja dementoituneiden vanhuspotilaiden kivun arvioimisessa joudutaan usein turvautumaan käyttäytymisessä tapahtuvien muutosten arviointiin. PAINAD-mittarin avulla tarkkaillaan hengityksen, ääntelyn, ilmeiden, kehonkielen ja lohdutettavuuden muutoksia. (Tilvis 2016.) Huomioitavaa on, että dementoituneet lonkkamurtumapotilaat eivät osaa kertoa kivusta ja he saavatkin vähemmän kipulääkettä kuin muut. Heillä sekavuus, levottomuus ja ahdistus voivat johtua kivusta. (Huusko 2003.)

Iäkkäiden keskushermosto on alttiimpi useimpien kivunhoidossa käytettyjen lääkkeiden aiheuttamille haittavaikutuksille. Muuttuneen metabolian, lääkityksen ja muiden elinvaurioiden vuoksi iäkkään kipulääkitys kannattaa huolella suunnitella. Tulehduskipulääkkeisiin liittyvien haittavaikutuksien vuoksi parasetamoli on ensisijainen kipulääke iäkkäille. Vanhuspotilailla on kaikkien tulehduskipulääkkeiden aiheuttamien

haittojen riski moninkertainen. Mikäli kuitenkin käytetään tulehduskipulääkkeitä, on niiden käyttöaika pidettävä lyhytkestoisena. (Tilvis 2016; Lonkkamurtuma 2017.)

Jos parasetamoli tai tulehduskipulääkkeet eivät riitä/sovi potilaalle kivun hoidoksi, voidaan käyttää kipulääkkeenä myös pienellä annoksella opioidia. Huomioitavaa on, että opioidit lisäävät muun muassa kaatumisriskiä, joten niitä suositellaan käytettäväksi vain tilapäisesti. (Tarnanen ym. 2018.) Ikääntyneillä ummetusta on herkästi muutoinkin, joten opioideja käytettäessä tämän hoitaminen vaatii erityistä huomiota. Opioidi- kipulääkityksen aiheuttamaa sekavuutta, hallusinaatioita sekä mielialan muutoksia on iäkkäillä muita enemmän. Opioidilääkityksen turvallisuutta ja tehoa tuleekin arvioida säännöllisesti; lääkityksen tavoitteena on lievittää potilaan kipuja, ei sedatoida häntä. (Kalso 2009.)

Lonkkamurtumapotilaista suurin osa tarvitsee tehokasta kivun lievitystä vielä kotiutuksen jälkeenkin. Kivun voimakkuus ja kesto on yksilöllistä ja potilasta ohjataan ottamaan kipulääkettä alkuun ohjeen mukaisesti, vaikka kipu ei olisi haittaava. Hyvä kipulääkitys auttaa potilasta selviytymään päivittäisistä askareista sekä edistää kuntoutumista. Kipulääkitystä vähennetään, kun leikkausalueen kipuilu alkaa lievittymään ja lopetetaan kokonaan, kun kipuja ei enää ole. Mikäli sairaalassa määrätty kipulääkitys ei ole sopiva, aiheuttaen voimakkaita sivuvaikutuksia tai on riittämätön, ohjataan potilas ottamaan yhteyttä omaan terveyskeskukseen kipulääkityksen muuttamiseksi. Samoin tulee toimia, mikäli kipulääke ärsyttää vatsan limakalvoja aiheuttaen vatsaoireita eikä apteekista haettu reseptivapaa vatsansuojalääke ole auttanut oireisiin. Käypä hoito- suosituksen mukaan säännöllisellä kipulääkityksellä ensimmäisten viikkojen aikana, näyttäisi olevan lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistävä vaikutus. (Tekonivelleikkauksen jälkeen 2016; Lonkkamurtuma 2017, Haavan hoito-ohje n.d.)

Leikatussa alaraajassa ja haavan seudussa voi olla turvotusta, joka kestää viikoista muutamaan kuukauteen. Turvotusta voi ehkäistä pitämällä raajaa kohoasennossa sekä välttämällä pitkäaikaista istumista tai seisomista. (Tekonivelleikkauksen jälkeen 2016.) Kivun ja turvotuksen lievitykseen voi kokeilla myös kylmähoitoa. Kylmäpak-

kausta voi käyttää kipualueella useamman kerran päivässä, 5- 15 minuuttia kerrallaan. Potilas voi ostaa apteekista kylmägeelipakkauksen tai vaihtoehtoisesti voi käyttää pakastevihannespussia kylmäpakkauksena. Potilaalle on tärkeää kertoa, ettei kylmäpakkausta saa laittaa suoraan iholle, vaan pakkauksen ja ihon väliin tulee laittaa esimerkiksi pyyhe. (Haavan hoito-ohje, n.d; Tekonivelleikkauksen jälkeen 2016; Lonkan tekonivelleikkaus 2016.)

Leikkauksen jälkeen mustelmia voi olla laajoillakin alueilla ja ne paranevat vähitellen itsestään. Muutaman kuukauden ajan leikkausalue voi olla lämpimämpi kuin muu iho. Leikkauksen jälkeen voi potilaalla olla myös lievää lämmönnousua (alle 38 astetta), joka kuuluu paranemisprosessiin. (Tekonivelleikkauksen jälkeen 2016.)

4.3 Infektiot

Potilaan korkea ikä voi heikentää vastustuskykyä ja elintoimintoja, mikä vaikuttaa myös ihoon ja muihin kudoksiin tehden ne infektioalttiimmiksi. Lisäksi munuaisten vajaatoiminta, diabetes ja aliravitsemus heikentävät elimistön puolustuskykyä. Haavainfektioriskiä lisäävät myös leikkausta edeltänyt immunosupressiivinen lääkitys, syöpätauti, sädehoito, pitkä sairaalajakso ennen leikkausta, tupakointi ja krooninen alkoholismi. Huomioitavia haavainfektioiden riskitekijöitä ovat myös lihavuus, leikkauksen pitkittyminen ja elimistön homeostaasi leikkauksen aikana. (Rantala & Huotari 2011.) Leikkauksen jälkeinen infektio pyritään estämään antamalla potilaalle ennen leikkausta kerta- annos antibioottia (Tarnanen ym. 2018).

Leikkaushaavainfektio voi olla pinnallinen tai syvä. Pinnallinen haavatulehdus ilmenee 30 vuorokauden kuluttua leikkauksesta rajoittuen vain ihoon tai ihonalaiseen kudokseen. Lisäksi vähintään yksi seuraavista kriteereistä tulee toteutua; pinnalliselta haava-alueelta tulee märkäistä eritettä, on kuumotusta, punoitusta, paikallista turvotusta tai pitkittynyttä seröösi- eritystä. Myös haavasta otetun bakteeriviljelyn tulee olla positiivinen. Syvä haavainfektio ulottuu lihaskalvoon tai lihakseen ja ilmaantuu 30 vuorokauden kuluttua leikkauksesta (ei asetettu vierasesinettä) tai vuoden kulu-

essa (asetettu vierasesine ja infektio ovat yhdistettävissä leikkaukseen). Syvän haavainfektion merkkejä ovat: märkäinen haavaerite syvältä haava-alueelta, haava avautuu spontaanisti tai kirurgi avaa haavan ja vähintään yksi seuraavista kriteereistä tulee toteutua: paikallinen kipu tai arkuus ja yli 38 asteen kuume. Bakteeriviljelyn tulos positiivinen. Lääkäri toteaa syvän haava-alueen märkäpaiseen tai on muuta näyttöä infektiosta uusintaleikkauksessa, histopatologisessa, kliinisessä tai radiologisessa tutkimuksessa. (Siro 2015.)

Sairaalahoidon aikaisista keuhkokuumeista (pneumonia) merkittävä osa todetaan kirurgisilla potilailla leikkauksen jälkeen. Pneumonian riskiä lisäävät ylipaino, perustautien vaikeusaste, korkea ikä ja tehohoitoon joutuminen. (Rantala & Huotari 2017.) Lonkkamurtumapotilaan suositellaan jatkavan pulloon puhallusharjoituksia kotiutuksen jälkeenkin, koska harjoituksen avulla tehostetaan keuhkotuuletusta ja vähennetään hengitysteiden limaisuutta. Harjoitusta on hyvä tehdä useamman kerran päivässä siihen asti, kun jaksaa olla normaalisti liikkeellä. (Potilasohje 2017.)

Kirurgisilla potilailla virtsatieinfektiot ovat yleisiä ja 80% niistä liittyy katetrin käyttöön tai syntyy virtsaputken manipulaation yhteydessä (Rantala & Huotari 2017). Tavoitteena on kestokatetrin poisto mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. On todettu, että varhainen katetrista vieroitus on yhteydessä pienempään pitkäaikaishoitoon joutumisen riskiin sekä vähäisempään liikuntakyvyn heikentymiseen. Riittävällä nesteytyksellä sekä ummetuksen hoidolla voidaan pienentää virtsatietulehduksen riskiä. (Lonkkamurtuma 2017.)

4.4 Ravitsemus- ja nestetasapainohäiriöt

Ikääntymisen myötä hypotalaamisten säätelykeskusten toiminta häiriintyy helposti, minkä vuoksi ikääntyneillä janon ja nälän tunne ovat usein vaimentuneet. Lisäksi haju- ja makuaistin sekä lääkkeiden aiheuttamat ruokahalun muutokset vaikuttavat iäkkääseen. (Suominen & Pitkälä 2016a.) Iäkkäät lonkkamurtumapotilaat ovatkin usein aliravittuja sekä hauraita. Lisäksi elektrolyyttitasapainon häiriöt ovat heillä ta-

vallisia. Huomioitavaa on, että murtuma ja leikkaushoitoa seuraava niin sanottu katabolinen tila sekä vajaaravitsemus heikentävät vastustuskykyä infektioita vastaan, hidastavat leikkaushaavan paranemista, aiheuttavat lihasheikkoutta ja väsymystä, heikentävät kuntoutumisen ennustetta sekä pidentävät sairaalassa oloaikaa. Pahoinvointia ja sekavuutta voivat lisätä antikolinergiset lääkkeet, jotka vaikeuttavat nestetasapainon ja ravitsemustilan korjaantumista. Komplikaatioita voi vähentää ja sairaalassa olo aikaa lyhentää käyttämällä oraalisia lisäravintovalmisteita. (Tarnanen ym. 2018; Huusko 2003.)

Ikääntyneiden ravinnonsaanti ja ruokailu ovat kiinteästi yhteydessä toimintakykyyn sekä terveydentilaan. Mikäli ravitsemustila heikkenee, myös iäkkään immuniteetti heikkenee. Tällöin alkaa infektiokierre; sairastavuus sekä terveyspalveluiden käyttö lisääntyy. Tutkimuksien mukaan kotona asuvien hauraiden ja iäkkäiden henkilöiden kokonaisenergian saanti sekä erityisesti proteiinin, kalsiumin, sinkin, kuidun, riboflaviinin sekä B6-, C- ja D- vitamiinien saanti ovat vähentyneet. Usein myös nesteensaanti on liian vähäistä. Iäkkäiden heikentynyt ravitsemustila liittyy psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin sekä sairauksiin, kuten esimerkiksi lonkkamurtumiin ja kaatumisiin. (Suominen & Pitkälä 2016c.)

Yksinkertaisin tapa seurata iäkkään ravitsemustilaa on punnitseminen esimerkiksi kerran viikossa. Painon muutokset ovat tärkeämpiä kuin iäkkään normaalipainon selvittäminen. Mitä suurempia ja nopeampia painonmuutokset ovat olleet, sitä suurempi syy on epäillä ravitsemustilan heikentymistä. Uusimpien tutkimusten mukaan iäkkäiden suositeltava painoindeksialue on 25-30. Mikäli se on alle 25, kuolleisuusriski ja sairastavuus lisääntyvät. Omaisten ja muiden läheisten merkitys on suuri potilaan tilanteen seuraajana sekä auttajana. Heidän on hyvä seurata ikääntyneen ruokailua ja syödyn ruoan määrää. Omaiset pystyvät arvioimaan syödyn ruoan monipuolisuutta käyttämällä arvioinnin tukena lautasmallia. (Evira 2010; Suominen & Pitkälä 2016d; Ikääntyneen ravitsemusopas 2014; Ruokailuohjeita vajaaravitsemuksen ehkäisyyn ja hoitoon 2017.)

Kuntoutettaville ja sairaille vanhuksille annetut täydennysravintovalmisteet vähentävät kuolleisuutta, parantavat ravitsemustilaa ja elämänlaatua sekä hidastavat terveyden ja toimintakyvyn heikentymistä. Tehostetussa ravitsemushoidossa ruokaa rikastetaan ravintoaineilla, proteiinilla ja energialla sekä käytetään täydennysravintovalmisteita. Iäkkään ruokavalion tulee olla monipuolinen, mutta tilanteessa, kun ruokamäärät ovat pienet, tulee ruoan sisältää runsaasti ravintoaineita ja energiaa. Laihtuminen vähentää lihasmassaa ja mahdollisesti heikentää toimintakykyä. (Suominen & Pitkälä 2016e; Ruokailuohjeita vajaaravitsemuksen ehkäisyyn ja hoitoon 2017.) Liian vähäinen proteiinin saanti esimerkiksi sairastumisen yhteydessä, vaikuttaa epäedullisesti immuunipuolustukseen ja kiihdyttää lihaskatoa, vaikka olisi lyhytaikainenkin. (Suominen & Pitkälä 2016b.)

Ravitsemuskuntoutus on tärkeää aloittaa riittävän ajoissa. Ravitsemushoitoa on mahdollista toteuttaa monella eri tavalla. Kotona asuvalle vanhukselle se voi olla ateriapalvelua, ruoanvalmistuksen ja ruokailun tukemista sekä kauppapalvelua. Keskeisiä tapoja huolehtia ravitsemuksesta ovat myös ruoan energia- ja proteiinipitoisuuteen sekä välipalojen suunnitteluun vaikuttaminen. Hyviä proteiinin lähteitä ovat maitovalmisteet, kananmuna, liha ja kala. Lisäksi proteiinia on melko paljon myös pähkinöissä, siemenissä, palkokasveissa sekä vilja- ja soijavalmisteissa. Hiilihydraatteja sisältäviä ruoka-aineita ovat peruna, kasvikset, viljavalmisteet, marjat ja hedelmät. (Hakala 2010; Suominen & Pitkälä 2016e; Ruokatieto 2018.) On tärkeää, että ikääntyneellä on ruokavaliossa pehmeitä rasvoja. Ikääntyneiden välttämättömien rasvahappojen saanti voidaan turvata, kun ruokavaliossa käytetään päivittäin esimerkiksi 6 tl kasvimargariinia tai 2 rkl kasviöljyä. Ruoanvalmistukseen suositellaan kasviöljy- tai pullomargariineja ja leipärasvaksi 60-70% kasvimargariinia. Salaattiin voi lisätä öljypohjaista salaatinkastiketta. Ikääntyneen ruokavalioon voi lisätä siemeniä ja pähkinöitä, joista saa hyviä pehmeitä rasvoja. Riittävä määrä on 2 rkl päivässä. Suositeltavaa olisi myös syödä kalaa 2-3 päivänä viikossa eri kalalajeja vaihdellen. (Suorajärvi- Bron & Kinnunen 2017; Ruokailuohjeita vajaaravitsemuksen ehkäisyyn ja hoitoon 2017.)

Ikääntyneiden D- vitamiinin saannista tulee huolehtia. Sitä muodostuu iholla auringon ultraviolettivalon vaikutuksesta ja lisäksi sitä saadaan muun muassa vitaminoiduista nestemäisistä maitotuotteista, margariinista, kananmunasta sekä kalasta. Yli 60- vuotiaille suositellaan ympärivuotista D- vitamiinilisää. Tutkimusten mukaan 20 mikrogrammaa päivässä estää iäkkäiden kaatumisia sekä murtumia. (Evira 2010.) Lisäksi D-vitamiinin on todettu ylläpitävän hyvää lihaskoordinaatiota ja se hidastaa myös osteoporoosin etenemistä sekä luuston haurastumista (Suominen & Pitkälä 2016b).

Ikääntyneiden tulisi juoda 1-1,5 litraa eli 5-8 lasillista juomaa päivässä. Riittävä nesteensaanti on fysiologisille toiminnoille sekä aineenvaihdunnalle välttämätöntä. Vettä tarvitaan ravintoaineiden imeytymiseen ja kuljettamiseen elimistössä sekä ruoansulatuksessa. Nestevajaus voi iäkkäällä syntyä nopeastikin ja johtaa verenpaineen laskuun ja kaatumiseen. Juomisen tärkeydestä on hyvä muistuttaa ja neuvoa ottamaan esimerkiksi lääkkeen oton yhteydessä lasillinen vettä tai laittaa keittiönpöydälle kannullinen vettä, joka tulisi päivän aikana juoda. (Evira 2010.) Perioperatiivisen anemian on todettu lisäävän keskushermostokomplikaatioiden, hengitysvajauksen, sydänlihasiskemian, akuutin munuaisten vajaatoiminnan, tromboosin, haavainfektioiden ja postoperatiivisen deliriumin riskiä. Potilaat, joilla on anemia, päätyvät myös useammin uusintaleikkauksiin. (Vikatmaa 2013.)

Aktiivisen anemian korjaamisen punasolusiirroin on todettu edistävän hauraiden lonkkamurtumapotilaiden ja monisairaiden kuntoutumista. Punasolusiirron myötä potilaiden verenpainetaso sekä hapetusarvot ovat paremmat ja he jaksavat tehdä harjoituksia paremmin. Myös kipu on vähentynyt. (Nuotio, Virtanen, Luukkaala & Jousmäki, 2016.)

Kotiutusvaiheessa hemoglobiiniarvo voi olla alhainen. Sitä potilas voi kohentaa syömällä monipuolista ruokaa sekä tarvittaessa myös apteekista saatavilla rautalääkkeillä (Tekonivelleikkauksen jälkeen 2016).

4.5 Painehaavaumat

Tärkeimpänä painehaavan eli makuuhaavan etiologisena tekijänä on pidetty painetta, mikä syntyy luu-ulokkeen ja alustan väliseen kudokseen pitkäkestoisesta painealtistuksesta, mutta se voi saada alkunsa myös toistuvasta paineen aiheuttamasta kudoksen stressireaktiosta. Pitkäaikainen paine heikentää ihon verenkiertoa; ihokohta ei saa riittävästi ravintoaineita sekä happea ja aineenvaihdunnan kuona-aineiden poistuminen heikkenee. Painehaavauma syntyykin sellaiseen kohtaan, jossa luu on lähellä ihon pintaa, esimerkiksi kantapäähän, lonkkaan, ristiselkään, kyynärpäähän ja lapaluun kohdalle. Painehaavaumat jaetaan neljään asteeseen kudosvaurion laajuuden mukaan. (Kortekangas- Savolainen & Helander 2010, 280; Kortekangas- Savolainen & Rantanen 2016.)

Pitkäaikainen vuodelepo on yksi painehaavaumalle altistava tekijä. Iäkkään iho on haurasta sekä ohutta ja sen joustavuus on vähentynyt, mikä aiheuttaa ihorikkoja herkästi. Inkontinenssista kärsivillä rakon ja peräaukon sulkijalihaksen toiminta on heikentynyt, minkä vuoksi ulostetta tai virtsaa joutuu iholle. Kosteus saattaa rikkoa ihoa, jolloin painehaavan riski kasvaa. (Kortekangas- Savolainen & Helander 2010, 280; Kortekangas- Savolainen & Rantanen 2016.)

Painehaavan syntyyn vaikuttaa kuormitusajan pituus. Pysyvä punoitus ihoalueella on jo merkki alkavasta kudosvauriosta. Painehaavaumia voidaan ehkäistä vaihtamalla asentoa riittävän usein, mielellään vähintään alle kahden tunnin välein sekä käyttämällä makuualustoja, patjoja ja petauspatjoja, jotka vähentävät kudokseen kohdistuvaa painetta. Tärkeää on myös potilaan hyvä ravitsemustila, koska huonoa ravitsemustilaa on pidetty yhtenä painehaavaumille altistavana tekijänä erityisesti vanhuksilla. Ruokavalion tulisi sisältää riittävästi vitamiineja ja valkuaisaineita. Heikko iho pestään emulsiovoiteella. Painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi voidaan käyttää esimerkiksi silikonista tehtyjä kanta- ja kyynärpääpehmusteita sekä käyttää tyynyjä asentohoidon tukemiseksi. (Soppi 2010; Kortekangas- Savolainen & Rantanen 2016.)

Mikäli painehaavauma pääsee syntymään, se voi johtaa moniin komplikaatioihin. Potilaan kannalta välittömiä komplikaatioita ovat depressio, kipu ja elämänlaadun heikentyminen. Vakavia painehaavaumaan liittyviä komplikaatioita ovat sepsis ja haavainfektio. Painehaavaan liittyy 2-6- kertainen kuolleisuus verrattuna potilaisiin, joilla ei ollut painehaavaumaa. (Soppi 2010.)

4.6 Painovaraukset ja mobilisoituminen leikkauksen jälkeen

Kun lonkkamurtuma hoidetaan osteosynteesillä, on potilaan mobilisaatio tärkeämpää kuin mahdollinen leikkauksen jälkeinen varausrajoitus. Osteosynteesin tulee olla lonkkaleikkauksen jälkeen niin tukeva, että potilas voidaan mobilisoida heti täyspainovarauksella. Jos potilaalla on pirstaleinen subtrokanteerinen murtuma, voi 6- 12 viikon raajanpainovaraus olla tarpeellinen. Mikäli kuormitusta on jouduttu rajoittamaan leikkauksen jälkeen, ensimmäinen radiologinen ja kliininen tarkistus kannattaa tehdä 6-8 viikon kuluttua. Osa- ja kokotekonivelillä hoidetut lonkkamurtumapotilaat saavat alusta lähtien vapaasti varata leikatulle alaraajalle. Yleensä ei tarvita röntgenseurantaa. Mikäli potilaalla kuitenkin ilmenee uusia oireita leikatussa lonkassa tai kuntoutus ei etene odotetusti, on röntgenkuvaus aiheellinen. (Lonkkamurtuma 2017; Mäkelä 2017.)

Lonkkamurtumapotilaiden hyvä hoito on moniammatillista sekä laaja- alaista. Varhaisella mobilisoinnilla ja tehokkaalla harjoittelulla on tavoitteena potilaiden toiminta- ja liikuntakyvyn palauttaminen, nivelliikkuvuuksien ylläpitäminen, komplikaatioiden ja kivun ehkäiseminen sekä uusien murtumien ja kaatumisten ennaltaehkäisy. Lonkkamurtumapotilaan mobilisaatio tulee aloittaa mahdollisimman varhain; viimeistään ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Olennaista on aktiivinen liiketerapia; ensin potilaan avustaminen istumaan, sen jälkeen voinnin mukaan seisomaan ja kävelyharjoituksien aloittaminen. Potilaan toimintakyvyn mukaan valitaan liikkumisen apuväline. (Lonkkamurtuma 2017; Mäkelä 2017; Tarnanen ym. 2018; Hip fracture: Managment N.d. 2017.)

Tehokas fyysinen harjoittelu ja mahdollisimman aikaisessa vaiheessa aloitettu mobilisaatio ilmeisesti parantavat lonkkamurtumapotilaan toiminta- ja liikkumiskyvyn palautumista. Tutkimusten mukaan kävelykyvyn nopea palautuminen on yhteydessä tavallista lyhyempään sairaalahoitojaksoon sekä pienempään kuolleisuuteen puolen vuoden seurannassa. Lisäksi suuremmalla todennäköisyydellä potilas palaa omaan kotiin. (Lonkkamurtuma 2017; Mäkelä 2017.)

Iäkkäiden kohdalla on syytä huomioida, etteivät yleiset sairaudet ole yleensä syy lopettaa liikunnan harrastamista, vaan nimenomaan tärkeää on jatkaa liikkumista. Monipuolinen liikunta parantaa tasapainoa, notkeutta ja kävelykykyä. Lisäksi se helpottaa päivittäisistä askareista selviytymistä. Iäkkäillä liikunta parantaa elämänlaatua sekä hidastaa luu- ja lihaskatoa. Lisäksi liikunnalla on edullisia vaikutuksia aivotoimintoihin, kuten esimerkiksi asioiden käsittelynopeuteen, huomiokykyyn ja muistiin. Liikunta saattaa myös pienentää Alzheimerin taudin ja dementian riskiä. Liikunta myös kohentaa liikkumisvarmuutta sekä toimintakykyä vähentäen kaatumisia. Tärkeää on, että ikäihmisen liikuntaohjelma on mukautettu hänelle sopivaksi, jolloin harjoitteiden tekeminen on hyödyllistä ja mukavaa. (Tarnanen, Rauramaa & Kukkonen- Harjula 2016.)

Iäkkäällä jo lyhytkin vuodelepo tai liikuntarajoitus heikentää nopeasti yleiskuntoa, lihasvoimaa sekä tasapainoa vaikuttaen heikentävästi kävelykykyyn. Iäkkäillä kymmenen päivän vuodelevon aikana alaraajojen lihasmassa pienenee 1-2,5 %. Vaikutukset hermostoon ovat vielä suuremmat, joten lihasvoima heikkenee vielä enemmän (10-20%). Suorituskyvyn alentuessa ikääntyneet vähentävät liikkumistaan, mikä johtaa helposti kiihtyneeseen heikkenemiskierteeseen. Tärkeää olisi sairaanakin nousta vuoteesta ylös ja ottaa muutamia askeleita sängyn vierellä. Tällä tavalla ylläpidetään hengityselimistön sekä tasapainon säätelyjärjestelmän toimintaa. (Pajala 2016; Sillanpää, 2016.)

Syvän laskimotukoksen ja keuhkoembolian riski kasvaa ikääntyessä. Duodecimin mukaan yli 40 vuoden jälkeen tukosriski 2-3 kertaistuu 10 ikävuotta kohden. Lisäksi riskiä lisäävät muun muassa tupakointi, tulehdussairaudet, diabetes sekä leikkaus; erityisesti ortopedinen lonkka- tai polvileikkaus. (Laskimotukos ja keuhkoembolia 2016.)

Lonkkamurtumapotilaan tullessa sairaalaan, aloitetaan veritulpan estolääkitys, mikäli potilasta ei leikata 12 tunnin sisällä tai leikkausaika ei ole selvillä. (Lonkkamurtuma 2017.)

Tukosprofylaksia on tarpeellinen suuriin kirurgisiin leikkauksiin liittyvän tukosriskin vuoksi. Jopa 40- 80%:lle ortopedisen tai muun suuren leikkauksen jälkeen ilmaantuu syvä laskimotukos ilman tukosprofylaksiaa. Jos tukosprofylaksiaa ei anneta, suuren riskin potilaista kuolee noin 5% keuhkoemboliaan. Varhainen mobilisaatio vähentää tukosriskiä, mutta ei poista sitä. Sairaalassa käytetään myös lääkinnällistä hoitosukkaa tukosprofylaksissa ja se estää merkittävästi tromboembolioita kohtalaisen riskin kirurgisilla potilailla. (Laskimotukos ja keuhkoembolia 2016.)

Lonkkaleikkauksen jälkeen trombiprofylaksiaa jatketaan lääkärin määrittämän ajan. On hyvä kertoa potilaalle syvän laskimotukoksen oireet, jotta potilas tietää tarvittaessa oireiden perusteella hakeutua hoitoon. Laskimotukoksen oireita ovat: raajan voimakas turvotus, kuumotus, kipu, kosketusarkuus, punoitus ja täyteläisyyden tunne. (Tekonivelleikkauksen jälkeen 2016.)

4.7 Mieliala

Goldbergin (2007) mukaan masennuksen ilmaantuvuus lonkkamurtumapotilailla on yleistä. Yli 65-vuotiaista noin 20 %:lla on todettu olevan lieviä masennusoireita ja vakavampia masennusoireita esiintyy 3-5 %:lla (Ikäihmisten mielenterveysongelmat N.d.). Tutkimuksen mukaan 9-47%:lla lonkkamurtuma potilaista on ollut masennus murtumaa edeltävästi ja yksi viidestä, joilla ei ole ollut masennusoireita murtumahetkellä, koki masennusta kahdeksan viikkoa lonkkaleikkauksen jälkeen (Goldberg 2007).

Masennustilan tunnistaminen on tärkeää, sillä lieväkin masennus voi laskea iäkkään toimintakykyä, mikä tapahtuu tavallisesti nopeammin kuin nuorilla. Tavallisia masennuksen tunnistuskriteereitä ovat pitempään jatkunut masentunut mieliala, mielihyvän ja kiinnostuksen tunteen puute, voimavarojen vähentyminen ja poikkeuksellinen

väsymys. Iäkkään masennusta saattaa olla vaikea tunnistaa, sillä fyysiset oireet, kuten kipu, pahoinvointi ja uupumus, ovat iäkkäillä tavallisia. Lonkkaleikkauksesta toipumisen esteenä saattaa olla masennuksesta johtuva aloitekyvyn ja päätöksen teon puute sekä sairauden hoidon laiminlyönti ja hoidosta kieltäytyminen. (Ikäihmisten mielenterveysongelmat N.d.)

Masennuksen hoito tulee suunnitella yksilöllisesti. Kuntouttavan ja terapeuttisen hoito-otteen lisäksi on tärkeää antaa potilaalle toivoa ja tukea häntä hoitoon sitoutumisessa (Ikäihmisten mielenterveysongelmat N.d.). Lonkkaleikkauksen jälkeen kävelylenkkien ja liikeharjoituksien tekemistä on hyvä jatkaa kotona päivittäin, sillä liikunta kääntää ajatuksia pois ikävistä asioista ja antaa myös sosiaalista tukea, mikäli liikuntaa harrastaa ryhmässä, esimerkiksi terveyskeskuksen tekonivelpotilaiden- ryhmässä. Erityisesti lievässä masennuksessa liikunta vähentää masennusoireita. (Tarnanen, Rauramaa & Kukkonen- Harjula 2016.)

4.8 Leikkaushaavan hoito

Leikkaushaava suljetaan metallihakasin ja haavan suojaksi laitetaan haavasidos. Perusteetonta haavasidoksen avaamista tulee välttää. Mikäli tulee tarve vaihtaa haavasidos esimerkiksi voimakkaan kudosneste-erityksen vuoksi alle vuorokausi leikkauksesta, tehdään vaihto steriilisti. Kotiutuspäivänä haavasidos poistetaan ja tarkistetaan leikkaushaavan kohta. Mikäli haava ei eritä, laitetaan leikkaushaavan päälle haavateippi. Erittävä leikkaushaava puhdistetaan ja suojataan haavasidoksella. (Lumio 2018; Harjula 2018.)

Potilaalle annetaan haavanhoito- ohjeet. Haava- alueen voi kastella vuorokauden kuluttua toimenpiteestä ja haavaa voi vapaasti suihkutella tai pestä puhtaalla vedellä, mutta hankaamista tulee välttää. Leikkaushaavaa tulee käsitellä vain puhtain käsin. Uimista ja saunomista tulee välttää ompeleiden poistoon asti. Isomman leikkausalueen venyttämistä ja rasittamista on aluksi vältettävä. (Lumio 2018; Haavan hoito-ohje n.d.)

Leikkauksen jälkeen haavakipua voi olla useamman päivän ajan ja se voi jatkua lievempänä viikkojenkin ajan. On tavallista, että leikkaushaavan alueella voi olla mustelmaa, lievää turvotusta ja punoitusta. Kipulääkkeellä on haavan paranemista edesauttava teho vähentämällä turvotusta. Huomiota kannattaa kiinnittää siihen, ettei vaatetus paina leikkaushaavaa tai siihen kohdistu muuta painetta (huono asento). Kylmähoito vähentää turvotusta ja kipua. Mikäli leikkaushaava on raajassa, kannattaa sitä pitää kohoasennossa. (mt.)

Haavan vähäinen kirkas (yleensä kellertävä) kudosnestevuoto ja haavanreunan kapea punoitus ensimmäisten päivien aikana eivät ole merkkejä tulehduksesta. Mikäli haava muuttuu uudelleen kivuliaaksi, tulee turvotusta, nousee kuume, haava alkaa erittää valkoista tai keltaista sameaa märkää ja haavan alueen punoitus leviää usean sentin laajuudelle, on haava tällöin todennäköisesti tulehtunut. Leikkaushaavalle ei tule laittaa antibioottivoiteita eikä haavaa tarvitse missään vaiheessa käsitellä desinfektioaineilla. Mikäli epäilee haavainfektiota, tulee ottaa yhteyttä oman paikkakunnan terveyskeskukseen. (mt.)

Ompeleet/ metallihakaset poistetaan sairaanhoitajan- tai terveydenhoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa tai neuvolassa. Tavallisesti hakaset poistetaan kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Kun hakasten poistosta on kulunut pari päivää ja haava on hyvin parantunut, voi mennä saunaan ja uimaan, jos vointi sen muutoin sallii. (mt.)

6 Kaatumisten ennaltaehkäisy ja terveyskäyttäytyminen

Lonkkamurtumien ehkäisyssä tulisi kiinnittää erityistä huomioita niihin ikääntyneisiin, joilla on ollut murtumia aikaisemminkin. Arviolta joka neljäs lonkkamurtuma voitaisiin ehkäistä. Kaatumisten ennalta ehkäisyssä on tärkeää perussairauksien hyvä hoito sekä ajantasainen lääkitys. Iäkkäiden kaatumisriskiä arvioitaessa huomioidaan erityisesti verenpainetaso, fyysinen kunto, näkökyky sekä riittävä ja monipuolinen ravitsemus. Kartoituksen avulla selvitetään myös apuvälinetarve ja minimoidaan kotona

kaatumisriskiä lisäävät vaaratekijät; huomioidaan hyvä valaistus, lisätään turvallisuutta tukevilla kalusteilla ja tehdään kodista mahdollisimman avara, jotta apuvälineen turvin liikkuminen onnistuu ongelmitta. Liukastumisen vaaraa vähentää myös tukevat jalkineet. Kodista voidaan poistaa kynnykset ja liukkaat matot vähentäen näin kaatumisriskiä, lisäksi turvallisuutta voidaan lisätä tukikahvoin. (Tarnanen ym. 2018; Aro 2009; Tirkkonen 2015.)

Tärkeä osa kaatumisten ehkäisyä on osteoporoosin hoito ja ehkäisy, riittävä kalsiumin ja D- vitamiinin saanti sekä tupakoinnin lopettaminen ja säännöllinen liikunnan harrastaminen. Liikunnan aiheuttaman kuormituksen tulisi olla vähintään kohtalaisesti kuormittavaa muun muassa reipas kävely, pyöräily tai puutarhatyöt. Tasapaino- ja lihasvoimaharjoituksia suositellaan myös. Jos on suuri riski kaatumisiin, voidaan pitkäaikaishoidossa harkita lonkkasuojaimen käyttöä. (Tarnanen ym. 2018: Lonkkamurtuma 2017.) Iäkkäiden lonkkaleikattujen potilaiden hoidossa on kiinnitettävä huomiota myös kaatumispelkoon, jonka on osoitettu vähentävän potilaan liikkumista sekä lisäävän laitostumista ja kuolleisuutta (Visschedijk, Achetberg, van Balen, & Hertogh 2010).

7 Omaisten tuki lonkkaleikkauksen jälkeen

Sairaalassa omaiset on totuttu näkemään vierailijoina. Jotta omaiset voisivat tukea paremmin kotiutuvaa potilasta, tulisi heidät nähdä yhteistyökumppaneina ottamalla heidät mukaan jo potilaan akuuttivaiheen hoidossa. Omaisten saaman tiedon ja tuen lisäksi heillä tulisi yhdessä potilaan kanssa olla mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, jolloin heillä on paremmat mahdollisuudet edistää iäkkään potilaan kuntoutumista. (Haapaniemi & Routasalo 2009.)

Iäkkään muistisairaan potilaan omaisten onkin osoitettu olevan merkittävässä roolissa hoidon eri vaiheissa. Potilaan omaiset tulisikin ottaa mukaan yhteistyöhön, sillä heillä on tärkeä rooli tiedonantajana, puolestapuhujana ja turvan tuojana. (Hynninen 2016.) Sosiaalisia suhteita, kuten perhe- ja ystävyyssuhteita sekä suhdetta kotihoidon henkilökuntaan, pidetään yhtenä merkittävimpänä iäkkäiden voimavarana. Kotona

pärjäämistä ja turvallisuuden tunteeseen vaikuttavia asioita ovat sosiaaliset suhteet, viihtyisä ja turvallisen ympäristö sekä fyysinen- ja psyykkinen hyvinvointi. (Turjamaa, Hartikainen & Pietilä 2011.) Omaisten mukaan ottamisen ja heidän antamansa tuen kautta, on merkittävästi pystytty vähentämään myös iäkkäiden potilaiden uudelleen sairaalaan joutumista (Rodakowski, Rocco, Ortiz, Folb, Schulz, Morton, Leathers, Hu & James 2017).

8 Kirjallinen potilasohje lonkkaleikatun potilaan toipumisen tukena

Suullisen, henkilökohtaisen potilasohjauksen rinnalla käytetään yhä useammin myös kirjallisia potilasohjeita, joiden tarpeen kasvuun vaikuttavia tekijöitä ovat lyhentyneet hoitoajat, potilaiden valmiudet ja halu osallistua omaan hoitoonsa sekä odotukset, jotka kohdistuvat potilaiden itsehoitovalmiuksien lisäämiseen. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 7.) Kirjallisten ohjeiden tulisi olla helposti ymmärrettäviä, suullista ohjeistusta tukevia, jolloin potilaan on mahdollista tukeutua ohjeisiin ja tarkistaa niistä tietoja kotiuduttuaan (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors 2007).

Potilasohjeen laadinnassa on tärkeää kohdentaa ohjeet tietylle potilasryhmälle ja hänen omaisilleen (Hyvärinen 2005). Iäkkäille suunnatussa potilasohjauksessa tulee ottaa huomioon näkökyvyn heikkeneminen, fyysiset rajoitteet ja muistihäiriöt. Myös fyysisillä taustatekijöillä on vaikutusta siihen, miten iäkäs ottaa vastaan ohjausta, unohteleeko tai vältteleekö hän asioita. Iäkkäiden ohjauksen erityispiirteitä ovat selkeät, ydinasioihin painottuvat ohjeet sekä tarvittaessa toistot. (Kyngäs ym. 2007.)

Rakenteelliset ratkaisut kuten selkeä kirjaisintyyppi, riittävä kirjaisinkoko, väliotsikointi ja kappalejako lisäävät ymmärrettävyyttä (Hyvärinen 2005). Otsikointiin on tärkeää kiinnittää huomiota. Pääotsikko kertoo aiheen ja kiinnittää parhaimmassa tapauksessa lukijan mielenkiinnon. Väliotsikkona voi toimia esimerkiksi yksittäinen sana tai sanapari, mikä jakaa tekstin pienempiin aihepiireihin. (Heikkinen ym. 2002.)

Hyvärisen (2005) mukaan ymmärrettävyyteen vaikuttaa myös esittämisjärjestys. Hän kehottaa luomaan juonen, mikä etenee tärkeysjärjestyksessä tai aikajärjestyksessä. Hyvä tapa on edetä myös aihepiireittäin, jolloin ohjeet on arvotettava potilaan puolesta edeten merkityksellisimmästä tiedosta vähäpätöisempään. (Hyvärinen 2005.) Tekstikappaleet tulee luoda niin, että kussakin kappaleessa on vain yksi asia ja pääasia on sijoitettuna ensimmäiseen virkkeeseen. (Hyvärinen 2005; Kyngäs ym. 2007.) Virkkeiden tulisi olla sopivan mittaisia, ei liian pitkiä eikä liian lyhyitä (Hyvärinen 2005).
Potilasohjeen ymmärrettävyyteen vaikuttaa oikeakielisyys. Kielen tulee olla hyvää suomea ja vierasperäisiä sanoja sekä ammattiterminologiaa tulee välttää. (Heikkinen 2002; Leino-Kilpi & Salanterä 2009.) Potilasohjeissa suositellaan käyttämään aktiivimuotoa passiivimuodon sijaan (Kyngäs ym. 2007), sillä usein kohtelias passiivimuoto saattaa aiheuttaa epäselvyyttä esimerkiksi siitä, kuka tai kenen pitäisi toimia.

Ohjeita on myös syytä perustella, sillä pelkkä neuvominen ei aina kannusta potilasta noudattamaan ohjeita tai muuttamaan toimintatapojaan. Perusteluissa voidaan korostaa ohjeen noudattamisen hyödyllisyyttä potilaalle, sekä kannustaa ja innostaa toimimaan oikealla tavalla. (Hyvärinen 2005.)

Potilasohjeissa kuvia käytetään tavallisesti selventämään anatomiaa tai toimenpidettä. Kuvien käytön potilasohjeissa tulee olla tarkkaan harkittua ja kuvat tulee nimetä kuvatekstein. Kuvioilla, taulukoilla ja kuvilla voidaan täydentää ja selittää tekstiä sekä lisätä luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. (Heikkinen ym. 2002; Kilpi-Leini & Salanterä 2009.)

Leino-Kilven ja Salanterän (2009) mukaan potilasohjeet painottuvat useimmiten sairaudesta ja hoidosta aiheutuvien biologisten ja fysiologisten oireiden, esimerkiksi kipu ja haavat, seurantaan ja hoitoon. Grahnin (2014) mukaan potilaat kokevatkin tällaiset ohjeet leikkauksen jälkeistä kotona selviytymistä tukeviksi. Esimerkiksi kivunhoidon osalta potilaat kokivat tärkeänä ohjeet, jotka opastivat tunnistamaan ongelmatilanteet, jolloin hänen tulisi olla yhteydessä hoitavaan tahoon. Lisäksi potilaat toivoivat ohjeita haavanhoitoon liittyen sekä kotona selviytymisen tueksi. (Grahn 2014).

Potilasohjeessa on mahdollista tuoda esiin myös kokemuksiin ja tuntemuksiin liittyviä seikkoja kuten, mahdollisiin pelkoihin, huoleen tai ahdistukseen liittyviä näkökulmia (Leino-Kilpi & Salanterä 2009). Potilaat ovatkin arvioineet emotionaalista tukea kuten motivointia, kannustusta ja rohkaisua, antavat ohjeet hyödyllisiksi. Potilaat toivoivat tukea erityisesti leikkauksen jälkeisien komplikaatioiden tunnistamiseen ja siihen, miten näissä tilanteissa tulee toimia. (Grahn 2014).

Ohjeistaminen toiminnallisissa muutoksissa on yleistä, jolloin potilasta ohjeistetaan mitä voi/saa itse tehdä ja mitä tulee välttää. Toiminnalliset muutokset voivat liittyä liikkumiseen, ravitsemukseen, uneen, lepoon tai puhtauden hoitoon. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009.) Grahnin (2014) mukaan potilaat kokevat tärkeänä, että ohje kunnioittaa ja tukee potilaan kykyä hoitaa itseään omatoimisesti. Toisaalta hän tuo esille potilaiden tyytyväisyyden siitä, että lähiomainen oli huomioitu ohjeissa. Leino-Kilven ja Salanterän (2009) mukaan sosiaalinen ulottuvuus voidaankin ottaa huomioon ohjeissa tuomalla esiin työhön, perheeseen ja seksuaalisuuteen liittyviä asioita.

Potilaiden näkökulmasta potilasohjeen päätarkoituksena on toimia oppimisen välineenä tukien selviytymistä ja antaen emotionaalisen tukea sekä vahvistaen omatoimisuutta. Potilaat kokivat tärkeänä valinnanvapauden korostamisen, itsehoitoon motivoinnin ja emotionaalisen tuen antamisen huomioiden erityisesti mielialan tai kivun. (Grahn 2014.)

9 Tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Seinäjoen keskussairaalan ortopedian osastolle potilasohje ortogeriatriselle lonkkamurtumapotilaalle ja hänen läheisilleen. Tavoitteena on lisätä potilaan ja läheisten tietoa ortogeriatrisen lonkkamurtuman akuuttivaiheen hoidosta ja hoitopoluista sekä tukea ja tehostaa erikoissairaanhoidon jälkeistä postoperatiivista toipumista sekä jatkohoitoa.

Tällä hetkellä ortogeriatriset potilaat saavat osastolta lähtiessään erilliset ohjeet haavan hoidosta, jatkohoito- ohjeista sekä kontrolliajoista. Lisäksi ravitsemusasioista kes-

kustellaan potilaan ja hänen läheisten kanssa. Varsinaista ortogeriatrisille potilaille suunnattua potilasohjetta, johon kaikki em. mainitut asiat olisivat koottuna, ikääntymisen vaikutukset huomioiden, ei osastolla ole käytössä.

10 Kehittämisympäristö

Opinnäytetyömme teemme yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan ortopedian osasto A22:n kanssa, jossa hoidetaan ortopedisia ja traumatologisia potilaita. Lisäksi yhteistyökumppanina on geriatrian poliklinikka, jonka kanssa osasto A22 toimii tiiviissä yhteistyössä kehittäen vanhusten hoitotyötä. Osasto A22:lla on 26 vuodepaikkaa ja lisäksi 6 vuodepaikkaa osasto A21:llä. Ortopedian osasto keskittyy vaativaan elektiiviseen ortopediaan sekä konservatiivisesti hoidettaviin potilaisiin. Osastolla hoidetaan mm. lonkan tai polven tekonivelpotilaita, selkäleikattuja sekä jalka- ja käsikirurgisia potilaita. Osastolle A22 tulevia päivystyksellisiä traumatologisia potilaita ovat mm. reisimurtuma-, lonkkamurtuma, lantio- ja rankamurtumapotilaat sekä nilkka-, jalkavamma- ja yläraajavammapotilaat ja neurokirurgiset päivystyspotilaat. (Ortopedia n.d.)

10.1 Ortogeriatria Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä lonkkamurtumapotilaiden Käypä hoito- suositus antoi hyvän pohjan ortogeriatrisen toiminnan käynnistämiselle. Geriatrian poliklinikalla oli nähty tarve lonkkamurtumapotilaiden hoidon sekä kuntoutuksen tehostamiseen ja se mahdollisti kehittämistyön. Keväällä 2005 moniammatillinen kehittämistyöryhmä järjestäytyi koostuen ortopedian, geriatrian ja fysiatrian toimintayksiköiden johdon edustuksesta, ortopedian osaston hoitotyön johdosta sekä fysioterapian edustuksesta. Lisäksi mukana oli osteoporoosikuntoutusohjaaja ja sairaanhoitopiirin kuntoutussuunnittelija. Kehittämishanke alkoi vuonna 2007 sairaanhoitopiirin tukemana. Syys- marraskuussa toteutettiin ortopedian vuodeosastolla ortogeriatrisen toiminnan pilottivaihe. Tiimissä mukana olivat geriatri, geriatrian poliklinikan sairaan-

hoitaja sekä potilaan omahoitaja ja fysioterapeutti. Alusta alkaen erityishuomio kiinnitettiin läheisten mukanaoloon sekä jatkohoidon järjestelyyn. Kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä olivat myönteisiä ja syyskuun 2008 alusta alkaen käynnistettiin kehittämishankkeen jatkona säännölliset ortogeriatriset kierrot ortopedian vuodeosastolla. (Nuotio ym. 2009.)

Lonkkamurtumapotilaista suurin osa siirtyy jatkohoitoon sairaanhoitopiirin terveyskeskuksiin. Tulevaisuudessa on tavoitteena lonkkamurtumapotilaiden hoito- ja kuntoutusketjun kehittäminen, yhdenmukaistaminen sekä keskittäminen sairaanhoitopiiriin muodostuvilla Paras- hankkeen mukaisilla yhteistoiminta-alueilla. (Nuotio ym. 2009.)

Ortogeriatriset lonkkamurtumapotilaat kutsutaan geriatrian poliklinikalle seurantakäynnille noin 4-6 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Käynnillä tehdään kokonaisvaltainen kaatumisrikien sekä osteoporoosihoidon arvio. Lisäksi arvioidaan potilaan ravitsemustilanne, kokonaislääkitys ja sitä miten kuntoutuminen on edennyt. Muistitutkimuksia tehdään myös tarvittaessa. Lopuksi geriatri tekee selvitysten pohjalta jatko- ja kuntoutussuunnitelman. (Nuotio 2018.)

11 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen

11.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö

Konkreettisen kehittämistoiminnan ja tutkimuksellisen lähestymistavan avulla tuotetun tiedon pääpaino on kehittämistoiminnassa, jonka työstämisessä käytetään tutkimuksellisia periaatteita (Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaajan käsikirja N.d.).

Opinnäytetyön toteutustapa on toiminnallinen kehittämistyö, joka Vilkan ja Airaksisen mukaan (2003) on aina konkreettinen tuotos, kuten esimerkiksi ohjeistus. Siinä yhdistyy raportointi tutkimusviestinnän keinoin ja käytännön toteutus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ohjeistus, tuote tai opastus tehdään aina jonkun tai jollekin

käytettäväksi, koska sen tavoitteena on esimerkiksi toiminnan selkiyttäminen ohjeistuksen avulla. Kohderyhmän tarkka rajaaminen on tärkeää, koska esimerkiksi ohjeistuksen sisältöön vaikuttaa se, mille ryhmälle idea on ajateltu. Se helpottaa myös aiheen laajuuden rajaamisessa niin, että lopullinen toteutustapa on perusteltu kompromissi omien resurssien, kohderyhmän tarpeiden, toimeksiantajan toiveiden ja oppilaitoksen opinnäytetyötä koskevien vaatimusten välillä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 38-40, 51-57.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportoinnissa tulee käydä ilmi toimeksiantajan antamat ohjeet sekä tuotoksen saavuttamiseksi käytetyt keinot sekä oma arvio prosessista, tuotoksesta ja oppimisesta. Lisäksi opinnäytetyöstä riippuen voi olla tärkeää kertoa, miten tietoa on hankittu ja miten toteutus on käytännössä tapahtunut. Erityisesti ohjeistuksena tai oppaana toteutetun opinnäytetyön kohdalla lähdekritiikki on tärkeässä asemassa, jolloin on varmistettava tiedon oikeellisuus ja luotettavuus. (Vilkka & Airaksinen 2003, 51-56, 65.) Tämän työn tekemiseen on käytetty näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, joka on ollut edellytys tämän kehittämistyön tuotoksena syntyneen potilasohjeen kirjoittamiselle.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä tarvitse käyttää tutkimuksellisia menetelmiä (Vilkka & Airaksinen 2003, 56). Tämän työn tekemisen tukena on kuitenkin käytetty kehittämistoiminnan tunnuspiirteitä selkeyttämään eroa kehittävään tutkimustoimintaan ja projektilla kehittämiseen nähden.

Kuvio 2 Tutkimuksen, kehittämisen ja projektin tunnuspiirteitä. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, mukaillen Salonen 2013).

11.2 Aiheen valinta ja rajaus

Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinto-oppaan (N.d.) mukaan opinnäytetyön tulee tukea alan kehitystä, omaa ura- ja opiskelusuunnitelmaa ja ammattikorkeakoulun yleisiä tavoitteita. Opinnäytetyömme aihetta miettiessämme toiveenamme oli, että työtämme tai siitä syntyvää tuotosta olisi mahdollista hyödyntää alallamme. Opinnäytetyön yksi toteuttamistapa on työelämän kehittämisprojekti (Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinto-opas, N.d.). Työelämälähtöisyys kiinnosti meitä molempia, ja olimme opinnäytetyön aiheen tiimoilta yhteydessä Seinäjoen keskussairaalaan syksyllä 2017. Vuoden 2017 lopulla ortopedian osastolta meille ehdotettiin aiheeksi ortogeriatriselle lonkkamurtumapotilaalle suunnatun potilasohjeen tekemistä. Aihe on ajankohtainen, sillä Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kehitetään aktiivisesti ortogeriatrista hoitotyötä.

Aiheen rajaukseen vaikutti yhteistyötahon toiveet asiasisällöstä ja käsiteltävistä aihealueista. Aiheen rajauksessa käytimme Seinäjoen keskussairaalan määritelmää ortogeriatrisesta lonkkamurtumapotilaasta. Tilaaja toivoi potilasohjeen sisältävän tietoa

monelta eri hoitotyön osa-alueelta, jotka ovat keskeisiä erityisesti ortogeriatrisen lonkkamurtumapotilaan kotihoidossa.

11.3 Opinnäytetyön eteneminen ja aikataulu

Opinnäytetyömme aihe varmistui joulukuussa 2017 ja se hyväksyttiin 28.1.2018. Alkuun toimeksiantajamme laittoi sähköpostitse toiveita potilasohjeen sisällöstä, joiden mukaan työstimme alustavaa opinnäytetyön sisältöä. Opinnäytetyön työstämisen aloitimme tekemällä miellekartan keskeisimmistä työhömme liittyvistä käsitteistä. Käsitekarttaan keräsimme monia ortogeriatrisen lonkkamurtumapotilaan hoitoon liittyviä tekijöitä.

Yhteistyöpalaveri ortopedian osaston ja geriatrian poliklinikan kanssa pidettiin 20.2.2018 Seinäjoella ja samalla allekirjoitettiin yhteistyösopimus. Keväällä 2018 suunnittelimme opinnäytetyön sisältöä ja samalla työstimme aiheen rajausta. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin 30.4.2018 opinnäytetyöseminaarissa.

Aloitimme tiedonhaun käyttämällä apuna Finto-tietokantaa. Asiasanastoiksemme valikoitui Lääketieteen ja terveystieteen englanninkielinen asiasanasto Mesh ja Yleinen suomalainen ontologia asiasanasto YSO.

MeSH	**YSO**
geriatria	care instruction
ortopedia	gerontology
ortogeriatria	
lonkkamurtuma	
potilasopas	
potilasohje	
hoito-ohje	
hoito-ohjelma	
ortogeriatric	

hip fracture	
aftercare	
geriatric	
ortopedic	
patient education handout	
disease management	
omaiset	
relatives	

Tiedonhaussa käytimme kotimaista, näyttöön perustuvaa, Käypähoito-tietokantaa sekä kansainvälisiä tietokantoja, kuten esimerkiksi Cinahl, Medic ja PubMed, joissa edellisten asiasanojen lisäksi käytimme hakusanoja: jatkohoito, guide, ortogeriatria, ortogeriatric, iäkkäät, elderly, ravitsemus, nurtition, delirium, postoperatiivinen hoito.

Pyrkimyksenämme oli käyttää uusinta näyttöön perustuvaa tietoa. Kaikissa käyttämissämme tietokannoissa haimme tietoa vuosilta 2005-2018, mikä toimi myös poissulkukriteerinä. Lisäksi käytimme aineiston hakukriteereinä vapaasti ja ilmaiseksi käytössä olevia julkaisuja (free ful text).
Suomenkielistä aiheeseen liittyvää materiaalia löytyi, mutta täydensimme sitä englanninkielisillä tutkimuksilla, sillä maailmalla ortogeriatrisen lonkkamurtumapotilaan hoitotyötä on tutkittu ja kehitetty laajemmin. Lähteiden käytössä korostimme lähdekriittisyyttä arvioimalla kirjoittajan tunnettavuutta ja arvostettavuutta. Pyrimme käyttämään tunnettujen tieteellisten aikakausijulkaisujen ja arvovaltaisten kustantamoiden julkaisemaa aineistoa luotettavuuden takaamiseksi. Lähteiden luotettavuutta työssämme lisää se, että emme ole käyttäneet toissijaisia lähteitä vaan olemme käyttäneet aina alkuperäistä lähdettä.

Kesällä 2018 opinnäytetyön tekemisessä oli taukoa, koska olimme harjoittelussa sekä kesätöissä. Odotimme myös palautetta toimeksiantajaltamme, jonka saimme elokuussa 2018. Syksyllä 2018 jatkoimme opinnäytetyön tekemistä saamamme palautteen mukaan. Lisäksi muutaman kuukauden tauko opinnäytetyön tekemisestä ”kirkasti”ajatuksiamme ja teimme työhön useita muutoksia.

Syyskuussa 2018 aloitimme myös potilasohjeen tekemisen. Aluksi työstimme potilasohjeen otsikot ja jaoimme vastuun sisällön kirjoittamisesta puoliksi. Käytimme sisällön kirjoittamiseen teoreettisen viitekehykseksemme tekstiä, muokaten kieltä potilasohjeeseen sopivaksi ottaen huomioon kohdehenkilöt, joille potilasopas on tarkoitettu. Lähetimme työn ohjaajille ja toimeksiantajalle kommentoitavaksi 25.9.2018.

Palautimme opinnäytetyön marraskuussa 2018.

12 Pohdinta

12.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme on toteutettu Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaisesti, minkä lisäksi olemme työtä tehdessämme ottaneet huomioon hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdat sekä tieteelliselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset.

Tutkimusta tehtäessä tulee ottaa huomioon tieteellistä työskentelyä koskevat eettiset vaatimukset aina tiedon hankinnasta työn julkaisemiseen saakka (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 23). Kuulan (2011, 29) mukaan tieteen harjoittamisen ihanteina pidetään rehellisyyttä, avoimuutta ja kriittisyyttä, joita olemme noudattaneet sekä tiedonhankinnan aikana että kirjallisten tuotostemme työstämisessä.

Tutkimustyöskentelyssä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jota pidetään lähtökohtana toteutettaessa eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja tuloksiltaan uskottavaa tieteellistä tutkimusta (Hyvä tieteellinen käytäntö, N.d.; Kuula 2011, 34). Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimusta tehtäessä tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia antamalla niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa työssä (Kuula 2011, 35). Lähteemme ovat luotettavia ja ne perustuvat tutkit-

tuun sekä ajantasaiseen tietoon. Käyttämämme lähdemateriaali on julkaistu pääasiassa viimeisen kymmenen vuoden sisällä. Teoreettiseen viitekehykseen olemme selkeästi laittaneet lähdemerkinnät emmekä ole muuttaneet tekstin sisältöä Kaikkien lähteiden alkuperä on myös jäljitettävissä lähdeluettelon avulla.

Potilasohjeen tuottamisessa noudatimme eettisyyttä huomioiden myös sosiaali- ja terveysalan eettiset suositukset, joiden mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden lähtökohtana on asiakkaan ja potilaan etu (ETENE 2011, 5). Potilasohje noudattaa näitä suosituksia, painottaen hoidon ja palvelun hyvää laatua, ollen luotettava ja turvallinen. Potilasoppaaseen käyttämämme tieto on näyttöön perustuvaa ja luotettavaa teoriatietoa, jonka pohjalta on tavoitteena parantaa potilaiden hoidon laatua ja lisätä hoidon tasavertaisuutta. Tiedonhaussa käyttämämme tietokannat ovat olleet luotettavia sekä tunnettuja, ja lähteet olemme valinneet kriittisesti pyrkien hyödyntämään uusinta tietoa.

Hyvä tieteellinen käytäntö velvoittaa ottamaan huomioon tutkimusryhmän jäsenten aseman, oikeudet ja tutkimustulosten omistajuutta ja säilyttämistä koskevat kysymykset (Kuula 2011, 35). Otimme tämän huomioon heti opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa ja teimme yhteistyösopimuksen Seinäjoen keskussairaalan osasto A22:n sekä geriatrian poliklinikan kanssa, missä sovimme työn toteuttamisesta tilaustyönä.

12.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä Seinäjoen keskussairaalan ortopedian osasto A22:lle potilasohje ortogeriatriselle lonkkamurtumapotilaalle ja hänen läheisilleen. Teoreettiseen viitekehykseen keräsimme tietoa ortogeriatrisesta hoitotyöstä yleisesti sekä Seinäjoen keskussairaalassa käytössä olevasta ortogeriatrisesta hoitotyön mallista. Lisäksi viitekehyksessä käsittelimme lonkkamurtumia, lonkkamurtumapotilaan postoperatiivista hoitotyötä (sisältäen deliriumin, kivun hoidon, infektiot, ravitsemuksen, painehaavaumat, mobilisoitumisen, mielialan sekä leikkaushaavan hoidon), kaatumisen ennaltaehkäisyä ja läheisten roolia lonkkaleikkauksen jälkeisessä toipumisessa.

Mielestämme opinnäytetyön aiheen valinta ja rajaus onnistuivat hyvin, sillä ne täyttävät opinnäytetyölle asetetut vaatimukset ja tavoitteet tukien henkilökohtaista kehitystämme hoitotyön ammattilaisiksi. Työtä varten keräsimme laaja-alaisesti tietoa ortogeriatrisen potilaan hoitoon liittyvistä erityispiirteistä, mistä uskomme olevan hyötyä tulevaisuudessa sairaanhoitajan työssä. Lisäksi tilaajan toiveet huomioiden kokosimme potilasohjeeseen toipumisen ja kuntoutumisen kannalta keskeisimmät jatkohoidon osatekijät. Opinnäytetyössämme käytimme näyttöön perustuvaa ja luotettavaa teoriatietoa, jonka pohjalta pyrimme parantamaan potilaiden jatkohoidon laatua ja lisäämään hoidon tasavertaisuutta.

Työn tekeminen kehitti lisäksi tieteellisen tutkimustyön tekemisen taitojamme kuten esimerkiksi tiedon hakua/rajaamista, kriittistä ajattelua, tiedon jäsentelyä ja yhteistyötaitoja. Onnistuimme käyttämään keskeisiä hakusanoja, koska olemme löytäneet aihealueeseen liittyvää ajankohtaista materiaalia. Teoreettista viitekehystä työstäessämme huomasimme kuitenkin, miten laaja kokonaisuus opinnäytetyömme loppujen lopuksi on ja saimmekin tarkasti miettiä, mitä lähteitä käytämme. Alkuvaiheessa tehdyssä käsitekartassa meillä oli oleellisia asioita, mutta nyt jälkikäteen katsottuna, painotus on ollut väärä. Siitä huolimatta lopullinen teoreettinen viitekehys sisältää potilasohjeen kannalta oleellisimmat aihealueet.

Keskinäinen yhteistyömme sujui luontevasti. Alussa sovimme, että asioista puhutaan avoimesti ja työnjako tehdään tasapuolisesti. Olemme pystyneet alusta lähtien luottamaan siihen, että molemmat osapuolet tekevät opinnäytetyötä sovitun aikataulun mukaan. On ollut samanlainen näkemys sekä sisällöstä että toteutuksesta. Koimme haastavana aikataulujen yhteensovittamisen erityisesti keväällä ja kesällä 2018 harjoittelujen ja kesätöiden vuoksi.

Toimeksiantajalta alussa saamamme toiveet sisällön suhteen muokkautuivat ja tarkentuivat viimeiseen muotoonsa vasta hyvin lähellä opinnäytetyön viimeistelyvaihetta, mikä teki potilasohjeen työstämisestä haasteellista. Ensimmäisen version työstimme omien näkemystemme mukaisesti, minkä jälkeen tilaaja täsmensi toiveitaan ja usean väliversion kautta muotoutui lopullinen versio. Haasteellista oli yhdistää kom-

paktiin muotoon sekä ortopedian osaston A22 toiveet sekä geriatrian poliklinikan toiveet. Yhteistyölle asetti omat haasteensa sekä tekijöiden aikataulut, että toimeksiantajan edustajien aikataulut.

Koemme, että olemme saaneet koottua potilasohjeeseen oleelliset ortogeriatrisen lonkkamurtumapotilaan jatkohoitoa koskevat asiat. Oppaan olemme kohdistaneet toimeksiantajan toiveen mukaan ortogeriatrisille eli yli 65- vuotiaille lonkkamurtumapotilaille ja huomioineet hoito- ohjeistuksissa ikääntymisen vaikutuksen kehoon sekä postoperatiiviseen toipumiseen.

Olemme miettineet, mitä tekisimme nyt toisin potilasohjeen suhteen. Kohdennetumman ohjeen olisimme saaneet, mikäli olisimme alussa hyödyntäneet potilaille, omaisille ja hoitohenkilökunnalle suunnattua kyselyä. Palautteen pohjalta olisi ollut helpompi työstää potilasohjetta. Lisäksi olisimme yhden tuotoksen antaneet koekäyttöön osastolle ja siitä saadun palautteen mukaan vielä työstäneet potilasohjetta.

12.3 Jatkokehittämisaihe

Jatkokehittämisideana olisi selvittää, onko ortogeriatriselle lonkkamurtumapotilaalle ja hänen omaiselleen suunnattu potilasohje sisältänyt oleelliset jatkohoitoa ja – kuntoutumista edistävät asiat. Mitkä ovat potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan kokemukset potilasohjeesta; mikä ohjeessa on hyvää, mitä parannettavaa ja mitä oleellista ohjeesta puuttui?

Lähteet

Aro, H. 2009. Lonkkamurtumapotilaiden hoito päivitettävä. Suomen Lääkärilehti. Viitattu 13.3.2018. http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/pdf/2009/SLL12009-12.pdf

Arokoski, J. 2015. Lonkan ja polven sairaudet. Fysiatria. Duodecim oppiportti. Viitattu 10.9.2018.
http://www.oppiportti.fi/op/fys00013/do

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. & Toverud, K. 2002. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. WSOY.

Close, J. Swartz, K. & Deu, R. 2013. Hip fracture in older patients: Tips and tools to speed recovery. The journal of family practice. September 2013. Vol 62, No 9.

Delirium: prevention, diagnosis and management. 2010. NICE National Instutute for Health and Care Exellence. Viitattu 4.4.
https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/1-Guidance#risk-factor-assessment

Ekman, E. 2017. Lonkkamurtuman hoito- mikä proteesi, mistä avauksesta? Ortopedian ja traumatologian klinikka. Turun yliopistollinen sairaala. Suomen Ortopediyhdistys. Viitattu 23.9.2018. http://www.soy.fi/files/soy_40_2_2017_web.pdf

Evira. 2010. Ikääntyneiden ravitsemussuositukset. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 16.10.2018. https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Viitattu 12.11.2018. https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf.pdf

Givens, J., Sanft, T. & Marcantonio, E. 2008. Functional Recovery After Hip Fracture: The Combined Effects of Depressive Symptoms, Cognitive Impairment, and Delirium. JAGS, Vol. 56, No. 6, 1075–1079.

Grahn, K. 2014. Asiakas arvioijana terveydenhuollossa. Potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista. Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Goldberg, R. 2007. Treating depression in the elderly in primarycare settings — an evidence-based review. Geriatric Psychopharmacology update. The Brown university. Volume 11. Number 5. Viitattu 25.9.2018. http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=d7d88e95-117b-4f17-a155-75a98d907106%40sessionmgr4006

Haapiainen, R. & Virolainen, P. 2016. Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.1.2018. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75506/Raportteja%20ja%20muistioita%202016_56.pdf?sequence=1

Haavan hoito- ohje. N.d. Ortopedian osasto. Seinäjoen keskussairaala. Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 1.4.2018. http://www.epshp.fi/files/1674/haavan_hoito.pdf

Hakala, P. 2010. Proteiinin merkitys painonhallinnassa. Duodecim. Käypä hoito- suositus. Viitattu 16.10.2018. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01665

Harjula, A. 2015. Ortogeriatrisen hoitotyön kehittäminen Seinäjoen keskussairaalan ortopedian osastolla. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.3.2018. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/92667/Harjula_Anne.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Harjula, A. 2018. ……. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Seinäjoen keskussairaala- Haastattelu 14.11.2019.

Hakala, M., Malmivaara, A., Eskelin, J., Toivonen, U., Haapala, J., Valjakka- Heimola, M., Mikkelsson, M. & Häkkinen, U. 2014. Kuntoutusosaston perustamisen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden hoitotuloksiin. Viitattu 13.3.2018. www.laakarilehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/pdf/2014/SLL52014-319.pdf

Hawley, S. Javaid, K., Prieto-Alhambra, D., Lippett, J. Sheard, S., Arden, N., Cooper, C. & Judge, A. 2016. Clinical effectiveness of orthogeriatric and fracture liasion service models og care for hip fracture patients: population-based lognitudial study. Age and Ageing, Volume 45, Issue2, 1 March 2016. Viitattu 14.9.2018. https://academic.oup.com/ageing/article/45/2/236/2195354

Hengitysharjoitukset vesipullolla. Potilasohje. 2014. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea. Viitattu 13.3.2018. http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/Fysiatria%2C%20kuntoutus/170614%20Hengitysharjoitukset%20vesipullolla.pdf

Hip fracture: management. 2017. NICE National Instutute for Health and Care Exellence. Viitattu 4.4. https://www.nice.org.uk/guidance/cg124

Huusko, T. 2003. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen liittyvät ongelmat. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti. Viitattu 15.3.2018. http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/pdf/2003/SLL122003-1431.pdf

Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2005;121(16):1769-73. http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/16/duo95167

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede Vol. 19, No. 2/2007, 51–62.

Ikäihmisten mielenterveyshäiriöt. N.d. Mielenterveystalo. Viitattu 5.10.2018. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_ikaihmisten_mielenterveydesta/psykiatriset_ja_neuropsykiatriset_ongelmat/Pages/ikaihmisten_mielenterveyshairiot.aspx

Ikääntyneen ravitsemusopas. 2014. Suomen Muistiasiantuntijat ry. Viitattu 25.10.2018. http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Ikääntyneen%20ravitsemusopas%202014.pdf

Jokitalo, M., Mäkitaavola, A-L., Söderlund, S. & Tervaniemi, S. 2010. Lonkkamurtumasta kuntoutuminen. Opinnäytetyö. Kemin ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.9.2018. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24204/Lonkkamurtumasta%20kuntoutuminen.pdf?sequence=2

Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinto-opas. N.d. Viitattu 10.11.2018. https://opinto-oppaat.jamk.fi/fi/opinto-opas-amk/Opiskelu/Opinnaytetyo/

Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. N.d. Viitattu 10.11.2018. https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistoiminta/

Kalso, E. 2009. Vanhusten kivunhoito. Kipu. Duodecim Oppiportti. Viitattu 1.4.2018. http://www.oppiportti.fi/op/kip04702/do

Kangas, T., Hämäläinen, R., Valve, J. & Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. Lääkärilehti. 11/2018 vsk 73. S.713-718.

Kortekangas- Savolainen, O. & Rantanen, T. 2016. Painehaavat. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 14.10.2018. http://www.oppi-portti.fi/op/ger02008/do?p_haku=painehaava#q=painehaava

Laurila, J. 2010. Julkaisussa Geriatria. Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo.

Laurila, J. 2016. Delirium. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 16.10.2018. http://www.oppiportti.fi/op/ger03300/do?p_haku=delirium#q=delirium

Laskimotukos ja keuhkoembolia. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Viitattu 1.4.2018. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50022#s5

Laein-Kilpi, H & Salanterä, S 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen potilaslehti. No 2. kesäkuu - syyskuu 2009, s. 6-7.

Lonkkamurtuma. 2017. Käypä hoito. Duodecim. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediayhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 13.1.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50040.pdf

Lonkkamurtumapotilaiden hoito. 2006. Näytön paikka, Käypä hoito- suosituksen tiivistelmä. Duodecim. Viitattu 13.1.2018. http://www.duodecim-lehti.fi/api/pdf/duo96146

Lonkan tekonivelleikkaus. 2016. HUS. Peijaksen sairaala. Viitattu 25.10.2018. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/ortopedia/tekonivelkirurgia/Documents/Lonkan-tekonivelleikkaus-opas2016.pdf

Lumio, J. 2018. Ommellun haavan hoito kotona. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01126

Mäkelä, V. 2017. Lonkan ja reisiluun murtumat. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.1.2018. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00423&p_haku=lonkan%20ja%20reisiluun%

Nuotio, M. 2018. Haastattelu 20.2.2018. Seinäjoen keskussairaala.

Nuotio, M., Jokipii, P., Viitanen, H. & Jäntti, P. 2009. Ortogeriatria- hankkeesta käytäntöön Etelä- Pohjanmaalla. Suomen Lääkärilehti. Viitattu 13.3.2018. http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/pdf/2009/SLL212009-1985.pdf

Nuotio, M., Virtanen, P., Luukkaala, T. & Jousmäki, J. 2016. Iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoito- ja kuntoutusketjun toimivuuden alueellinen selvitys Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Julkaisusarja B. Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 22.3.2018. www.epshp.fi/files/8439/Iakkaiden_lonkkamurtumapotilaiden_hoito-_ja_kuntoutusketjun_toimivuuden_alueellinen_selvitys_Etela-Pohjanmaan_sairaanhoitopiirissa.pdf

Pajala, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. Viitattu 1.4.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf

Pajulammi, H. 2017. Hip fracture patients' care and predictors of outcomes during orthogeritric collaboration. A population based study. Turku: Painosalama Oy

Piirtola, M. & Huusko, T. N.d. Lonkkamurtuma. Käypä hoito. Viitattu 21.9.2018. http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/678-Piirtola_Huusko_Lonkkamurtumat_KH_Hoivapalvelut_2011.pdf

Pitkälä, K., Strandeberg, T. & Tilvis, R. 2016. Vanhusten lääkehoito. Julkaisussa Geriatria. Toim. Tilvi, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. ja Viitanen, M. Tallinna: Printon.

Potilasohje. 2017. Keuhkoleikkauspotilaan kotivoimisteluohjelma. Pohjois- Savon sairaanhoitopiiri. Viitattu 25.9.2018. https://ohjeet.kuh.fi/files/100016/277539_1_1.PDF

Rantala, A. & Huotari, K. 2017. Keuhkokuume ja virtsatieinfektiot leikkausten jälkeen. Kirurgia. Viitattu 20.3.2018. http://www.oppiportti.fi/op/kia20346/do?p_haku=leikkauskomplikaatiot#q=leikkauskomplikaatiot

Rantala, A. & Huotari, K. 2011. Leikkauksen jälkeiset infektiot. Infektiosairaudet. Duodecim oppiportti. Viitattu 21.2.2018. http://www.oppiportti.fi/op/isa04602/do?p_haku=haavainfektio#q=haavainfektio

Rodakowski, J., Rocco, P.B., Ortiz, M., Folb, B. Schulz, R. Morton, S.C., Leathers, S.C., Hu, L. & James, A.E. 2017. Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2017 Aug;65(8):1748-1755. doi: 10.1111/jgs.14873. Epub 2017 Apr 3. Viitattu 5.4.2018. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.14873

Ruokailuohjeita vajaaravitsemuksen ehkäisyyn ja hoitoon. 2017. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Seinäjoen keskussairaala. Ravitsemusterapia. Potilasohje.

Ruokatieto. 2018. Hiilihydraatit. Ruokatieto Yhdistys ry. Viitattu 16.10.2018. https://www.ruokatieto.fi/ruokakasvatus/ruokaketju-ruuan-matka-pellolta-pöytaan/ravitsemus-ja-ruuan-valinta/energiaravintoaineet/hiilihydraatit

Sillanpää, E. 2016. Iloa ja elinvoimaa liikunnasta. Gerontologian tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.10.2018. https://www.voimaavanhuuteen.fi/content/uploads/2016/04/Iloa-ja-elinvoimaa-liikunnasta-Elina-Sillanpää.pdf

Siro. Hoitoon liittyvät infektiot. Siro- seuranta Osa 3. Leikkausalueen infektiot ja raportit. Sairaalainfektio- ohjelma (SIRO). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.10.2018. https://thl.fi/documents/533963/2251514/Leikkausalueen_infektiot.pdf/929776ce-48ca-4e8e-8bfb-e7aee8fd19bd

Soppi, E. 2010. Painehaava- esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim. Viitattu 21.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo98591.pdf

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-5137. 2015. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 25.10.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2016a. Ikääntymismuutokset ja ravitsemus. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 13.10.2018. http://www.oppiportti.fi/op/ger03001/do

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2016b. Vanhusten ravinnonsaanti. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 13.10.2018. http://www.oppiportti.fi/op/ger03002/do

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2016c. Vanhusten ravitsemusongelmat. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 14.10.2018. http://www.oppiportti.fi/op/ger03003/do

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2016d. Ravitsemustilan arviointi vanhuksilla. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 14.10.2018. http://www.oppiportti.fi/op/ger03004/do

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2016e. Ravitsemuskuntoutus ja ravitsemushoito vanhuksilla. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Viitattu 14.10.2018. http://www.oppiportti.fi/op/ger03005/do

Suorajärvi- Bron, R. & Kinnunen, M. Ikääntyneen ruokavalio. 2017. Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 25.10.2018. http://www.epshp.fi/files/9613/Ikaantyneen_ruokavalio.pdf

Tarnanen, K., Huusko, T., Jämsen, E., Holm, A., Malmivaara, A. & Mattila, V. 2018. Lonkka murtui- tavoitteena takaisin kotiin. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 4.2.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00055#s1

Tarnanen, K., Rauramaa, R. & Kukkonen- Harjula, K. 2016. Liikunta on lääkettä. Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 25.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00077&p_hakusana=masennus#s10

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Lonkkamurtuma. Perusraportit. Viitattu 25.9.2018. https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit

Tekonivelleikkauksen jälkeen. 2016. Potilasohje. Ortopedian osasto. Seinäjoen keskussairaala. Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 17.10.2018. http://www.epshp.fi/files/6996/Tekonivelleikkauksen_jalkeen_(ID_6863).pdf

The care of patients with fragility facture. 2007. British Ortopeadic Association. Viitattu 26.3.2018. http://www.bgs.org.uk/pdf_cms/pubs/Blue%20Book%20on%20fragility%20fracture%20care.pdf

Tilvis, R. 2016a. Osteoporoottiset murtumat. Geriatria. Duodecim oppiportti. Viitattu 21.3.2018. www.oppiportti.fi/op/ger02202/do?p_haku=lonkkamurtuma#q=lonkkamurtuma

Tilvis, R. 2016b. Kaatuilun yleisyys ja merkitys. Geriatria. Duodecim oppiportti. Viitattu 21.3.2018. www.oppiportti.fi/op/ger02701/do?p_haku=lonkkamurtuma#q=lonkkamurtuma

Tirkkonen, A. 2015. Kognitiivisen toimintakyvyn yhteys tasapainoon ja tasapainon varmuuteen lonkkamurtumasta toipuvilla iäkkäillä henkilöillä. Pro gradu- tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 21.3.2018. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/46384/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201506222406.pdf?sequence=1

Torkkola S, Heikkinen, H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi: Opas potilasohjeiden tekijöille. Tammi: Helsinki

Turjamaa, R., Hartikainen, S. & Pietilä, A-M. 2011. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat. Tutkiva Hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakausilehti. Vol. 9 (4) 2011.

Vikatmaa, L. 2013. Preoperatiivisen anemian vaikutus leikkauksesta selviytymiseen. Finnanest. Viitattu 2.4.2018. www.finnanest.fi/files/vikatmaa_preoperatiivisen_anemian_vaikutus.pdf

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2013. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi: Jyväskylä.

Watne, L., Torbergsen, A., Conroy, S., Engedal, K., Frihagen, F., Hjorthaug, G., Juliebo, V., Raeder, J., Saltvedt, I., Skovlund, E. & Wyller, T. 2014. The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). BMC Medicine. 12(1):63 April 2014.

Welsh, T., Gordon, A. & Gladman, J. 2014. Comprehensive geriatric assessment – a guide for the non-specialist. International Journal of Clinical Practice. 2014 Mar; 68(3): 290–293.

Wilson, H. 2017. Orthogeriatrics in Hip Fracture. The Open Orthopaedics Journal. ISSN: 1874-3250 — Volume 12, 2018. Viitattu 26.3.2018. https://benthamopen.com/FULLTEXT/TOORTHJ-11-1181

Visschedijk, J., Achterberg, W., van Balen, R. & Hertogh, C. 2010. Fear of Falling After Hip Fracture: A Systematic Review of Measurement Instruments, Prevalence, Interventions, and Related Factors. JAGS, Vol. 58, No. 9, 1739–1748.

Liitteet

LIITE 1.

TOIPUMISEN AVAIMET

Potilasohje ortogeriatriselle lonkkamurtumapotilaalle ja hänen läheisilleen

Tämän potilasohjeen tarkoituksena on antaa lonkkamurtumapotilaalle ja hänen läheisilleen tietoa lonkkamurtumasta, sen hoitokäytännöistä Seinäjoen keskussairaalassa sekä tukea ja tehostaa potilaan toimintakyvyn palautumista lonkkaleikkauksen jälkeen.

Ortogeriatrista lonkkamurtumapotilasta hoitavaan moniammatilliseen tiimiin kuuluvat: geriatri, ortopedi, geriatrian poliklinikan sairaanhoitaja, ortopedian osaston sairaanhoitajat ja fysioterapeutti.

Läheisten rooli

Lonkkamurtumapotilaan toipumisessa tärkeässä roolissa ovat ***läheiset***, jotka toimivat tiedonantajana, potilaan puolestapuhujana ja turvan tuojana. Omaisilta saadun tuen turvin on voitu merkittävästi vähentää myös potilaiden uudelleen sairaalaan joutumista.

Sisältö

1 ORTOGERIATRINEN HOITO SEINÄJOEN KESKUSSAIRAALASSA 2

2 YLEISTÄ LONKKAMURTUMISTA 4

3 LONKKAMURTUMATYYPIT 6

4 KIVUN HOITO 7

5 LIIKKUMINEN JA LASKIMOTUKOSTEN EHKÄISY 9

6 RAVITSEMUS 10

7 LONKKALEIKKAUKSEN JÄLKEINEN DELIRIUM 12

8 LEIKKAUSHAAVA 14

9 INFEKTIOT 16

10 PAINEHAAVAUMAT 17

11 MIELIALA 18

12 KAATUMISTEN JA UUSINTAMURTUMIEN ENNALTAEHKÄISY 19

13 JATKOKONTROLLIT 20

14 YHTEYSTIEDOT 21

1 ORTOGERIATRINEN HOITO SEINÄJOEN KESKUSSAIRAALASSA

Pian sairaalaan tulonne jälkeen geriatrian poliklinikan sairaanhoitaja käy haastattelemassa teitä tai haastattelee suostumuksellanne läheistänne murtumaa edeltäneestä terveydentilastanne, ravitsemustilastanne, muististanne sekä liikunta- ja toimintakyvystänne.

Leikkauksen jälkeen ortopedi antaa jatko-ohjeet lonkkaleikkaukseen liittyen ja geriatri vastaa muutoin osastovaiheen hoidostanne. Ortopedi on myös tarvittaessa käytettävissä koko leikkaushoitojakson ajan ja vastaa hoidostanne geriatrin poissa ollessa.

Leikkauksen jälkeisenä päivänä teidät avustetaan voinnin mukaan istumaan ja seisomaan sekä aloitetaan kävelyharjoitukset apuvälineen turvin. Harjoittelun yhteydessä seurataan verenpainetta, hapetusta, sykettä ja arvioidaan kipua. Varhaisen liikkeelle lähdön ja tehokkaan harjoittelun tavoitteena on toiminta- ja liikuntakykynne palautuminen vähintään leikkausta edeltävälle tasolle, nivelliikkuvuuksien ylläpitäminen ja komplikaatioiden ehkäiseminen.

Geriatri tekee arvion lääkehoidostanne, ravitsemustilanteestanne sekä punasolusiirtojen ja/tai suonensisäisen nesteytyksen tarpeesta. Lisäksi arvioidaan mahdollista deliriumia eli äkillisiä sekavuusoireita ja samalla kartoitetaan muistitutkimuksen tarve. Luustoterveystilanteen arvioimiseksi selvitetään D- vitamiinin ja kalsiumin tarve/riittävyys sekä luustontiheysmittauksen tarve. Osastojaksolla tehdyillä lääkitysmuutoksilla pyritään vähentämään kaatumisriskiänne.

Virtsakatetri voidaan laittaa teille jo päivystyksessä ja se pyritään poistamaan 24 tunnin kuluttua leikkauksesta. Katetrin varhainen poisto vähentää virtsatieinfektion ja deliriumin riskiä sekä nopeuttaa liikkeelle lähtemistä. Virtsarakon tyhjenemistä seurataan vatsanpeitteiden päältä tehtävällä ultraääni- mittauksella, joka on kivuton.

Keskussairaalassa hoitoajat ovat melko lyhyitä. Geriatri päättää kotiutumisestanne tai siirtymisestänne jatkohoitoon (terveyskeskukseen/asumispalveluyksikköön). Jatkohoitoon siirtymisenne edellyttää, että geriatri on arvioinut toipumisenne ja katsonut, että hoitoanne voidaan jatkaa terveyskeskuksessa. Geriatri laatii loppuarvioon hoito- ja kuntoutussuunnitelman.

Jatkohoitopaikassa hoidostanne vastaa terveyskeskuslääkäri. Hoito ja kuntoutus jatkuvat liikunta- sekä toimintakykyänne edistäen.

Osastolla A22 ortogeriatrinen kierto on arkipäivisin klo 12.30 ja siinä mukana ovat geriatri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Läheiset voivat olla mielellään läsnä kierrolla.

2 YLEISTÄ LONKKAMURTUMISTA

Suomessa lonkkamurtumia leikataan vuosittain noin 7600.

Lonkkamurtuman riskitekijöitä ovat:

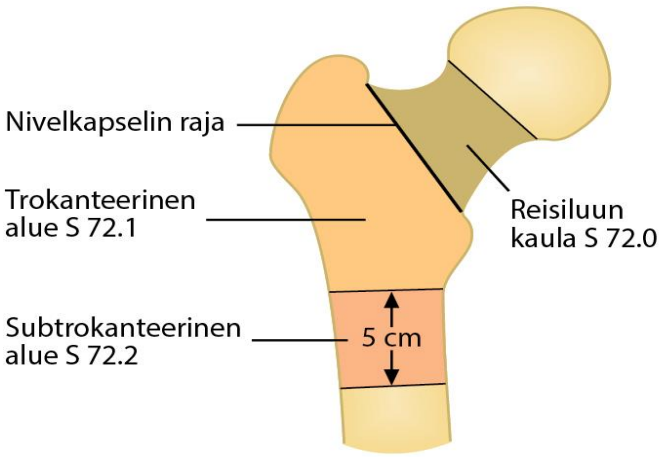
- luiden heikko mineraalipitoisuus (osteoporoosi/osteopenia eli pienentynyt luun tiheys)
- naissukupuoli
- yli 65- vuotias
- heikko lihasvoima ja heikentynyt liikuntakyky
- tupakointi
- runsas alkoholinkäyttö
- diabetes
- aiemmat murtumat ja kaatumiset
- huono ravitsemustila
- heikentynyt näkö
- muistisairaudet
- D- vitamiinin puute
- aivoverenkiertohäiriöt
- Parkinsonin tauti
- ortostaattinen hypotensio eli pystyasentoon liittyvä verenpaineen lasku

Lonkkaleikkauksen jälkeisen hoidon tavoitteena on tukea ja tehostaa toipumistanne sekä nopeuttaa liikunta- ja toimintakykynne palautumista vähintään leikkausta edeltävälle tasolle.

Tärkeää on muistaa, että jokaisen toipuminen etenee yksilöllisesti. Lonkkaleikkauksen jälkeiseen toipumiseen voitte vaikuttaa liikkumalla mahdollisimman paljon vointinne mukaan. Riittävä energian ja proteiinien saanti ruoasta ja täydennysravintovalmisteista sekä riittävä kivunhoito ovat toipumisen kannalta keskeisiä.

3 LONKKAMURTUMATYYPIT

Reisiluun yläosan murtumat jaotellaan kolmella tavalla; reisiluun kaulan murtuma, trokanterinen eli sarvennoisten alueen murtuma sekä subtrokanterinen eli sarvennoisten alaisen alueen murtuma.



Kuva 1: Lonkkamurtuman esiintymisalueet (Lonkkamurtuma 2011)

Leikkausmenetelminä käytetään osteosynteesi-ruuvikiinnitystä, puolitekoniveltä tai kokotekoniveltä, joka valitaan murtumatyypin mukaan. Leikannut ortopedi antaa varausohjeet sekä mahdolliset liikerajoitusohjeet.

Teidän jatko-ohjeenne ovat:

_____

_____

4 KIVUN HOITO

Tehokas kivunhoito aloitetaan jo ambulanssissa ja päivystyksessä. Seinäjoen keskussairaalassa käytetään lisääntyvässä määrin myös puudutuksellista kivun hoitoa, joka annetaan mahdollisesti jo päivystyksessä, mutta viimeistään lonkkaleikkauksen yhteydessä. Riittävä ja säännöllinen kivunhoito vähentää deliriumin sekä komplikaatioiden ilmaantumista ja nopeuttaa lonkkaleikkauksesta kuntoutumista.

Murtuman korjausleikkaus on lähtökohta kivun lievittymiselle ja leikkaushoito pyritäänkin toteuttamaan mahdollisimman pian. Kivun hoidon vuoksi huonokuntoisimmatkin potilaat leikataan lähes poikkeuksetta.

Ennen leikkausta ja heti leikkauksen jälkeen tarvitsette yleensä voimakkaampaa kipulääkitystä, jonka tarve voi kuitenkin olla vähäisempää, mikäli olette saaneet puudutuksellista kivun hoitoa. Kivun voimakkuus ja kesto ovat yksilöllisiä. Hoitava lääkäri määrää teille tarvittavat kipulääkkeet, joita alkuun otetaan säännöllisesti päivittäin, ohjeen mukaan. Kivun lievittyessä kipulääkkeiden käyttöä vähennetään asteittain ja lopetetaan, kun kipua ei enää ole. Voimakkaammat kipulääkkeet puretaan yleensä 1-2 viikon aikana.

Mikäli koette, että kipulääkitys ei ole teille sopiva tai riittävä, keskustelkaa asiasta teitä hoitavan lääkärin kanssa kipulääkityksen muuttamiseksi.

Jos kipulääkkeet aiheuttavat ummetusta tai vatsaoireita, teille voidaan määrätä ulostus- ja vatsansuojalääkkeitä, joita voitte tarvittaessa hakea kotiutumisen jälkeen apteekista. Mikäli niistä ei ole apua vaivaan, ottakaa yhteys terveyskeskukseen kipulääkityksen tarkistamiseksi.

Tehokkaan kivunhoidon avulla pystytte:

- **tekemään ohjattuja liikeharjoituksia**
- **kävelemään apuvälineen turvin**
- **osallistumaan kevyiden kotiaskareiden tekemiseen**
- **nukkumaan paremmin**

5 LIIKKUMINEN JA LASKIMOTUKOSTEN EHKÄISY

Tavallisimmin liikkumista rajoittavat ja vähentävät kipu sekä kaatumisen pelko. Lyhytkin vuodelepo ja liikuntarajoitus heikentävät nopeasti yleiskuntoa, lihasvoimaa ja tasapainoa.

Kuntoutumisenne kannalta on tärkeää, että pyritte päivittäin tekemään kävelylenkkejä apuvälineen turvin. Kävelymatkaa on tavoitteena nousujohteisesti pidentää yleiskunnon ja toimintakyvyn kohentumiseksi. Lisäksi sairaalassa ohjatut liikeharjoitukset kohentavat lihasvoimaa ja myös niitä on hyvä tehdä säännöllisesti. Liikkumisen apuvälinettä on suositeltavaa käyttää siihen asti, kunnes pystytte liikkumaan kivutta, ontumatta ja tasapainoisesti.

Kotiutumisen jälkeen jatkatte sairaalassa aloitettua laskimotukosten ennaltaehkäisyyn aloitettua lääkettä ohjeen mukaisesti. Myös varhainen liikkeelle lähteminen vähentää tukosriskiä. Muistettava kuitenkin on, että laskimotukokset ovat mahdollisia liikkumisesta ja lääkkeestä huolimatta. Laskimotukoksen riskitekijöitä ovat muun muassa leikkaus, korkea ikä, kuivuminen, pitkä paikallaan istuminen ja tupakointi. Mikäli raaja voimakkaasti turpoaa, ilmaantuu punoitusta, kuumotusta, kipua, kosketusarkuutta ja täyteläisyyden tunnetta, ottakaa yhteyttä terveyskeskukseen.

6 RAVITSEMUS

Vajaaravitsemus on yleistä iäkkäillä ja lonkkamurtuma lisää sen riskiä. Sen vuoksi osastolla aloitetaan tehostettu ruokavalio ja kartoitetaan ravitsemustilaanne, muun muassa seuraamalla syömänne ruoan määrää.

Osastolla saatte monipuolista ruokaa, joka suositusten mukaan sisältää

- proteiineja (kalaa, lihaa, kananmunia, maitotuotteita, pähkinöitä)
- hiilihydraatteja (perunaa, kasviksia, täysjyväviljavalmisteita, hedelmiä ja marjoja)
- pehmeitä rasvoja (esimerkiksi rasvaista kalaa, avokadoa, pähkinöitä, siemeniä)

Monipuolisen ruokavalion lisäksi osastolla aloitetaan täydennysravintovalmisteiden käyttö ja saatte niitä kahdesti päivässä kuntoutumisenne ja toipumisenne tueksi. Täydennysravintovalmisteiden käyttöä jatketaan vähintään kahden kuukauden ajan. Kotiuduttuanne voitte ostaa niitä reseptivapaasti apteekista.

Osastolla aloitettua ravitsemuskuntoutusta on tärkeää jatkaa. Kotona asuvalle se voi olla ateriapalvelua, ruoanvalmistuksen ja ruokailun tukemista tai kauppapalvelua.

Vajaaravitsemuksen ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi tulisi teidän kotonakin jatkaa suositusten mukaista monipuolista ruokavaliota. Ruokarytmin tulisi olla säännöllinen; aamupala, välipala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala.

Mikäli syömänne ruokamäärät ovat pieniä, valitkaa runsaasti energiaa ja ravintoaineita sisältäviä ruokia sekä napostelkaa aterioiden välillä. Energiansaantia voitte lisätä myös juomalla energiapitoisia juomia (kevytmaito, rasvainen piimä, mehut, kaakao). Kevyttuotteiden sijaan suositellaan käytettäväksi tavanomaisia tai energiapitoisempia vaihtoehtoja. Välttämättömien rasvahappojen saanti turvataan, kun ruokavaliossa käytetään päivittäin esimerkiksi 6 tl kasvimargariinia tai 2 rkl kasviöljyä. Päivittäin suositellaan juotavan nesteitä 1- 1,5 litraa eli 5-8 lasillista.

Omaisten ja muiden läheisten merkitys on suuri potilaan tilanteen seuraajana sekä auttajana. Heidän on hyvä seurata ikääntyneen ruokailua ja syödyn ruoan määrää. Omaiset pystyvät arvioimaan syödyn ruoan monipuolisuutta käyttämällä arvioinnin tukena lautasmallia.

Lautasmalli/Evira

Ravitsemustilaanne on hyvä seurata säännöllisellä punnitsemisella esimerkiksi kerran viikossa. Laihtumista ei saisi tapahtua. Lihasvoimien palautuminen, painon korjaantuminen ja voinnin kohentuminen ovat merkkejä riittävästä ravinnon saannista.

On tärkeää syödä proteiini- ja energiarikasta ruokaa. Täydennysravintovalmisteiden käyttöä suositellaan jatkettavan vähintään kaksi kuukautta. Viikottainen painon seuranta on tärkeää.

7 LONKKALEIKKAUKSEN JÄLKEINEN DELIRIUM

Delirium eli äkillinen sekavuustila on yleinen sairaalavaiheen komplikaatio iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla, erityisesti muistisairailla. Seinäjoen keskussairaalassa sekavuutta arvioidaan osastolla päivittäin ja sitä pyritään ehkäisemään ja hoitamaan tehokkaasti. Leikkaushoitojakson aikana hoitaja tekee teille kyselyjä, joilla kartoitetaan sekavuustilaa.

Delirium alkaa aina äkillisesti ja oireet voivat vaihdella vuorokauden eri aikoina.

Deliriumin oireita ovat:

- Aistiharhat
- Muistihäiriöt
- Tarkkaavaisuuden, tajunnantason ja vireystilan muutokset
- Uni-valverytmin muutokset
- Tuskaisuus, levottomuus (pakonomainen kävely, raajojen levottomat liikkeet)

Varhaisen liikkeelle lähdön, tehokkaan kivun hoidon, monipuolisen ravinnon ja tuetun hoidon on todettu ehkäisevän deliriumin kehittymistä.

Myös läheisten läsnäolo on tärkeää. Voitte auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan deliriumin oireet ja rauhoittamaan potilasta.

On tärkeää muistaa, että vaikka oireet ovat joskus voimakkaita, on deliriumtila hyvässä hoidossa lyhytkestoinen ja ohimenevä.

Delirium voi ilmaantua myös myöhemmässä vaiheessa esimerkiksi voimakkaan kivun tai heikon ravitsemustilan seurauksena. Muistia on tärkeä seurata myöhemmin.

8 LEIKKAUSHAAVA

Haavan hoito

Leikkaushaava suljetaan metallihakasin ja haavan päälle laitetaan haavateippi, joka saa olla haavan päällä hakasten poistoon asti. Haavan voi kastella vuorokauden kuluttua leikkauksesta, mutta haavan hankaamista on vältettävä. Osastolla sairaanhoitaja vastaa haavanne hoidosta.

Leikkausalueelle kohdistuvaa painetta voitte vähentää kiristämättömillä löysillä vaatteilla. On tärkeää kiinnittää huomiota myös asentoonne, ja siihen että leikkausalueelle ei kohdistu ylimääräistä venytystä ja rasitusta.

Hakaset poistetaan kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Mikäli olette silloin vielä terveyskeskuksen vuodeosastolla, hoitaja poistaa hakaset. Jos olette kotiutuneet, varatkaa aika hakasten poistoa varten omalta terveysasemaltanne.

Mustelmat, turvotus ja punoitus

Leikkauskipu haavan alueella voi kestää muutamasta päivästä muutamaan viikkoon. On normaalia, että leikkausalueella on mustelmaa, lievää turvotusta ja punoitusta. Mustelmat johtuvat kaatumisesta sekä tehdystä leikkauksesta ja niitä voi olla leikkausalueen lisäksi reidellä, nivusissa, takapuolessa sekä säären alueella. Laajoilla alueilla olevat mustelmat saattavat alkuvaiheessa aiheuttaa lievää lämmönnousua. Mustelmat häviävät vähitellen itsestään.

Leikatussa alaraajassa voi olla yleensä viikoista muutamaan kuukauteen kestävää turvotusta. Turvotusta voitte ehkäistä tekemällä nilkkojen pumppausliikkeitä sekä välttämällä pitkäaikaista istumista tai seisomista.

Haavatulehdus

Mikäli leikkausalueella havaitaan haavatulehduksen merkkejä, on jatkohoitopaikkanne ohjeistettu ottamaan yhteys Seinäjoen keskussairaalaan. Tulehtuneen haavan hoidosta vastaa ortopedi. Tarvittaessa terveyskeskuslääkärinne voi aloittaa antibioottihoidon ortopedin luvalla.

Jos olette jo kotiutuneet ja havaitsette merkkejä tulehduksesta, ottakaa yhteyttä terveyskeskuksen päivystykseen. Tulehtunut haava tulee myös tässä tapauksessa hoitaa ortopedin ohjeiden mukaan. Älkää laittako haavalle antibioottivoiteita, desinfiointi- tai puhdistusainetta.

Lonkan tulehdustilanne voi johtaa pitkään suonensisäiseen antibioottihoitoon ja uusintaleikkauksen riski on tällöin olemassa. Leikkausalueen tulehdukset eivät ole yleisiä.

Tulehdusta tulee epäillä mikäli:

- **haava muuttuu uudelleen kivuliaaksi**
- **haavaan tulee turvotusta**
- **nousee kuume (yli 38 astetta kahden vuorokauden ajan)**
- **haava alkaa erittää keltaista, sameaa ja pahanhajuista eritettä**
- **jos haava-alueella punoitus äkillisesti, selkeästi ja voimakkaasti lisääntyy**

9 INFEKTIOT

Korkea ikä voi heikentää vastustuskykyä ja elintoimintoja vaikuttaen ihoon ja muihin kudoksiin tehden ne infektioalttiimmaksi. Lisäksi diabetes ja heikko ravitsemustila lisäävät infektioriskiä, minkä vuoksi onkin tärkeää huolehtia mahdollisimman hyvästä verensokeritasapainosta ja syödä monipuolisesti.

Keuhkokuumeen ennaltaehkäisemiseksi, keuhkotuuletuksen tehostamiseksi sekä hengitysteiden limaisuuden lievittymiseksi on suositeltavaa, että jatkatte pulloon puhallus- harjoituksia kotiutumisen jälkeenkin. Harjoitusta on hyvä tehdä sairaalasta saatujen ohjeiden mukaan useamman kerran päivässä siihen asti, että jaksatte olla normaalisti liikkeellä. Pullossa oleva vesi tulee vaihtaa päivittäin.

Virtsatietulehduksen ennaltaehkäisemiseksi on tärkeää, että juotte riittävästi nesteitä ja huolehditte mahdollisen ummetuksen hoidosta.

Infektioiden ehkäisemiseksi

- **huolehtikaa teille suositellusta, hyvästä verensokeritasapainosta**
- **syökää monipuolisesti**
- **tehkää pulloon puhallus- harjoituksia useamman kerran päivässä**
- **juokaa nesteitä riittävästi**
- **huolehtikaa säännöllisestä vatsan toiminnasta**

10 PAINEHAAVAUMAT

Pitkäaikainen vuodelepo on yksi painehaavalle altistava tekijä. Tavallisimpia paineelle altistuvia paikkoja ovat kantapää, lonkka, ristiselkä, kyynärpää ja lapaluu. Iäkkään iho on haurasta sekä ohutta ja sen joustavuus on vähentynyt, mikä aiheuttaa ihorikkoja herkästi.

Painehaavoja voitte ehkäistä kiinnittämällä huomiota erityisesti riskialueisiin, vaihtamalla asentoanne riittävän useasti sekä tarkkailemalla ja hoitamalla ihoa. Tärkeää on myös hyvä ravitsemustila, koska huonoa ravitsemustilaa on pidetty yhtenä painehaavoille altistavana tekijänä.

Pysyvä ihon punoitus paineen alaiseksi joutuneella ihoalueella voi olla jo merkki alkavasta painehaavasta. Heikkoa ihoa voitte pestä emulsiovoiteella.

Voitte ehkäistä painehaavojen ilmaantumista

- **välttämällä vuodelepoa ja liikkumalla vointinne mukaan**
- **vaihtamalla asentoa riittävän usein**
- **syömällä riittävästi monipuolista ravintoa**
- **tarkkailemalla ja hoitamalla ihoa**
- **suojaamalla iho kosteudelta**

11 MIELIALA

Leikkauksen jälkeinen mielialan lasku ja masentuneisuus ovat yleisiä oireita. Lieväkin mielialan lasku saattaa vaikuttaa merkittävästi toipumiseenne. Tavallisimpia masentuneisuuden oireita ovat:

- Pitempään jatkunut masentunut mieliala.
- Kiinnostuksen tai mielihyvän tunteen puute.
- Vähentyneet voimavarat.
- Poikkeuksellinen väsymyksen tunne.

Liikunta auttaa kääntämään ajatuksia pois ikävistä asioista ja sen on todettu vähentävän masennusoireita. Lonkkaleikkauksen jälkeen onkin tärkeää, että teette teille suunniteltuja liikeharjoituksia.

Mikäli koette, että tarvitsette apua ja tukea, voitte ottaa asian puheeksi jo osastovaiheessa tai olla kotiutumisen jälkeen yhteydessä omaan terveyskeskukseenne.

Tietoa ja tukea aiheesta potilaille ja läheisille löytyy myös internetistä esimerkiksi seuraavilta sivustoilta:
www.mielenterveysseura.fi
www.mielenterveystalo.fi

12 KAATUMISTEN JA UUSINTAMURTUMIEN ENNALTAEHKÄISY

Vuodeosastolla geriatri tekemän kokonaisvaltaisen arvioinnin tarkoituksena on selvittää mahdollisimman nopeasti ja huolellisesti teidän yksilöllinen kokonaistilanteenne.

Kaatumisten ennaltaehkäisemiseksi selvitetään tarkkaan aiemman kaatumisen/kaatumisten syyt. Niiden ehkäisemiseksi on tärkeää perussairauksienne hyvä hoito sekä se, että lääkehoitonne on ajan tasalla.

Kaatumisten ennaltaehkäisemiseksi on tärkeää, että kotinne riskitekijät ja muutostarpeet kartoitetaan. Apua kartoittamiseen saatte tarvittaessa terveyskeskuksen fysioterapiasta.

Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota asuntonne riittävään valaistukseen. Kodin tulisi olla myös helppokulkuinen. Kodinmuutostöiden avulla voidaan liikkumista hankaloittavat kynnykset poistaa ja asentaa tukikahvoja liikkumista helpottamaan. Liukkaat matot tulisi poistaa.

Kaatumisten ennaltaehkäisemiseksi tulee kiinnittää huomiota myös osteoporoosin, eli luukadon, ehkäisyyn ja hoitoon. Tupakointi vauhdittaa luiden haurastumista ja siksi tupakointi kannattaa lopettaa. Kalsiumin ja D-vitamiinin saannin turvaaminen on tärkeää, sillä ne vahvistavat luita. Yleisestä D- vitamiinin saannin väestösuosituksesta poiketen useimmat lonkkamurtumapotilaat tarvitsevat paljon suuremman annoksen. Geriatri määrittelee D-vitamiinitasonne mukaan teille sopivan D-vitamiini- ja kalkkiannostuksen.

Mikäli teillä on todettu osteoporoosi ja lääkäri on selvittänyt osteoporoosin syyt, voidaan mahdollisesti aloittaa myös lääkehoito.
Fyysisen kunnon kartoittaminen ja liikkumiskyvyn ylläpito ovat tärkeitä, sillä hyvä lihasvoima ja tasapaino ehkäisevät uusia kaatumisia. Liikuntakyvyn ylläpitämiseksi voitte turvallisin mielin tehdä lihaskunto- ja tasapainoharjoituksia fysioterapeutin antamien ohjeiden mukaisesti. Apuna ja tukena voitte käyttää mahdollisia teille soveltuvia apuvälineitä.

13 JATKOKONTROLLIT

Teidät kutsutaan geriatrian poliklinikalle seurantakäynnille noin 4- 6 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Käynnillä tehdään kokonaisvaltainen kaatumisriskien ja osteoporoosihoidon arvio. Lisäksi arvioidaan ravitsemustilaanne, kokonaislääkitystä sekä sitä, miten kuntoutuminen on edennyt. Tarvittaessa tehdään myös muistitutkimuksia. Näiden kaikkien selvitysten pohjalta geriatri tekee vielä jatkohoito- ja kuntoutussuunnitelman. Toivottavaa olisi, että seurantakäynnillä teillä olisi läheinen mukana.

Mikäli lonkkamurtumanne on korjattu osteosynteesillä (DHS, gammanaula) kontrollit toteutuvat röntgenkuvakonsultaationa 6- 8 viikon kuluttua leikkauksesta. Puolitekonivelellä hoidetuilla on kontrolliröntgenkuvaus ja ortopedin kannanotto vain tarvittaessa, jos on kipuoireilua. Jos lonkkamurtumanne on korjattu kokotekonivelellä, on teillä kontrolli 3 kuukauden kuluttua ortopedian poliklinikalla ja lisäksi röntgenkuvaus.

Ajat kontrollikäynneille tulevat teille postitse.

14 YHTEYSTIEDOT

Operatiivinen vuodeosasto A22

Hanneksenrinne 7

60220 Seinäjoki

p. 06- 4154 424

Ympärivuorokautinen puhelinaika hoitajalle, joka huolehtii asiastanne ja on tarvittaessa yhteydessä lääkäriin. Lääkärille ei ole saatavana puhelin-aikoja.

Geriatrian poliklinikka

Hanneksenrinne 7

60220 Seinäjoki

p. 06- 4153 195