



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Asiakkaiden kokemuksia heidän toimintakyvystään, kuntoutuksestaan ja arjesta selviytymisestäään Lonkkaliukumäki-hankkeessa

Hagfors, Greta

Korhola, Anna

2012 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Asiakkaiden kokemuksia heidän toimintakyvystään, kuntoutuksesta ja arjesta selviytymisestään Lonkkaliukumäki-hankkeessa

Anna Korhola
Greta Hagfors
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2012

Greta Hagfors, Anna Korhola

Asiakkaiden kokemuksia heidän toimintakyvystään, kuntoutuksestaan ja arjesta selviytymisestään Lonkkaliukumäki-hankkeessa

Vuosi	2012	Sivumäärä	42
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön aiheena oli tutkia Espoossa toukokuussa 2011 käynnistyneen Lonkkaliukumäki-hankkeen läpikäyneiden asiakkaiden näkemyksiä heidän toimintakyvystään, kuntoutuksestaan ja arjesta selviytymisestään. Aihetta käsitellään potilaiden näkökulmasta.

Opinnäytetyö on laadullinen ja metodina on ollut puolistrukturoitu yksilöhaastattelu. Otos oli viisi haastattelua. Teoreettisen viitekehyksen keskeisiä käsitteitä olivat ikääntyneen ihmisen toimintakyky, kuntouttava hoitotyö ja lonkkamurtumapotilaan hoitoketju. Teoria muodosti näin viitekehyksen työlle. Tutkimuslupa myönnettiin Espoon sosiaali- ja terveystoimen kehittämisyksiköstä. Kaikki haastateltavat olivat kotiutuneet Jorvin sairaalasta ja asuneet kotona vähintään kolme kuukautta. Haastattelut toteutettiin kesällä 2012 ja aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Tutkimustuloksista selviää, että osa asiakkaista koki toimintakykynsä hyväksi ja heillä oli positiivisia kokemuksia kuntoutusprosessista. Heidän mielestään arki sujui hyvin ja he olivat saaneet tarvitsemansa lisäpalvelut, kuten kotihoidon käynnit ja ruokapalvelun. Osa haastateltavista koki toimintakykynsä huonoksi tai he eivät osanneet sanoa, oliko se hyvä vai huono. He olivat tyytymättömämpiä saamiinsa palveluihin ja he toivoivat, että kuntoutus olisi jatkunut pidempään myös kotona. Kaiken kaikkiaan kuntoutus oli koettu hyödylliseksi ja positiiviseksi asiaksi.

Opinnäytetyön tutkimustuloksista selviää, että Lonkkaliukumäki on onnistunut hyvin tehtävässään eli lonkkamurtuman saaneet iäkkäät ihmiset ovat päässeet kotiutumaan sairaalasta hyvävointisina. Siirtoviivepäivät ja osastohoitojaksot ovat lyhentyneet merkittävästi. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen ja heistä tuntuu, että he pärjäävät kotona. Vaikka kuntoutusta toivottiin lisää, toteutunut kuntoutus oli kuitenkin ollut asiakkaiden mielestä parempi vaihtoehto kuin toiselle terveyskeskusvuodeosastolle joutuminen. Lonkkaliukumäki-hankkeesta on nyt muodostunut vakiokäytäntö Jorvin sairaalassa. Opinnäytetyön tulosten perusteella olisi hyödyllistä laajentaa toimintaa myös muihin sairaaloihin ja sairaanhoidopiireihin.

Avainsanat: lonkkaliukumäki, kuntoutus, toimintakyky, ikääntynyt ihminen

Greta Hagfors, Anna Korhola

The Patients' Experiences of Their Functional Ability, Rehabilitation and Coping in the Everyday Life In the Lonkkaliukumäki project

Year	2012	Pages	42
------	------	-------	----

The topic of our thesis was to study the experiences of the patients, who participated in the Lonkkaliukumäki project (a treatment and rehabilitation program for patients with hip fractures), which started in May 2011 in Espoo. We were interested in finding out about the patients' experiences regarding their own functional ability, the rehabilitation process and how they manage in the everyday life. We wanted to introduce the patients' perspective.

The methodological approach of this thesis is qualitative. The method used to collect data was a semi-structured individual interview. We conducted five interviews. A literature review was conducted in order to obtain information to construct our frame of reference. The main terms that we used in our literature review to search for the material were: an elderly person and his/her functional ability, rehabilitation and the treatment model and care path of hip fracture patients. All the interviewees had been discharged from Jorvi hospital and had lived at home for a minimum of three months at the time of the interview. The interviews were conducted during the summer of 2012 and the data was analysed using the inductive content analysis method. We obtained a research permit from the City of Espoo's social and health care development unit.

The findings revealed that some of the participants felt that their functional ability was good and they had positive experiences of the rehabilitation process. In their opinion their everyday life was unproblematic and they had received the services and help that they needed, such as home care visits and the food delivery service. Some of the participants felt that their functional ability was compromised or they were unsure whether it was good or poor. These participants were more dissatisfied with the rehabilitation process and the services they had been provided with. All in all the provided rehabilitation was seen as useful and positive - some of the participants would have wished for a longer and more active rehabilitation period and they felt that they were living a more restricted life than before the injury.

From the findings of the thesis we have concluded that Lonkkaliukumäki has succeeded in its mission, which is to ensure that hip fracture patients are able to return back home in fairly good health upon discharge from hospital. Patient transfer delays and hospital treatment periods have significantly decreased in length thanks to Lonkkaliukumäki. The patients have been satisfied with the rehabilitation program and they feel that they manage at home. Although some of the patients wished for more rehabilitation services, the services given were seen as the better option compared to being transferred to another hospital ward for a longer period of time. The Lonkkaliukumäki project has now become a regular practice in Jorvi hospital and we believe that it would be wise to expand the practice to other hospitals and health care districts.

Keywords: Lonkkaliukumäki, rehabilitation, functional ability, an elderly person

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Opinnäytetyön tausta	6
2.1	Väestönrakenteen asettamat vaatimukset terveydenhuollolle	6
2.2	Lonkkaliukumäki - kehittämishanke ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi	7
3	Opinnäytetyön teoreettinen perusta	8
3.1	Ikääntynyt ihminen ja toimintakyky	8
3.2	Kuntouttava hoitotyö	9
3.3	Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju	11
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	14
5	Menetelmälliset ratkaisut	14
5.1	Laadullinen lähestymistapa	14
5.2	Osallistujat	15
5.3	Aineiston keruu	16
5.4	Aineiston analyysi	17
6	Tutkimuksen tulokset	19
6.1	Asiakkaan kokemukset toimintakyvystään	19
6.1.1	Fyysinen toimintakyky - toimintakyvyssä koetut muutokset ja rajoitteet	19
6.1.2	Kipu ja pelko	21
6.1.3	Muut toimintakyvyn vaikuttavat asiat	22
6.2	Asiakkaan kokemukset kuntoutusprosessista	23
6.2.1	Kuntoutus sairaalassa	23
6.2.2	Kuntoutus kotona	24
6.3	Asiakkaan kokemukset arjesta selviytymisestä	25
6.3.1	Apuvälineet - liikkuminen ja peseytyminen	25
6.3.2	Kotihoito	26
6.3.3	Sosiaaliset kontaktit	26
7	Pohdinta	27
7.1	Eettiset kysymykset	27
7.2	Tulosten tarkastelu	29
7.3	Luotettavuus	29
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimukset	30
	Lähteet	33
	Liitteet	35
	Liite 1 Tutkimuslupahakemus Espoon kaupungille	35
	Liite 2 Saatekirje	39
	Liite 3 Tutkimuslupa-anomus tutkimukseen osallistuville	40
	Liite 4 Haastattelukaavake	41
	Liite 5 Lonkkaliukumäki valittu Vuoden laatuinnovaatio -kilpailu voittajaksi (julkaistu Helsingin Sanomissa 10.11.12)	42

1 Johdanto

Opinnäytetyömme käsittelee Lonkkaliukumäki-hanketta. Lonkkaliukumäki on Espoon kaupungin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) yhteistyöhanke, jonka hallinto sijaitsee Espoon sairaalassa. Hankkeen tarkoituksena on hoitaa tehokkaasti matalaenergiset lonkkamurtumat ja helpottaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Espoon vanhuspalvelujen johtaja Jukka Louhija - geriatrian ja sisätautien erikoislääkäri - on kehitellyt ensimmäisen lonkkaliukumäen työskennellessään ylilääkärinä Karoliinisessa instituutissa. Suomen ensimmäinen Lonkkaliukumäki on perustettu toukokuussa 2011. Hanke on toteutunut Jorvin sairaalassa ja siinä on hoidettu huhtikuuhun 2012 mennessä 100 potilasta. Lonkkaliukumäen yhtenä tarkoituksena on parantaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä hoidettaessa lonkkamurtuman saaneita potilaita. Lonkkaliukumäki tähtää myös murtumapotilaiden varhaiseen kuntoutukseen, osastohoitoaikojen lyhentämiseen ja siirtoviiheväivien vähentämiseen. (Salmenkivi 2012.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää Lonkkaliukumäen läpikäyneiden asiakkaiden kokemuksia omasta toimintakyvystään, kuntoutuksestaan ja arjesta selviytymisestään. Potilasnäkökulma olisi hyvä tuoda tässä vaiheessa Lonkkaliukumäki-hanketta esille, sillä toimintamalli on ollut käytössä noin vuoden verran. Toivomme, että opinnäytetyöstämme olisi hyötyä niille terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka toteuttavat toimintamallia työpaikoillaan. Lonkkaliukumäen läpikäyneiden asiakkaiden mahdolliset positiiviset kokemukset ja hyvä toimintakyky voisivat toimia kannustimina hyvien käytäntöjen jatkamiselle ja toiminnan laajentamiselle myös muille erikoisaloille, esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden varhaiseen kuntoutukseen. On tärkeää tuoda myös potilasnäkökulma esiin ja pohtia mahdollisia kehittämistarpeita.

2 Opinnäytetyön tausta

Tässä luvussa käsitellään Suomen väestönrakenteen tuomia haasteita terveydenhuollolle. Luvussa käsitellään tämän lisäksi Lonkkaliukumäki-hanketta tuomalla se esiin ikään kuin vastauksena edellä mainituille vaatimuksille. Tarkoituksena on avata lukijalle nykyistä ja tulevaa yhteiskunnallista tilannetta, joka on asettanut uudenlaisia vaatimuksia terveydenhuoltojärjestelmälle Suomessa.

2.1 Väestönrakenteen asettamat vaatimukset terveydenhuollolle

Väestön kasvavan elinajanodotteen myötä ikääntyneet ihmiset muodostavat suuren asiakasryhmän sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveys ja toimintakyky ovat avainasemassa vaikuttamassa ikäihmisten hyvinvointiin sekä heidän sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen, joten suomalaisen yhteiskunnan haasteena on turvata terve ja aktiivinen ikääntyminen. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 7.)

Väestönrakenteen muutos asettaa suuria haasteita ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ylläpitämiseen. Nämä haasteet käsittävät sekä inhimillisen että kustannuspoliittisen kannan. Keskeisimpiä geriatria ongelmia ovat yleistyneet muistihäiriöt (esimerkiksi dementia), heikentyneiden aistintoimintojen ja lihasvoimien aiheuttamat kaatumiset (esimerkiksi murtumat) sekä ruoansulatuselimistön ja virtsateiden toimintahäiriöt (Heiskanen & Mälkiä 2002, 162). Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palvelujen kehittämisen tukena on olemassa valtakunnallisia tavoitteita, joissa korostetaan ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämistä, kotona asumisen tukemista ja riittävien saumattomien ja oikein ajoitettujen sosiaali- ja terveystalouden turvaamista (Tilvis 2010, 65).

Espoossa Jorvin sairaalassa leikataan vuosittain noin 200 matalaenergistä lonkkamurtumaa. Näiden murtumapotilaiden keski-ikä on 79 vuotta ja yleisin leikkausmenetelmä on puoliproteesi (Salmenkivi 2012). Matalaenergisellä vammamekanismilla tarkoitetaan murtumaa, joka on syntynyt suhteellisen pienen energiamäärän seurauksena, eli vähäisellä vauhdilla ja/tai lyhyellä etäisyydellä. Matalaenergisiä vammamekanismeja ovat esimerkiksi kaatuminen tasaisella pinnalla, kuten mattoon kompastuminen. Korkeaenergisten traumojen seurauksena lonkkamurtuman saaneet ihmiset eivät kuulu Lonkkaliukumäen piiriin, sillä heidän hoitonsa on vaikeampaa ja kestää usein pidempään. Heidän kuntoutuksensa on monimutkaisempi asia toteuttaa, sillä kysymyksessä voi olla ihminen, joka on saanut useita murtumia tai muita vammoja pelkän lonkkamurtuman lisäksi.

2.2 Lonkkaliukumäki - kehittämishanke ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi

Lonkkaliukumäessä kiinnitetään huomiota potilaan toimintakykyyn, sen ylläpitämiseen ja parantamiseen. Toimintamalli on otettu käyttöön, koska sen toivotaan parantavan potilaan toimintakykyä tai vähintään ylläpitävän sitä samalla tasolla, kuin mitä se oli ennen murtumaa. Lonkkaliukumäki ei ole vaatinut lisäresursseja - nykyinen henkilökunta on lisäkoulututtanut ja vanhoja toimintamalleja on muokattu ja parannettu. Yksi henkilö on palkattu projekti-koordinaattoriksi. (Fred 2012)

Jorvin sairaalan kirurginen vuodeosasto K4 on ortopedis-traumatologinen vuodeosasto. Osastolla hoidetaan keskitetysti vaativat ortopediset ja luukirurgiset sairaudet ja vammat. Osaston erikoisalana on selkäkirurgia. Potilaat tulevat osastolle sekä suunnitellusti leikkaukseen tai päivystyksen kautta. Osastolla on 28 potilaspaiikkaa (HUS 2010). Osaston toimintamalleja on muutettu Lonkkaliukumäen takia jonkin verran, mutta mitään täysin uutta ei ole tullut. Lonkkaliukumäkeä varten ei ole palkattu uusia työntekijöitä eikä hanke ole saanut lisää taloudellisia resursseja toteutuakseen. Vanhoja toimintamalleja on muokattu ja parannettu. Yksi tärkein kehitys on ollut potilaiden ravitsemuksen huomiointi. Nykyään lonkkamurtumapotilaille annetaan Nutricia preOp-juomaa, joka sisältää runsaasti hiilihydraatteja ja muita tärkeitä ravintoaineita. Juoma on tarkoitettu nimenomaan leikkausta odottavien potilaiden preoperatiivisen ruokavalion täydentämiseen. (Fred 2012.)

Osaston K4 henkilökuntaa on käynyt kevään 2011 aikana kouluttamassa Espoon kaupungin terveyskeskusvuodeosaston TK4:n henkilökuntaa. He ovat kertoneet lonkkamurtumapotilaan hoidosta, kuten leikkaushaavan tarkkailusta ja kivun hoidosta. Espoon sairaalasta on siirtynyt henkilökuntaa töihin osastolle TK4 Jorviin. He ovat erikoistuneet kuntouttavaan hoitotyöhön. Osastolla TK4 on myös järjestetty asiat niin, että kaikki lonkkamurtumapotilaat ovat samoissa huoneissa. Osastolla on fysioterapeutteja enemmän, kuin kirurgisella vuodeosastolla ja he ovat töissä myös viikonloppuisin. (Fred 2012.)

Potilaat tulevat pääosin ambulanssilla Jorvin sairaalan päivystykseen, jossa päivystävä kirurgi tutkii potilaan ja määrää röntgenkuvan. Murtuman todettuaan kirurgi arvioi potilaan esitietojen perusteella hänen soveltuvuuttaan päästä Lonkkaliukumäki-hankkeen asiakkaaksi. Esitietoja ovat esimerkiksi ikä, perussairaudet, tapaturman luonne ja murtuman luonne. Lääkäri aloittaa Lonkkaliukumäkikaavakkeen täytön ja sairaanhoitaja soittaa sekä osastoille TK4 että K4 tehdäkseen ennakoilmoituksen potilaasta. Periaatteena on, että potilas tulisi leikata 12 tunnin sisällä sairaalaan tulosta. Leikkausmenetelmä valitaan lähtökohtaisesti niin, että potilas saa postoperatiivisesti varata leikatulle raajalle. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy kirurgiselle osastolle K4 toipumaan noin kahdeksi päiväksi. Tämän jälkeen lääkäri antaa hoitajille luvan siirtää potilas osastolle TK4 jatkokuntoutukseen. Osaston TK4 fysioterapeutti on aktiivisesti mukana hoidossa alusta alkaen ja hän pyrkii usein käymään jo päivystyksessä tapaamassa

potilasta. Osaton K4 ortopedit käyvät kiertämässä Lonkkaliukumäen potilaat kerran viikossa, tarvittaessa useammin. Yhteistyö osastojen välillä on helppoa myös lyhyen välimatkan takia, sillä molemmat osastot sijaitsevat Jorvin sairaalassa. (Salmenkivi 2012, Fred 2012.)

3 Opinnäytetyön teoreettinen perusta

Tarkastellessa Lonkkaliukumäkeä ilmiönä pinnalle nousivat seuraavat avainsanat: ikääntynyt ihminen ja toimintakyky, kuntouttava hoitotyö ja lonkkamurtumapotilaan hoitoketju. Näitä käsitteitä on avattu lähteiden avulla ja ne muodostavat teoreettisen viitekehyksen opinnäytetyölle. Tarkastelun kohteina ovat myös olleet samoista aiheista jo tehdyt tutkimukset eli keskeisten käsitteiden avulla tietokannoista on etsitty jo tutkittua tietoa.

3.1 Ikääntynyt ihminen ja toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä vastata elinympäristönsä asettamiin vaatimuksiin. Tähän kuuluvat kyvyt huolehtia itsestään, nauttia vapaa-ajastaan ja hoitaa työnsä. Toimintakyvyllä tarkoitetaan siis ihmisen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä selviämistä. Toiminnan kautta ihminen tekee havaintoja itsestään ja ympäristöstään. Jokapäiväisen toiminnan ja tekemisen taustalla vaikuttavat erilaiset tarpeet. Nämä tarpeet turvaavat eloonjäämisen ja elannon. Sosiaaliset tarpeet saavat ihmiset luomaan yhteyksiä toisiin ihmisiin ja tiedon nälkä ohjaa hankkimaan uutta tietoa. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 78.)

Toimintakyvyn fyysinen ulottuvuus kuvaa identiteettiä ja minäkuva. Esimerkiksi jatkuva kipu vaikuttaa yksilön olemukseen ja toimintakykyyn. Psyykinen ja henkinen ulottuvuus kuvaavat ihmisen mieltä - mielekästä toimintaa ohjaavat yksilölliset tarpeet, halut, arvot ja motivaatio. Yhteiskunnallinen ja kulttuurinen ulottuvuus kertovat elinympäristön vaikutuksista toimintakykyyn ja sen edistämiseen. Toimintakyvyn edistämiseen vaikuttavat esimerkiksi kulttuurin arvot ja asenteet. (Suvikas ym. 2006, 78.)

lökkään ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaa se, miten hän selviytyy jokapäiväisestä elämästään. Tätä voidaan kutsua ihmisen toimintakyvyksi ja se kuvaa myös hänen elämänlaatuaan. lökkään ihmisen elämänlaatuun vaikuttavat monet asiat, kuten erilaiset sairausdiagnoosit ja arjesta selviytyminen. lökkäiden ihmisten toimintakyky on näin ollen hyvin yksilöllinen asia ja sen edistämässä ihmisen identiteetin ja toimeliaisuuden tukeminen ovat keskeisessä asemassa. Ihmisen oma arvio toimintakyvystään on todella tärkeä ja se on suorassa yhteydessä hänen omiin voimavaroihinsa, heikkouksiinsa ja asenteisiinsa. (Voutilainen ym. 2008, 60-61, 124-125.)

Toimintakyvyn puutteita ja vajeita ovat esimerkiksi vaurio, toimintarajoitus tai sosiaalinen haitta. Vaurio on pysyvä tai ohimenevä muutos. Toimintarajoitus - eli vaurion aiheuttama rajoitus - haittaa yksilön perustoimintoja, kuten liikkumista. Sosiaalinen haitta määrittää yksilön heikentyneenä kykyä selvitä erilaisista tilanteista oman yhteiskunnallisen asemansa puitteissa - esimerkiksi iän tai sukupuolen mukaisesta roolisuorituksesta selviäminen. (Suvikas ym. 2006, 78.)

Toimintakyky on käsitteenä ja kokonaisuutena moniulotteinen. Ikäihmisen toimintakyvyn arviointi edellyttää osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Tärkeää on ihmisen oma motivaatio sekä halu löytää ne tekijät, jotka vahvistavat ja edistävät toimintakyvyn positiivista muutosta. Toimintakykyä voidaan arvioida erilaisin mittarein ja menetelmin mutta myös keskustelemalla ja havainnoimalla. Iäkkään ihmisen toimintakyky on sidoksissa aikaan, paikkaan ja ihmisiin. Arviointia pitäisikin toteuttaa ikäihmiselle tutussa ympäristössä ja hänelle ominaisella tavalla. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 130-131.)

Toimintakykyä edistävä hoitotyö on moniammatillista, gerontologiseen tietämykseen perustuvaa kuntoutusta. Ikääntyneen kuntoutuksen toimintaympäristöt liittyvät pääosin koti- ja sairaalahoitoon. Tavoitteena on parhaan mahdollisen toimintakyvyn saavuttaminen. On tärkeää määrittää toimintakykyä haittaavia riskitekijöitä ja pyrkiä hyvään elämänlaatuun tukemalla itsenäistä selviytymistä arjesta. (Voutilainen ym. 2008, 145.)

3.2 Kuntouttava hoitotyö

Maaailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan hoitotyön perustehtävänä on mahdollistaa yksilöiden, perheiden ja muiden ryhmien kyvyt vaikuttaa itse omiin fyysisiin, henkisiin ja sosiaalisiin voimavaroihinsa. Terveiden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sairauden ennaltaehkäisy liittyvät hoitotyön kehittämiseen ja toteuttamiseen. Hoitotyöhön kuuluu sairauden hoitamisen ja kuntoutuksen lisäksi myös terveyteen, sairauteen, vammaisuuteen ja kuolemaan liittyvien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden huomiointi. (Kassara, Paloposki, Holmia ym. 2006, 10-11.)

Kuntoutus voidaan määritellä eri tavoin. Laajassa määritelmässä kuntoutus on monimuotoista ja se nähdään jatkuvana prosessina. Kapeassa määritelmässä kuntoutus voidaan nähdä korjaavina toimenpiteinä, joilla saadaan potilas toimintakykyiseksi.

”Kuntoutus nähdään ihmisen tai hänen ympäristönsä muutosprosessina, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen.”

”Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan oma elämäntilanteensa.”

(Suvikas ym. 2006, 8-10; viittaa Järvikoski & Härkäpää 2004.)

Kuntoutusprosessi alkaa kuntoutustarpeesta. Asiantuntijan näkökulmasta kuntoutusjärjestelmä voidaan jakaa neljään alueeseen, joita ovat lääkinnällinen, sosiaalinen, ammatillinen ja kasvatuksellinen kuntoutus. Rajanveto ei tosin aina ole selkeä. Kuntoutuksen tavoitteet ja keinoista sopiminen laaditaan yhdessä potilaan kanssa. Tämän jälkeen kuntoutus toteutetaan ja vaikutuksia arvioidaan. Kun on päästy tavoitteisiin, kuntoutus päättyy. Kuntoutumisen tukemisessa on olennaista määrätietoinen, perusteltu sekä tavoitteisiin että asiakkaan omaan haluun perustuva työ. Se määritellään usein päivittäisissä toiminnoissa tukemiseksi. Asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen on kuntoutuksessa suuressa roolissa. Kuntoutumisen toimintaa ohjaavat potilaan tarpeet ja niistä johdetut tavoitteet. Keinot ja tavoitteet kirjataan ylös. (Suvikas ym. 2006.)

Kuntoutus pyrkii parantamaan ihmisen selviytymistä. Se voidaan jakaa erityiskuntoutukseen ja yleiskuntoutukseen. Erityiskuntoutusta toteuttavat fysioterapeutit ja yleiskuntoutusta sairaanhoitajat sekä muut hoitotyöntekijät. Kuntoutusprosessi edellyttää potilaan halua ja sitoutumista muutokseen. Moniammatillinen työryhmä tukee potilasta yhteisissä tavoitteissa. (Duodecim 2010.)

Kuntoutumista edistävän hoitotyön pääpaino on yksilöllisyyttä kunnioittava toimintapa. Kaikki toiminta on potilaan itsenäistä selviytymistä tukevaa. Kuntoutumiseen kuuluu toimintakyvyn ylläpito ja palauttaminen, elämään tyytyväisyyden lisääminen, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen, komplikaatioiden synnyn esto, potilaan kannustus ja tukeminen sekä rohkaisu itsenäiseen yrittämiseen. Jatkuva hoitotyön kirjaamisesta on hyötyä potilaan kuntoutuksen arvioinnissa, kun halutaan tietää miten potilas on edistynyt sekä miten hoitotyöntekijät ovat tukeneet kuntoutumisprosessissa. (Duodecim 2010.)

Lena Zidén, Marianne Hansson Scherman ja Claes-Göran Wenestam julkaisivat vuonna 2009 Ruotsissa tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli selvittää lonkkamurtuman aiheuttamat pitkäaikaiset seuraukset ja potilaiden käsityksiä siitä, mitkä asiat myötävaikuttavat heidän toipumiseensa. Haastateltavia oli 15 ja heidän ikänsä oli 66-94 vuoden välillä. Haastateltavat asuivat palvelutalossa. Tulokset analysoitiin käyttämällä fenomenografista menetelmää. Tuloksissa korostuivat negatiiviset seuraukset, jotka olivat merkittäviä ja pitkäkestoisia. Potilaat kokivat vuoden jälkeen kotiutuksesta olevansa epävarmempia ja elävänsä rajoitetumpaa elämää, kuin ennen leikkausta. He kokivat olevansa enemmän eristyksissä ja heillä oli vähän sosiaalisia kontakteja. Osan toimintakyky oli mennyt huonompaan suuntaan, esimerkiksi he eivät pystyneet enää säilyttämään tasapainoaan yhtä hyvin. Yli puolet potilaista saivat kuntou-

tusta avohoidon puolella kotiutuksen jälkeen, mutta melkein puolet jäivät ilman kuntoutusta. Tutkimuksessa nousi esille myös se, että terveydenhuollon ammattilaisten on otettava paremmin huomioon potilaan omat kokemukset ja mahdolliset pelot hoitoa suunniteltaessa. Ei pidä keskittyä pelkästään fyysiseen vammaan ja sen aiheuttamaan invaliditeettiin. Potilaiden aktiivisen osallistumisen merkitys kuntoutusta suunniteltaessa tuotiin esille. (Zidén ym. 2009.)

Geriatrisen osaamisen tarve tulee kasvamaan entisestään Suomen väestön ikääntyessä. Orto-geriatria on geriatrian osa-alue, jossa yhdistyvät geriatrinen, ortopedinen ja anestesiologinen osaaminen. Orto-geriatria on kehitelty Britanniassa jo 1950-luvulta alkaen. Siinä geriatrinen osaaminen liitetään osaksi ortopedisten vanhuspotilaiden, erityisesti lonkkamurtumapotilaiden, hoitoa. Tärkeitä asioita ortogeriatriassa ovat olleet varhainen mobilisaatio leikkauksen jälkeen, katetrien käytön minimointi, jatkuvan lääkehoidon optimointi, ravintolisien anto ja riittävä nesteiden saanti. (Nuotio, Jokipii, Viitanen & Jäntti 2009.)

Suomessa on käynnistetty ortogeriatria yhteistyöhankkeita Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat lonkkamurtuman saaneet ihmiset leikataan Seinäjoen keskussairaalassa, jossa on hankkeen saaman rahoituksen turvin palkattu ortogeriatrinen sairaanhoitaja ja potilaille on annettu mahdollisuus tulla geriatrian poliklinikalle neljän kuukauden kohdalla seurantakäynnille. Poliklinikalla tehdään kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi kaatumisvaaran kartoittamiseksi ja uusien kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi sekä tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Yhteistyöllä on pyritty parantamaan lonkkamurtumapotilaiden ennustetta ja ehkäisemään uusien murtumien syntyä. Hoidossa huomioitavia asioita ovat varhainen leikkaus, riittävän hapensaannin varmistaminen sekä toimenpiteen aikana että sen jälkeen, matalan verenpaineen välttäminen, ravitsemuksesta ja nesteytyksestä huolehtiminen, katetrien poisto, sekavuuden nopea tunnistaminen ja sen hoito, lääkehoidon optimointi ja D-vitamiinin ja kalsiumlisän aloittaminen. Syyskuussa 2008 kehittämishankkeesta siirryttiin vakiintuneisiin käytäntöihin Seinäjoen keskussairaalassa ja ortopedian osastolla alkoivat säännölliset ortogeriatriset kierrot, joihin osallistuvat ortopedisen osaston omahoitaja ja fysioterapeutti, geriatrian erikoislääkäri ja erikoistuva sairaalalääkäri. (Nuotio ym. 2009.)

3.3 Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju

Tavallinen matalaenergisien lonkkamurtumapotilaan tarina menee jotakuinkin seuraavan esimerkitapauksen lailla: Vanhus herää yöllä vessahätään. Hän nousee vuoteesta ja lähtee kohti WC:tä. Matkalla sinne hän kompastuu mattoon ja kaatuu lattialle. Hän on saanut kaatumisen seurauksena reisiluunkaulan murtuman tai muun lonkkanivelen alueen murtuman. Valitettavan usein käy vielä niin, että vanhus asuu yksin ja joutuu odottamaan lattialla melko pitkään ennen kuin joku löytää hänet ja hälyttää lisäapua.

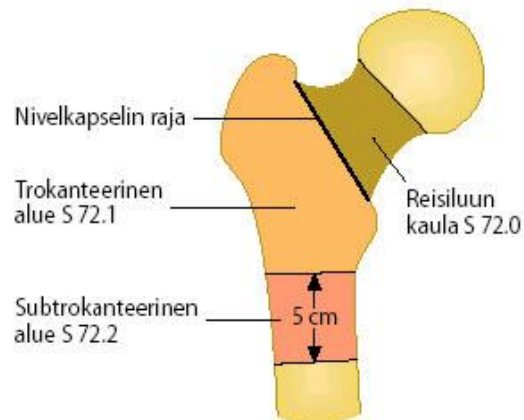
Lonkkamurtumia sattuu enemmän talvisin, kuin muina vuodenaikoina, mutta pitkäaikaisesti laitoshoidossa olevilla iäkkäillä ei ole todettu vuodenaajoista riippuvaa vaihtelua. Potilailla, jotka asuvat laitoksissa, on nelinkertainen todennäköisyys saada lonkkamurtuma verrattuna kotona asuviin! (Iivanainen & Tikkanen 2010.)

Iäkkäillä ihmisillä on usein paljon perussairauksia, kuten verenpainetauti, diabetes ja erilaiset sydämen vajaatoimintaa aiheuttavat sairaudet. Näiden sairauksien hoitotasapaino saattaa olla huono, mikä tekee ravinnosta olosta ja leikkauksesta toipumisesta vaikeampaa. Ihmisen ravitsemustilalla on myös oma merkityksensä leikkaushoitoa suunniteltaessa. Huono ravitsemustila heikentää vastustuskykyä, hidastaa leikkaushaavan paranemista, aiheuttaa väsymystä ja lisää painehaavan syntymisen riskiä. (Iivanainen & Tikkanen 2010.)

Lonkkamurtuman tärkeimpiä riskitekijöitä ovat korkea ikä, perimä, aiempi murtuma, D-vitamiinin puute, muistisairaus, lääkitys (unilääkkeet, pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit, masennuslääkkeet ja psykoosilääkkeet), huono näkö, tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä heikentynyt liikuntakyky ja lihasheikkous. (Käypä hoito 2011.)

Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan lonkkamurtuman leikkauspäätöksen varmistuttua on välittömästi aloitettava sairauksien hoitotasapainon korjaaminen, ravitsemustilan kohentaminen sekä mahdollisten elektrolyyttihäiriöiden ja merkittävän anemian korjaaminen. Lonkkamurtuman leikkaus ensimmäisen vuorokauden aikana näyttäisi myös vähentävän post-operatiivisia komplikaatioita ja kuolleisuutta, sekä parantavan toipumisennustetta verrattuna myöhemmin tehtävään leikkaukseen. (Käypä hoito 2011.)

Lonkkamurtuman kirurginen hoito määräytyy murtumatyyppin ja sen sijaintipaikan mukaan, sekä potilaan iän ja yleiskunnon mukaan. Reisiluun yläosan murtumat nimetään niiden ilmenemispaikan mukaan: reisiluunkaulan murtumat, trokanteeriset murtumat ja subtrokanteeriset murtumat (Kuva 1).



Kuva 1. Reisiluun yläosan murtumien jaottelu ja luokitus, kuva edestä (ICD10) Käypä hoito -suositus 2011.

Reisiluunkaulan murtumat jaetaan dislokoituneisiin ja dislokoitumattomiin murtumiin. Reisiluunkaulan dislokoitumattoman murtuman hoidoksi suositellaan osteosynteesiä ja Suomessa käytetään yleensä kanyloitua ruuvifiksaatiota. Tämä sallii varhaisen mobilisaation ja täyteen painoon varaamisen. Reisiluunkaulan dislokoituneen murtuman hoito määräytyy potilaan iän, yleiskunnon, henkisen tilan ja muiden sairauksien ja lonkkanivelen laadun mukaan. Hoitoina voidaan käyttää osteosynteesiä, puoliproteesia tai kokoproteesia. Puoliproteesi (yleisin leikkausmenetelmä dislokoituneissa reisiluunkaulan murtumissa Jorvissa) sallii yleensä heti postoperatiivisesti täyspainovaruksen. Reisiluun trokanterin alueen murtumien hoidossa käytetään joko liukuruuvia ja sivulevyä tai intramedullaarista implanttia riippuen siitä onko murtuma stabiili vai instabiili. Subtrokanterisissa murtumissa ensisijaisena hoitovaihtoehtona on pitkä ydinnäula. (Käypä hoito 2011.)

Leikkauksen jälkeen mobilisointi aloitetaan jo ensimmäisenä post-operatiivisena päivänä. Varhaisella mobilisaatiolla ja tehokkaalla fyysisellä harjoittelulla voidaan edistää liikunta- ja toimintakyvyn palautumista sekä ehkäistä komplikaatioita. Myös harjoittelun määrällä on vaikutusta; päivittäinen ja intensiivinen fyysinen harjoittelu on kognitiiviselta toimintakyvyltään heikentyneille potilaille erityisen tärkeää. Potilaat, joiden kävelykyky palautuu nopeasti, pääsevät todennäköisimmin takaisin omaan kotiinsa ja heidän sairaalahoitajakonsa ovat lyhyempiä. Jotta varhainen mobilisointi voidaan toteuttaa, on tärkeää huolehtia riittävästä kipulääkityksestä. Aluksi voidaan käyttää iäkkäälle ihmiselle sopivaa opiaattiannosta kuten oksikodonia. Turvallisin lääkeaine pidempiaikaiseen käyttöön on parasetamoli otettuna tasaisin väliajoin suun kautta. (Käypä hoito 2011.)

Jokainen lonkkamurtumapotilas tarvitsee riittävästi D-vitamiinia ja kalsiumia - riittävän saannin varmistamiseksi aloitetaan vitamiini- ja kivennäisaineliset. Suositellut vuorokausiannokset

ovat D-vitamiinia 20 mikrogrammaa ja kalsiumia 1000 milligrammaa. Näitä annostuksia on turvallista käyttää ympäri vuoden. (Käypä hoito 2011.)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Lonkkaliukumäen läpikäyneiden asiakkaiden näkemyksiä toimintakyvystään, kuntoutusprosessistaan ja arjesta selviytymisestään.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat;

1. Minkälaisia kokemuksia asiakkailla on omasta toimintakyvystään leikkauksen jälkeen?
2. Minkälaisia kokemuksia heillä on kuntoutusprosessista?
3. Miten he kokevat selviävänsä arjesta?

Tutkimuskysymykset muodostavat haastattelujen kolme teema-aluetta. Haastatteluissa jokaisen teeman kohdalla kysytään lisää tarkentavia kysymyksiä, joiden tarkoituksena on pyrkiä auttamaan haastateltavaa pohtimaan ja kertomaan omista tunteistaan ja kokemuksistaan. (liite 4, 41)

5 Menetelmälliset ratkaisut

5.1 Laadullinen lähestymistapa

Laadullinen (kvalitatiivinen) tutkimusote pohjautuu eksistentiaalis-fenomenologis-hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan ja se käsittää laajan joukon erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Laadullinen tutkimusote soveltuu hyvin tutkimukseen silloin, kun ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista. Laadullisen metodologian keskeiset tutkimusmenetelmät ovat havainnointi, tekstianalyysi, haastattelu ja litterointi (Metsämuuronen 2000, 14). Yleinen tapa ymmärtää laadullista tutkimusta syntyy vertailemalla sitä määrälliseen (kvantitatiiviseen) tutkimukseen. Tämä ei kuitenkaan ole kattavin tapa määritellä laadullista tutkimusta, sillä molemmat tutkimusmenetelmät sisältävät usein myös samoja asioita (Hallberg 2002, 204-205, 207). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tilastollisten yleistyksien sijaan kuvaamaan jotakin ilmiötä, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Laadullinen tutkimus on ajankohtaisessa asemassa terveydenhuollon tiedeyhteisöissä. Uusiutunut tarve laadullisen tutkimuksen tekemiselle on syntynyt terveystieteissä vallalla olevista trendeistä, kuten kokemuksellisen tiedon kohonnut asema verrattuna teoriaan, laadullisten tutkimusten lisääntynyt määrä ja näyttöön perustuvan työn asema paradigmana ja tutkimusmetodologiaa ohjaavana tekijänä terveydenhuollossa. Terveysalalla laadullista tutkimusta tarvitaan, jotta saadaan tuloksia joita on mahdollista hyödyntää käytännön työssä. Tutkimuksista saatua tietoa täytyy myös jakaa muille. Alalla työskentelevien vastuulla on taas tulkita näitä tutkimustuloksia, soveltaa niitä käytäntöön ja arvioida niiden tehokkuutta suhteessa toivottuun tulokseen. (Sandelowski 2004.)

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Kiinnostuksen kohteena olivat ihmisten yksilölliset kokemukset ja laadullinen lähestymistapa mahdollisti syvällisemmän aineiston löytämisen. Tutkimustehtävänä oli hankkia tietoa siitä, millaiseksi Lonkkaliukumäen läpikäyneet asiakkaat ovat kokeneet toimintakykynsä leikkauksen ja kuntoutusjakson jälkeen. Tutkimuksessa saatiin myös tietoa heidän arjessa pärjäämisestään. Edellä mainitut asiat ovat hyvin tärkeitä Lonkkaliukumäki-hankkeen välittömien tulosten arvioinnissa. Potilaan itse tuottama tieto on terveydenhuoltoalalla tärkeää. Tällaisen tiedon avulla on mahdollista realistisesti arvioida onko toiminnalla saavutettu haluttuja tuloksia. Vaikka tänä päivänä terveydenhuoltoalalla keskustelun pääaiheena on usein kustannustehokkuus, on potilaan elämänlaadun parantaminen edelleen toiminnan keskeinen tavoite ja työntekijöiden ammatillinen velvollisuus. Tämä velvollisuus määritellään sekä terveydenhuoltolaissa että lääkärin ja sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 §2).

5.2 Osallistujat

Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmänä olivat Lonkkaliukumäen läpikäyneet asiakkaat, jotka olivat kotiutuneet Jorvin sairaalasta (N=5). Tutkimuksessa ei haastateltu asiakkaita, jotka joutuivat siirtymään osastolta TK4 edelleen Espoon kaupungin toiselle kuntoutusosastolle. Tarkoituksena oli haastatella asiakkaita, jotka ovat jo asuneet kotona jonkin aikaa kuntoutuksen jälkeen, esimerkiksi vähintään kolme kuukautta.

Haastateltavien ryhmä rajattiin niin, että haastatellut asiakkaat olivat kaikki a) siirtyneet osastolta TK4 takaisin omiin koteihinsa ja b) asuneet siellä vähintään kolme kuukautta ja c) he eivät olleet pahasti muistisairaita, sillä tämä olisi voinut vaikeuttaa haastattelua ja asiallisen informaation saantia.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa asiakkaista tarvittiin tietoa siitä, että he olivat kotiutuneet kuntoutuksesta. Heidän osoitteensa ja puhelinnumeronsa olivat myös tarpeen yhteydenottoja varten. Muut tiedot asiakas sai itse kertoa haluamansa mukaan.

Tutkimukseen osallistuville laadittiin informoiva asiakirja (liite 2, 40). Espoon kaupungilta myönnettiin tutkimuslupa 15.6.2012. Ehtoina olivat henkilötietolain noudattaminen ja ihmisten yksityisyydensuojan kunnioittaminen varmistamalla ettei yksittäisiä ihmisiä voi tunnistaa puhtaaksi kirjoitetusta opinnäytetyöstä. Tarkoituksena on vielä lähettää sähköinen kopio valmiista opinnäytetyöstä Espoon sosiaali- ja terveystoimen kehittämissyksikköön heidän toivomuksestaan.

Tutkimusluvan saamisen jälkeen otettiin yhteyttä Espoon kaupungin terveyskeskusvuodesosaston TK4:än osastonhoitajaan, joka laati listan mahdollisista osallistujista. Listassa oli ihmisten nimet, osoitteet ja puhelinnumerot. Viidelle ihmiselle lähetettiin saatekirje ja otimme heihin viikkoa myöhemmin puhelimitse yhteyttä kysyäksimme heidän halukkuudestaan osallistua. Kaikki suostuivat ja sovimme saman puhelun aikana vielä haastattelun ajankohdasta. Kaikki haastateltavat olivat naisia ja ikähaarukka oli 75 ikävuodesta 97 ikävuoteen. Vain yksi haastateltavista asui toisen kanssa, muut asuivat yksin. Kaikki asuivat kerrostaloissa, joissa oli hissi. Kaikki haastateltavat olivat kotiutuneet samaan paikkaan, mistä he olivat alun perin lähteneet sairaalaan. Haastateltavat olivat asuneet kotona vähintään kolme kuukautta haastattelun ajankohtana.

5.3 Aineiston keruu

Jos tutkijaa kiinnostavat ihmisten emootiot, kokemukset ja tunteet enemmän kuin faktat ja numerot, hänen tulisi suosia haastatteluja kyselylomakkeiden sijaan. Jos haastateltavilla on etuoikeutettua tietoa, on haastattelu myös paikallaan. Tällöin on mahdollista saada erittäin arvokasta tietoa, jota kyselylomakkeista ei saa. Haastateltavien on toki oltava suostuvaisia ja kykeneviä antamaan tietoa tutkijalle. (Denscombe 2003.)

Tämän opinnäytetyön kiinnostuksen kohteena ovat ihmisten yksilölliset kokemukset, joten tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen. Opinnäytetyössä hyödynnettiin puolistrukturoitua ja yksilöhaastatteluja. Puolistrukturoidussa haastattelussa haastattelijalla on edelleen selvä asialista ja haastattelukysymykset, mutta hän suostuu olemaan joustavampi kysymysten ja teemojen käsittelyjärjestyksen suhteen. Haastateltava saa myös vapaasti ideoida ja puhua laajemmassa skaalassa käsiteltävistä asioista. (Denscombe 2003.)

Puolistrukturoitua haastattelua voidaan myös kutsua teemahaastatteluksi. Siinä valitaan etukäteen haastattelun teemat ja niihin liittyvät tarkentavat kysymykset. Teemahaastatteluissa ihmisten oma tulkinta asioista ja heidän asioilleen antamat merkitykset korostuvat. (Tuomi & Sarajarvi 2009.) Opinnäytetyötä varten valitsimme haastattelujen teemoiksi asiakkaan kokemukset toimintakyvystään, kuntoutusprosessistaan ja arjesta selviytymisestään.

”Teemahaastattelussakaan ei voi kysellä ihan mitä tahansa, vaan siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti.” (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75)

Jokainen haastateltava allekirjoitti suostumuskäytännön, jolla he ilmaisivat suostuvansa haastatteluun ja antoivat meille luvan käyttää nauhoitusta tutkimuksen tarkoituksiin. Olimme kertoneet ennen haastattelujen alkua vielä suullisesti, mitä tutkimme ja miksi. Selvensimme haastattelujen olevan vapaaehtoisia ja toimme esiin osallistujien oikeuden kieltäytyä jatkamasta haastattelua. Vahvistimme myös kaikkien nauhoitusten olevan anonyymejä. Nauhalle ei missään vaiheessa lausuttu osallistujien nimiä tai muita henkilötietoja. Jos haastattelun aikana keskusteltiin osallistujien henkilökohtaisista asioista, jotka eivät suoranaisesti liittyneet tutkimukseen, jätimme ne huomioimatta puhtaaksi kirjoituksessa. Haastatteluissa käytimme valmiita haastattelurunkoa ja -kysymyksiä, mutta haastattelut olivat kaikissa tapauksissa jossain määrin vapaamuotoisia, eli keskustelunaiheet hyppivät välillä yhdestä aiheesta toiseen. Pysyimme kuitenkin koko ajan opinnäytetyön kannalta keskeisissä aiheissa eli keskustelu ei mielestämme rönsyillyt liikaa.

Teimme haastattelut tiedonantajien omissa kodeissa ja toimintaympäristöissä. Kaikissa haastatteluissa olivat läsnä vain me ja haastateltava, joten saimme keskustella ja kysellä asioita rauhassa. Keskustelu oli avointa ja luontevaa. Saatekirjeessämme olimme kertoneet osallistujille, että on myös mahdollista tehdä haastattelu muualla kuin omassa kodissa. Olimme valmiita tapaamaan haastateltavia heidän ehdottamassaan paikassa, mutta kaikki olivat suostuvaisia antamaan haastattelun omassa kodissaan. Mielestämme tämä oli hyvä asia, sillä oma koti takasi rauhallisen ja turvallisen ympäristön haastattelulle. Nauhoituksen kannalta oma koti oli myös hyvä valinta, sillä meluhaittoja ei ollut. Tämän lisäksi haastateltavien ei tarvinnut lähteä omasta kodistaan haastattelun antamista varten ja tämä oli heille varmasti mieleistä. Olimme sopineet kaikki haastattelut etukäteen puhelimitse ja olimme antaneet saatekirjeessä myös omat yhteystietomme siltä varalta, että haastatteluaikaa pitää vaihtaa tai tulee muita esteitä haastattelun tekemiselle. Kaikkien haastattelujen nauhoitukset onnistuivat teknillisesti hyvin muutamia yksittäisiä lauseita lukuun ottamatta. Näitä epäselviä lauseita ei huomioitu analyysivaiheessa. Haastattelut kestivät keskimäärin noin puoli tuntia.

5.4 Aineiston analyysi

Käytimme tutkimuksessamme analyysimenetelmänä laadullista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, joka tarkastelee inhimillisiä merkityksiä. Sisällönanalyysissä etsitään tekstin sisäisiä merkityksiä. Monien lähteiden mukaan sisällönanalyysi ja sisällön erittely ovat sama asia. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan kuitenkin dokumenttien analyysia. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan taas pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-106)

”Sisällönanalyysi mahdollistaa tiettyjä käsitteellisiä liikkumavapauksia, mutta edellyttää myös tiettyjen rajoitteiden hyväksymistä”. Analyysissa tuotettu tieto voidaan kvantifioida eli sanallisesti kuvatusta aineistosta tuotetaan määrällisiä tuloksia. (Catanzaro 1988; Burns & Grove 1997; Sarajärvi 2002; Tuomi & Sarajärvi 2009, 107.)

Laadullisen aineiston analyysissa voidaan puhua joko induktiivisesta tai deduktiivisesta analyysistä (Miles & Huberman 1994; Polit & Hungler 1997; Tuomi & Sarajärvi 2009). Sisällönanalyysi voidaan kuvata myös nimillä aineistolähtöinen tai teorialähtöinen (Tuomi, Sarajärvi 2009, 108). Keskitymme työssämme induktiiviseen eli aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin.

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Analyysin tarkoituksena on luoda sanallista ja selkeää kuvausta. Sisällönanalyysillä tieto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon. Aineistosta pyritään luomaan mielekästä ja yhtenäistä. Tarkoituksena on luoda selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Laadullinen käsittely perustuu loogiseen tulkintaan, jossa analyysia tehdään tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Hämäläinen 1987; Strauss & Corbin 1990; Atkinson ym. 2000; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysimenetelmä voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: 1) aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, 2) aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja 3) abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Eteneminen tapahtuu prosessinomaisesti (Tuomi, Sarajärvi 2009). Aineiston analyysivaiheessa käytimme edellä kuvattua prosessia lähtökohtaisena analyysimenetelmänä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet ja niiden sisällöt. Johtopäätösten tekemisessä on pyrittävä ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 109-113.)

Analysoimme aktiivisesti kaikkia haastatteluja jo heti niiden päätyttyä. Pohdimme yhdessä erilaisten asioiden mahdollisia merkityksiä ja huomasimme asiasisällöstä poikkeavat ilmaisut tai kommentit. Kiinnitimme myös huomiota haastattelujen yhtäläisyyksiin ja eroavaisuuksiin.

Teimme yhteensä viisi haastattelua. Nauhoitetut haastattelut, jotka muodostavat tutkimuksen aineiston, purettiin kirjalliseen muotoon eli ne litteroitiin. Kirjallisesta aineistosta poimittiin merkityksellisiä lauseita eli niin kutsuttuja pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyistä ilmauksista etsimme samankaltaisuuksia ja niistä muodostui aineiston alaluokat. Tarkastelimme myös pelkistettyjen ilmausten eroavaisuuksia. Jaoin alaluokat samankaltaisuutensa puolesta yläluokkiin, jotka muodostivat tutkimuksen kolme teema-alueita. Nämä teemat ovat peräisin keskeisistä käsitteistä, jotka muodostavat opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen.

Esimerkiksi jos useat asiakkaat puhuivat haastatteluissa kivusta, yhdistimme nämä ilmaukset yhdeksi ryhmäksi. Pohdimme mihin teema-alueeseen nämä kipuun liittyvät kommentit kuuluvat ja tulimme tulokseen, että ne kuuluvat toimintakyky-teemaan. Tämä päätelmä johtui siitä, että kivusta keskustelu liittyi vahvasti keskusteluun liikkumisesta ja toimintakyvystä.

6 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksen tulokset esitetään haastattelujen teemojen ja niistä analyysivaiheessa esiin nousseiden alateemojen kautta. Esimerkiksi ensimmäisen asteen alaotsikko 6.1 kuvaa asiakkaan kokemuksia toimintakyvystään (teeman mukaisesti) ja toisen asteen alaotsikko 6.1.1 kuvaa fyysistä toimintakykyä ja siinä koettuja muutoksia tai rajoitteita (alateeman mukaisesti). Käytämme tekstissä myös suoria lainauksia haastateltavilta. Näin saamme aidon tuntuista tekstiä ja haastateltavien oma ”ääni” tulee esiin. Suorat lainaukset ovat kursivoituna ja lainausmerkeissä. Käytämme tulosten analysoinnin yhteydessä lukuelämyksen parantamista ajatellen erilaisia termejä tutkimukseen osallistujista: osallistuja, haastateltava ja asiakas. Näin saamme tekstistä rikkaampaa ja lukeminen on sujuvampaa. Tarkastelemme aineistoa kokemuksellisenä ja pyrimme tilastollisten yleistyksien sijaan kuvaamaan ilmiötä ja ymmärtämään asiakkaiden näkökulmaa.

6.1 Asiakkaan kokemukset toimintakyvystään

6.1.1 Fyysinen toimintakyky - toimintakyvyssä koetut muutokset ja rajoitteet

Tutkimukseen osallistujat vastasivat monipuolisesti toimintakykyä koskeviin kysymyksiin ja pohtivat pärjäämistään arkielämässä. Kaikki kokivat, että toimintakyvyssä oli tapahtunut muutoksia - heti leikkauksen jälkeen toimintakyky oli ollut selvästi heikentynyt entiseen verrattuna, mutta kuntoutuksen edetessä koettiin, että toimintakyvyssä oli tapahtunut positiivisia muutoksia. Sairaalassa ollessa kuntoutus aloitettiin saman tien leikkauksen jälkeen ja sitä jatkettiin ja tehostettiin kotiutuksen tullessa ajankohtaisemmaksi. Moni vertasi leikkauksen jälkeistä tilannetta nykytilanteeseen.

”Se on muuttunu se tilanne niin paljon.”

”Leikkauksen jälkeenhän toimintakykyä ei ollut.”

”Toimintakyky oli sillo (leikkauksen jälkeen) heikko, toimintakyky vähitellen parani.”

Asiakkaat kokivat, että kotiin palaaminen oli ollut kuin ”uusi alku” kuntoutuksessa ja sen taakia oli ollut jälleen hankalampaa. Moni vertasi luonnollisesti nykyistä tilannettaan tilanteeseen.

seen ennen kaatumista ja he puhuivat lonkkamurtuman vaikutuksista elämänlaatuun. Kävelystä koettiin muutoksia ja leikattu alaraaja ei toiminut samalla tavalla kuin ennen.

”Käveleminen ei ole ihan normaali.”

”Ei tästä jalasta kyllä tuu normaalia, tää on ku puupökkelö.”

Osa koki kotitöiden olevan haastavampia nykyisessä tilanteessa. Tavaroiden nostaminen lattialta eli syvään kumartuminen koettiin hankalaksi. Osalle seisominen tai istuminen olivat vaikeita asentoja ja ne aiheuttivat kipua. Osa ihmetteli myös onko normaalia, että istuminen tekee edelleen pahaa ja tuntuu kaikista epämiellyttävimmältä asennolta?

”Ei pysty siivoamaan, eikä oikein pysty mitään tekemään... tää ottaa kiinni tää jalka, en tiedä mikä tässä on.”

”Ei pitkää istumista oikeen tykkää, alkaa särkemään... parempi ois olla pitkällään kuin istumassa.”

Osa asiakkaista pohti omaa toimintakykyään myös siitä näkökulmasta mitä ”kuntouttava taho”, kuten fysioterapeutit, heiltä odottivat. Osa ei ollut varmoja oliko heidän toimintakykynsä hyvä vai huono. Yritimme haastattelun alussa selventää käsitettä ”toimintakyky” haastateltaville, mutta se ei kaikissa tapauksissa onnistunut. Korostimme myös sitä, että halusimme kuulla asiakkaiden omia kokemuksia. Osa pohti, miten muut kuntoutujat ovat pärjänneet kotona.

”Odotetaanko tässä et mä juoksisin ja kävelisin?”

”En mä tiedä voinko mä niin huonosti, mutta onks tää kauheen hyväkään?”

Melkein kaikilla haastateltavista oli vielä epävarmuutta ja pelkoa oman liikkumisensa suhteen. Osa haastateltavista kertoi, että heillä on epätietoisuutta siitä miten paljon ja millä tavoin he saavat liikkua. Koettiin, että näissä asioissa ohjaus oli ollut puutteellista tai sitä kaivattiin enemmän. Esimerkiksi oli epätietoisuutta siitä, olivatko jotkut liikkeet tai jalan nostamiset täysin kiellettyjä.

”Epätietoisuutta... kuinka mä nyt jumppaan?”

Lonkkaliikumäen toimintaperiaatteiden mukaisesti kaikille murtuman saaneille on tarkoitus aloittaa D-vitamiini- ja kalsiumlisät osteoporoosin hoitona. Monelle haastateltavalle osteoporoosi oli tuttu sairautena, mutta sen vaikutuksista luustoon ja liikuntakykyyn oli epäselvyyttä.

”Mullahan todettiin se osteoporoosi... kestäkö ne luut kuinka paljon?”

Kaikkien kohdalla oli tapahtunut edistystä kuntoutuksessa. Kokemukset toimintakyvystä olivat monimuotoisia. Kun asiakkaat pohtivat pärjäämistään ja jaksamistaan, he kokivat kuntoutuksesta olleen hyötyä toimintakyvyn palautumiselle. Suurin osa haastateltavista koki fyysisen toimintakykynsä periaatteessa hyväksi. Vähemmistö koki toimintakykynsä muuttuneen radikaalisti huonompaan suuntaan. Havaitsimme haastattelujen yhteydessä sen, että haastateltavat jotka arvioivat toimintakykynsä huonommaksi olivat fyysisesti vähemmän aktiivisia kuin ne haastateltavat, jotka arvioivat toimintakykynsä hyväksi.

”Toimintakyky, oikeestaan, niin, ihan normaali.”

”Mä olin toimintakykyinen, ja nyt en enää, enää oikein pysty minnekään.”

”Kaikki on mennyt ihan, et must on tullu ihan toinen ihminen.”

6.1.2 Kipu ja pelko

Kaikissa haastatteluissa keskusteltiin kivusta. Kipu tuli esiin lähinnä silloin kun puhuimme liikumisesta. Leikattu alaraaja oli monella edelleen kipeä, jos ei päivittäin niin ainakin ajoittain. Kaikille oli määrätty sairaalasta reseptille kipulääkettä. Saimme käsityksen, että tällä hetkellä kukaan ei käyttänyt säännöllisesti kipulääkkeitä, vaan niitä käytettiin tarvittaessa. Haastateltavilla oli myös paljon muita lääkkeitä, joita he käyttivät perussairauksiinsa. Kaikkia lääkkeitä monet eivät edes muistaneet, sillä monen kohdalla kotisairaanhoidosta käytiin ja-kamassa lääkkeet valmiiksi.

Kipu koettiin epämiellyttävänä ja toimintakykyä rajoittavana tekijänä. Kivun takia haastateltavat joutuivat tekemään kompromisseja arjessa, esimerkiksi istumisen rajoittamisessa. Pitkien matkojen kävely oli monelle vielä haaste. Osalla kivut olivat ajan mittaan hävinneet melkein kokonaan. Niillä haastateltavilla, joilla tuntui olevan eniten kipuja, olivat myös fyysisesti ja sosiaalisesti vähemmän aktiivisia. Ajoittain tuli käsitys siitä, että haastateltavat saattoivat olla myös masentuneita, vaikka tästä ei suoranaisesti keskusteltu.

”Käy pistelemään nii kauheesti tätä lonkkaa.”

”Ei oo mukavaa ku koko ajan niinku tuntuu.”

”Ei ollut mitään kipuja niin kipulääkkeet lopetettiin.”

Toinen asia, josta keskusteltiin paljon haastatteluissa oli pelko. Pelko tuli esiin itsestään yleensä siinä asiayhteydessä, kun keskusteltiin kuntoutuksen etenemisestä. Kotiutusvaiheessa moni pelkäsi, kuinka he tulevat pärjäämään kotona yksin. Sairaalassa hoitohenkilökunnalta ja fysioterapeutilta saatu tuki koettiin tärkeäksi ja sen vähentäminen koettiin pelottavana asia-

na ja jopa uhkana oman kuntoutuksen jatkumiselle. Moni oli nojannut vahvasti fysioterapeuttien ammattitaitoon ja he toivoivat, että fysioterapeutit kävisivät kotona useammin.

”Esimerkiks ku mä sairaalasta lähdin, kauheesti pelotti et pärjäänkö mä ku kuukauden siellä maannut... meinas paniikki iskeä, et miten mä selviän.”

”Kaikki pelotti, et miten selviää, jännitti.”

Myös liikkuminen kodin ulkopuolella koettiin alussa pelottavaksi ja jännittäväksi tilanteeksi. Monen liikuntakyky oli rajoittuneempaa kuin aiemmin. Osa kävi kuitenkin aktiivisesti kaupassa ja kävelyllä. Osa taas oli lähestulkoon koko ajan kotona ja sisällä.

6.1.3 Muut toimintakykyyn vaikuttavat asiat

Havaitsimme haastatteluja tehdessämme, että ne haastateltavat, jotka kokivat toimintakykynsä hyväksi tai normaaliksi olivat sosiaalisesti aktiivisempia. He pyrkivät toisten ihmisten ilmoille ja keksivät itselleen mielekäästä tekemistä. Heillä kävi kotona vieraita, he kävivät ulkona ja heillä oli harrastuksia. He liikkuivat enemmän ilman apuvälineitä, kuin ne, jotka kokivat toimintakykynsä heikoksi. Heillä oli positiivinen asenne kuntoutusprosessia kohtaan ja he olivat omatoimisia ja kekseliäitäkin.

”Oon kauheen sisukas ihminen, mä en masennu mistään. Mä sanonkin että mun motto on aina että ’tulta päin!’”

Toimintakykynsä huonoksi arvioivat asiakkaat olivat siis enemmän eristyksissä muista ihmisistä ja he vaikuttivat osaksi syrjäytyneiltä. Heillä kävi vähemmän vieraita ja he poistuivat kotoa harvemmin. He olivat myös kipeämpiä ja tyytymättömiä kotihoidon palveluihin. Lisäksi he tarvitsivat liikkumiseen apuvälineitä koko ajan.

”Ei ole ketään. En käy enää missään, nyt on kaikki loppu.”

Kaikilla osallistujilla oli perussairauksia. Oli esimerkiksi epilepsiaa, verenpainetautia, sydämen vajaatoimintaa, parkinsonintautia ja nivelrikkoa sekä kaikille oli aloitettu osteoporoosin hoitoon tarkoitetut vitamiinilisät. Muutamalla asiakkaalla oli sairaalassa murtuman lisäksi tullut muita vaivoja, kuten kuumeinen vatsatauti tai eteiväriä. Näiden muiden vaivojen aiheuttamat komplikaatiot olivat jääneet vahvasti mieleen. Virtsakatetrit mainittiin myös monen haastattelun yhteydessä. Osalle asiakkaista oli tullut virtsatietulehdus ja osalle oli kehittynyt virtsainkontinenssivaivoja. Haasteltavat olivat kiinnostuneita siitä, minkä takia heillä on ollut virtsakatetri ja milloin se oli heille laitettu. Koska virtsakatetrit saatetaan laittaa usein vasta leikkaussalissa, moni ei laittoajankohtaa muistanut selkeästi.

”(Oli) levotonta noro-kuumeen aikana. Mulla oli ne kaiteet (vuoteessa).”

”... missä vaiheessa laitettu virtsaletku. Se häiritsi. Sitten oli joku vaiva. Hyvin vähän on päiviä ja tunteja ettei olis pissahätä.”

6.2 Asiakkaan kokemukset kuntoutusprosessista

6.2.1 Kuntoutus sairaalassa

Kuntoutuksen tehokkuuteen ja jatkuvuuteen liittyen haastateltavat jakautuivat aika lailla kahtia - osan mielestä kuntoutus oli ollut riittävää ja tehokasta ja se oli jatkunut suunnitellusti myös kotona. Toiset kokivat ettei kuntoutus sairaalassa ollut kovin tehokasta ja se loppui heidän mielestään lähes kokonaan kotiutuksen yhteydessä.

Osa haastateltavista koki sairaalassa saamansa kuntoutuksen hyvänä ja varsinkin fysioterapeuttien antamaa tukea ja ohjausta kiiteltiin. Kuntoutus tapahtui fysioterapeuttien opastuksella ja useimmiten rollaattorien tuella. Osa kertoi fysioterapeuttien käyneen lähes päivittäin kävelyttämässä osastolla. Kuntoutus aloitettiin osastolla heti leikkauksen jälkeen ja tämä aiheutti osassa haastateltavista pelkoa ja epävarmuutta. Hoitajat eivät saaneet samanlaista kiitosta, kuin fysioterapeutit. Tämä johtui osittain siitä, että haastateltavat kokivat hoitajien olevan liian kiireisiä. Lämpöä ja läheisyyttä toivottiin hoitajilta lisää. Haastateltavat kertoivat kuntoutuksen olleen kaikin puolin tehokasta ja heidän mielestään kaikki ammattilaisilta saatu apu oli ollut hyödyllistä. Osastolla tapahtunut kuntoutus oli ollut riittävää ja sitä oli ollut riittävän usein. Sairaalassa olo oli ollut *”ihan mukavaa”* ja sairaalan henkilökuntaa pidettiin ystävällisenä. Jorvin sairaalasta ei ollut pahaa sanottavaa.

”Minusta sairaalassa tapahtunut kuntoutus oli hyvä, terapeutti erittäin hyvä. Toivon että olisi jatkunut kotona (se) oli ainut puute. ”

”Osastolla kuntoutettiin hirveän hyvin, pakotettiin, pelotti hirveästi, olin epävarma.”

”..oikein oli kaikki oli ystävällisiä niin, hoitajat, lääkäri, fysioterapeutit ja siivoajat ja kaikki. Oikein mukavia nii.”

Ne asiakkaat, jotka kokivat kuntoutuksessa olleen puutteita, olivat silti sitä mieltä että kaikki saatu apu, tuki ja ohjaus oli ollut hyödyllistä ja tärkeää. Kuntoutuksen puutteina mainittiin lähinnä sen määrällinen vähyys ja puuttuminen kotona. Mainittakoon, että asiakkaat jotka olivat osin tyytymättömiä kuntoutukseen olivat samoja asiakkaita, jotka kokivat toimintakykynsä huonoksi.

6.2.2 Kuntoutus kotona

Kuten kuntoutus sairaalassa, myös kuntoutus kotona jakoi mielipiteitä. Suurin osa asiakkaista kertoi kuntoutuksen jatkuneen kotona fysioterapeuttien tuella sen isommitta ongelmitta, mutta kaikilla ei tällaista selvää jatkumoa ollut. Jotkut asiakkaista olisivat toivoneet enemmän apua ja kuntoutusta kotiutuksen jälkeen.

”..ei ollut kotona oikeestaan ollenkaan kuntoutusta, olin vähän ihmeissäni siitä ettei sitä jatkettu, se oli vain siellä sairaalassa.”

Kotona ongelmia tuottivat esimerkiksi vessaan pääseminen ja painavat ovet. Kaikille haastateltaville oli järjestetty esteetön ympäristö wc-pöntön korotuksista lähtien. Fysioterapeutin ohjeistuksella ja tuella monet olivat harjoitelleet kotona kävelyä. Jotkut olivat jatkaneet ohjeiden mukaisia harjoituksia omatoimisesti kotona. Kodin ulkopuolella liikkuminen ja asioiminen koettiin haasteelliseksi, koska se oli fyysisesti hankalampaa ja myös pelottavaa. Haastateltavat pelkäsivät uutta kaatumista. Pelosta huolimatta moni oli ottanut tavaksi säännöllisen ulkoilun.

”..sitten kotona erittäin hyvä fysioterapeutti kävi monta kertaa - oikeen ohjas ja neuvo, ja liikuttiin.”

”..mä otin sen tyylin et joka päivä ulkona, joka päivä kävelemässä ja kaupassa”

”Mulla on se paperi. Sen mukaisesti mä teen. Mä huomasin et se on niin tärkeä ne liikkeet..”

Osa haastateltavista kertoi, ettei leikattu jalka ollut vielääkään parantunut - he kokivat jalan edelleen huonoksi ja kipeäksi. Osa asiakkaista kertoi kuntoutusprosessin jatkuvan vielä haastatteluvaiheessa ja heistä tämän prosessin onnistuminen riippui myös omasta itsestä ja sisukkuudesta.

”..pitää olla sisukas ja yritteliäs ja se ennen kaikkee riippuu itsestä... että ei anna periksi.”

6.3 Asiakkaan kokemukset arjesta selviytymisestä

6.3.1 Apuvälineet - liikkuminen ja peseytyminen

Asiakkaat kokivat apuvälineet välttämättömiksi jokapäiväisessä elämässä. Kaikille asiakkaille oli annettu erilaisia apuvälineitä. Yleisimmät olivat kävelykepit ja rollaattorit. Osalla oli liikkumisen apuvälineitä käytössään jo ennen lonkkamurtumaa, osa sai apuvälineet vasta sairaalassa. Osa asiakkaista pyrki siihen ettei apuvälineitä tarvitse koko ajan käyttää. Apuvälineisiin suhtautuminen oli positiivista, mutta osalla oli pyrkimyksenä päästä niistä eroon ja liikkua ilman niitä.

”Se (rollaattori) on pakko olla.”

”Ei se oikeestaan hidasta sitten elämistä tää yks keppi.”

Apuvälineitä oli myös wc-tiloissa, kuten suihkutuoli ja wc-koroke. Yksi asiakas oli myös huolehtinut omasta turvallisuudestaan käyttämällä suihkussa liukastumista estäviä kenkiä ja pyyheliinaa kostealla lattialla. Omasta hygieniasta huolehtiminen koettiin tärkeänä arjesta selviytymisen osatekijänä ja se tuli esiin lähes jokaisessa haastattelussa.

”Suihkutuoli on hirveen tärkeä.”

”Kyl mä aina pystyn pesemään ja suihkuttamaan itteni.”

”Osaan itse peseytyä.”

Osa asiakkaista oli saanut myös sukkiin pukemiseen tarkoitettun apuvälineen tai tavaroiden nostamiseen tarkoitettut tarttumapihdit. Koska syvään kumartuminen koettiin hankalana asentona, korostui sukkiin pukemisen vaikeus muihin vaatteisiin verrattuna.

”Oli sellane apuväline et miten sukat laitetaan jalkaan.”

Myös asunnon varustetasosta ja esteettömyydestä koettiin olevan hyötyä. Kaikilla oli käynyt kotona joko fysioterapeutti tai muu ammattihenkilö kartoittamassa kodin olosuhteita. Monella oli kuitenkin kotonaan vielä kynnyksiä ja painavia ovia. Osa oli tehnyt myös itse hankintoja parantaakseen asuntonsa turvallisuutta ja esteettömyyttä.

”Mulla on tollane erikoissänky...hankin tollasen oikeen motorisoidun sängyn.”

”Tää asunto on niin hyvä ku tääl ei oo kynnyksiä.”

”Yritetään suunnitella parhaillaan, että olis parempi liikkua. (On) huonekalupulma...hidastaa niin hirveesti.”

6.3.2 Kotihoito

Kaikilla asiakkailla oli käynyt kotihoito kotiutuksen jälkeen. Kotihoidon käyntien määrä vaihteli paljon. Kävi ilmi, että kotihoidon käyntien määrää oli muutettu, usein vähennetty, asiakkaiden kuntoutuksen edetessä. Haastatteluhetkellä osalla ei käynyt enää ollenkaan kotihoitoa ja enimmillään asiakkaalla oli käyntejä kolme kertaa päivässä. Kotihoidon palveluihin oli tyytymättömyyttä. Osa asiakkaista koki, että käynnit olivat turhia ja toiset kokivat, että kotihoito ei auttanut arjessa riittävästi. Asiakkaat nostivat esille esimerkiksi roskien viemisen ja kotona siivoamisen sellaisiksi asioiksi, joita kotihoito ei tee. Osa asiakkaista otti myös kotihoidon kustannukset ja hoitajien asenteet puheeksi. Jotkut asiakkaista kertoivat heillä käyvän siivouspalvelu ja osalle tuotiin ruoka valmiina. Kaiken kaikkiaan asiakkaiden saamat tai itse hankkimat palvelut vaihtelivat paljon.

”Mun täytyy kyllä sanoa, että nää kodinhoitajat ei tee mitään, ei yhtään mitään...(käyvät) vaan lääkkeet jakamassa.”

”Kotihoito käy 3 kertaa päivässä. Nää kaks (käyntiä) ihan tarpeettomia.”

6.3.3 Sosiaaliset kontaktit

Sosiaaliset kontaktit olivat haastateltaville tärkeitä. Kaikilla haastateltavilla oli vähintään yksi lähiomainen tai ystävä, joka kävi auttamassa. Kuntoutusprosessin aikana moni sai lähimmäisiltään tukea arjessa pärjäämiseen. Osa kaipasi myös toisen ihmisen henkistä tukea ja läsnäoloa tilanteissa, joissa kotoa piti poistua ja liikkua.

”Kaverit kävi auttamassa, ja sukulaiset.”

”(Pitää olla) aina joku mukana, en yksin voi mennä minnekään.”

Osa haastateltavista oli aktiivisempia kuin toiset; yksi haastateltavista oli liittynyt jonkin järjestön lähimmäispalveluun ja hänellä kävi sieltä ihminen juttelemassa pari kertaa viikossa. Osalla haastateltavista oli perhettä ja lapsenlapsia, jotka kävivät kylässä ja tämä koettiin positiivisena asiana. Kaikki asiakkaat muistivat lämmöllä Jorvin fysioterapeutteja. Koska kaikilla oli ollut oma nimetty fysioterapeutti sairaalan kuntoutusjakson aikana, heille oli muodostunut läheisempi suhde ja tämä koettiin positiivisena asiana kuntoutuksessa.

Miten koette pärjääväanne arjessa kuntoutuksen jälkeen? - ”Hyvin. Mutta mulla on tietysti erikoista, että on aina apua tarvittaessa.”

”En oo mikään yksinäinen mummu. On 5 lasta ja 5 lastenlasta... joku aina käy.”

7 Pohdinta

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia ja analysoidaan lähteisiin perustuen niiden luotettavuutta ja eettisyyttä. Tarkoituksena on pohtia tutkimuksen onnistumista. Lopuksi esitetään vielä jatkotutkimusehdotus perustuen opinnäytetyön tuloksiin ja johtopäätöksiin.

7.1 Eettiset kysymykset

Yhdysvalloissa perustettiin vuonna 1974 tutkimuseetiikkaan paneutunut komitea (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research), joka julkaisi vuonna 1979 loppuraportin nimeltään The Belmont Report - Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Komitea oli päässyt yhteisymmärrykseen koskien kolmea periaatetta, jotka julkaistiin loppuraportissa:

- 1) ihmisten kunnioittaminen
- 2) hyvän/hyödyn tekeminen
- 3) oikeudenmukaisuus

Näiden kolmen peruseriaatteen saavuttamiseksi on käytettävä seuraavia keinoja tutkimusta tehtäessä;

- 1) tutkimukseen osallistujan suostumus, joka perustuu selkeään tiedottamiseen ja tiedon ymmärtämiseen
- 2) hyötyjen tai haittojen realistinen ja selkeä punnitus ja niiden läpi käyminen osallistujan kanssa ja
- 3) koehenkilöiden valintaan liittyvät seikat - suojattomia ja heikompia sosiaalisia ryhmiä tulisi hyödyntää vain, jos tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa heidän elinolojaan. (Mäkinen 2006 22-23.)

Koehenkilöiden valinnassa tulee noudattaa oikeudenmukaisuutta sekä sosiaalisella että henkilökohtaisella tasolla. Tutkimus ei saa aiheuttaa vaaraa tai vahinkoa jo ennestään heikoille ihmisille tai ihmisryhmille (Mäkinen 2006, 85). Kirjassaan Mäkinen (2006, 94-95) viittaa Arja Kuulan laatimaan tarkistuslistaan, jota tutkijan kannattaa hyödyntää laatiessaan osallistujille tiedotuskirjettä tutkimuksesta. Tarkistuslista sisältää seuraavia kohtia; vastuullisen tutkijan tai tutkimusryhmän nimi ja yhteystiedot. Henkilötietoja kerätessä pitää määritellä myös rekisterinpitäjä, tutkimuksen tavoite, osallistumisen vapaaehtoisuus, aineistonkeruun toteutus-tapa, luottamuksellisten tietojen suojaaminen ja kerättyjen tietojen käyttötarkoitus. Otimme

kaikki edellä mainitut asiat huomioon saatekirjettä kirjoittaessamme ja kävimme niitä suullisesti läpi itse haastattelutilanteessa.

Tämä opinnäytetyön haastattelujen nauhoitusta varten tarvittiin osallistujilta kirjalliset suositukset ja ne saatiin haastattelujen päätyttyä liitteeksi. Kaikille esiteltiin suostumuskäytännön etukäteen ja heille kerrottiin, mikä sen tarkoitus on. Olimme sopineet, että osallistujat voivat nauhoituksen jälkeen päättää allekirjoituksellaan siitä voiko haastattelua käyttää opinnäytetyötä varten. Nauhoitusta tiedonkeruun menetelmänä perusteltiin kaikille osallistujille sillä, että siinä voi vapaasti puhua ja keskustella. Tämän lisäksi aineisto on helppo purkaa jälkikäteen kirjalliseen muotoon analysointia varten. Otimme myös hieman kenttämuistiinpanoja haastattelukaavakkeeseen, mutta näitä emme kuitenkaan tarvinneet analyysivaiheessa, sillä niissä toistuivat samat tiedot mitä haastatteluista tuli esiin. Osallistujille kerrottiin, että kaikki nauhoitukset tehdään anonyymeina ja että aineisto säilytetään turvassa tutkimuksen ajan ja tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Anonymiteetin säilyttämisestä on etuja tutkimuksen kannalta, koska se lisää tutkijan vapautta käsitellä arkojakin asioita tutkimuksessaan ja se suojaaa hänen tutkimiaan henkilöitä.

Anonymiteetti myös edistää tutkimuksen objektiivisuutta siten, että se rohkaisee tutkimukseen osallistujia puhumaan rehellisesti ja suoraan - tämä helpottaa olennaisten ja tärkeiden tietojen keräämistä. (Mäkinen 2006, 92-93, 114.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksiin liittyy paljon monimutkaisia eettisiä kysymyksiä, kuten se onko moraalisesti hyväksyttävää lähestyä vaikeassa elämäntilanteessa olevaa ihmistä ja pyytää häntä osallistumaan tutkimukseen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa liikutaan usein hyvin tunneperäisellä maastolla. Sekä tutkijan että tutkimukseen osallistujan tunteet saattavat nousta pintaan (Mäkinen 2006). Olimme koko ajan tietoisia siitä, että liikuimme hyvin lähellä ihmisten yksityisyyttä ja kysyimme heiltä henkilökohtaisia kysymyksiä. Vältimme kysymästä mitään, joka ei suoranaisesti liity tutkimukseen. Usein osallistujat saattoivat itse tuoda keskustelussa esiin henkilökohtaisia asioita, jotka eivät liittyneet haastattelukysymyksiin tai teemoihin. Nämä asiat jätettiin huomioimatta puhtaaksikirjoitusvaiheessa.

Tämän opinnäytetyön aihe on ajankohtainen. Lonkkaliukumäestä on puhuttu jo melko laajasti mediassa, esimerkiksi Helsingin Sanomissa ja Länsiväylässä. Vastaanotto mediassa ja sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden ja johtajien keskuudessa on ollut positiivinen. Lonkkaliukumäkihankkeessa on kysymys yhteiskuntaan positiivisesti vaikuttaneesta toimintamallista ja tässä vaiheessa hanketta on ollut tärkeää saada myös potilasnäkökulma esiin. Kun tähdätään potilaskeskeiseen ja kuntouttavaan hoitotyöhön, jossa voimavaraistetaan ihmisiä, on tärkeää saada myös hoidettavien kokemuksia ja ajatuksia kuuluviin. Tämä on eettisesti ja moraalisesti oikein.

7.2 Tulosten tarkastelu

Haastatteluissa saimme tietoa siitä, minkälaiseksi Lonkkaliukumäen läpikäyneet asiakkaat kokevat toimintakykynsä. Saimme myös tietoa siitä, minkälaiseksi he ovat kokeneet kuntoutusprosessinsa ja millä keinoin he selviävät arjesta. Koska haastattelimme viittä ihmistä, otoksemme on toki suhteellisen pieni. Lonkkaliukumäessä oli ollut huhtikuuhun 2012 mennessä sata asiakasta, haastattelimme täten viittä prosenttia heistä. Seuraavassa tarkastelemme opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä käyttäen apuna lähteitä ja muita samansisältöisiä tutkimuksia.

Vertailimme tuloksiamme toisten samankaltaisten tutkimusten tuloksiin ja pohdimme onko tulosten välillä samankaltaisuuksia. Opinnäytetyön kappaleessa 5 viitataan Zídenin, Schermanin ja Wenestamin (2010) tutkimukseen nimeltä *The Break Remains - Elderly People's Experiences of a Hip Fracture 1 Year After Discharge*. Tutkimuksen tulokset julkaistiin *Disability and Rehabilitation* -lehdessä. Heidän tutkimuksensa aiheena oli selvittää iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia murtuman pitkäaikaisista vaikutuksista. Haastateltavat olivat olleet vuoden verran hoitokodissa leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että epävarmuus ja elämän rajoittuneisuus korostuivat vastauksissa. Vastajaat kokivat toimintakykynsä heikentyneeksi ja he elivät rajoitetumpaa elämää vähempine sosiaalisine kontakteineen. Osa vastaajista oli tyytyväisiä elämäänsä ja kertoivat voivansa vielä paremmin kuin ennen murtumaa. Tuloksista ilmeni myös, että omatoimisuus ja tahdonvoima olivat keskeisessä asemassa vaikuttamassa paranemiseen. Nämä tulokset myötäilevät omia tuloksiamme. Tutkimuksissamme haastateltavat toivat samanlaisia asioita esille. Tutkimuksemme kohteena oli myös tasan sama potilasryhmä. Mielestämme tämä on osaltaan todistamassa opinnäytetyömme luotettavuutta.

7.3 Luotettavuus

Reliabiliteetti eli luotettavuus saavutetaan tutkimuksessa silloin, kun tutkimusaineistossa ilmiöiden välillä vallitsevat toistetusti samat yhteydet (Lillemur 2002, 147). Mielestämme luotettavuus toteutui hyvin työssämme. Aineiston yhteydet tulivat esiin jo haastatteluja tehdessä ja keskustelimme keskenään aineistosta koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksessa on eettisesti erittäin tärkeää tarkistaa tutkimustulosten paikkansapitävyys ja yleistettävyyt. Tutkimuksen tulokset olisi myös hyödyllistä julkaista ja tutkijan tulisi aina koetella tulosten luotettavuutta pyrkimällä esimerkiksi todistamaan niiden virheellisyyttä (Mäkinen 2006, 102).

Haastattelukaavakkeissa pitää varmistaa, että kysymykset antavat tutkimustehtävään luotettavat vastaukset. On vältettävä monimutkaisia ja johdattelevia kysymyksiä, joihin voi vastata vain yhdellä tavalla. Kysymykset olisi hyvä testata skeptisillä ja kriittisillä vastaajilla. Jos kysymyksissä ilmenee ongelmia, ne voi helposti vielä korjata ennen haastatteluja. Haastattelu-

jen jälkeen ei voi muuta kuin todeta validiteettiongelma, joka johtuu siitä, että kysely ei mittanut sitä asiaa mitä haluttiin tutkia. (Mäkinen 2006, 92-93.)

Pyrimme siihen, että haastattelukysymyksemme antaisivat vastauksia tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Testasimme niitä itsellämme ja toisillamme. Olemme sitä mieltä, että onnistuimme pääosin kysymysten valinnalla. Niiden tuli olla tarpeeksi yksinkertaisia ja kysymyksenasetteluun vastaavia mutta teimme kuitenkin joitakin pieniä virheitä, jotka saattoivat vaikuttaa hieman lopputuloksiin. Tietyt sanavalinnat olivat epäselviä. Kysyimme esimerkiksi haastateltavilta heidän toimintakyvystään leikkauksen jälkeen, vaikka tarkoitimme enemmänkin tätä hetkeä. Kysymyksellä pyrimme alun perin tekemään selväksi, että kiinnostuksen kohteena ovat heidän kokemukset leikkauksen jälkeisestä elämästä. Retrospektiivisesti ajateltuna olisimme voineet kysyä ”minkälaiseksi koette toimintakykynne tällä hetkellä?”. Haastattelujen aikana täsmensimme joka kerta suullisesti, mitä tarkoitimme kysymyksellä. Tämän takia osallistujat vastasivat kertomalla, millainen toimintakyky oli heti leikkauksen jälkeen sekä tällä hetkellä. Pyrimme siihen, ettemme johdattelisi liikaa haastateltavia. Koemme, että aineisto on hyödyllistä ja vastaa kysymyksiimme.

Fenomenografisissa tutkimuksissa yleisesti käytetty luotettavuuden varmistusmenetelmä on risti-analysointi (”co-examination”). Tutkija tarkastuttaa tulokset toisella ihmisellä. Toinen analysoija lukee haastateltavien kommentteja ja parittaa ne mielestään oikean teeman kanssa (Lillemur 2002, 118). Koska meitä oli kaksi analysoimassa, pystyimme helposti toteuttamaan risti-analysoinnin ja teimme sen moneen otteeseen.

Olemme luvanneet esittää valmiin opinnäytetyön Espoon kaupungin hoitotyön johtajien seminaarissa ja työ lähetetään Espoon sosiaali- ja kehittämistoimelle, josta meille myönnettiin tutkimuslupa.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimukset

Tämä opinnäytetyö antaa tietoa Lonkkaliukumäen läpikäyneiden asiakkaiden toimintakyvystä, kuntoutuksesta ja arjesta selviytymisestä heidän omasta näkökulmastaan katsottuna. Haastatteluissa nousi esiin myös asiakkaiden muita ajatuksia liittyen koko prosessiin. Näitä asioita olivat esimerkiksi kuntoutuksen jatkuvuus ja tehokkuus, kipu, pelko ja sosiaalisen elämän vaikutus hyvinvointiin. Otose oli viisi asiakasta, joka on aika pieni. Opinnäytetyön aloituksen aikoihin huhtikuussa 2012 Lonkkaliukumäessä oli ollut jo sata asiakasta. Tämä tarkoittaa sitä, että haastattelimme tästä joukosta viittä prosenttia. Olemme sitä mieltä, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä lonkkamurtumapotilaita hoidettaessa. Opinnäytetyö antaa tietoa siitä, millä tavoin Lonkkaliukumäki on prosessina toiminut ja vaikuttanut asiakkaiden elämään. Koska kaikki osallistujat olivat asuneet kotona vähintään kolme kuukautta haastattelun ajankohtana, tulokset kertovat realistisesti siitä,

miten asiakkaat voivat pidemmällä tähtäimellä sairaalajakson jälkeen.

Toimintakyky on ikääntyneen ihmisen hyvinvoinnin yksi tärkeä osatekijä. Iän karttuessa elämän perusasioiden sujumisen tärkeys korostuu ja omatoimisuus ja itsenäisyys ovat tietynlaisia hyvinvoinnin markkereita. Haastatteluissa asiakkaiden arvioissa omaa toimintakykyään he puhuivat arkisista asioista ja siitä, kuinka hyvin he kokevat näiden asioiden tällä hetkellä sujuvan. Jos arki sujui hyvin, silloin toimintakykykin koettiin usein hyvänä. Toiset taas kokivat pärjäävänsä arjessa huonommin ja arvioivat toimintakykynsä olevan heikko. Pohdimme sitä, että Lonkkaliukumäki ei ehkä pysty vastaamaan kaikkien ihmisten tarpeisiin täydellisesti. On ajoittain haastavaa arvioida sairaalassa etukäteen, kuka asiakas tulee pitämään kuntoutusta hyvänä ja kuka huonona. On myös haastavaa arvioida, kuka tulee realistisesti hyötymään kuntoutuksesta ja pärjäämään sen avulla kotona jatkossa. Ihmisen kokemukset omasta terveydestään ja sairaudestaan ovat hyvin yksilöllisiä; ihminen, jolla on monta perussairautta tai pysyvä liikuntavamma, voi silti kokea terveytensä hyväksi ja olla tyytyväinen elämäänsä. Tutkimustuloksissa kävi myös ilmi, että käytäntöjen vaihtelevuus kuntoutuksessa oli kirjavaa ja osa asiakkaista koki selvästi joutuneensa heitteille sairaalasta kotiututtuaan.

Lonkkaliukumäen yhtenä tavoitteena on mahdollistaa lonkkamurtuman saaneen ihmisen kotona pärjääminen. Lonkkamurtuman leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita merkittävästi. Varhaisen kuntoutuksen vaikutus on myös ollut erittäin positiivinen. Tavoitteena on, että ihmiset eivät jää sairaalaan vuodeosastolle hoitoon turhan pitkäksi aikaa ennen kotiutusta. Tarvittavat palvelut pyritään järjestämään kotiin. Haastattelemamme asiakkaat olivat pääosin erittäin tyytyväisiä ja he arvioivat pärjäävänsä hyvin arjessa. Asiakkaat olivat kokeneet kuntoutusprosessin hyödyllisenä ja he kokivat tulleen huomioituksi yksilönä kuntoutusta suunniteltaessa. Mielestämme opinnäytetyömme tulokset kertovat siitä, että Lonkkaliukumäki on toiminut hyvin ja onnistunut tehtävässään. Tämän vuoden marraskussa Laatuokeskus on valinnut Espoon sairaalan Lonkkaliukumäen Vuoden laatuinnovaatio -kilpailun voittajaksi. Lonkkaliukumäki on saanut tunnustusta sekä potilaiden hoitoaikojen lyhentämisestä, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntoutuksen saumattoman yhteistyön mahdollistamisesta ja kustannusten vähentämisestä noin 1,6 miljardilla eurolla vuodessa (liite 5, 42).

Tulevaisuudessa voisi tutkia enemmän iäkkäiden ihmisten sosiaalisten kontaktien vaikutusta elämänlaatuun. Olisi mielenkiintoista tietää, voiko sosiaalista toimintaa vahvistamalla (esimerkiksi vertaisryhmillä ja yhteisillä aktiviteeteilla) luoda alustaa elämänlaadun parantamiselle. Tämä koskee myös murtumasta toipuvia potilaita. Voiko lonkkamurtumapotilaille kehittää Lonkkaliukumäessä omaa vertaistukitoimintaa, vaikka järjestämällä jo osastolla yhteistä

tekemistä, ja näin auttaa potilaita luomaan sosiaalisia kontakteja ennen kotiutumista? Uskomme, että potilaat hyötyisivät toisistaan. He voisivat tukea toisiaan kuntoutusprosessin aikana ja jakaa tietoa ja vinkkejä arjesta selviytymiseen liittyen. Tällä tavalla saattaisi saada hoidettua sekä murtumaa että mieltä.

Lähteet

- Denscombe, M. 2003. *The Good Research Guide - for small-scale research projects*. Second edition. Open University Press.
- Fred, J. 2012. Lonkkaliukumäki - lonkkamurtumapotilaan hoidon laatu, prosessi ja kehittäminen. Esitys pidetty HUS-alueen hoitotyön johtajien seminaarissa 9.2.2012.
- Hallberg, L. 2002. *Qualitative Methods in Public Health Research - Theoretical Foundations and Examples*. Studentlitteratur.
- Heiskanen, J. & Mälkiä, E. 2002. Ikääntyvät. Teoksessa E. Mälkiä & P. Rintala (toim) *Uusi erityisliikunta*. Helsinki. Liikuntatieteellinen seura.
- Iivanainen, A. & Tikkanen, M. 2010. Lonkkamurtuman hoidossa kaikki lähtee potilaan tarpeista. *Pinsetti* 2/2010 vol. 22. Suomen leikkausosaston sairaanhoitajat Ry.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L., Hietanen, H. 2006. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki. WSOY.
- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky. 2010. *Hoitoketjutyöryhmä. Kuntouttava hoitotyö*. 2010. *Terveyskirjasto - Duodecim*.
- Käypä hoito -suositus. 2011. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. 2011. *Lonkkamurtuma*.
- Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Metsämuuronen, J. *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. 2000. Jaabes Oy, Viro.
- Nuotio, M., Jokipii, P., Viitanen, H. & Jäntti, P. 2009. *Ortogeriatría - hankkeesta käytäntöön Etelä-Pohjanmaalla*. *Suomen lääkirilehti* 2009 64 (21-22): 1985-1988.
- Sandelowski, M. 2004. *Using Qualitative Research*. *Qualitative Health Research*, December 2004 vol. 14 n. 10 : 1366-1386
- Salmenkivi, J. 2012. "Lonkkaliukumäki" - Espoon ja Jorvin yhteinen projekti. Esitys pidetty HUS -alueen hoitotyön johtajien seminaarissa 9.2.2012.
- Suvas, A., Laurell, L., Nordman, P. 2006. *Kuntouttava lähihoito*. Edita.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. *Vanhukset ja palvelujärjestelmä*. Teoksessa *Geriatría*. Duodecim.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Tammi.
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P (toim.) 2008. *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY oppimateriaalit.
- Zidén, L., Scherman MH. & Wenestam, C. 2009. *The Break Remains - Elderly People's Experiences of a Hip Fracture 1 Year After Discharge*. *Julkaisu Disability & Rehabilitation -lehdessä* 2010 32(2): 103-113.
- Heiskanen-Haarala, I. 2011. *Husari*. 3/2011. Liukkaasti leikkaukseen ja kuntoutukseen. Luettu 30.3.2012

<http://www.dpaper.eu/HUS/husari3-2011/>

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Liukkaasti leikkaukseen ja kuntoutukseen. Luettu 01.04.2012

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,616,617,618,35580,39941>

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. K4 (ortopedian ja traumatologian osasto). Luettu 01.04.2012

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,803,813>

Länsiväylä. 2012. Espoossa lonkkavammat hoituvat liukumäessä. Luettu 01.04.2012

<http://www.lansivayla.fi/artikkeli/67796-espoossa-lonkkavammat-hoituvat-liukumaessa>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326. Sosiaali- ja terveysministeriö. Voimaantulo 01.05.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupahakemus Espoon kaupungille

ESPOON KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystoimen toimiala
Esikunta/kehittämisyksikkö
Kehittämispäällikkö

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Täyttöohjeet liitteenä. Numerot viittaavat ohjeiden vastaaviin kohtiin.

1 TUTKIMUKSEN NIMI	Lonkkaliukumäki - kehittämishanke ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi: asiakkaiden kokemuksia kuntoutusprosessin jälkeen.	
2 TUTKIMUKSEN SUORITTAJA JA OSOITE	Tutkimuksen suorittajat (ensimmäisenä mainitaan yhdyshenkilö) Greta Hagfors	
	Anna Korhola	
	Opinnäytetyön ohjaaja Paula Lehto, TtT, yliopettaja Metsänpojankuja 3 02130 Espoo 0400 541479 paula.lehto@laurea.fi	
	Tuija Partio, kehittämispäällikkö, on hyväksynyt opinnäytetyöaihemme	
	Tutkimuksen vastuullinen johtaja Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemen toimipiste	
	Tutkimuspaikka Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemen toimipiste Tutkimuksen haastattelut suoritetaan haastateltavien kotiympäristöissä.	
	Osoite Metsänpojankuja 3 02130 Espoo	
	Puhelin (09)88687500	
3 YHDYSHENKILÖ (TUTKIMUKSEN SUORITTAJA)	Nimi ja osoite Greta Hagfors Matinkulma 5 C 17 02230 Espoo	Puhelin +358409660608
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE/ TUTKIMUSONGELMA/ TUTKIMUSTYYPPI	<input type="checkbox"/> Virkatyö <input type="checkbox"/> Opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu tutkimus Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Lonkkaliukumäen läpikäyneiden asiakkaiden kokemuksia toimintakyvystään, kuntoutusprosessista ja arjesta selviytymisestä. Lonkkaliukumäki on Jorvin sairaalassa toteutunut toiminnallinen kehittämishanke, joka tukee erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä ja jonka lähtökohtana on lonkkamurtumapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen edistäminen. Tämä tutkimus on laadullinen ja menetelmänä käytämme yksilohaastatteluja, jotka aiomme nauhoittaa koululta lainatuilla nauhureilla.	
5 TARVITTAVAT TUTKIMUSTIEDOT JA AINEISTON OTANTA SEKÄ KERUUTAPA	Tarvitsemme haastateltavien puhelinnumerot ja osoitteet. Tarvitsemme myös tiedon siitä, että he ovat kotituneet Espoon kaupungin terveyskeskusvuodeosastolta TK4 (Jorvissa) oltuaan Lonkkaliukumäen asiakkaina. Haastatteluja suorittaessa, emme kerro nauhalle mitään henkilötietoja tai tietoja asiakkaan sairauskertomuksesta.	

Postiosoite
PL 202
02070 ESPOON KAUPUNKI

Käyntiosoite
(Kirkkojärjentie 6 B, 7. krs)
02770 ESPOO

Puhelinvaihte
(09) 816 21
Sotet_tutkimusluv[at]espo.fi

ESPOON KAUPUNKI
 Sosiaali- ja terveystoimen toimiala
 Esikunta/kehittämissyksikkö
 Kehittämispäällikkö

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

	Osallistajat valitaan seuraavien perusteiden mukaan; 1) He ovat olleet asiakkaine Lonkkaliukumäessä, 2) He ovat kotiutuneet osastokuntoutusjakson jälkeen, 3) He ovat olleet kotona vähintään 3 kuukautta 4) He eivät ole muistisairaita tai muuten yleisvoimiltaan sellaisessa asemassa etteivät kykene antamaan haastattelua.
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	Onko tutkimuksen kohteena henkilö(henkilöitä), jonka osallistumisesta päättää huoltaja tai edunvalvoja <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, selvitä, miten huoltajan suostumus hankitaan:
7 TUTKIMUSREKISTERIN PITÄJÄ	Laurea-ammattikorkeakoulu sitä mukaa, kun aineistoa kertyy Espoon kaupungilla on tiedot Lonkkaliukumäki -potilaista. HUS:illa on myös tietoa potilaista, mutta koottu rekisteri Lonkkaliukumäki -potilaista on Espoon kaupungilla.
8 TUTKIMUSREKISTERIN TIETOTYYPIT	Haastattelujen nauhoitukset ja puhtaaksikirjoitettu aineisto kirjallisena.
9 TIETOJEN KÄYTTÖ- TARCOITUS	Analysoimme induktiivisella sisällönanalyysillä haastattelujen sisällöt ja vastaamme niillä opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, jotka ovat 1) Minkälaisia kokemuksia asiakkailta on toimintakyvystään leikkauksen jälkeen? 2) Minkälaisia kokemuksia heillä kuntoutusprosessista? ja 3) Miten he kokevat selviävänsä arjesta? Nauhoitettu ja aukikirjoitettu data hävitetään opinnäytetyön valmistuttua ja prosessin aikana data säilytetään lukollisessa kaapissa koululla.
10 TUTKIMUSREKISTERIN SIJAINTPAIKKA	Espoon kaupunki HUS Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemi Osoite: Metsänpojankuja 3 02130 Espoo
11 TUTKIMUSREKISTERIN YLLÄPITOON KÄYTETTYJEN LAITTEIDEN SIAINTI	Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemi Osoite: Metsänpojankuja 3

Postiosoite
 PL 202
 02070 ESPOON KAUPUNKI

Käyntiosoite
 (Kirkkojärjentie 6 B, 7. krs)
 02770 ESPOO

Puhelinvaihe
 (09) 816 21
 Sotet_tutkimusluv[at]espo.fi

ESPOON KAUPUNKI
 Sosiaali- ja terveystoimen toimiala
 Esikunta/kehittämisyksikkö
 Kehittämispäällikkö

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

	02130 Espoo
12 TUTKIMUSREKISTERIN HÄVITTÄMINEN JA ARKISTOINTI	<input type="checkbox"/> Rekisteri hävitetään Hävittämisen toteuttamistapa Nauhoituksen tuhoataan ja tietokoneella olevat tiedostot hävitetään. <input type="checkbox"/> Rekisteri arkistoidaan Arkistointi perustuu
13 TUTKIMUSREKISTERIN SUOJAUS LUVATONTA KÄYTTÖÄ VASTAAN	<input type="checkbox"/> Käyttäjätunnus <input type="checkbox"/> Käytön rek <input type="checkbox"/> Salasana <input type="checkbox"/> Kulun valvonta Selvitys suojauksesta: Tutkimusdata säilytetään koululla tutkimuksen aikana lukitussa kaapissa, jonka avain on ainoastaan opinnäytetyön tekijöillä ja ohjaajilla.
14	<p>Sitoudun siihen, että en käytä saamiani tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi enkä luovuta saamiani henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pidän ne salassa. Tutkimustulokset sitoudun esittämään niin, ettei niistä voidaan tunnistaa yksittäistä henkilöä eikä perhettä. Muutoinkin sitoudun noudattamaan henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.</p>
Päiväys 15.5.2012	Nimi Anna Korhola
Päiväys 15.5.2012	Nimi Greta Hagfors
Päiväys	Nimi
Päiväys	Nimi
15 LAUSUNTO (VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ)	LAKIMIES <input type="checkbox"/> Ei tarvita lakimiehen lausuntoa Lausunto: Puollan <input type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Puollan ehdolla <input type="checkbox"/> Perustelut:
Päiväys	Nimi
Postiosoite PL 202 02070 ESPOON KAUPUNKI	Käyntiosoite (Kirkkojärjentie 6 B, 7. krs) 02770 ESPOO
	Puhelinvaihte (09) 816 21 Sotet_tutkimusluvati@espo.fi

ESPOON KAUPUNKI
 Sosiaali- ja terveystoimen toimiala
 Esikunta/kehittämissyksikkö
 Kehittämispäällikkö

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

		TULOSYKSIKKÖ		
		Lausunto:		
		Puollan <input type="checkbox"/>	En puolla <input type="checkbox"/>	Puollan ehdolla <input type="checkbox"/>
		Perustelut:		
Päiväys	Nimi			
16		<input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma		
LIITTEET		<input type="checkbox"/> Muut liitteet 4 kpl		
Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.				

OHJEITA TUTKIMUSLUVAN HAKIJALLE

27.04.2011

Hakemus palautetaan sähköpostitse

Sähköinen versio tutkimuslupahakemuksesta **liitteineen** lähetetään sähköpostitse Espoon sosiaali- ja terveystoimeen: Sotet_tutkimusluvut@espoo.fi

OHJE TUTKIMUSLUPAHAKEMUSLOMAKKEEN TÄYTTÄMISEKSI

1. Kohtaan merkitään tutkimuksen nimi, jolla tutkimus on yksilöitävissä.
2. Kohtaan merkitään tutkimuksen suorittajina kaikkien niiden henkilöiden nimet ja osoitteet, jotka henkilötasolla tulevat käsittelemään saatuja tietoja. Jos kyse on opinnäytetyöstä, on tähän kohtaan merkittävä opinnäytetyön ohjaajan nimi ja asema. Jos kyse on muusta kuin korkeakoulun tai sellaisen viranomaisen tai laitoksen tutkimuksesta, jonka lakisääteisiin tehtäviin tutkimustoiminta kuuluu, on tutkimukselle henkilötietolain 14 §:n 1 momentin kohta 2:n mukaan nimettävä vastuullinen johtaja, jonka nimi, asema ja työpaikka merkitään tähän kohtaan. Lisäksi tähän kohtaan merkitään tutkimuksen ensisijainen suorituspaikka eli esimerkiksi tutkimuslaitoksen nimi, osoite ja puhelinnumero.
3. Yhdyshenkilönä ilmoitetaan henkilö, joka voi antaa tutkimuksesta tarkempia tietoja.
4. Kohtaan merkitään tieto tutkimuksen tavoitteesta ja tutkimusongelmasta. Lisäksi tähän kohtaan merkitään tieto tutkimustyyppistä eli onko kyse yksittäistutkimuksesta vai seurantatutkimuksesta tai muusta säännönmukaisesta seurantatutkimukseen verrattavasta tutkimuksesta. Kohtaan merkitään myös se, onko kyseessä virkatyö, opinnäytetyö vai muu tutkimus. Tarkemmat tiedot mm. tutkimuksen tavoitteesta ja tutkimusongelmasta tulee ilmetä lupahakemuksen liitteinä olevasta tutkimussuunnitelmasta.
5. Kohtaan merkitään tieto siitä, mistä tutkimustietoja aiotaan hankkia sekä yksilöidään luovutettavaksi haluttavat tiedot sekä tietojen otanta- ja keruutapa. Erikseen tulisi

Postiosoite
 PL 202
 02070 ESPOON KAUPUNKI

Käyntiosoite
 (Kirkkojärjentie 6 B, 7. krs)
 02770 ESPOO

Puhelinvaihe
 (09) 816 21
Sotet_tutkimusluvut@espoo.fi

Liite 2 Saatekirje

Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Hyvä tutkimukseen osallistuja

Tiedät on valittu osallistumaan haastateltavaksi opinnäytetyömme tutkimusta varten. Olemme kaksi sairaanhoidon opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Otaniemen toimipisteessä. Meidän on molempien tarkoitus valmistua tämän vuoden puolella.

Opinnäytetyötämme ohjaavat yliopettaja Paula Lehto ja kehittämispäällikkö Tuija Partio. Olemme hakeneet Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan kehittämissyksiköltä tutkimuslupaa opinnäytetyötämme varten ja se on myönnetty __/__/2012.

Opinnäytetyömme tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Lonkkaliukumäen läpikäyneiden asiakkaiden kokemuksia toimintakyvystään, kuntoutusprosessista ja arjesta selviytymisestä. Lonkkaliukumäki on toteutettu Jorvin sairaalassa yhteistyössä Espoon kaupungin terveyskeskusvuodeosaston TK4 kanssa. Se on alkanut toukokuussa 2011 ja jatkuu edelleen.

Toivomme, että voisitte osallistua tutkimukseemme. Olemme teihin yhteydessä puhelimitse tämän saatekirjeen lähettämisen jälkeen. Tarkoituksena on sopia puhelimitse haastatteluaika. Haastattelu kestää noin 30 minuuttia kokonaisuudessaan ja se nauhoitetaan. Nauhoituksessa ei mainita mitään henkilötietoja, eikä teidän tarvitse kertoa mitään mitä ette halua kertoa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi perua missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta. Kaikki nauhoitukset puretaan kirjalliseen muotoon ja tietojen hyödyntämisen jälkeen kaikki tiedot tuhotaan. Käytämme nauhoitusten sisältöjä vastaamaan opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin vastaamiseen.

Tutkimalla asiakkaan näkökulmaa kuntoutusprosessista saamme arvokasta tietoa sen toimivuudesta ja voimme osoittaa sen hyödyn. Olisimme kiitollisia yhteistyöstänne. Lisää tietoa saa tarvittaessa alla olevista yhteystiedoista.

Espoossa __/__/2012

Kunnioittaen

Greta Hagfors greta.hagfors@laurea.fi puh.0409660608

Anna Korhola anna.korhola@laurea.fi puh.0407275579

Liite 3 Tutkimuslupa-anomus tutkimukseen osallistuville

Tutkimuslupa-anomus tutkimukseen osallistuville

Hyvä tutkimukseen osallistuja

Tiedät on valittu osallistumaan haastateltavaksi opinnäytetyömme tutkimusta varten. Olemme kaksi sairaanhoidon opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Otaniemen toimipisteessä. Meidän on molempien tarkoitus valmistua tämän vuoden.

Opinnäytetyötämme ohjaavat yliopettaja Paula Lehto ja kehittämisspäälikkö Tuija Partio. Olemme hakeneet Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan kehittämissyksiköltä tutkimuslupaa opinnäytetyötämme varten ja se on myönnetty 15/6/2012.

Opinnäytetyömme tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Lonkkaliukumäen läpikäyneiden asiakkaiden kokemuksia toimintakyvystään, kuntoutusprosessista ja arjesta selviytymisestä. Lonkkaliukumäki on toteutettu Jorvin sairaalassa yhteistyössä Espoon kaupungin terveyskeskusvuodeosaston TK4 kanssa. Se on alkanut toukokuussa 2011 ja jatkuu edelleen.

Haluamme tällä tutkimuslupa-anomuksella anoa teiltä lupaa käyttää haastattelua ja siitä tekemäämme nauhoitusta tutkimuksen tarkoituksiin. Kaikki aineisto on anonyymia, eli yhdenkään osallistujan henkilötietoja ei julkaista tutkimuksessa. Sovellamme tutkimuksemme aineistonkäsittelyssä myös Henkilötietolain (523/1999) periaatteita. Tutkimukseen osallistuminen on teille vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisenne milloin tahansa, syytä ilmoittamatta. Sitoudumme noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita.

Ystävällisesti

Greta Hagfors ja Anna Korhola

greta.hagfors@laurea.fi puh.0409660608

anna.korhola@laurea.fi puh.0407275579

Annan luvan käyttää edellämainittua opinnäytetyötä varten antamaani suullista haastatteluaineistoa, eli nauhoitusta, opinnäytetyön tarkoituksiin.

Espoossa __/__/2012

_____ Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 4 Haastattelukaavake

Haastattelukaavake

Ikä:

Sukupuoli:

Asumismuoto ja/tai kenen kanssa asuu:

Sairaudet:

1. Teema – Asiakkaan kokemukset toimintakyvystään leikkauksen jälkeen
a) Millaiseksi koette toimintakyvynne leikkauksen jälkeen?
b) Minkälaisia toimintakyvyn rajoitteita koette teillä olevan leikkauksen jälkeen?
c) Minkälaisia muutoksia koette toimintakyvyssänne leikkauksen jälkeen?
2. Teema – Asiakkaan kokemukset kuntoutusprosessista
a) Millaiseksi olette kokeneet kuntoutusprosessin?
b) Minkälaisia haasteita koitte kuntoutusprosessin aikana?
c) Millä tavoin teidät otettiin huomioon kuntoutusjakson aikana?
3. Teema – Asiakkaan kokemukset arjesta selviytymisestä
a) Miten koette pärjääväanne arjessa kuntoutuksen jälkeen?
b) Minkälaisia apuja tarvitsette arjesta selviytymiseen? (Apuvälineet, kotihoitojärjestelyt, sosiaalinen tilanne)
c) Millä tavoin kuntoutusprosessi on vaikuttanut arkeenne?

Liite 5 Lonkkaliukumäki valittu Vuoden laatuinnovaatio -kilpailu voittajaksi (julkaistu Helsingin Sanomissa 10.11.12)

Espoon lonkkaliukumäki palkittiin

LAATUKESKUS on valinnut Espoon sairaalan lonkkaliukumäen Vuoden Laatuinnovaatio -kilpailun voittajaksi.

Lonkkaliukumäki on lonkkamurtumapotilaiden hoidossa käytettävä toimintamalli. Liukumäen idea on järjestää hoito potilaan kannalta optimaalisesti. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntoutuksen yhteistyö toimii saumattomasti.

Vuonna 2010 lonkkapotilaan hoitoaika oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella 43 vuorokautta.

Toukokuussa 2011 avatun lonkkaliukumäen ansiosta hoitoaika on Espoossa lyhentynyt merkittävästi. Hoitopäivien väheneminen vähentää kustannuksia laskennallisesti noin 1,6 miljoonaa euroa vuodessa. **HS**