

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Anna-Leena Nuutinen

LONKKAMURTUMAPOTILAAN ELÄMÄNPIIRI

Opinnäytetyö 2010

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Vanhustyön koulutusohjelma

ANNA-LEENA NUUTINEN

Lonkkamurtumapotilaan elämänpiiri

Opinnäytetyö

67 sivua + 9 liitesivua

Työn ohjaajat

TtM Merja Laitoniemi, Yhteistyöylilääkäri Leila Seuna

Toimeksiantaja

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Tammikuu 2010

Avainsanat

ikäntyminen, lonkkamurtuma, selviytyminen, tiedonkulku, tiedontarve, toimijuus, kuntoutuminen

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata viiden Kymenlaakson keskussairaalassa vuonna 2007 hoidetun lonkkamurtumapotilaan käsityksiä tämänhetkisestä selviytymisestäään kotonaan. Tutkimuksen avulla etsittiin vastausta siihen, miten tutkittavien sosiaaliset ja kuntoutukselliset tarpeet ja tarjolla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kohtaavat. Tarkoituksena on myös ollut tarkastella, millainen käsitys lonkkamurtumapotilailla on heidän saamastaan tuesta ja tiedosta hoito- ja kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessa etsitään haastateltujen kokemuksia saamansa lonkkamurtuman seurauksista ja tämänhetkisestä kuntoutumisestaan ja selviytymisestäään omassa kotiympäristössään. Lisäksi tutkimus kuvaa lisätiedon ja palvelujen mahdollista tarvetta.

Tutkimusaineisto kerättiin kesällä 2009 Kymenlaaksossa teemahaastattelun avulla ja tutkimukseen osallistuneet lonkkamurtumapotilaat olivat yli 65-vuotiaita henkilöitä. Tutkimus tehtiin laadullisena tutkimuksena ja analysoitiin teemoittain.

Lonkkamurtumapotilaan kotona selviytymistä kuvasi seuraavat kaksi päätulosta: epävarma selviytyminen sekä voiman tunne selviytymisessä. Tutkimusaineiston pääluokiksi jäsenyivät fyysinen toimintakyky, muut perustoiminnot, välinetoiminnot, sosiaalinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky ja kuntoutumisen eteneminen ensimmäisessä tutkimusongelmassa. Lisäksi tutkimustuloksina oli monenlaisen tuen tarve ja se, että eniten lonkkamurtumapotilaat saivat apua omaisiltaan.

Tuloksia voidaan pitää samansuuntaisina kuin aiemmat aiheesta tehdyt tutkimukset. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt toivoivat nykyistä enemmän palveluja kotiin kuntoutumisen edistymisen tueksi. Lonkkamurtumapotilas tarvitsee laaja-alaista tukea kotona selviytymiseen. Lonkkamurtumapotilaiden palvelujen kokonaisvaltaiseen ja inhimilliseen kohteluun on syytä panostaa. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää ja koota yhteen tämän hetkiset lonkkamurtumapotilaille kohdennetut kuntoutumista edistävät palvelut ja ohjata heidät palvelujen piiriin. Tässä työssä geronomit voivat olla uutena ammattiryhmänä toteuttamassa moniammatillista kuntoutusta.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Elderly Care

NUUTINEN, ANNA-LEENA

A Hip Fracture Patient's Life Circle

Bachelor's Thesis

67 pages + 9 pages of appendices

Supervisors

Merja Laitoniemi, MNSc, Leila Seuna, Chief Physician

Commissioned by

Joint Federation of Municipalities of Kymenlaakso  
Hospital District

January 2010

Keywords

aging, hip fracture, survival, flow of information,  
need of information, operation, rehabilitation

The goal of the research is to describe the perceptions of five hip fracture patients treated in Kymenlaakso central hospital in 2007 on their current coping at home. The research sought an answer on how the social and rehabilitation needs of the patients and the social and health care services met. The purpose was also to examine how hip fracture patients feel about the support and information received during the different stages of the treatment and rehabilitation process. The research tries to find experiences of the interviewed of the consequences of their hip fractures, their current rehabilitation and their coping in their home environment. In addition, the research describes the need for additional information and services.

The research data was collected during the summer of 2009 in Kymenlaakso, and the participating hip fracture patients were aged 65 or over. The research is a qualitative one and theme analysis was used. Two main results describe hip fracture patients' coping with daily life: uncertain coping and feeling of power in coping at home. The main classes of the data turned out to be physical capacity, other basic functions, instrumental activities of daily living, social capacity, mental capacity and the advancement of the rehabilitation process in the first research problem. In addition the study indicated that the patients need versatile support and most help was received from the immediate family.

The results can be considered parallel to those of previous studies on the subject. People who took part in the research hoped for more services at home than currently available to support the rehabilitation process. A hip fracture patient needs comprehensive support to be able to manage at home. A humane and comprehensive treatment of hip fracture patients should be emphasized. As a future study, the services currently aiming at the rehabilitation of hip fracture patients could be gathered and the patients guided to these services. In this line of work, geronomics can, as a new profession, be part of providing multi-professional rehabilitation.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY, SELVIYTYMINEN JA TOIMIJUUS	8
	2.1 Toimijuus ikääntyneiden selviytymisen määrittäjänä	13
	2.2 Toimijuuden koordinaatit ja toimijuuden modaliteetit	14
	2.3 Kodin merkitys ikääntyneen ihmisen selviytymiselle	15
	2.4 Esteettömyys tukemassa ikääntyneen kodissa asumista	17
3	LONKKAMURTUMAPOTILAS JA TOIMINTAKYKY	19
	3.1 Kotona asuvalle lonkkamurtumapotilaalle kohdennetut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut	19
	3.2 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus	21
	3.3 Lonkkamurtumapotilaiden sijoittuminen sairaalahoidon jälkeen	25
4	MATALAENERGISTEN MURTUMIEN SEKUNDAARIPREVENTIO-OHJELMA	26
	4.1 Matalaenergisten murtumien sekundaariprevention hoitoketju	26
	4.2 Muistilista hoitohenkilökunnalle matalaenergisen murtuman sekundaaripreventiossa	27
	4.3 Ohjelman esittely ja Rohto-yhteistyö	28
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	30
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	31
	6.1 Tutkimusmenetelmä ja temahaastattelu	31
	6.2 Kohderyhmä ja otanta	32
	6.3 Aineiston keruu	33

6.4	Aineiston analyysi	36
6.5	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	37
7	TUTKIMUSTULOKSET	40
7.1	Lonkkamurtuman vaikutus arjessa selviytymiseen	40
7.2	Lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tuesta murtumista toipumisessa	49
7.3	Lonkkamurtuman saaneiden henkilöiden kokemuksia palveluista ja tiedonsaannista sairaalassa ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen	50
7.4	Lonkkamurtumapotilaiden lisäpalveluiden ja lisätiedon tarve	53
8	POHDINTA	55
	LÄHTEET	63
	LIITTEET	
	Liite 1. Eettisen toimikunnan puheenjohtajan päätös	
	Liite 2. Potilastiedote	
	Liite 3. Suostumuslomake	
	Liite 4. Teemahaastattelurunko	
	Liite 5. Analyysiprosessin eteneminen pelkistämisen ja ryhmittelyn kautta vähitellen abstrahoiden, esimerkki	

## 1 JOHDANTO

Tutkimuksen avulla etsin vastausta siihen, miten Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella kohtaavat haastateltujen sosiaaliset ja kuntoutukselliset tarpeet ja tarjolla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Tarkastelin myös, millainen käsitys lonkkamurtumapotilailla on saamastaan tiedosta hoito- ja kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessani haastattelin yli 65-vuotiaiden lonkkamurtuman saaneiden henkilöiden kokemuksia puolentoista vuoden jälkeen tapahtumasta, sen seurauksista, kuntoutumisesta ja selviytymisestä arjessa sekä mahdollisesta lisätiedon tarpeesta eri palveluista, jotka tukisivat selviytymistä kotona ja lähiympäristössä.

Sund (2006) viittaa eri tutkijalähteisiin lonkkamurtumista seuraavasti, että väestön ikääntyessä reisiluun yläosan murtumat eli lonkkamurtumat ovat merkittävä terveydenhuollon haaste Suomessa, koska lonkkamurtuman ilmaantuvuus kasvaa eksponentiaalisesti suhteessa ikään (Melton 1996; Brody & Grant 2001). Lonkkamurtumien ilmaantuvuudessa on suuria eroja eri maiden välillä Kanis (2002), ja lonkkamurtumien määrän on havaittu kasvavan nopeammin kuin riskiväestön (Kannus, Niemi, Parkkari, Palvanen, Vuori ja Järvinen 1999). Ikävakioidun ilmaantuvuuden kasvun on kuitenkin viime vuosina raportoitu tasaantuneen monissa maissa ja syiden on arvailtu liittyvän murtumien onnistuneeseen ehkäisyyn tai ikääntyneiden kohentuneeseen terveydentilaan (Rogmark, Sernbo, Johnell & Nilsson 1999; Boufous, Finch, & Lord 2004; Sund 2006, 1085.)

Era, Pajala ja Sihvonen (2003, 138) kirjoittavat, kuinka havaintomotoristen valmiuksien ja kehon asennonhallintakyvyn vanhenemismuutoksien seuraamuksina vakavat kaatumistapaturmat ovat yleistyneet vanhemmissa ikäryhmissä. Kaatumistapaturmilla on eri tutkimuksissa todettu olevan suuri määrä muitakin riskitekijöitä, näitä ovat muun muassa lihasheikkous, kävelyssä tapahtuvat muutokset, useiden lääkevalmisteiden samanaikainen käyttö ja lääkkeiden käytön taustalla olevat monet sairaudet, kognitiivisen tason aleneminen, mielialaongelmat, aiemmat kaatumiset ja kaatumispelko. Useiden teollistuneissa maissa tehtyjen väestötutkimusten perusteella on todettu, että kaikista omassa kodissaan asuvista 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä noin kolmannes kaatuu vähintään yhden kerran vuoden aikana. Vastaava osuus on 50 % laitoksissa asuvilla ikääntyneillä henkilöillä. (Era, Pajala & Sihvonen 2003, 138.)

Yhdeksällä kymmenestä lonkkamurtumapotilaasta on pitkäaikaissairauksia, jotka vaikuttavat kuntoutumiseen. Yli 65-vuotiailla lonkkamurtumapotilailla ovat sydänsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, nivelreuma, diabetes, depressio, dementia, aivoverenkiertohäiriöt, muut neurologiset sairaudet ja heikkonäköisyys yleisiä. (Huusko & Sulkava 2003, 356.) Yhdysvaltalaisen ja brittiläisten geriatrian ja ortopedian alan yhdistysten yhteistyön tuloksena julkaistiin vuonna 2001 ohjeita iäkkäiden ihmisten kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi. Suosituksessa on tarkasteltu kaatumistapaturmien riskitekijöitä, joista yksittäisiä tekijöitä erikseen tarkastellen lihasheikkous näytti olevan tärkein kaatumistapaturman ilmaantumista ennustava tekijä. Muita merkittäviä riskitekijöitä ovat selvityksen mukaan mm. aiemmat kaatumiset, kävelyyn liittyvät ongelmat ja tasapainohäiriöt: kuhunkin näihin tekijään liittyvä riski on selvityksen mukaan kolminkertainen verrattuna henkilöihin, joilla ei näitä riskitekijöitä ole. Lisäksi riskitekijöinä ovat liikkumisapuvälineen käyttö, näköpuutos, artriitti, ongelmia ADL-toiminnoissa, depressio, kognitiivisen tasonlasku ja yli 80 vuoden ikä. Edellä kuvattuun yksittäisten tekijöiden riskianalyysiin liittyy se merkittävä ongelma, että kuvatut riskitekijät esiintyvät vain harvoin yksinään. Tyypillisempää on monien vaaratekijöiden kasautuminen samoille henkilöille. (Era, Pajala & Sihvonen 2003, 139.)

Tehdyt interventiotutkimukset ovat osoittaneet, että oikein kohdennetuilla ja sisällöllisesti hyvin suunnitelluilla monitekijäisillä toimenpiteillä voidaan kaatumisten ilmaantuvuutta merkittävästi vähentää. Omassa kodissaan itsenäisesti asuvien iäkkäiden henkilöiden osalta hyviä tuloksia ovat tuottaneet interventiot, joiden sisältönä on ollut muun muassa kävelyn harjoittelu, käytössä olevan lääkityksen tarkistus ja tarvittaessa lääkesaneeraus (erityisesti psyykenlääkkeet), fyysisen kunnon kohentamiseen pyrkivät ohjelmat, joiden yhtenä komponenttina on tasapainokyky, asentoperäisen verenpaineen laskun hoito, asuinympäristön vaaratekijöiden kartoitus ja tarvittaessa tehtävät muutokset sekä sydän- ja verenkiertoelimistön oireiden ja sairauksien hoito. ((Era, Pajala & Sihvonen 2003, 140.)

Suomessa tapahtuu nykyään noin 7 000 lonkkamurtumaa vuodessa. Lonkkamurtumien ilmaantuvuudessa ei ole merkittäviä sairaanhoitopiirien välisiä eroja. (Sund 2006, 1090.) Lähes kaikki lonkkamurtumat sattuvat ikääntyneille: Kymenlaakson keskussairaalassa uuden lonkkamurtuman saaneiden keski-ikä oli vuonna 2005 79,1 vuotta, ja heistä 31,5 % oli saanut lyhytaikaista laitoshoidoa murtumaa edeltävän 90 vuorokauden aikana. Kymenlaaksossa Kuusankosken aluesairaalassa uuden lonkkamurtuman

saaneiden keski-ikä oli vastaavasti vuonna 2005 77,6 vuotta ja heistä 39,0 % oli saanut lyhytaikaista laitoshoidtoa murtumaa edeltävän 90 vuorokauden aikana. (Sund, Jun-tunen, Luthje, Huusko, Mäkelä, Liika, Liski & Häkkinen, 2008, 28). Lonkkamurtu-mapotilaista lähes kaksi kolmasosaa on naisia. Lonkkamurtumapotilailla on tyypilli-sesti runsaasti liitännäissairauksia. (Sund, ym. 2008, 9.)

## 2 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY, SELVIYTYMINEN JA TOIMIJUUS

Toimintakyky on merkittävä mittari, joka kertoo, kuinka ihminen jaksaa. Yleensä toi-mintakyky heikkenee iän myötä. Toimintakyky jaetaan fyysiseen, psyykkiseen ja so-siaaliseen toimintakykyyn ja niiden toivotaan säilyvän niin, että yksilö pystyy huoleh-timaan itsenäisesti omista asioistaan mahdollisimman pitkään. Toimintakyky ja avun-tarve eivät ole pysyvä tila, vaan ne muuttuvat eri tekijöiden vaikutuksesta. Toiminta-kyky voi heikentyä tilapäisesti akuutin sairauden tai kriisin, kuten puolison menettä-misen, takia. Toimintakyky voi heikentyä paitsi fyysisen sairauden myös psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vuoksi. Toimintakyky voi myös parantua tavoitteellisen hoi-to-, kuntoutus- ja palvelukokonaisuuden ansiosta. Iäkkään ihmisen terveyden määritte-lyyn sisältyy itsehoito, itsestään huolehtiminen sekä elämän tarkoitus, voimavarojen ja elämäntilanteen merkitys sekä hyvä olo. (Kettunen, Kähäri–Wiik, Vuori–Kemilä & Ihalainen 2002, 215.)

Käytän tässä työssä lonkkamurtumapotilaan selviytymisen kuvaamisessa seuraavaa toimintakyvyn teoriajaottelua. Valvanteen (2003) mukaan vanhenemiseen ja rappeut-taviin pitkäaikaissairauksiin liittyvä toimintakyvyn asteittainen heikentyminen ilme-nee ensin vaativien päivittäisten toimintojen (Advanced activities of daily living, AADL), kuten juhlien järjestämisen, yhteiskunnallisen harrastustoiminnan ja aktiivi-sen liikuntaharrastuksen karsiutumisenä. Seuraavaksi ilmenee ongelmia asioiden hoi-tamisessa eli välinetoiminnoissa (Instrumental activities of daily living IADL), joita ovat m. taloustyöt, lääkkeiden annostelu ja otto, kaupassa käynti ja puhelimen käyttö. Lopulta raihnaistuminen haittaa jo päivittäisiä perustoimintoja (Physical activities of daily living, PADL). Niiden on havaittu heikentyvän seuraavassa järjestyksessä: käve-ly, kylpeminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, wc:ssä käyminen ja ruokaileminen. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen riippuu psykofyysisen suorituskyvyn lisäksi elinympäristön toimintakyvylle asettamista vaatimuksista, ulkopuolisesta avusta sekä yksilön omista toimintatavoitteista ja kompensatiokeinoista. Raihnaistumisen seu-



raamusten minimoimiseksi on toiminnanvajavuuden, yksilön omien toimintatavoitteiden ja elinympäristön vaatimusten välisiä ristiriitaisuuksia pyrittävä minimoimaan. (Valvanne 2003, 345 -346.)

Voutilainen ja Vaarama (2005) määrittelevät toimintakyvyn neljään osa-alueeseen: fyysiseen, kognitiiviseen (älylliseen), psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, mutta niiden lisäksi viidenneksi toimintakykyä määrittäväksi tekijäksi voidaan lukea ympäristö. Vaarama (2004, 139) sisällyttää laaja-alaiseen toimintakykyyn asunnon, ympäristön ja lähipalveluiden esteettömyyden, samoin yksin asumisen ja asunnon esteettömyyden ja perusvarustetason. Fyysinen toimintakyky määritellään ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä ja liikkumisesta (ADL) sekä asioiden hoitamisesta, kuten kotiaskareista ja asioinnista kodin ulkopuolella (IADL). Fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen kuuluvat myös terveydentila ja erilaisten toiminnan vajavuuksien esiintyminen. Kognitiivinen (älyllinen) toimintakyky käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Psyykkisen toimintakyvyn hallinta -käsite liittyy ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Siihen kuuluvat itsearvostus, mieliala, omat voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen. Sosiaalinen toimintakyky käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Siihen kuuluvat esimerkiksi suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, mutta myös vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys. (Voutilainen & Vaarama 2005, 7 - 10.)

Leinonen, Suominen, Sakari-Rantala, Laukkanen, ja Heikkinen, (2006, 45) ovat verranneet tutkimuksessaan 65 - 69-vuotiaiden miesten ja naisten terveyttä ja toimintakykyä vuosina 1988, 1996 ja 2004. He selvittivät terveyttä ja toimintakykyä kysymällä pitkäaikaissairauksista, käytössä olevista lääkkeistä, arkielämää häiritsevistä oireista, itse arvioidusta terveydestä, fyysisestä suorituskyvystä sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä. Tutkimuksen kohorteilla ei ollut suurta eroa terveydentilassa. Tutkimuksessa miehet raportoivat tuki- ja liikuntaelinsairauksia vähemmän vuosina 1996 ja 2004 kuin vuonna 1988. Naisilla syöpäsairaudet ja mielenterveyden häiriöt olivat yleisempiä vuoden 2004 tutkimuksessa kuin aiemmilla kohorteilla. Lääkkeiden käyttäjien määrä samoin kuin vitamiinien ja hivenaineiden käyttö lisääntyivät merkitsevästi jäl-

kimmäisissä kohorteissa verrattuna vuonna 1988 tutkittuun kohorttiin. Itse arvioitu terveys oli parempi myöhemmissä kohorteissa, erityisesti viimeisessä.

Itse ilmoitettu toimintakyky oli jossain määrin parempi vuonna 1996 ja erityisesti vuonna 2004 tutkitulla kohortilla verrattuna ensimmäiseen, vuonna 1988 tutkittuun kohorttiin. Kun PADL- ja IADL-toiminnot yhdistettiin, havaittiin, että henkilöitä, joilla ei ollut vaikeuksia missään päivittäisissä toiminnoissa, oli vuoden 1988 kohortissa miehistä 56,0 % ja naisista 42,1 %, vuoden 1996 kohortissa miehistä 72,2 % ja naisista 64,1 % ja vuoden 2004 kohortissa miehistä 77,6 % ja naisista 66,1 %. Erot olivat selvimmät fyysisistä ponnistelua vaativissa tehtävissä. Haastattelussa kysyttiin, miten vastaaja arvioi selviytyvän esimerkiksi yhtäjaksoisesta kahden kilometrin kävelemisestä tai portaiden noususta. Naisilla ilman vaikeuksia fyysisistä tehtävistä selviytyvien osuus kasvoi eniten vähintään kahden kilometrin hiihtämisessä, josta ilman vaikeuksia ilmoitti selviävänsä 58 % vuonna 1988 %, 61 % vuonna 1996 ja 81 % vuonna 2004. Miehillä suurin muutos oli nähtävissä vähintään sadan metrin juoksemisessa, josta ilman vaikeuksia ilmoitti selviytyvänsä 49 % vuonna 1988, 55 % vuonna 1996 ja 74 % vuonna 2004. (Leinonen, Suominen, Sakari-Rantala, Laukkanen & Heikkinen 2006, 56.)

Tulokset osoittivat, että toimintakyvyn kehityssuunta näyttää positiiviselta. Sairauksien kehitys on ollut kaksijakoista; osa sairauksista näyttää lisääntyneen ja osa puolestaan vähentyneen. Ihmisten kokemukset terveydentilastaan ovat muuttuneet myönteisemmiksi viime vuosikymmenien aikana. (Leinonen, Suominen, Sakari-Rantala, Laukkanen & Heikkinen 2006, 64.)

Iäkkään päivittäisistä toiminnoista suoriutumista käsittelevä tutkimuskirjallisuus ei tuota yksiselitteistä kuvaa iäkkäiden suoriutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että päivittäisten toimintojen ja kognitiivisen tilan arviointi on keskeistä iäkkään terveysarvioinnissa. Iäkkäiden oman käsityksen terveydentilastaan ja päivittäisestä suoriutumisestaan on todettu jossain tutkimuksissa näyttäytyvän parempana kuin ulkopuolisesti arvioitu terveydentila tai toimintakyky. Toisaalta osassa tutkimuksia todetaan, että arvioinnit ovat jokseenkin yhtäpitäviä. Iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen tutkimuksissa on jäänyt vähemmälle iäkkäiden omien käsitysten ja kokemusten tutkiminen, joka tarjoaa hoitotyölle keskeisen lähtökohdan. (Valta 2008, 32.)

Kuvatuissa tutkimuksissa ilmenee merkittävästi elämäntarkoituksellisuuden kokeminen, sosiaaliset kontaktit, sosiaalinen osallistuminen, aikaisemmat elämän kokemukset sekä elämänhallinta. Iäkkäät osaavat myös arvostaa jäljellä olevaa toimintakykyään. Yksilöllisyyden ilmeneminen muutosprosessissa todetaan tärkeäksi. Iäkkäiden positiivisten terveystarvuiden taustalla on tyytyväisyys elämään, ehyt suhde maailmaan ja elämän kulkuun, myönteiset asenteet ja voimavarat. Kotona selviytymistä on todettu edistävän elämän kokemukset ja niiden järjestely muistelemalla sekä sosiaaliset kontaktit. Päivittäisessä selviytymisessä on kyse itsensä huolenpidosta. Elämän tarkoituksellisuuden todettiin olevan yhteydessä myös kognitiiviseen kyvykkyyteen. Hyvä elämänhallinnan tunne lisäsi tyytyväisyyttä elämään, sillä oli myös yhteys itsenäiseen selviytymiseen, ja sen on todettu elämän laadun tutkimuksissa olevan yhteydessä päivittäisistä toimista suoriutumiseen. (Valta 2008 35.)

Koposen (2003, 95) substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä perustuu lähtökohtaolettamuksiin, joiden mukaan siirtymisvaiheessa selviytyminen liittyy iäkkään potilaan ja perheen yksilölliseen olemassaoloon ja moniulotteiseen terveyteen. Selviytymistä tukeva yhteistyö liittyy hoitotyöhön ja moniammatilliseen hoitamiseen, ja se toteutuu potilaan kodin sekä terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmän kontekstissa potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä. Koponen jäsentää iäkkään potilaan selviytymistä ja perheenjäsenen osuutta selviytymisessä kodin ja sairaalan välillä siirryttäessä kuuden kategorian avulla: selviytymistä vaativat muutokset, potilaan toimiminen muutostilanteessa, potilaan autonomia, potilaan kokema selviytyminen, potilaan oman tiedon käyttäminen tai vaikeus siinä ja perheen keskinäinen huolenpittäminen. Potilaan, perheenjäsenen ja hoidonantajien yhteistyötä selviytymisen edistämiseksi muutostilanteessa kuvaavat neljä kategoriaa: selviytymisessä auttaminen, selviytymisen ja hoitotoiminnan yhteensovittaminen, avun saaminen ja avun puuttuminen selviytymisessä. (Koponen 2003, 95.)

Kaikessa sosiaalisessa tuessa keskeiseen vuorovaikutuselementtiin liittyy olennaisesti avun tarpeen ja auttamisen kohtaaminen. Koposen (2003) tutkimuksen mukaan kontaktiin tukeutuen avun sisältö ja intensiteetti kohdennettiin oikein perustuen muutostilanteen merkitykseen potilaalle ja perheenjäsenelle sekä selviytymisen vahvuuksiin ja vaikeuksiin. Juuri tilannearvio saattaa olla välittävä tekijä sosiaalisen tuen ja selviytymisen vaikutuksessa perheenjäsenten kokemaan huolenpittämiseen ja hoitamisen taakkaan. Tutkijoiden mukaan tarvitaan lisää tutkimusta tilannearvion ja selviytymi-

sen keskinäisestä vaikutuksesta, sekä tilannearvion yhteydestä sosiaalisen tuen kokeamiseen stressaavissa elämäntilanteissa. (Koponen 2003, 113.)

Hirvensalon (2002, 66) mukaan kuolleisuus- ja avuntarveanalyysistä voidaan todeta, että tutkittavilla, joilla oli liikkumisvaikeuksia, oli suurempi kuolleisuusriski ja riski tarvita apua verrattuna niihin, joilla oli hyvä liikkumiskyky. Aktiivinen liikuntaharrastus laski sekä kuolleisuusriskiä että riskiä tarvita apua niillä, joilla oli heikentynyt liikkumiskyky. Tutkittavat raportoivat saaneensa terveydenhuollon työntekijöiltä ohjeita liikunnan harrastamiseen: yli puolet Hirvensalon (2002) tutkimuksessa tutkituista, jotka ilmoittivat olleensa kontaktissa terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa, olivat saaneet neuvoja liikuntaharrastukseensa liittyen.

Hirvensalon tutkimuksessa ne, jotka kahdeksan vuoden seurannan aikana olivat sairastuneet tuki- ja liikuntaelimestön sairauteen tai sydänsairauteen, raportoivat saaneensa liikuntaneuvontaa enemmän kuin ne, joilla näitä uusia sairauksia ei ollut ilmennyt. Henkilön sairastuttua esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön sairauteen ja otettua yhteyttä terveydenhuoltohenkilökuntaan, oli hänelle voitu osoittaa sairauteen soveltuva liikuntaryhmä tai hän on saanut muita liikuntaneuvoja tuki- ja liikuntaelimestönsä toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai kehittämiseksi. Liikuntaneuvonnan lisääminen ja tehostaminen terveydenhuollon vastaanotoilla on merkittävä mahdollisuus iäkkään väestön liikunta-aktiivisuuden lisäämiseksi. Samassa tutkimuksessa saatiin tutkimustulos, joka ilmaisi, että liikunnallinen passiivisuus oli yhteydessä siihen, etteivät tutkittavat raportoineet saaneensa lainkaan liikuntaan liittyviä terveydenhuoltohenkilökunnan neuvoja. (Hirvensalo 2002, 78 – 79.)

Sainion mukaan (2005) on onneksi alettu korostaa sitä, että vanhusten tuen ja hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota ihmisen omaan määrittelyyn tilastaan ja avuntarpeestaan. Mikäli kyse ei ole esimerkiksi pitkälle edenneestä dementiasta tai vaikeasta depressiosta, ihminen on edelleenkin oman tilanteensa paras asiantuntija. Tämän tunnustaminen on paras lähtökohta tähdättäessä vanhuksen mahdollisimman hyvän toimintakyvyn säilymiseen. Hyvän toimintakyvyn tukeminen taas auttaa henkisen vireyden säilymisessä. (Sainio 2005, 173.)

Puhuttaessa vanhenevasta väestöstä voidaan todeta, että toimiva sosiaalinen verkosto on tärkeä psykososiaaliselta kannalta, mutta vuosien karttuessa myös arjen sujumisen kannalta. Vanhusten kokeman yksinäisyyden on todettu lisäävän depression vaaraa.

Mikäli ihmiselle ei ole jo aiemmin elämässä muodostunut sosiaalisia verkostoja, on niiden rakentaminen vanhuudessa vaikeaa. (Sainio 2005, 169.)

## 2.1 Toimijuus ikääntyneiden selviytymisen määrittäjänä

Jyrkämä (2008, 192) määrittää Biltonin (1996) mukaan toimijuuden viittaavan tavoitteelliseen toimintaan ja siihen, että toimijoilla on vapaus luoda ja muuttaa tapahtumia ja niiden kulkua. Lisäksi hän määrittää Giddensin (1984) mukaisesti, kuinka toimijudessa on kyse aikomuksellisesta toiminnasta, jonka yksilö tekee tai jättää tekemättä: sytyttää vaikkapa valot tai jättää tarkoituksella ne sytyttämättä. Toimijuusnäkökulma on tullut ikääntymistutkimukseen pitkälti elämäntutkimuksen kautta. Jyrkämä tuo ensimmäisenä esiin inhimillisen kehityksen ja ikääntymisen elämänmittaisuuden. Toimijuutta tarkastellessa yksilöt rakentavat omaa elämäntutkimuksensa tehden valintoja ja toimien historian ja yhteiskunnallisten olosuhteiden luomissa mahdollisuuksissa ja rajoissa. Jyrkämä tarkentaa vielä, kuinka eri ikäryhmät toimivat aktiivisina tehden valintoja yhteiskunnassa refleктоimalla. Kolmas periaate viittaa elämäntutkimuksen ajalliseen ja paikalliseen sijaintiin, neljäs elämäntutkimuksen tapahtumien ajoittumiseen ja viides yksilön elämäntutkimuksen kietoutumiseen muiden ihmisten elämäntutkimuksiin ja siihen, että ihminen elää ja tulee ”yhteiskunnallisesti vaikutetuksi” omassa keskinäisten riippuvuuksien verkostossaan. Jyrkämä (2008, 193) tiivistää, kuinka kyse on kaiken kaikkiaan elämäntilanteiden ehdoista ja niiden rakentumisesta, pakoista ja valintamahdollisuuksista, resursseista ja niiden muodoista, olemassaolosta ja käytettävyydestä.

Jyrkämä (2008, 193) viittaa Carstensenin (1991; 1999) esittämään sosioemotionaalisen valinnan teoriaan, jonka mukaan vanhenemiseen kuuluvana irtaantuminen eli toimintakyvyn heikkeneminen nähdään olevan ihmisen valikoimaa ja ohjaamaa. Ihminen tekee valintoja sen suhteen, mihin käyttää ja suuntaa hupenevat voimansa: teorian mukaan valinnat suunnataan asioihin ja vuorovaikutukseen, jotka ovat ikääntyvälle ihmiselle emotionaaliset palkitsevia. Olennaista tässä on näkyminen ikääntyvässä ihmisessä toimivana, elämäänsä osallisena, valintoja tekevänä subjektina. Vanhenevaa ihmistä ei enää nähdä kohteena, vaan toimivana subjektina silloinkin, kun tämä subjektivuus on vaikkapa dementoitumisen takia haavoittumassa tai kokonaan murenemassa.

## 2.2 Toimijuuden koordinaatit ja toimijuuden modaliteetit

Toimintaa ja toimijuutta on sosiologiassa lähestytty monin näkökulmin. Esimerkiksi semioottisessa sosiologiassa on tarkasteltu kielessä ilmeneviä tekemisen tapoja. Näitä tarkasteluja on mahdollista soveltaa myös toimintaan ja toimintakykyyn. On esimerkiksi mahdollista puhua eri tavalla toimintakyvyn ja toiminnan modaalisista ulottuvuuksista ja tehdä ero kuuden ulottuvuuden, osaamisen, kykenemisen, haluamisen, täytymisen, voimisen ja tuntemisen välillä. Erottelun avulla on toimintakykytarkasteluun mahdollista saada dynaamisempi, sosiologisempi näkökulma. (Jyrkämä 2008, 276.)

Osaamisella tarkoitetaan tässä yhteydessä toimintaan liittyviä taitoja ja tietoja, jotka käsitteellisesti on erotettavissa kykenemisestä. Ihminen esimerkiksi osaa uida – toisin sanoen hallitsee erilaisia uimiseen liittyviä taitoja – mutta ei välttämättä kykene juuri nyt tai enää uimaan. Kykeneminen tässä viittaakin enemmän perinteisesti nähtyyn fyysiseen ja psyykkiseen, ”ruumiilliseen toimintakykyyn. Haluamisen ulottuvuudella kyse on tavoitteellisuudesta ja motivaatiosta. Uimaan mennään tai on muutoin tilanteita, joissa halutaan tai ei haluta uida. Täytyminen liittyy suoraan tilanteeseen, siinä ilmeneviin pakkoihin tai ei-pakkoihin. Jos edelleen puhutaan uimisesta, voi ihminen joutua tilanteisiin, jossa uiminen on eri tavalla pakko. Voimisen ulottuvuus puolestaan liittyy mahdollisuuteen uida. Voinko vaikkapa kuumana hellepäivänä jättää työni ja lähteä lähimmälle rannalle? Ja vihdoinkin uiminen eri tilanteissa herättää ja synnyttää erilaisia tunteita. (Jyrkämä 2008, 276.)

Mallia voi siis käyttää erilaisten arkitilanteiden ja arkitoimintojen analyysikehikkona. Olennaista on tällöin kehikon kontekstuaalisuus, sidonnaisuus konkreettisiin tilanteisiin ja toimintoihin, jotka tapahtuvat tietyssä paikassa ja ajassa. Malli antaa mahdollisuuden myös ”mikrohistorialliseen” tarkasteluun. Osaamiset, kykenemiset, haluamiset, täytymiset, voimiset ja tuntemiset ovat myös historiallisesti muuttuvia. Voi jopa sanoa, että vanheneminen on osaltaan muuttuvan yhteiskunnan ja ikääntyvän yksilön vuorovaikutuksellisesti tuottamia muutoksia näissä toimintaulottuvuuksissa. Sosiologisesti kehikon keskeinen merkitys on siinä, että se siirtää toimintakykytarkastelun painopistettä ikääntyvän yksilön henkilökohtaisista ominaisuuksista tilanteisiin, arkitoimintoihin, toimintakäytäntöihin. (Jyrkämä 2008, 277.)

Ensinnäkin, on oletettavissa, että kokemuksellisesti hyvä vanhuus on elämisen ja eri tilanteiden tuomia hetkellisiä tyytyväisyyden, ilon, onnen ja myönteisyyden tuntemuksia. Niitä ei kuitenkaan voi nähdä pysyvinä, ominaisuuden kaltaisina, vaan tilanteellisinä, muuttuvina, dynaamisina. Se, mikä näitä tuntemuksia tuottaa, on arveltavissa olevan kehiteltyjen ulottuvuuksien muuttuva eheys, sopusointu. Kun osaaminen, kykeneminen, haluaminen, täytyminen, voiminen ja tunteminen ovat eheässä sopusoinnussa elettäessä ikääntyvän ihmisen arkielämää, voi vanhenemisen arvella olevan hyvää ja myönteistä. Tällöin puhuminen hyvästä vanhenemisestä on mielekästä, vaikka kontekstina olisivat elämäntilanteet dementiahoitokodissa. (Jyrkämä 2008, 276 -277.)

### 2.3 Kodin merkitys ikääntyneen ihmisen selviytymiselle

Neittaanmäki (2007, 61) on todennut Rissaseen (1999), Heliniin (2002), Kivilehtoon (2005) ja Laurinkariin (2005) viitaten, kuinka itsenäisyys ja omassa kodissa asuminen kuuluvat iäkkäiden ihmisten arvostamiin asioihin silloinkin, kun ollaan eri palveluista riippuvaisia. Käytännön vanhustyössä keskeistä on iäkkäiden ihmisten voimavarojen tukeminen, ehkäisevä työ ja kuntoutus sekä neuvonta. Neittaanmäki on todennut Kivisaareen (2007) viitaten, kuinka yhteiskunnassa tulisi tapahtua asenteellisia muutoksia, jotta ymmärrettäisiin paremmin ikääntyneiden mahdollisuuksia selvitä itsenäisesti, tuettuna tai ilman, omassa kodissaan tai kodinomaisessa hoivapaikassa mahdollisimman pitkään. Resursseja tulisi entistä enemmän kohdistaa kotihoitoon ja –hoivaan sekä ennaltaehkäisevään toimintaan ja samanaikaisesti päättäjien, terveydenhuollon ammattilaisten ja kuntalaisten tulisi sitoutua tähän toimintamuotoon. (Neittaanmäki 2007, 62.)

Yhteisöllisyyden näkökulma on mukana monissa vanhenevalle väestölle suunnatuissa uusissa asumisvaihtoehtoissa. Suurten ikäluokkien mielipide tuntui olevan, että mahdollisuus yhteisöllisyyden kokemiseen tulevaisuuden asumismuodossa on positiivinen asia, kunhan kuitenkin on myös oma asunto ja oma rauha. Koti kodissa -ajatus, oma asunto ikään kuin isomman kodin ympäröimänä. Tuossa isommassa ympäristössä voisi olla kirjasto ja kahvila, joissa käydä, kun ei enää jaksakaan sitä varten lähteä kaupungille. (Sainio 2005, 170.)

Marinin (2003, 30) mukaan kotona olemisen tunne on olennainen osa paikallisidentiteettiä. Kodin merkitykseen onkin kiinnitetty paljon huomiota viimeaikaisessa sosiaaligerontologisessa tutkimuksessa. Yleinen käsitys on, että koti merkitsee eniten juuri

ikäntyneille ihmisille. Koskisen kirjoituksen mukaan ihmiset perustelevat kotona asumisen ensisijaisuutta seuraavasti: kokemuksilla vapaudesta, itsemääräämisestä, autonomiasta ja omasta päätösvallasta; itsenäisestä elämästä ja elämänhallinnasta sekä omatoimisuudesta; sosiaalisten suhteiden säilymisestä; kokemuksella asuinympäristöstä ja luonnosta; kokemuksella arvokkaasta elämästä ja arvostetuksi tulemisesta; kokemuksella tasavertaisuudesta avunantajien kanssa; kokemuksella turvallisuudesta; oman minuuden vahvistumisesta ja mahdollisuudesta ilmaista tunteita. (Koskinen 2004, 72.)

Kodin merkityksiin sisältyvät keskeiset inhimilliset piirteet ja arvot. Varoituksen sana on tuotava esiin siitä, ettei asuinalueen eikä kodin merkitystä saa yliarvostaa. Osa ikääntyneitä ihmisiäkin on jatkuvasti muuttamassa, joten heille ei ole muodostunut paikallisidentiteettiä. Monille asuinalue ja koti voivat olla turvattomuuden ja väkivallan areenoita. Kaikilla ei yksinkertaisesti ole eri syistä mahdollista asua omassa kodissa. Tällöin olisi tärkeää, että nämä kodin merkitykset voitaisiin siirtää myös palveluasumiseen sekä laitosasumiseen. (Koskinen 2004, 71.)

Neittaanmäki viitaten (Kauppila 2006) esittää, kuinka kaikki vanhat ihmiset eivät halua irtaantua ja luovuttaa. Yhteisöön kuulumisen tulisi olla oikeus. Silloin voi valita, haluaako kuulua yhteisöön. Nykyiset asenteet ja rakenteet saattavat tukea vanhojen ihmisten jäämistä vangeiksi asuntoihinsa. Vanhuus ymmärretään usein yksityiseen rajautuvaksi elämänpiiriksi, kotona olemiseksi. Vanhaan ihmiseen ei liitetä kansalaisuutta, kuntalaisuutta tai aktiivista osallistumista. Esimerkiksi kotona asumisen ympäriltä on leikattu kaikki ne asiat, jotka olisivat välttämättömiä elämän mielekkyyden kannalta. (Neittaanmäki 2007, 26.)

Kauppilaa (2006) mukailleen Neittaanmäki jatkaa, kuinka asenteellisella tasolla tarvitaan muutosta vanhuskäsityksen laajentamiseksi. Vanhojen ihmisten kotona selviämisen tukeminen on kapeutunut kotona selviämisen tukemiseksi, ”survival”-taisteluksi. Aikaisemmin esimerkiksi kunnallisen kotipalvelun tehtäviin kuului viedä ihmisiä ostoksille ja muille asioille ja huolehtia heidän sosiaalisista tarpeistaan. Nykyään puhutaan harvoin siitä, kuka vie ulos ja kuinka ihmiset pääsevät asunnostaan ulos. Vanhustenhuollossa pitäisi resurssien riittävyyden korostamisesta kääntää katse siihen, kuinka turvataan vanhojen ihmisten ulospääsy niin yksityiskodista kuin laitoksestakin. Ky-



symys ei ole vain fyysisestä rakennuksesta ulospääsystä, vaan pääsystä yhteisöön toteuttamaan rooliaan kansalaisina ja yhteisön jäsenenä. (Neittaanmäki 2007, 26.)

Asunto ei ole pelkästään asumispaikka, vaan sillä on subjektiivisia merkityksiä, jotka korostuvat ihmisen vanhetessa. Kun puhutaan kodista, siihen liittyy ihmisten henkilökohtaista kokemusta, muistoja ja tunnetason ilmiöitä. (Marin 2008, 68 – 69.) Ikääntyvät ihmiset ovat saattaneet asua nykyisessä asunnossaan 20–30 vuotta, jolloin asunnon vaihtoarvo on jokseenkin teoreettinen käsite. Sen sijaan käyttöarvo ja sisältö ovat tärkeitä. Hyvä elämä asumisessa koostuukin sellaisista tekijöistä kuin sosiaaliset suhteet, mielekäs tekeminen, kodin ja perheen merkitys, naapurusto ja luonto. (Juntto 1996, 222 – 225.)

#### 2.4 Esteettömyys tukemassa ikääntyneen kodissa asumista

Suurin osa ikääntyneistä asuu tavallisessa asunnossa, jonka he ovat valinneet vanhuutensa ajan asunnoksi. Kehittämällä asumisympäristöjen esteettömyyttä ja turvallisuutta voidaan parantaa ikäihmisten toimintakykyä ja edistää hyvinvointia ja terveyttä. Esteettömyyteen ja turvallisuuteen panostaminen parantaa kotona asumisen edellytyksiä mahdollistamalla ikääntyneen ihmisen voimavarojen mukaisen itsenäisen suoriutumisen, oman elämäntyylin ja -tavan jatkuvuuden, itsemääräämisen ja osallisuuden yhteisössä myös silloin, kun ihminen saa palveluja kotiin. Esteettömyys tarkoittaa ympäristön soveltuvuutta esimerkiksi liikuntaesteisille ja aistivammaisille ihmisille. Esteetömmässä ympäristössä ei ole portaita eikä tasoeroja, ja siinä pystyy liikkumaan pyörätuolilla. Esteetön suunnittelu käsittää myös valaistukseen, väri- ja materiaalivalintoihin sekä akustiikkaan liittyvien tekijöiden suunnittelua. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 40.)

Fyysisen esteettömyyden lisäksi huomiota on kiinnitettävä informaation käsittelyn, sosiaalisten toimintojen ja palvelujen esteettömyyteen. Esteettömyyden periaatteen mukaisesti tuotteiden, tiedotteiden, palvelujen ja rakennetun ympäristön on oltava toimivia, helppokäyttöisiä ja helposti saavutettavia. Hyvin suunniteltu esteetön ympäristö ylläpitää ja edistää fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, vähentää apuvälineiden tai avustajan tarvetta ja pienentää tapaturmariskejä. Se lisää omatoimisuutta ja tasa-arvoisuutta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 40.)

Esteettömyyttä ja turvallisuutta voidaan parantaa kodin muutostöin ja apuvälinein. Geroteknologia tukee osaltaan ikäihmisiä itsenäiseen ja omatoimiseen elämään. Hyvinvointi- ja läsnäolonteknologia, kuten turvarannekkeet ja muut turva-, muistutus- ja valvontajärjestelmät mahdollistavat ikääntyneen ihmisen terveydentilan ja turvallisuuden seurannan ilman ammattihenkilön läsnäoloa. Niin sanotun älykotiteknologian yleistyessä ja sen käyttöliittymien kehittyessä ikäihmisten keinot hallita ympäristöään muuttuvat helpommiksi. Osallisuutta tukeva yhteydenpito omaisiin ja ystäviin sujuu jatkuvasti lisääntyvässä määrin sähköpostin ja kuvapuheluiden kautta ja jo nyt kasvava osa ikäihmisten käyttämistä palveluista voidaan järjestää internetin kautta kotiin. Teknologiaa hyödyntävä kotona asumisen tuki ei rajoitu kodin seinien sisäpuolelle: erilaiset ulkona liikkumista helpottavat suunnistus-, paikannus- ja hälytysjärjestelmät voivat varmistaa sen, että ulkona liikkuminen on turvallista. Olennaista on aina huolehtia asiakkaiden yksityisyyden kunnioittamisesta sekä asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden riittävästä opastuksesta teknologian käyttöön, jottei se synnytä turvattomuuden tunteita. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 40.)

Vaarama on tutkinut (2004) laajassa postikyselyssä Suomen 21 eri kunnasta yli 75 vuotta täyttäneiden toimintakykyä ja muun muassa sitä, mitkä tekijät edistävät ja estävät ikääntyneiden kotona selviytymistä. Vaaraman (2004, 149) tutkimustulokset vahvistavat käsitystä siitä, että fyysisen terveyden lisäksi psyykkisellä terveydellä, sosiaalisilla verkostoilla ja asunnolla ja asuinympäristöllä on merkittäviä vaikutuksia ikääntyneiden arkipäivän selviytymiselle, erityisesti sellaisessa vastaajaryhmässä, jolla oli ongelmia välinetoiminnoissa sekä suuria vaikeuksia perustoiminnoissa. Asunnon liikuntaesteisyys 19-kertaisti suurten toimintakykyvaikeuksien todennäköisyyden ja ympäristön liikuntaesteisyys yli kolminkertaisti riskin. Sairaalahoido viimeksi kuluneen vuoden aikana miltei kaksinkertaisti riskin ja traumaattinen elämänmuutos miltei puolitoistakertaisti sen. Jo yksikin asunnon liikuntaeste kaksinkertaisti suurten toimintakykyvaikeuksien riskin ja yksikin asuinympäristön liikuntaeste yli puolitoistakertaisti sen.

Edellä mainitut tulokset kertovat, miten suuresti asunto ja asuinympäristö määrittävät ikääntyneiden toimintakykyä ja arjesta selviytymistä. Hyvä fyysinen ja psyykinen terveys suojaavat parhaiten toimintakyvyn heikkouksilta, mutta ikääntyneiden toimintakykyä voitaisiin tukea aivan olennaisesti myös parantamalla asuntojen esteettömyyttä, rakentamalla hissejä, pitämällä huolta kulkuteistä ja asuinympäristöjen turvallisuus-

desta, parantamalla liikenneyhteyksiä ja lähipalvelujen saatavuutta, sekä lieventämällä ikääntyneiden yksinäisyyttä. (Vaarama 2004, 149.)

Tulos osoittaa, että ikääntyneiden toimintakyvystä huolehtiminen ei ole vain sosiaali- ja terveystoimen asia, vaan vastuu siitä kuuluu myös asuntotoimelle ja yhdyskuntasuunnittelulle. Virikkeellisen vanhuuden merkitys on niin ikään suuri. Palvelukeskuksilla on tässä tärkeä tehtävä, mutta niin on myös kunnan liikunta- ja kulttuuritoimella sekä vapaaehtoistyöllä. Mikään näistä tuloksista ei ole uusi, mutta uutta on se, että tulokset nostavat esiin asunnon ja asuinympäristöjen aiheuttamien ongelmien suuruusluokan. Näiden tulosten perusteella ikääntyneiden asuminen ja asuinympäristöjen esteettömyys olisi otettava aivan uudella vakavuudella parannustoimien kohteiksi, jos halutaan ehkäistä ympäristöstä johtuvaa riippuvuutta muista. Samalla tuetaan myös lapsiperheiden ja vammaisten selviytymistä. (Vaarama 2004, 149.)

### 3 LONKKAMURTUMAPOTILAS JA TOIMINTAKYKY

#### 3.1 Kotona asuvalle lonkkamurtumapotilaalle kohdennetut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

Kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat omissa ikääntymispoliittisissa strategioissaan kuntakohtaiset tavoitteet palveluille iäkkäiden kuntalaisten tarpeiden ja paikallisten voimavarojen pohjalta. Tavoitteita on asetettava myös hyvinvointia ja terveyttä edistävälle ehkäiseville palveluille sekä kotona asumista tukevalle päivätoiminnalle ja jaksotushoidolle. Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaaminen edellyttää toimivia palveluketjuja. Ikääntyneiden kotona asumisen ja arjen sujuvuuden tueksi tarvitaan yhteistä palvelunäkemyksiä, jossa sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia laadittaessa palvelujen tavoitteet sovitetaan yhteen, jolloin vältetään päällekkäistä työtä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 30.)

Asiakaslähtöisessä hoidossa ja palvelussa myös asiakkaan perhe ja muut asiakkaalle tärkeät ihmiset otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 30). Suosituksen mukaiset henkilöt kuuluvat ikäihmisen sosiaaliseen tukiverkkoon tai kotiverkkoon. Koskinen (2004) viittaa kirjoittaessaan ikääntyneiden voimavaroista Gothonin määrittelyyn sosiaalisesta tukiverkostosta, jolla tarkoitetaan vanhan ihmisen niitä sosiaalisen verkoston osia, jotka ovat

käytettävissä silloin, kun ikääntynyt tarvitsee apua. Jokinen ja Malin määrittelevät myös ikääntyneen ihmisen kotiverkoston, jolla tarkoitetaan niitä virallisen ja epävirallisen tukiverkoston toimijoita, jotka ovat ikäihmiselle kotona asumisen kannalta tärkeitä ja hänelle itselleen merkityksellisiä. (Koskinen 2004, 73.)

Tavoitteena on, että asiakkaalle laaditaan yksi kirjallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, palvelu- tai muu vastaava suunnitelma, jonka avulla toteutetaan eri toimijoiden välinen saumaton yhteistyö ja tuotetaan asiakkaalle toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus. Yksittäisen asiakkaan suunnitelmaa laadittaessa huolehditaan siitä, että palveluista perittävät maksut eivät aiheuta asiakkaalle kohtuutonta räsitystä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 745/1992, 11 §) (Ikäihmistien palvelujen laatusuositus, 30)

Viljaranta viittaa Waernessin määritelmään varsinaisesta huolenpitotyöstä: se on niiden yhteiskunnan jäsenten hoivaa, jotka eivät selviydy yksin arkielämässään, vaan ovat riippuvaisia toisilta saamastaan avusta. He eivät pysty tasavertaiseen vastavuoroisuuteen auttajiensa kanssa. (Viljaranta 1995, 18.) Viljarannan mukaan ei riitä, että vanhuksille pystytään rakentamaan palapelimäinen avun kokonaisuus formaalin ja informaalin sektorin toimijoista niin, että kaikki konkreetit arjessa selviytymiseen liittyvät tehtävät tulevat hoidetuiksi. On tärkeää pohtia yksilöllisesti kunkin autettavan kohdalla, miten kokonaisuus muodostetaan ja mitä edellytyksiä milläkin taholla on olla siinä osallisena ja minkälaisella panoksella. Huolenpidon mekaaninen pirstominen työnjaollisesti pieniin osiin merkitsee annetun avun inhimillisyyden tuhoamista. Viljaranta kuvaa, kuinka autettavan saama psykososiaalinen tuki punoutuu konkreettisen auttamisen lomaan ja sitä on vaikeata tehdä näkyväksi ja eristää kyseisestä toiminnasta. Hoivaajan suhde autettavaan on tärkeä, jotta häntä pystytään tukemaan yksilöllisesti juuri niissä asioissa, joissa hän tarvitsee apua. (Viljaranta 1995, 89.)

Nygrenin (2004) tekemän haastattelututkimuksen mukaan vanhuksilla oli eniten lääketieteeseen liittyviä epäselvyyksiä tiedonsaannissa. Vanhukset kokivat saaneensa riittävästi tietoa lääkäriltä terveydentilastaan. Vanhusten kertomuksissa toistui monta kertaa se, miten heille on epäselvää vielä kotiutuessakin syy sairauteen tai toimintakyvyn alenemiseen. Haastateltavat eivät kokeneet saaneensa hoitajilta lisäselvityksiä terveydentilaa koskien. Lääkäri koettiin ehkä tietynlaisena auktoriteettina, jolta ainoastaan saa tietoa terveydentilasta. (Nygren 2004, 31.)

Jatkuvuus toteutui suhteellisen hyvin vanhuksen kotiutuessa. Nygrenin haastattelemille vanhuksille kotiuttamisen suunnittelu oli hiljaa omassa mielessä ajattelua ja suunnittelua. Kukaan haastatelluista ei ollut aktiivisesti yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa suunnitellut kotiin lähtemistä. Haastattelut suoritettiin osastolla muutama tunti ennen vanhuksen kotiinpaluuta. Vanhusten kanssa keskusteltaessa sai sellaisen käsityksen, että kaikki eivät osanneet edes ajatella voivansa itse aktiivisesti osallistua kotiuttamisen suunnitteluun. (Nygren 2004, 42.)

### 3.2 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus

Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuutensa ja menetelmiensä vuoksi. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa selvä eikä sitä ole aina tarpeen vetääkään. Kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä. Kuntoutus on saamassa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2002.)

Yli 80-vuoden ikä ja heikentynyt liikunta- ja toimintakyky lisäävät kaatumisvaaraa. Sitä lisäävät myös aiempi kaatuminen, kävely- ja tasapainovaikeudet, heikko lihasvoima, jolloin on erityisesti tarkistettava myös mahdollinen aliravitsemus, D-vitamiini ja vähäinen liikunnan harrastaminen. Lisäksi huono toimintakyky päivittäisissä toiminnoissa ja heikko havaintokyky sekä apuvälineen käyttö ja vähäinen liikuntakyky lisäävät kaatumisvaaraa. Myös jo laitoksessa asuminen lisää kaatumisvaaraa ja sairaudet sekä niiden jälkitilat lisäävät kaatumisvaaraa, kuten monitautisuus, dementoivat sairaudet, masennus, huono näkökyky, lonkan ja polven nivelrikko, aivohalvauksen jälkitila, ortostaattinen hypotonia, karotispoukaman yliärtyvyys, pakkoinkontinentia sekä akuutit infektiot. Kaatumisvaaraa lisäävät myös lääkkeet silloin, jos käytössä on yli neljä eri lääkevalmistetta tai erityisesti, jos käytössä on rauhoittavia lääkkeitä, neurolepteja tai uni- ja/tai masennuslääkkeitä. Kaatumisvaaraa arvioitaessa on aihetta tarkastella vanhuksen vaikeutta tehdä kahta asiaa yhtä aikaa, kaatumisen pelkoa, alkoholin käyttöä ja ympäristöä, jossa on heikko valaistus ja ahtaat sekä esteiset kulkutiet tai vaikeasti ulottuttavat kalusteet. (Lonkkamurtumapotilaiden käypä hoito -suositus 2006.)

Geriatrisen kuntoutuksen tulee olla ongelmalähtöistä, oikea-aikaista ja laaja-alaista ryhmätyötä. Moniammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on palauttaa potilas mahdollisimman toimintakykyiseksi ja itsenäiseksi selviytyjäksi, lievittää hänen kipuaan ja kärsimyksiään sekä tuoda helpotusta myös potilaan läheisten hätään. Tavoitteena on myös, että potilas voi mahdollisimman nopeasti palata entiseen elinympäristöönsä, ja että komplikaatiot, uudet kaatumistapaturmat ja murtumat voidaan ehkäistä. Lonkkamurtumapotilaiden tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, joka sisältää kuntoutuksen jatkumisen avohoidossa heti kotiutuksen jälkeen, lyhentää sairaalahoitoaika ja edistää toimintakyvyn palautumista. Ennen kotiutusta tehdään kotikäynti, jolloin kartoitetaan potilaan liikkumista ja selviytymistä päivittäisissä toiminnoissaan kotiympäristössä, ja selvitetään asunnossa tarvittavat muutostyöt ja apuvälineiden tarve. Kaatumisen vaaratekijät kartoitetaan ja pyritään poistamaan. (Lonkkamurtumapotilaiden käypä hoito -suositus 2006.)

Yhteistyötä kotikunnan perusterveydenhuollon kanssa ei saa unohtaa. Jatkohoito on sovitettava hyvissä ajoin ennen kotiutusta. Potilaan ja omaisten pitää tietää, minne voi ottaa yhteyttä, ja omalääkäriin, kotisairaanhoidtajien ja kotiavun pitää saada tarpeellinen tieto viivytyksettä. Kuntoutusta jatketaan kotona fysioterapeutin ohjauksessa. Myös kotisairaanhoidtajien ja kotiavustajien ohjaus on tärkeää. Kotona harjoittelu on kannustavaa ja käytännöllistä. Selviytymisen ongelmat paljastuvat nopeasti ja fysioterapeutin ohjauksessa on helpompi kehittää kompensatiokeinoja. Parasta olisi, jos omalääkäri ja kotisairaanhoidtaja voisivat osallistua kuntoutustyöryhmän työhön jo kuntoutusjakson aikana. (Huusko, Sulkava & Valvanne 2003, 358.)

Akuuttihoiton jälkeen nopeasti käynnistyvä kuntoutus ja kuntouttava hoito ovat tuloksellisia, ja niihin panostaminen estää tehokkaasti pitkäaikaiseen laitoshoittoon joutumista. Kuntoutuksen kohdentaminen edellyttää kuntoutustarpeiden ja -perusteiden tarkkaa määrittämistä, jotta ne ikäihmiset, jotka hyötyvät kuntoutuksesta, saisivat tarkoituksenmukaiset kuntoutuspalvelut. Asiakkaiden kotiutumiseen tähtäviä kuntoutusjaksoja ja kotona annettavaa kuntoutusta tarvitaan lisää. (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011, 59.) Potilaan ottaminen mukaan kuntoutusprosessiin on välttämätöntä. Realistiset tavoitteet asetetaan yhteisessä hoitoneuvottelussa. Potilas ja läheiset tarvitsevat paljon henkilökohtaista opastusta ja ohjausta. Varsinkaan dementoituneiden lonkkamurtumapotilaiden läheisten tukea ja ohjausta ei saa unohtaa. (Huusko, Sulkava & Valvanne 2003, 358.) Muistihäiriöpotilaan aktiivi-

sen elämän ja tuttujen elämäntapojen tukeminen ja omaisen sekä sairastuneen ohjaus vaativat erityishuomiota (Laitinen, Juola, Mynttinen, Mäkelä, Nikkanen, Nuutinen, Palmu, Pieninkeroinen, Ruokonen, Tukia. & Uitto 2009).

Mangione, Lopopolo, Neff, Craik ja Palombaro (2008, 199 – 210) kuvailevat Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessaan fysioterapeuttien toteuttaman tyypillisen lonkkamurtumapotilaiden kotihoito-ohjelman. Ensin he toteavat, kuinka aiempaa lyhyemmän sairaalajakson ja nopeamman kotiutumisen vuoksi moni ikääntynyt tarvitsee fysioterapeutin palveluja toimintojen palautumiseen. Tämän vammauttavan tapaturman jälkeen päivittäisistä toiminnoista voi olla erittäin vaikea selviytyä yksin. Potilas tarvitsee usein apua kävelyssä ja portaista suoriutumisessa. (Mangione, Lopopolo, Neff, Craik & Palombaro 2008, 199 – 210.)

Tutkijaryhmän mukaan tavalliseen kotikäyntifysioterapeutin tehtäväkuvaan sisältyy lonkkamurtumapotilaan ohjauksessa muun muassa lonkan, polven ja nilkan aktiivisia liikelaajuusharjoitteita eri alkuasennoissa sekä lihasvoimaharjoitteita. Toiminnallisiin harjoitteisiin kuuluu siirtymiset vuoteesta eli kääntymiset kyljelle, istumasta ylös nousuharjoitteet, vuoteesta nousu- ja vuoteeseen meno -harjoitteet ja siirtymiset wc:hen ja suihkuun, tai siirtymisen harjoittelua lattialta ylös tai siirtymiset auton käytön yhteydessä. Kävelyharjoituksia tehdään sisällä ja myös ulkona erilaisissa maastoissa eri apuvälinein. Lisäksi harjoituksiin kuuluu tasapainon ja turvallisuuden harjoittelua esimerkiksi esineiden poimimista lattialta. Jotkut terapeutit käyttävät venyttely- ja vastusharjoituksia, tasapainoharjoituksia, hengitysharjoituksia ja aerobista harjoittelua. (Mangione, Lopopolo, Neff, Craik & Palombaro 2008, 199 – 210.)

Tutkijaryhmän mukaan olisi syytä tutkia optimaalista, oikea-aikaista harjoittelun ajankohtaa ja intensiteettiä lonkkaleikkauksen jälkeen. Heidän mielestään lyhentynyt akuutin hoidon vaihe mahdollistaisi intensiivisemmän harjoittelun kuin mitä se tällä hetkellä on. He epäilevät kuuden viikon pituisen terapian riittävyyttä ikääntyneille lonkkamurtumapotilaille murtumaa edeltäneen toimintakyvyn saavuttamiseksi. Tutkijat epäilevät onko tämän hetkinen käytäntö, joka jättää potilaan toimimaan kotiinsa yksin, näyttöön perustuvaa. Koska potilaita on niin vähän ohjattu avohoitoon, tämä toiminnan minimaalinen taso on kaikki se, mitä monet iäkkäät potilaat voivat saavuttaa lonkkamurtuman jälkeen. (Mangione, Lopopolo, Neff, Craik & Palombaro 2008, 209.)

Hautamäki (1997) selvitti tutkielmassaan, kuinka reisiluun yläosan murtumapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen tehostumien oli yksi tärkeimmistä terveydenhuollon haasteista. Lyhentyneet hoitoajat erikoissairaalassa olivat tuoneet kustannussäästöjä akuuttivaiheeseen, mutta se oli siirtänyt myös hoito- ja kuntoutusvastuuta perusterveydenhuollolle. Reisiluun murtumapotilaan kuntoutuminen mahdollisimman omatoimiseksi tuo haasteita eri ammattiryhmille ja ennen kaikkea se vaatii moniammatillista yhteistyötä sekä yhteistyötä potilaan itsensä ja omaisten kanssa. (Hautamäki 1997, 8 – 9.)

Hautamäki (1997) haastatteli reisiluunmurtuman saaneita iäkkäitä henkilöitä puoli vuotta murtuman jälkeen, jolloin murtuman vaikutukset tulivat vielä voimakkaasti esille. Haastateltujen elämä ei ollut palautunut entiselleen. Murtumaa edeltäneeseen elämään liittyneet asiat, kuten ulkona liikkuminen, puutarhanhoito, vierailut ja harrastukset kodin ulkopuolella olivat jääneet. Murtumapotilaat kertoivat masennuksesta ja yksinäisyyden tunteesta, jota muuttunut elämäntilanne aiheutti. Haastateltavat toivat esiin puolison merkityksen kuntoutumisessaan monessa yhteydessä. Omaiset joutuivat ottamaan täyden vastuun reisiluun murtumapotilaiden selviytymisestä kotiooloissa. Alkuvaiheessa potilaat tarvitsivat apua ja tukea monissa toimissaan. Omaisia ei kuitenkaan ohjattu avustamaan ja tukemaan potilaita kuntoutumisessa. (Hautamäki 1997, 41 - 42.)

Hautamäen (1997) tutkielmassa fysioterapeutit kävivät murtumapotilaiden kotona vain satunnaisesti. Kuitenkin kotona voi harjoitella potilaan kanssa kaikkia jokapäiväiseen elämään liittyviä toimintoja. Parhaiten päivittäisiin toimintoihin liittyvät ongelmat tulevat esille kotona, missä potilaan on selviytyttävä jatkossa. Kotona on hyvä käydä harjoittelemassa muutaman kerran jo ennen kotiutumista. (Hautamäki 1997, 45.)

Hautamäen (1997) haastatteleminen reisiluunmurtumapotilaiden kuntoutuminen oli jäänyt täysin heidän omalle vastuulleen puoli vuotta murtuman jälkeen. Kuitenkaan kukaan heistä ei ollut kuntoutunut entiselleen. Mikäli he saisivat ulkopuolista apua kuntoutumiseensa, heillä olisi mahdollisuuksia saavuttaa toimintakyky, joka oli ennen tapaturmaa. Hautamäki kirjoittaa, kuinka terveyskeskuksista tulisi järjestää reisiluun murtumapotilaiden seuranta ja kuntoutusohjaus sekä jatkokuntoutusryhmien perustaminen. Lisäksi hän korostaa, kuinka parhaisiin tuloksiin reisiluunmurtumapotilaiden kuntoutus tehostuu monin verroin, kun koko henkilökunta on selvillä murtumapotilai-



den senhetkisistä kuntoutuksen tavoitteista, ja he voivat kaikissa toiminnoissaan tukea tavoitteiden saavuttamista. Tämä vaatii henkilökunnan myönteistä suhtautumista kuntoutukseen ja kuntoutustavoitteiden huomioimista työssään. (Hautamäki 1997, 46.) Ennen kotiutumista on hyvä yhdessä potilaan ja omaisten kanssa sopia asioista, joissa potilas tarvitsee apua ja toimista, joissa hän jo pärjää itsekseen (Hautamäki 1997, 45).

Suhonen (1994) totesi kymenlaaksolaisten aivoinfarkti- ja reisiluun murtumapotilaiden kuntoutumista tutkiessaan molempien potilasryhmien toimintakyvyn vuoden kuluttua merkitsevästi paremmaksi kuin akuuttivaiheessa, mutta huonommaksi kuin ennen sairastumista. Suhonen (1994) tutki lonkkamurtumapotilaiden omaa arviota liikumissuoritteistaan ennen sairastumista (n=53) ja sairastumisen jälkeen (n=42). Sadan metrin juoksu onnistui 19 prosentilla tutkittavista ennen sairastumista ja vuoden päästä sairastumisen jälkeen sama asia onnistui 6 prosentilla. Suhosen tutkimuksessa yli kahden kilometrin kävely onnistui ilman vaikeuksia ennen sairastumista 45 %:lla ja vuoden kuluttua sairastumisesta sama asia onnistui 24 %:lla. Ennen sairastumista yli kahden kilometrin kävelyssä oli vaikeuksia tai se ei onnistunut 55 %:lla ja sairastumisen jälkeen oli vaikeuksia tai se ei onnistunut 76 %:lla. (Suhonen 1994, 89.)

Reisiluun yläosan murtumapotilaiden arvioimistaan PADL-toiminnoista ulkona liikuminen, pukeutuminen, peseytyminen ja siirtyminen sängystä/sänkyyn olivat vuoden kuluttua merkitsevästi huonompaa kuin ennen murtumaa. IADL-toiminnoista olivat taloustyöt, kaupassakäynti ja talousasioiden hoito vaikeimpia. Lukuun ottamatta henkistä vireyttä psyykkissosiaalisissa muuttujissa ei havaittu merkitseviä eroja mittauskertojen välillä. Suhonen (1994) esittää johtopäätöksensä, että toimintakyvyn seuranta ja sen pohjalta määräytyvää kuntoutustoimintaa tulisi jatkaa tehokkaasti akuuttivaiheen jälkeenkin, tarvittaessa pitempään kuin vuoden ajan. Hän kannustaa lisäämään kotona omassa elinympäristössä tapahtuvaa harjoittelua. Tämän avulla hän näkee mahdollisuuden ehkäistä avuntarvetta ja mahdollisesti uusiutuvia laitoshoidonjaksoja. (Suhonen 1994, 67.)

### 3.3 Lonkkamurtumapotilaiden sijoittuminen sairaalahoidon jälkeen

Ennen murtumaa kotona asuneista potilaista lähes 30 % päättyy lonkkamurtuman jälkeen vuoden kuluessa pitkäaikaiseen laitoshoittoon tai sosiaalihuollon laitokseen. (Sund, ym. 2008, 9). Kymenlaakson keskussairaalan hoitotiedoissa kertyi seuranta-vuonna 2005 lonkkamurtumapotilaiden hoitopäiviä/potilas yhteensä 98,2, joista toteu-

tui erikoissairaanhoidossa 21,4, perusterveydenhuollossa 54,0, vanhainkodissa 22,8 ja avokäyntejä 2,5 eli yhteensä 95,3 hoitopäivää. Vastaavat luvut olivat Kuusankosken aluesairaalassa yhteensä 91,2, joista 13,0 toteutui erikoissairaanhoidossa, 59,5 hoitopäivää perusterveydenhuollossa, vanhainkodissa 18,6 ja avokäynteinä 3,6 hoitopäivää. (Sund, ym. 2008, 29.)

Kymenlaakson keskussairaalassa niiden hoidettujen lonkkamurtumapotilaiden prosenttiosuus oli vuonna 2005 31,5 %, jotka olivat kotona 30 päivän kuluttua indeksihoidojakson alusta; 63,9 % 120 päivän kuluttua ja 63,0 % 365 päivän kuluttua indeksihoidojakson alusta. Kuusankosken aluesairaalassa hoidettujen lonkkamurtumapotilaiden vastaavat prosentit olivat 42,4 %, 62,7 % ja 50,8 %. Kymenlaakson keskussairaalassa hoidettujen lonkkamurtumapotilaiden kotona vietettyjä päiviä kertyi 211 päivää lonkkamurtumapotilasta kohden seurantavuoden aikana ja Kuusankosken aluesairaalassa hoidetuista sama tieto oli 193 päivää. Vastaavat keskimääräiset luvut yhteensä kaikissa Suomen sairaaloissa olivat samana vuonna 36,3 %, jotka olivat kotona 30 päivän kuluttua indeksihoidojakson alusta; 64,8 % 120 päivän kuluttua ja 61,5 % 365 päivän kuluttua indeksihoidojakson alusta. Seurantavuoden aikana kotona vietettyjä päiviä kertyi keskimäärin 213 päivää lonkkamurtumapotilasta kohden kaikkia sairaaloita kohden. (Sund ym. 2008, 32.) Suhosen(1994, 94) tutkimuksessa reisiluun murtumapotilaista asui 83 % vuoden kuluttua kotona tai omaisten luona.

## 4 MATALAENERGISTEN MURTUMIEN SEKUNDAARIPREVENTIO-OHJELMA

### 4.1 Matalaenergisten murtumien sekundaariprevention hoitoketju

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen lääkäreiden työpajassa on helmikuussa 2008 yhteisesti sovittu hyvän lähetteen ja palautteen kriteerit, joita suositellaan hoitoketjuissa käyttämään hyvän tiedonsiirron toimintatapana. Läheteessä on esimerkiksi suositeltavaa mainita perustietojen lisäksi myös potilaan toimintakyvyn arvio kuvattaessa potilaan nykytilaa. Hyvän palautteen sisältöön kuuluu esimerkiksi tieto tehdyistä tutkimuksista, lääkityksestä ja muusta hoidosta, potilaan toimintakyky poistuessa ja jatkohoito-ohjeet selkeästi. Hyvään palautteeseen sisältyy muun muassa kuntoutussuunnitelma, erityishuomioitavat ohjeet tarvittaessa, tieto ennusteesta, ja palautteen jakelu, myös potilaille. (Matalaenergisten murtumien sekundaariprevention hoitoketju 2009.)

Uutena Kymenlaakson hoitoketjuna on vuonna 2009 ilmestynyt Matalaenergisten murtumien (MEM) sekundaariprevention hoitoketju. Matalaenergisen (ME-) luunmurtuman määritelmä on: kaatuminen samalla tasolla tai putoaminen alle metrin korkeudelta. Hoitoketju koskee ME-murtuman saaneita yli 45 vuotiaita naisia ja yli 60 vuotiaita miehiä. Hoitoketjun tavoite on luoda toimintamalli matalaenergisten murtumien sekundaariprevention (uusien murtumien ehkäisy) toteuttamiseksi erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa ja niiden yhteistyönä. Kohderyhmänä on terveydenhuollon ammattilaiset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Hoitoketjussa jaotellaan vakavat osteoporoosimurtumat eli rinta- ja lannerangan nikamamurtumat ja lonkka- ja lantion ramusmurtuma omaksi ryhmäkseen. Vakavan, osteoporoottiseksi sopivan, murtuman saaneille 75 vuotta täyttäneille henkilöille luuta vahvistava hoito aloitetaan ilman luuntiheysmittausta. Antiosteoporoosilääke aloitetaan mahdollisimman pian, sillä immobilisaatio vähentää nopeassa tahdissa luun tiheyttä. Hoidonporastuseriaatteissa määritellään, että murtumapotilaan sekundaaripreventio ja seuranta tapahtuvat pääosin perusterveydenhuollossa, ja että tiedonsiirron sujuvuuteen on kiinnitettävä huomiota. (Matalaenergisten murtumien sekundaariprevention hoitoketju 2009.)

Hoitoketjussa mainitaan edelleen Käypä hoito –suosituksen mukaisesti, että sekundaaripreventiotoiminta on vaikuttavinta kaatumistapaturmien estoa. Silloin tärkeää on kalsiumin (vähintään 1 g/vrk) ja D-vitamiinin riittävä saanti ravinnosta ja ravintolisistä (D-vitamiinin ja kalsiumin annosten tarkistaminen laboratorioarvojen mukaan), kokonaislääkityksen hallinta, kaatumisriskiä lisäävien sairauksien hyvä perushoito, lihaskunnan ja tasapainon parantamiseen tähtäävä ohjaus ja hoito sekä todetun osteoporoosin hoito. Hoitoketjumallissa on vielä erikseen mainittu ohjeet lääkkityksen kokonaisuhallinnasta, elämäntapaohjauksesta ja fysioterapiasta sekä lueteltu ME-murtumien ja osteoporoosin vaaratekijät. (Matalaenergisten murtumien sekundaariprevention hoitoketju 2009; Osteoporoosin ja Lonkkamurtumapotilaan hoito; Käypä hoito –suositukset 2006.)

#### 4.2 Muistilista hoitohenkilökunnalle matalaenergisen murtuman sekundaaripreventiossa

Muistilistan kehittämiskuvauksesta voi nähdä, kuinka muistilistan laatiminen on toteutunut monivaiheisesti alueellisena ja valtakunnallisena Rohtokeskus-yhteistyönä. Kehittämisessä oli mukana Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen murtuma- ja osteo-

poroosihoidajien verkosto. Muistilista kävi Lääkehoidon Kehittämiskeskus Rohdon lausuntokierroksella ja sai lopuksi MEM–sekundaariprevention hoitoketjun tehneen työryhmän hyväksynnän. Tämä kaikki tehtiin vuosina 2008 - 2009. Muistilista toimii murtuma- ja osteoporoosihoidajien apuvälineenä potilaan hoidon toteutuksen seurannassa. Lisäksi siinä on otettu huomioon kuntoutuksen näkökulma ja se toimii tukena yksilöllisen fysioterapiatarpeen arvioinnissa ja resurssien kohdentamisessa. (www.terveysportti.fi.)

#### 4.3 Ohjelman esittely ja Rohto-yhteistyö

Iäkkäiden kaatumisten ja vammakaatumisten ehkäisy voidaan toteuttaa kolmessa vaiheessa: ennen kaatumista, kaatumisen sattuessa ja kaatumisen jälkeen. Itse kaatumisia ja kaatumisvammoja ehkäiseviä toimenpiteitä kutsutaan ensisijaiseksi ehkäisyksi eli primaaripreventioksi. Kaatumisista johtuvien uusien vammojen ehkäisyä kutsutaan toissijaiseksi ehkäisyksi (sekundaaripreventio). Kaatumisista ja vammoista johtuvien toiminnanvajavuuden sekä haittojen lieventäviä toimenpiteitä puolestaan kutsutaan kolmannen asteen ehkäisyksi eli tertiaaripreventioksi. Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä matalaenergisten murtumien (MEM) sekundaaripreventio-ohjelman aloite lähti erikoissairaanhoidon toiveesta implementoida aiemmin tehty Osteoporoosin hoitoketju sekä alueen terveyskeskusten päätöksestä osallistua siihen ja yleisemminkin kehittää lääkityksen kokonaishallintaa. Näin hanke hyödyntää kaikkien monisairaiden ja monilääkittyjen potilaiden hoitoa. (Seuna & Mäkinen 2008.)

Alueellinen hoitoketjumalli päivitettiin MEM-ohjelman aikana osteoporoositeemasta matalaenergisten murtumien ehkäisyksi (www.terveysportti.fi). Murtumahoitajien toimenkuvaa ollaan määrittelemässä ja toimintaa standardoimassa laadun yhtenäistämiseksi sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen tiedonkulun turvaamiseksi. (Seuna ja Mäkinen 2009a ja 2009b.) Ohjelman puitteissa Kymenlaakson sairaanhoitopiiri ja alueen terveyskeskukset tekevät yhteistyötä Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon kanssa, jonka yksi kehittämistoiminnan painopistealue on vuodesta 2008 ollut ME–murtumat. Kaiken takana on pyrkimys luoda potilasturvallisuuden uuden ajattelun mukainen malli, jossa hoidon prosessi yli organisaatorajojen mallinnetaan siten, että potilas ja palvelutuottaja voivat luottaa, että keskeiset sekundaariprevention toimet tulevat toteutetuiksi. (Länsipuro 2009, 10.)

Seuraavista asioita Länsipuro et al. ehdottaa sovittavaksi Suomen Lääkärilehden artikkelissa 39/2008 silloin, kun kyseessä on uuden murtuman ehkäisy: murtuman saaneiden tunnistamiseen on kiinnitettävä huomiota, olisi mietittävä ratkaisua sille, miten saadaan tieto erikoissairaanhoidossa hoidetuista potilaista. Olisi löydettävä keinoja sille, miten varmistetaan omassa toimipaikassa hoidettujen murtumapotilaiden uuden murtuman ehkäisy ja miten tehdään murtuman riskitekijöiden kartoitus ja niiden tehokas eliminointi. Kannatettavaa on sopia vastuista ja seurannasta ja tehdä toimipaikka-kohtainen hoitomalli, talon tapa. Monilääkityksen hallintaan olisi etsittävä ratkaisuja, samoin potilaan liikuntakyvyn ja koordinaation edistämiseen, ympäristön turvallisuuden parantamiseen ja näön tarkastukseen. Lisäksi lääkityksen tarkistuksen yhteydessä olisi varmistettava kaikille murtuman saaneille kalsium + D-vitamiini, ja tehtävä arvio bisfosfonaattien tai muun luun lujutusta turvaavan lääkityksen tarpeesta.

Toimeenpanon painopistealue on perusterveydenhuolto. Kymenlaakson käytäntöjä kehitetään jatkossakin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon murtuma- ja osteoporoosihoitajien verkostopajoissa, joissa panostetaan toimenkuvan kirkastamiseen, tiedonsiirron turvaamiseen sekä terveyskeskusten toimintamallin pohjustamiseen omia Rohto-pajoja tai muuta käyttöönottoprosessia varten. Tämä ryhmä pani alulle myös sairaanhoitopiirin terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön tarkoitettua apuvälineen eli muistilistan siitä, mitä murtuman saaneiden sekundaaripreventioon kuuluu. Matalaenergisten murtumien sekundaariprevention hoitoketju. 2009; Osteoporoosin ja Lonkkamurtumapotilaiden hoito; Käypä hoito –suositukset 2006; Länsipuro 2009, 10.)

Murtumien ehkäisyyn panostaminen on Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella edennyt käytännössä niin, että yhteistyöylilääkäri Leila Seuna on koordinoanut ohjelmaa. Ohjelmaan on kuulunut lähtötilanteen tutkimus MEM-sekundaariprevention toteutumisesta vuoden 2007 aikana, ja se tehtiin asiantuntijakyselynä (oma arvio) ja potilasasiakirjojen auditointina (havainnot toteutumisesta). Hoitoketjun toimeenpanon välineenä on terveydenhuollon ammattilaisten Rohto-pajat joko organisaatioiden välisinä tai eri toimintayksiköiden omina Rohto-pajoina. Syksyn 2009 aikana on asetettu väestötason tavoite (tahtotila hoidon toteutukselle) keskeisille murtuman sekundaariprevention toimintakäytännöille eri toimipaikkojen lääkäreiden Rohto-riihissä lähtötilanteen tutkimustulosten perusteella. Tavoitteena on saada aikaan omat toimintamallin kuvaukset murtumapotilaita hoitaviin yksiköihin (talon tavat). Seurantatutkimus toteu-

tetaan, kun päätökset toimintamallista on tehty ohjelmassa mukana olevissa yksiköissä. Nämä kaikki keinot tarvitaan, jotta saadaan hallintaan laaja-alaista yhteistyötä vaativa murtumapotilaan hoito- ja kuntoutusprosessi. (Seuna & Mäkinen 2009a, 2009b.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksellani haluan selvittää viiden Kymenlaakson keskussairaalassa vuonna 2007 hoidetun lonkkamurtumapotilaan käsityksiä tämänhetkisestä selviytymisestään kotonaan. Tutkimuksen avulla etsin vastausta siihen, miten tutkittavien sosiaaliset ja kuntoutukselliset tarpeet ja tarjolla olevat Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kohtaavat. Tarkoitukseni on myös tarkastella, millainen käsitys lonkkamurtumapotilailla on heidän saamastaan tiedosta hoito- ja kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Tutkimukseni etsii haastateltujen kokemuksia saamansa lonkkamurtuman seurauksista ja tämänhetkisestä kuntoutumisestaan ja selviytymisestään omassa kotiympäristössään.

Yksityiskohtaiset tutkimusongelmat ovat:

1. Miten lonkkamurtumapotilaiden mielestä murtuma on vaikuttanut heidän arjessa selviytymiseensä?
2. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä tukee matalaenergisistä murtumista toipuvia ikääntyneitä henkilöitä?
  - 2.1. Millaisia palveluja ja tietoa lonkkamurtumapotilaat kokevat saaneensa joko sairaalassa tai sairaalasta kotiutumisen jälkeen?
  - 2.2. Millaisista palveluista lonkkamurtumapotilaat haluaisivat lisää tietoa ja tarvitsevatko he mahdollisia lisäpalveluita kotona selviytymiseen?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkimusmenetelmä ja teemahaastattelu

Tutkimuskohteenani oli lonkkamurtuman kokeneet ikääntyneet henkilöt ja keräsin tutkimuksen aineistoksi heidän antamansa merkitykset lonkkamurtumasta selviytymiselle. Tuomi ja Sarajärvi selittävät viitaten Vartoon (1992), kuinka fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusperinteen erityispiirteenä on se, että siinä ihminen on tutkimuskohteena ja tutkijana. Fenomenologinen merkitysteoria perustuu oletukseen, että ihmisen toiminta on, ainakin suurelta osin, intentionaalista eli ”suuntautunut tarkoitteen johonkin” ja että ihmisten suhde todellisuuteen on merkityksillä ladattua. Merkitysteoria sisältää myös ajatuksen, että ihmisyksilö on perusteiltaan yhteisöllinen. Merkitykset, joiden valossa todellisuus avautuu meille, eivät ole synnynnäisesti, vaan niiden lähde on yhteisö, johon jokainen kasvaa ja johon hänet kasvatetaan. Merkitykset ovat intersubjektiivisia eli subjekteja yhdistäviä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34.)

Laadullinen tutkimus avaa meille ymmärrystä yhteisen maailman ja jaetun todellisuuden ilmiöistä nimenomaan tekstien muodossa. Ladullisessa haastattelussa tutkimuksen toimijoiden valintakriteereissä korostuvatkin kokemukset tutkittavasta ilmiöstä sekä halukkuus ja kyky keskustella aiheesta tutkimushaastattelutilanteessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 8.)

Hyvin vanhojen ja hyvin huonokuntoisten vanhojen ihmisten tutkiminen haastattelujen avulla on eräs tutkimuksen haasteista tulevaisuudessa (Lumme-Sandt 2004, 127). Tutkijana halusin ymmärtää jo ikääntyneiden henkilöiden näkökulmaa elämästään. Tutkimus oli luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto koottiin kotihaastatteluissa, kun murtumasta oli kulunut noin puolitoista vuotta. Tutkimukseni oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja käytin siinä aineistolähtöistä induktiivista analyysiä, jolloin päättely eteni yksittäistapauksista yleiseen (Kylmä & Juvakka 2007, 23). Aineiston keräsin teemahaastattelua käyttäen.

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 48.) Teemahaastattelujen avulla tarkastelin yksittäisten tapauksien antamia merkityksiä

lonkkamurtumapotilaan selviytymisestä heidän omassa ympäristössään. Näiden merkitysten pohjalta tein päätelmiä, jotka yhdistin laajemmaksi kokonaisuudeksi. Tutkimuksen tuloksista tein tulkinnan ja tutkimustuloksiani käyn läpi pohdinnassa. Eskolan ja Suorannan (2007) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaankin aineistolähtöisestä analyysistä eli rakennetaan teoria empiirisestä aineistosta lähtien, ikään kuin alhaalta ylöspäin. Tällöin on tärkeätä pohtia aineiston eli korpuksen rajausta siten, että analysointi on mielekästä ja järkevää. (Eskola ja Suoranta 2007, 19.)

Nauhoitin ja litteroin haastattelut sekä analysoin ne aineiston sisällönanalyysimenetelmällä. Tutkimusnauhojen äänitetyn tiedoston pituus oli yhteensä 6.30 tuntia. Laadin tutkimukseni teemahaastattelurungon hakiessani lupaa tutkimukselleni Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kuntayhtymän eettiseltä toimikunnalta. Suunnittelin haastattelun teemat sellaisiksi, että saisin niiden avulla tutkimusongelmiini vastauksen tutkittavien elämysmaailmasta ja heidän selviytymisestään omassa elämänpiirissään. Tutkimussuunnitelmaa laatiessa en noudattanut järjestelmällisesti mitään rajattua toimintakykymittaria, vaan laadin tutkimussuunnitelman aiemman fysioterapiakoulutukseni ja geronomiopintojeni sekä työssä oppimani kokemuksellisen tiedon pohjalta. Teemojen avulla pyysin haastateltavia kertomaan omaa elämäntarinaansa lonkkamurtuman jälkeisestä ajasta ja sen hetkisestä arjestaan, millaisena se kullakin heistä näyttäytyi. Teemahaastattelussa käytettävät teemat takaavat sen, että jokaisen haastateltavan kanssa on puhuttu edes jossain määrin samoista asioista. Lisäksi teemat muodostavat konkreettisen kehikon, jonka avulla satojen sivujen litteroitua haastatteluaineistoa voi lähestyä edes jossain määrin jäsentyneesti.

## 6.2 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimusaineistoni kohderyhmä oli MEM-sekundaaripreventio-ohjelman tutkimuksen lähdeaineisto. Sekä MEM-tutkimus että oma tutkimukseni on ollut Kymenlaakson sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan käsittelyssä ja saanut hyväksynnän. Lähdeaineisto oli vuonna 2007 lonkkamurtuman saaneiden potilaiden joukko (N=240), joista poimin omaan lähtö-otokseeni 22 henkilöä. Lonkkamurtuma oli ollut kullakin tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä hänen ensimmäinen murtumansa vuonna 2007 ja se oli hoidettu Kymenlaakson erikoissairaanhoidon sairaaloiden ensiapupoliklinikoilla (keskussairaalassa tai aluesairaalassa).



Kohdejoukosta jätin pois ne henkilöt, jotka olivat alle 65-vuotiaita ja joilla oli kyseisessä MEM-ohjelman tutkimusaineistossa todettu muistihäiriö. Lisäksi luonnollisesti joukosta jäi pois jo kuollut henkilö. Eskolan ja Suorannan (2007, 62) mukaan laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei ole välitöntä vaikutusta eikä merkitystä tutkimuksen onnistumiseen. Aineiston tehtävä on tavalla tai toisella toimia tutkijan apuna rakennettaessa käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tästä syystä yhtä tärkeää kuin pyrkiä kokoamaan rajattu laadullinen aineisto, on alusta lähtien pyrkiä kehittämään teoreettista herkkyyttä kohdeilmiöstä.

Tutkimusaineistossa lähtötietoina olivat kunkin lonkkamurtuman saaneen nimi, sosiaaliturvatunnus, ikä, murtumapäivämäärä ja kotikunta luettelomuodossa. Järjestin tutkimusjoukkoni Excel-taulukon avulla aakkosjärjestykseen ja poimin heistä joka kolmannen aakkosten alusta lukien, kunnes minulla oli viisi nimeä. Jatkoisin poimintaa eteenpäin niin, että minulla oli tarvittaessa varalla toiset viisi nimeä. Sain haastatteluehdokkaiden sekä varaehdokkaiden osoitteet ja puhelinnumerot Efficapotilastietojärjestelmästä. Minun ei tarvinnut käyttää myöhemmin tutkimusotoksesta muiden mahdollisten henkilöiden tietoja, koska viisi ensimmäistä henkilöä lupautui tutkimukseeni.

Haastateltavat asuivat eri puolella Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kuntayhtymän aluetta. He kaikki olivat saaneet lonkkamurtuman vuoden 2007 alkupuolella ja he olivat päässeet kotiin jatkohoitoapaikan kautta. Yhden tutkimukseen osallistujan koti vaihtui toiseen, esteettömämpään ratkaisuun. Hänen lapsensa toteuttivat muuton haastateltavan sairaalassaolon aikana. Tutkimukseen osallistujista oli naisia kolme ja miehiä kaksi, ja he olivat keski-ikältään 78,4 vuotta kesällä 2009. Nuorin heistä oli 70 vuotta ja vanhin 93 vuotta.

### 6.3 Aineiston keruu

Postitin valitsemilleni henkilöille potilastiedotteen tutkimuksestani kesäkuussa 2009. Kirjeessä kerroin toiveestani saada haastatella heitä, selvitin tutkimukseni taustaa ja tarkoitusta sekä lupasin ottaa heihin yhteyttä puhelimitse. Kirjeessä selvitin myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja keskeyttämisen mahdollisuudesta. Soitin aluksi kahdelle ensimmäiselle mahdolliselle haastateltavalleni kesäkuun lopussa ja sain sovitua kaksi ensimmäistä haastattelua aivan heinäkuun alkuun. Loput haastattelut to-

teutin ne elokuun alkuun mennessä. Tämän jälkeen poistin hallussani olleista tiedostoista muiden tutkittavien tiedot tarpeettomina.

Haastattelin vastaajat Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella eri kunnissa päiväsaikaan haastateltavien kotona. Sovin haastattelut kullekin haastateltavalle sopivimpana aikana, yleensä ajankohta oli joko aamupäivästä tai keskellä päivää. Näin pyrin huomioimaan potilaan jaksamisen haastattelutilanteissa. Kaikki haastateltavat suostuivat haastatteluun ja nauhoitukseen ensimmäisessä puhelinkontaktissa. Ennen kunkin nauhoituksen alkua näytin vielä haastateltaville oman kappaleeni lähettämästäni haastattelututkimuksen potilastiedotteesta. Sen loppuun olin kirjoittanut omat yhteystietoni, jos heillä olisi kysyttävää tutkimuksestani. Kertasin ja luin ääneen, mitä asiani koski, ja tämän jälkeen pyysin aina haastateltavan allekirjoituksen kahteen samanlaiseen suostumuslomakkeeseen, joista toisen jätin asianomaiselle. Tämän jälkeen kerroin lisäksi, että jätän heille tasapaino- ja lihasvoimaharjoitusohjelmista kirjalliset ohjeet ja että käymme yhdessä läpi heidän kotinsa ja ympäristönsä esteettömyydestä arviointilomakkeen. Lisäksi jätin heille selostuksen turvallisista jalkineista ja yleisimpien apuvälineiden yksilöllisen säätöohjeen. Minulla oli haastattelun tukena ja apuna teemahaastattelun runko paperisena edessäni, jotta keskustelu pysyi teemojen mukaisessa aiheessa tutkimukseni mukaiseksi. Tallensin varmuuskopiot nauhoista omiin tiedostoihini ja tyhjensin kertyneet tiedostot nauhurista.

Kaksi ensimmäistä haastattelua tein saman päivän aikana. Sen jälkeen ryhdyin kirjoittamaan nauhalta haastattelun kulkua sanasta sanaan tekstimuotoon, jotta sitä oli helpompaa analysoida. Tämä litterointivaihe oli hidasta, jouduin palaamaan toistuvasti samaan kohtaan tarkistaakseni kuulemaani. Uskon siitä olleen myös hyötyä, koska toiston avulla pääsin sisälle kunkin haastateltavan kokemusmaailmaan. Jouduin tauottaamaan kirjoittamistani, koska liian pitkän kirjoitusrupeaman vuoksi keskittymiskykyäni heikkeni ja kirjoittaminen hidastui huomattavasti. Kirjoittaessani haastattelua huomasin haastatteluistani tulevan melko pitkiä. Aavistelin sitä jo haastatteluvaiheessa, mutten halunnut katkaista haastateltavien kerrontaa, vaan sallin haastateltavilleni mahdollisuuden kertoa ensin aiemmistakin terveydellisistä tai muista heille merkittävistä elämän tapahtumista. Olin kiinnostunut saamaan laadulliseen tutkimukseeni juuri tutkittavien omakohtaisia kokemuksia. Olin tehnyt aiemmin työssäni haastatteluja strukturoidun lomakkeen avulla ikääntyneiden henkilöiden kotona ja niiden kokemusten pohjalta ymmärsin, kuinka yksilöllisiä nämä haastattelutilanteet olivat.

Totesin kahden ensimmäisen haastattelun litteroinnin jälkeen, että minun oli seuraavissa haastatteluissa yritettävä ohjata keskustelua aiheeseen, jotta haastatteluista ei tulisi liian pitkiä. Kolmas haastateltavani kertoi omakohtaisia kokemuksiaan värikkäästi, ja samalla minusta tuntui, että asiakokonaisuus pysyi hyvin haastattelurungon mukaisena. Kolmen viimeisen haastattelun aikana haastatteluani seurasi puoliso tai lähisukulainen, joka pystyi tarvittaessa täydentämään asioita tai puoliso täydensi haastateltavan kertomusta. Puoliso teki välihuomautuksia nopeasti haastateltavan lauseen välissä ja haastateltava jatkoi tyynesti lauseensa loppuun huomautuksen jälkeen. Toinen puoliso ei osallistunut keskusteluun lainkaan ja haastateltava keskittyi haastattelun kulkuun rauhassa. Nauhoitettua haastatteluaineistoa syntyi kaikkiaan 5 tuntia 16 minuuttia.

Koska opinnäytetyöni kiinnostuksen kohteena oli haastattelujen sisältö, tärkeintä litteroinnissa oli, että kaikki puhutut lauseet ja virkkeet kirjoitettiin ylös. Nimesin kunkin haastateltavan tiedot omaan tiedostoonsa otsikoilla Haastateltava A, Haastateltava B, Haastateltava C, Haastateltava D ja Haastateltava E. Erotin kunkin haastateltavan kerroksen omalla kirjaimellaan virkkeen alussa haastattelijan kysymyksistä ja kommentteista, jotka vastaavasti merkitsin H-kirjaimella. Tiittulan ja Ruusuvuoren (2005) mukaan haastattelutapahtumaa tarkastellaan keskusteluna, jolloin myös haastattelijan puheetta ja vaikutusta keskustelun kulkuun pidetään merkityksellisenä analyttisiä päätelmiä tehtäessä. Puheenvuorojen merkintä helpotti aineiston vuoropuhelujen jäsentämisestä analyysivaiheessa. Saatoin tarkastella keskustelun etenemistä välillä haastateltavan, välillä haastattelijan puheenvuorojen avulla. Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 91 sivua, fonttikoolla 12 ja rivinvälillä puolitoista.

Haastattelujen lopuksi tein havaintoja kodin esteettömyydestä ja listasin yhdessä haastateltavien kanssa arviointilistan kodin turvallisuudesta kaatumisen ehkäisemiseksi. Tämän arviointilistan jätin heille kirjalliseksi dokumentiksi ja sen pohjalta he lupasivat itse ryhtyä toimenpiteisiin, kuten yövalon käyttöön WC-toimintojen yhteydessä yöllä. Jaoin tutkittaville myös Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaiseman oppaan Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat lopusta seuraavat liitteet: Tasapainoharjoitteluohjelma, Lihasvoimaharjoitteluohjelma ja Turvalliset jalkineet -lomakkeen sekä Ohjeita yleisimpien liikkumisen apuvälineiden säätämiseen. Osan kanssa haastatteluista neuvoin ohjeita konkreettisesti. Haastattelutilanteet vaihtelivat ja osalle jätin nämä kuvalliset ohjeet itsenäisesti opiskeltaviksi. Nämä asiat jätin tutkimusaineistoni ulkopuolelle.

## 6.4 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysin tarkoitus on luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysillä pyritään aineisto tiivistämään kadottamatta silti sen sisältämää informaatiota; päinvastoin pyritään informaatioarvon kasvattamiseen luomalla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. (Eskola ja Suoranta 2007, 137.) Voimme saada tulokseksi vain ehdollisia selityksiä johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. Yleisesti todetaan, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia (totuus)väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Jatkoin tutkimustani kolmen viimeisen haastattelun litteroinnilla. Numeroin teema-haastattelurungon alateemat vielä alanumeroihin. Litteroinnin jälkeen ryhdyin poimaan uuteen tiedostoon kunkin teemaotsikon alle kaikkien haastateltujen alkuperäistekstistä virkkeitä, joka vastasivat otsikon aihetta. Etsin siis tutkimukseen osallistuneiden antamia merkityksiä eri teemoista. Toteutin tutkimusaineistoni teemoittelun pääsääntöisesti laatimani teemahaastattelurungon mukaisten omien kysymysteni pohjalta.

Järjestin otsikot teemahaastattelurungon mukaisesti Word-ohjelman taulukon sarakkeeksi ja viereen toisen sarakkeen alkuperäispoimintoja varten. Kävin läpi litteroimaani materiaalia useaan kertaan. Merkitsin kunkin teeman mukaisen alkuperäistekstin eri väreillä maalaten tai fontin väriä vaihtaen niin, että värit vastasivat eri teemojen otsikoiden värimuotoilua. Näin pystyin tarkistaessani havaitsemaan, mitä kohtaa alkuperäistekstistä olin jo poiminut eri teemojen alle. Tämän jälkeen lihavoitin taulukon sarakkeeseen siirtämästäni alkuperäistekstistä tarkemmin juuri ne lauseet, joissa mielestäni oli havaittavissa kutakin teemaa koskeva osallistujan näkökulma. Tein tämän työvaiheen jokaisen haastateltavan tiedostoista ja liitin ne teemoittain samaan kohtaan. Tätä leikkaa - liimaa-tekniikalla poimimaani aineistoa ryhdyin abstrahoimaan ja tiivistämään alkuperäistekstistä pelkistetyiksi lauseiksi siten, että asiasisältö ei muuttunut, ja se vastasi edelleen aiheen mukaista otsikointia. Tein uuden tiedoston, johon samojen teemaotsikkojen jälkeen siirsin uuteen sarakkeeseen ensin pelkistykset. Tämän jälkeen ryhdyin etsimään ja ryhmittelemään samansisältöisiä vastauksia alaryhmiksi. Kävin uudestaan läpi jo poimimiani tekstejä ja tiivistin aiheita vielä yläryhmiksi. Tätä tehdessäni jouduin välillä palaamaan haastattelun alkuperäistekstiin taas

uudelleen, koska halusin tarkistaa, olinko poiminut mielestäni oikeita asioita tiettyjen otsikoiden alle.

Jatkoin lokakuussa 2009 teemojen sisällön analysointia ryhmittelemällä eri otsikoiden mukaisesti haastattelussa esiinnousseita asioita. Tarkastelin uudestaan laatimaani teemahaastattelun runkoa ja totesin seuraavaa: olin alun perin jaotellut teemahaastattelurungossani haastateltavien kokemukset sairaalassa saamastaan hoidosta kohtaan 2.1. Haastateltavien kokemukset palveluista ja tiedonsaannista sairaalassa. Käytännössä teemahaastattelurungosta puuttui kohdan 2.1 alaotsikoista kohta ”kokemukset sairaalassa”. Olin poiminut jo aiemmin analyysiä tehdessäni kyseessä olevia asioita haastateluista ja ryhmitellyt kyseistä asiaa koskevan materiaalin hoidon laatu -otsikon alle ja kirjannut sen suoraan kotiin saatujen palveluiden alle. Tämän vuoksi lisäsin jälkikäteen kohtaan 2.1 ensimmäiseksi alaotsikoksi 2.1.1 kokemukset sairaalassa, ja muut kaksi aiempaa alaotsikkoa siirsin järjestyksessä eteenpäin.

Kunkin teeman kohdalle sain yläryhmiin sellaisia merkityksiä, joissa näyttäytyi teeman mukainen asia kunkin haastattelun pohjalta. Yritin löytää asioiden ääripäitä tai poikkeavuuksia. Tein ensin analyysiä kaikkien tutkimusongelmieni teemoista. Minulla oli ensimmäisen tutkimusongelman alateemoja yhteensä seitsemäntoista, ja etsin näistä teemojen alaryhmien sisällöistä uusia yhteisiä luokkia. Uusiksi luokiksi tuli fyysinen toimintakyky, muut perustoiminnot, sosiaalinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky ja asioiden hoitamiskyky eli välinetoiminnot sekä kuntoutumisen eteneminen. Järjestin kaikki alaryhmien pelkistetyt sisällöt kuhunkin luokkaan. Tein aineistoni avulla analyysiä saadakseni vastausta siihen, kuinka lonkkamurtumapotilas selviytyy murtuman jälkeen kodissaan. Kävin uudestaan analyysiä näitten syntyneiden luokkien avulla ja jaoin luokkien sisällön kahteen yläteemaan: toiminnot, jotka aiheuttavat epävarmuutta kotona selviytymisessä ja toisaalta toiseen luokkaan luokittelin ne asiat, jotka mielestäni tuovat selviytymisen aineksia lonkkamurtuman saaneen henkilön elämään. Tämän analyysini tein aineiston avulla sekä luokittelin aineistoni tässä vaiheessa aikaisemman viitekehyksen avulla. Minun piti palata useaan kertaan alkupe- räistekstiin löytääkseni sieltä teemojen alle kuuluvia asioita.

## 6.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Eskolan ja Suorannan mukaan (2000) kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja näin ottamaan yhtä aikaa kantaa sekä

analyysin kattavuuteen että tekemänsä työn luotettavuuteen. Luotettavuuden kriteereinä Kylmä ja Juvakka (2007, 128) pitävät uskottavuutta, vahvistettavuutta, ja refleksiivisyyttä sekä siirrettävyyttä. He esittävät, että tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimuksen osallistujan näkökulman ymmärtäminen vaatii aika, ja laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erityisesti tutkimuksen osallistujan näkökulmasta. Uskottavuutta omassa tutkimuksessani vahvisti se, että olen tehnyt pitkän työurani ikääntyneiden monisairaiden parissa eivätkä lonkkamurtumapotilaiden elämään liittyvät asiat olleet minulle täysin uutta. Työurani aikana olen toiminut myös muunlaista erityisosaamista vaativissa tehtävissä, joten pystyin mielestäni paneutumaan aiheeseen riittävän objektiivisesti. Paneuduin haastatteluihin huolella ja järjestin riittävästi aikaa toteuttaa ne rauhassa. Perehdyin tutkittavaan ilmiöön myös osallistumalla MEM - murtumien sekundaaripreventio-ohjelman kvantitatiivisen rekisteritutkimuksen tietojen keräämiseen. Näitä tietoja en pystynyt muistamaan yksilötasolla enkä ajatellut tietoisesti niitä omaa tutkimustani tehdessä. Oma tutkimukseni kohdejoukko rajattiin ja poimittiin tästä suuremmasta tutkimusjoukosta. Tietoja kerättiin niin, että tutkittavien identifiointitiedot eivät olleet analysoitavien muuttujien kanssa samassa tiedostossa.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Vahvistettavuus on osin ongelmallinen kriteeri, koska laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä päädy samankaan aineiston perusteella samaan tulkintaan. Erilaiset tulkinnat tutkimuksen kohteesta eivät välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa, koska erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät samanaikaisesti ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2009, 129.)

Kylmän ja Juvakan (2007) teoksessa on esitetty, kuinka aiheen valinnan eettisiä seikkoja kannattaa pohtia jo aiheen valinnan yhteydessä. Ensinäkin on syytä tehdä aihealueen aikaisemman tutkimuksen analyysia ja synteisiä ja lisäksi pohdintaan kuuluu lisäksi tutkimusongelmien pohjana olevien arvojen pohtiminen sekä tutkimuksella tuotettavan tiedon merkityksen arvioiminen oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on edelleen, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteellisele tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla (Kylmä & Juvakka 2007, 133.)

Sensitiivisyyttä kannattaa terveystutkimuksessa pohtia, varsinkin silloin, kun on kysymyksessä esimerkiksi potilaat sairautensa vuoksi. Kylmä ja Juvakka (2007, 145) toteavat, että hyvin monet terveystutkimuksen aihepiirit voidaan nähdä sensitiivisinä, ja siksi tutkimuksen sensitiivisyys täytyy tiedostaa ja huomioida jo tutkimuksen suunnittelussa. He korostavat, että sensitiivisiä tutkimusteemoja voivat olla esimerkiksi dramaattiset elämänmuutosvaiheet ja vaikeat elämäntilanteet, mutta arkipäiväisemmätkin teemat voivat olla sensitiivisiä.

Tutkimukseni kohteena olivat ihmiset ja heidän antamansa merkitykset lonkkamurtumaan liittyvissä asioista. Lonkkamurtuma saattaa olla hyvinkin dramaattinen elämän käännekohta. Omassa tutkimuksessa eettisyys oli erityisen tärkeä asia ohjaamassa koko työtäni ja ajatteluani. Tutkimuksen tiedot käsittelin luottamuksellisina ja ne julkaisitaisiin niin, ettei yksittäistä vastaajaa pystytä niistä tunnistamaan. Lisäksi haastattelussa esille tulevista asioista minulla on vaitiolovelvollisuus ja ehdoton vaitiolovelvollisuuteni jatkuu tutkimuksen päättymisen jälkeen. Tutkimukseeni ryhtymiselle oli ajankohta mielestäni otollinen, koska alueellisesti oli tapahtunut perusterveydenhuollon palveluiden organisaatioissa suuri muutos uuden Kouvolan kaupungin syntymisen jälkeen. Samoin uudet hoito- ja palveluketjut ja käypähoitosuosituksukset olivat tulossa ohjaamaan toimintaa. Näiden vaikutus ei ollut vielä voimassa tutkimukseni aikana ja pääsin tutkimaan tilannetta ennen näitä ohjeistuksia ja kenties uutta ”talon tapaa”. Tämän vuoksi näkisin, että tutkimukseni auttaisi havaitsemaan, tehostavatko yhteiset uudet toimintamallit palveluja lonkkamurtumapotilaille, jos tilannetta halutaan toistestusti tutkia palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Pystyin vertaamaan tuloksiani aiempiin lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksesta tehtyihin tutkimuksiin.

Laadin Kymenlaakson sairaanhoitopiirin eettiselle toimikunnalle tutkimuspyynnön ja alustavan tutkimussuunnitelman lokakuussa 2008 ja lopullisen, täydennetyt tutkimussuunnitelman huhtikuussa 2009. Kesäkuun alussa 2009 sain Kymenlaakson sairaanhoitopiirin eettisen lautakunnan puheenjohtajan luvan tutkimukselleni. Sain kohdejoukkoni tiedot taulukkomuodossa muistitikulle, joka oli vain minun hallinnassani. Käytin tutkimustulosten kirjoittamisessa lainauksia haastatteluista, mutta muutin tekstin murre sanat kirjakielleksi niin, ettei murrekieli anna vihjettä lukijalle haastateltujen henkilöllisyydestä.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Lonkkamurtuman vaikutus arjessa selviytymiseen

Sain kaksi päätulosta tutkimusongelmaan lonkkamurtuman vaikutuksesta arjessa selviytymiseen. Ne olivat erilaisia merkityksiä sekä epävarmasta selviytymisestä ja merkityksiä voiman tunteesta selviytymisessä. Tämän ensimmäisen tutkimusongelman tutkimusaineiston pääluokiksi jäsenyivät aineiston pohjalta fyysinen toimintakyky, muut perustoiminnot, välinetoiminnot, sosiaalinen toimintakyky, psyykkinen toimintakyky ja kuntoutumisen eteneminen. Kuvaan seuraavassa kunkin pääluokan otsikon alla ensin epävarman selviytymisen merkityksiä ja sitten selviytymistä edistäviä merkityksiä.

#### **Fyysinen toimintakyky**

Lonkkamurtumapotilaiden fyysinen toimintakyky edusti epävarmaa selviytymistä, kun haastateltavien liikuntakyky oli heikentynyt selvästi, liikunta oli vähentynyt, siirtymiset vuoteesta saattoivat tapahtua kompensaation avulla, tai tuolin siirtäminen ei onnistunut. Uudelleen kaatumisia saattoi esiintyä murtuman jälkeen. Haastateltava saattoi välttää kurkotteluja, tai hän pysyi pystyssä, kun oli kurkottelematta ylös tai alas. Hän saattoi käyttää jatkuvasti rollaattoria sisällä, ja ulkoilu saattoi puuttua. Tällöin portaat olivat esteenä. Lisäksi haastatelluilla ilmeni, että he joutuivat kävelyn aikana olemaan jatkuvasti varuillaan ja heidän piti varmistaa katseellaan askelia. Näkökyky saattoi olla heikentynyt, ja silmälasit saattoivat olla epäsopivat tai uudetkaan silmälasit eivät tuntuneet hyviltä. Sisätiloissa he joutuivat ottamaan seinistä tai pöydästä tukea kävellessä ja ulkona tukeutumaan rollaattoriin tai vaihtoehtoisesti keppiin tai kelkkaan. Apuvälineen käyttö kävellessä saattoi aiheuttaa kipua niskaan. He joutuivat yksinkertaistamaan ja helpottamaan aiempia liikuntaharrastuksiaan. Haastatellut saattoivat kuvata omaa kävelyään leveäraiteiseksi ja vain apuvälineen avulla onnistuvaksi.

*”Olen minä vähän ”könkäroinyt”. Olen minä silloin tällöin mennyt nurin, kompastuvin mattoon ja...mutta ei ole pahemmin käynyt.”*

*”Kyllä minulla tuolla tuo kyynärsauva on, mutta sen kanssa minä nimittäin meinasin kaatua, tähän mattoon tarttui. Että minä en ole sitä uskaltanut nyt käyttää, sitäkään*



*enää. Ulkona minä en pysty kävelemään yhtään just tuon tasapainohäiriön kanssa, kun siellä se heittää. Siellä kaatuisin ihan varmasti, ellen minä tukea pitäisi siitä rollaattorista. Se on minulle kyllä niin äärettömän tärkeä ”vehe”. Kun tuossa lähtee, niin minähän laitan jo jalkaankin, minulla on sellaiset saappaat, missä on ne, ne piikit täällä, liukuesteet - et tuota noin, ne minä pistän aina ulkona, minä en talvella ole yhtään ilman. Mutta ulkona minä, että minä kaatuisin varmasti, jos minä menisin; jos on vähänkään jäätä tuossa tiellä, niin silloin minä en lähde, vaikka minulla olisi minkälaiset liukuesteet siellä kengän pohjissa ja rollaattori tukena. Mutta ei tuo rollaattorikin; nehän on aika kevyitä ja sen kanssahan talvella on äärettömän vaikea liikkua..”*

*”No joskus tulee sellainen tähän, joka ei nyt sitten kuntoutunut, niin tässä lonkassa on joskus kipua, että joutuu ottamaan särkylääkettä. Se niin kuin painaisi se proteesi tuonne jonnekin hermoon.”*

*”No ei sitten taas alaskaan, että monta kertaa jotain pientä ottamista olisi, mutta ei uskalla. Niin, kyllä, en uskalla kurkotella.”*

*”Joka hetkihän minä joudun varomaan, joo, joka askeleella.”*

*”Yöllä kun joudun käymään vessassa joka yö, niin sitä minä aina pelkään, kun minä puoli nukuksissa tuolta tuota lähden, että mitenkähän tämä oikein onnistuu. Mutta minä pidän noista seinistä kiinni, kun minä menen tuohon vessaan.”*

*”No, kyllähän se melkein on nämä kumpikin jalka ja sitten minä olen alkanut kävellä vähän jalat enemmän niin kuin levällään, levällään niin kuin varotoimenpiteen.”*

*”Vähän matkaa aina. Kahtena minä näen ja...”*

*”Sen takia minä nytkin taas laitan nämä. Tämä oikea silmä, niin se näyttää tälläistä mutkaa.”*

Voiman tunne fyysisessä toimintakyvyssä edisti selviytymistä, kun kaatumisia ei ollut tullut uudestaan murtuman jälkeen, kun kyettiin liikkumaan omatoimisesti ilman apuvälineitä, korkeintaan kävelysauvat tukena useampi sata metriä. Osattiin myös ennakoida ja välttää kiiretilanteita ja käytettiin tukevia jalkineita ja liukuesteitä turvallisuutta lisäämään. Apuvälineiden avulla liikuttiin itsenäisesti sisällä ja ulkona, myös

epätasaisessa maastossa. Kävelymatkan pituus saattoi olla noin 200 metrin matka rollaattorin avulla päivittäin tai saatettuna rollaattorin avulla useamman kerran viikossa 300 metrin matkan edestakaisin. Kivuttomuus saattoi edesauttaa kuntoutumista. Selviytymistä edistävää liikuntaa edusti vesiliikuntaharrastus, kuntopyöräily sekä osallistuminen tasapaino- ja lihasvoimaharjoitteluryhmään. Myös itsenäiset vähäisemmät liikuntaharjoitteet kotona edistivät selviytymistä. Hyvä näkökyky toimivien silmälasien avulla auttoi selviytymistä.

*”No, kyllä minä olen pystyssä pysynyt, mutta minä otin tämän kepin käyttöön; se on niin kuin varmuus, sellainen.”*

*”Aamulla etenkin nuo keittiötoimet aamulla tämän rollaattorin kanssa on hyvä, aamupuurot ja kahvit, niin ja tuolta jääkaapista saa maitopurkit sekä muut, niin tässä on hyvä kuljettaa, ne tulevat samalla kertaa kaikki.”*

*”Kyllä se jalka on minun mielestä mennyt aika hyvään kuntoon, vaikka minä luulin, että en minä ikänään kävele. Enhän minä uskaltanut astua päälle.”*

*”Hoitajat kovasti näitä särkylääkkeitä aina toivat, mutta ei minulla ollut pakotuksia silloinkaan ja se oli tuota, niin mukavasti meni. Ja sen suhteen ja niin kuin tässä kotonaakaan ei ole; mutta tämä on, kun minulla tässä polvessa, tämän saman jalan, niin tässä on kulumaa. Ja sehän se heikko lenkki tavallaan sitten olikin, niin.”*

*”Kyllä näillä näkee, nämä on sellaiset lukulasit.*

*”Niin on. Mutta näkökin, kun tätä ikää tulee, niin ei se ainakaan paremmaksi tule, kylä se niin kuin pikkusen heikkenee, mutta näkee ihan hyvin.”*

### **Muut perustoiminnot**

Epävarmaa selviytymistä muissa perustoiminnoissa saattoi merkitä, jos tarvittiin runsaasti apuvälineitä ja tarvittiin toisen ihmisen apua henkilökohtaisen hygienian hoidossa.

*”No kyllä niitä on ollut. Suihkussa ja kerran olin niin tipalla, kun liukastui käsi ja sitten se kolautti minua; minulla oli mustelmakin pitkän aikaa.”*

*”On, on. En minä sieltä pääse, minulla on koukkukeppi, millä minä otan tuolta päästä kiinni ja nousen.”*

Kotona arjessa selviytymistä edistävinä perustoimintoina näyttäytyivät omatoiminen pukeutuminen, syöminen, itsenäinen sängystä ja tuolista siirtyminen, wc:ssä käyminen ja peseytyminen eli hygieniasta huolehtiminen.

*”Kyllä se välistä rankkaa se pesureissu on, mutta että kun sekin täytyy ottaa vaan niin rauhallisesti ja hitaasti. Minulla on tuolla se pesutuoli lainassa, tuo pesutuoli, ett minä olen; siinä on hyvä istua, kun se on hyvällä korkeudella ja siinä suihkun alla, ett kyllä minä ja sitten minä olen aina vähän lämmittänyt saunaa, ett siellä on lämmin sitten peseytyä. Kyllä minä siellä saunan puolellakin siinä rappusilla istun vähän aikaa, että talvella etenkin, että tuntuu, että tekee mukavaa.”*

### **Välinetoinnot**

Selviytyminen saattoi olla epävarmaa, jos oli paljon eri lääkkeitä, varsinkin särkylääkkeitä. Tarvittiin ulkopuolisen apua lääkkeistä huolehtimisessa tai tarvittiin apua ruuan valmistuksessa. Apua tarvittiin myös asioinnissa ja kodinhoidossa, erityisesti siivouksessa ja ikkunoiden pesussa. Kaupassa käyntiin saatettiin tarvita apua, sillä kauppaan saattoi olla useampi kilometri, eikä julkisia kulkuyhteyksiä ollut. Asiointia vähennettiin vain kerran viikossa tapahtuvaksi, kun kulkeminen koettiin väsyttäväksi.

*”Että kyllä minä olen kaikki nämä omat hommat tehnyt, mutta siihen tahtiin kun minä teen.”*

*”Se on vaan, että kaikkein vaikeinta, esim. nämä; minä olen imuroinnin tehnyt, mutta siinä se on kova työ. Minä otan aina tuolin ja minä istun sitten tuolilla ja sitten minä siirrän tuolia ja minä imuroin ja sillä lailla minä sitten teen. Ensinnäkin puutarhatyöt, kaikki nuo; kyllä minä sielläkin välillä ”kapsuttelen”, mutta minä siellä en voi olla kuin vähän aikaa, kun minä en pysty olemaan muuten kuin sellaisessa ”käyräasenossa”, minkä yritän koukkia sitten. Tätä koetan pitää tätä jalkaa, ettei se rasitu ja toisella kädellä vähän koukkia ja toisen päässä on sitten joku keppi taikka haravanvarsi kädessä, millä minä pidän tukea sitten.”*

*”Meillä käy aamuisin, aamuisin hoitaja. Käy aamupuuron keitossa ja kahvin ja sitten tekee kaikki nuo tuollaiset; petin petaa ja minä käyn vessassa hänen kanssaan ja sitten...”*

*”Siinä se kauppa, että ei ole pitkä matka onneksi. Et jos sitä ei olisi, niin minähän olisin ihan pulassa. En minä yleensäkään, kyllä minä melkein täällä, täällä lenkkeilen kesällä, tuossa pihassa; välillä vähän koetan kävellä, mutta en minä tuota niin kuin turhaan, minä en tuonne minnekään jaksa lähteä.”*

Selviytymistä edisti, kun haastatellut osallistuivat oman terveytensä huolehtimiseen itsenäisesti. Itse saatettiin valmistaa ruokaa, mutta ei aina oltu innostuneita tekemään sitä. Huolehdittiin taloustöistä kompensaaion avulla, ruoka saatettiin valmistaa itse melkein säännöllisesti. Harvemmin leivottiin ja valmistettiin ruokaa; saatiin kyllä apua muihin taloustöihin, siivoukseen ja asiointiin. Osallistuttiin aamupalan laittoon ja tiskaukseen. Haluttiin itse hoitaa asioinnit, niissä meni vain enemmän aikaa kuin ennen. Otettiin itse lääkkeitä, joita saattoi olla vähän tai vain yksi lääke käytössä. Puhelimen käytöstä en keskustellut haastateltavien kanssa, mutta sopiessani heidän kanssaan tapaamisesta keskustelu oli sujuvaa puhelimesta.

*”Kyllä minä; no yhteispelellähän me touhutaan tässä jokainen. Mutta ihan hyvin on mennyt tässä kotonakin. Poika on erinomainen mies, se kun pistää koneen, niin siinä ei viivy kauaa niin ne on pyykit kyllä pesty. No eihän tässä, eikä nämä asiat nyt tämän kummempia tällä hetkellä, jos ne nyt pysyisi tällä tavalla. Aika menee mukavasti, kun tiskausasiat käyvät vallan mainiosti.”*

*”No, lääkitys on, on. Niin, sen asian kyllä täysin, täysin itse. Muisti on hyvä, ei minulta jää väliin, eikä muuta.”*

*H: Entäs oletteko D-vitamiinia syönyt?*

*Ei. Tämä asia on avoin, että täysin.”*

*”Ja niitä minä olen nyt kolmatta vuotta käyttänyt, D-vitamiinia myöskin. Sitten aamulla otan sen kalsium-tabletin.”*

*”Kyllä minä aina jotain koitan, mutta kyllähän on minulla joskus sellaisia päiviä, että ei huvita. Minä en käy tuossa kaupassa oikeastaan kuin kerran viikossa.”*

*”Ei minulla sellaista, että minä tuolta tilaisin jonkun ihmisen tänne nyt sitten. En minä vielä ole niin huonossa kunnossa, täytyy koputtaa. Hmm... ja yritänkin olla mahdollisimman sillä tavoin, minä niin kuin, ettei jää istumaan paikalleen. Niin, että kyllä minä olen itse käynyt ruokakaupassa ja tuossa apteekissa.”*

*”Kyllä minä talvella kävin jopa tekemässä lumitöitä, mutta kyllä se on sellaista... naapurin rouva aina nauroi, että kun lapiollisen heitti, niin taas minä nojasin lapioon taikka seinään, taas minä vähän heitin.”*

### **Psyykinen toimintakyky**

Haastateltavien psyykinen toimintakyky saattoi aiheuttaa epävarmuutta kotona asumisessa, kun pelättiin kaatumista jonkun verran, tai haastateltavat kärsivät jatkuvasta kaatumisen pelosta. Saatettiin pelätä liukkaita kelejä ulkona, mikä aiheutti myös sen, että ulkoiltiin vähemmän talvella. Myös sisällä yöllä wc:hen kävellessä saatettiin pelätä kaatumista. Huolta kannettiin myös kotipalveluhenkilöstön taidosta jakaa lääkkeitä. Huoli omasta muistitoiminnoista oli, koska nimet unohtuivat ja ajatus saattoi katketa välillä. Murtumaa pidettiin rankkana elämänmuutoksena. Rollaattorin käyttö koettiin henkisesti vaikeana eikä myöskään täysin varmuutta lisäävänä apuvälineenä ja välillä koettiin epätoivon hetkiä omasta selviytymisestä. Ajoittain koettiin alakuloa. Koettiin, että murtuman vuoksi oltiin oltu tiukoilla ja pelätty, saattoi ilmetä pelokkuutta ja yksinäisyyden tunnetta yksinasumisessa. Myös omaa jaksamista kuvailtiin jatkuvan väsymisen tunteena. Harmissaan oltiin edelleen uusiutuneesta murtumasta ja leikkauksen viivästymisestä ja pitkästä odottelusta. Harrastukset saattoivat olla vähentyneet heikentyneen fyysisen toimintakyvyn vuoksi.

*”No oli, minullahan oli tämä; minähän kaaduinkin, kotona. Niin, siis kylpyhuoneeseen, sauva lähti menemään, ei pitänytkään, vaikka siinä oli se kuminen, niin kuin niissä on. En minä saanut sitten kiinni: minä kaaduinkin. Sitten tuli uusi reissu. Se oli se kauheaa, jonka jälkeen minä aloin pelätä. Semmoinen minulla on.”*

*”No, ainahan se on mielessä, että kun ei vaan kaatuisi. Mutta että joka paikassa saa olla varovainen. Ja sehän ei päästä lähde pois. Ne sanoivatkin siellä kuntoutuksessa, että minä olen liian varovainen, että pitää jättää pois se pelko sieltä päästä.”*

*”Että esimerkiksi just kun on ulkona talvikelillä vähänkään liukkaat, minä en lähde missään tapauksessa yhtään ulos.”*

*”No kyllä. Sen minä tunnen, että minä olen välillä kuin maani myynyt.”*

*”Ei kun pyörätuoli; nyt sitten minua viedään ja minun täytyy tilata tuo Ula... Invataksi, niin en viitsinyt niin ison rahtiin ruveta.”*

*”Kyllä se oli aika tiukalla. Kun minä olin varma, että en kävele, että olihan siinä kova pelko, mutta kyllähän se vähän kerrallaan alkoi siitä mennä.”*

*”Kyllä. Se teki minulle, minä sanon, että minulle tuli äärettömän pahoja, siis sellaisia masennustiloja, kerta kaikkiaan, suoraan sanottuna, kun se oli niin rankka, se elämänmuutos, että kun ensimmäisen kerran piti lähteä sitten tuonne ulos tuon rollaattorin kanssa, niin se oli aika vaikeaa.”*

*”No, ei minulla varsinaisesti ole, no noita ristikoita, minä aina; - nyt on vähän huono tuo näkö, nyt kestää. Minä katson telkkariakin muuten hirveän vähän.”*

Voiman tunnetta lisäävä psyykinen toimintakyky saattoi myös toimia kotona selviytymistä edistävänä, kun haluttiin itse hoitaa asiat, oltiin tyytyväisiä vointiin ja ikään nähden, tai ei pelätty kaatumista eikä oltu masentuneita, vaan oltiin mielissään leikkauksen onnistumisesta. Käytettiin muistin tukena ostoslappua, oltiin tyytyväisiä muisti-toimintoihin ja saatettiin olla suoriutuneita muistitestistä hyvin.

*”No ei minua pelota. Meillä kun tämä on kaikki tässä samassa tasossa, ei ole kuin kaksi rappusta, kun tämä on mäellä tämä talo.”*

*”No kuule, sitten oli tutkimus tässä näitten hoitajien, hoitajien taholta, niillä oli joku paperi... He sanoivat, ett hyvin muistan. En minä nyt muista, mitä siinä kysyttiin. Että näin hyvä se muisti on. Kyllähän minä olen vielä pysynyt samassa päivämäärässä, et-tä ei se nyt heitä.”*

*”Kyllä se pelaa aika hyvin. Niin. Mutta sitten minä aina niin kuin, minulla on jossain sellainen lappu, sellainen, ett ai, tuo on loppunut, niin minä panenkin tuohon ylös, että on minulla ollut kaupan lunttilappu ihan.”*

*”No, en minä siitä nyt masentunut, eikä muuta sen kummempaa. Se kävi niin kuin kävi ja sitten se oli, kun tämä näinkin hyvin, tuota onnistui, onnistui se korjaaminen. Niin saa olla ihan tyytyväinen siihen, eikä mitään särkyjä eikä pakotuksia tullut, jälkiseuramuksia.”*

### **Sosiaalinen toimintakyky**

Kotona selviytymiseen saattoi aiheuttaa sosiaalisessa toimintakyvyssä epävarmuutta, kun oli vähän kontakteja naapureihin. Lähellä oli uusia, eri sukupolvea olevia naapureita, joiden kanssa keskustelu voitiin kokea aiheuttavan ennakkoluuloja, koska se pelättiin tulkittavan turhaksi avunpyynnöksi. Oman sukupolven tutut saattoivat olla jo kuolleet. Osallistuminen yhteisöllisiin tapahtumiin saattoi olla vähäistä.

*”Kyllä minä olen yrittänyt häntä käyttää; hänen entinen kuoronsa konsertoi, mutta kyllä se alkaa vaikeata olla, väsyä niin mahdottomasti.”*

*”Enää ei ole missään, missään talossa, nämä on kaikki uudet, moneen kertaan, kolmanteen kertaankin vaihtuneet. Enkä minä ole voinut lähtee kenellekään tyrkyttää itse itseäni, luulevat vielä, että minä rupean kerjäämään apua.”*

*”Aika vähän nykyään täällä kylällä; tämä on tämä ikärakenne, niin kuin tämä minunkin, kolmekymmenluvulla syntyneitä alkaa olla jo niin raihnaisia miehiä. Eikä niitä montaa ole. No ei se, muutama ja näin nämä, nämä sukulaiset ja tässä on hyvä ystävä, tuossa vähän matkaa.”*

*”No, sielläkin, kun on sitten siellä seurakuntakeskuksessa melkein, niitä siellä olisi kaikenlaisia tilaisuuksia, mutta täältä toi lähteminen!”*

Sosiaalista selviytymistä kotona tuki, kun omat lapset tai lastenlapset auttoivat tai oma sisar kävi vierailemassa. Sisaren kanssa oltiin puhelinyhteydessä tai tavattiin tuttuja terveyskeskuksessa tai sukulainen lähti mukaan tapahtumiin.

*”Sitten minulla on pojan tytöt, jotka asuvat tuossa vähän matkan päässä. Niin, ne käyvät aika paljon siivoamassa ja auttelemassa. Koulussahan he talvisaikaan ovat, mutta kesäaikaanhan ne nyt siinä on useammin.”*

*”Ei minulla ollut oikein semmoisia mitään. Minulla on lapsia ja niitten ystävät ja tuttavat.”*

*”Siellä niitä tuttuja tapaakin, terveyskeskuksessa. Torstainakin oli kolme hyvin tuttua henkilöä siellä; siellä tuota. Sen voi niin kuin kyläpaikaksikin voi sanoa leikkimielisesti. Ja hoitajatkin ovat tulleet tutuksi, kun siellä on asioinut.”*

*”Soitellaan ja kirjoitellaan. Kyllä meillä on poikien kanssa niin hyvät välit. Kaikkien. Nuorempi onkin tässä aina joka päivä. Käy kaupassa.”*

*”Kyllä meillä käy. Naapurista tuosta ja olen käsenytkin, että sen kun tulette. Ei tarvitse etukäteen ilmoitella. Kyllä meillä kovasti käy.”*

### **Kuntoutumisen eteneminen**

Selviytyminen saattoi olla epävarmaa, kun leikattu jalka oli aluksi kuntoutunut hyvin, mutta saattanut kipeytyä kuntoutuksessa niin, että kuntoutus piti keskeyttää. Kuntoutus oli vähäistä ja viivästyi sisätautisten ongelmien vuoksi. Jatkohoidossa kuntoutus ei toteutunut. Lonkka saattoi vaivata edelleen. Vuodepotilaana oltiin aluksi kotonakin, kuntouduttiin rollaattorin avulla liikkujaksi. Ulkoilu ei saattanut toteutua, jäätiin vaille kuntoutusta ja ulkoiluapua.

*”Se vaan, että aika väsynyt minä olen. Minä nukkuisin aina. Olen niin unesta tehty. No, joskus tulee lähettyä auton kyydissä, mutta en minä kävele. En minä pysty tässäkään kävelemään. Se olisi tämän rollaattorin kanssa mentävä ja, ja tuota, en minä ole uskaltanut. Poika ei ole kaukana, saman tien varressa, mutta en minä ole käynyt yhtään kertaa.”*

*”Mutta nyt kun monta kertaa ajattelee, niin ei siitä varmaan enää niin hyvä teho ole mistään, kun kuntoutus olisi päässyt heti alkuun kuntouttamaan. Nyt sitä tuntuu, että ei enää kuitenkaan sellaiseksi pääse tulemaan. Tietysti, jos vähä vaikka parempi on*



*olla, niin onhan sekin tietysti hyvä. Että ei se kyllä sillä tavalla hirveästi kyllä auta. Se olisi pitänyt ihan alun perin saada kunnollisesti toimimaan se homma.”*

Kotona selviytymisessä saatettiin tuntea voiman tunnetta, kun saatiin kuntoutumisen alussa fysioterapiaa. Kuntouduttiin vähitellen oman aikuisen lapsen ja apuvälineiden tuella itse aktiivisesti toimien, mm. allasharjoitukset toteutettiin omatoimisesti. Kotiutuessa oltiin heikkokuntoisia, mutta nyt oltiin kuntoutuneena apuvälinein liikkujiksi ja osallistuttiin veteraanikuntoutukseen. Joillakin saattoi olla käytössä vähän lääkkeitä. Osallistuttiin innostuneena ryhmävoimisteluun.

*”Niin, no lääkkeet ovat tuolla, mutta harvoin minä niitä käytän. Kun minä olen huono ottamaan, ennemmin minä pikkusen kärsin. Hoitaja kysyi moneen kertaan, ett missäs ne sinun muut lääkkeet ovat? Minä sanoin, että eihän minulla nyt muita ole sitten.”*

*”Kyllä minä istuskelin ja tässä liikuin tässä sisällä heti, kun pääsin tänne.”*

*”Ja sitten on oltu tuolla jumpassa, niin tällä tavalla tuota niin, että peräkkäin kävelee ja lattialla jonossa, jonossa, että tasapaino pysyisi.”*

*”No, kyllähän siinä meni jonkun aikaa, mutta tuota kyllä minun sitten alkoi menee tuota ihan mukavasti.”*

## 7.2 Lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tuesta murtumista toipumisessa

Toisena tutkimusongelmana minulla oli kysymys, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä tukee matalaenergisistä murtumista toipuvia ikääntyneitä henkilöitä. Tutkimustuloksia sain mm. seuraavasti: tuki ja kannustus saattoivat puuttua sairaalassa tai kotiutuessa, haastateltuja ei ohjattu kuntoutuspalveluiden piiriin. Kotipalvelua saatettiin tarjota, mutta avusta kieltäydyttiin ja haluttiin selviytyä ilman ulkopuolista apua. Tarvittiin kuitenkin oman perheen apua.

*”Ei ole. Siihen ei ole mitään sellaista jumpkaa, että niin kun joku taluttelisi, mutta kun ei tämä isäntäkään, hyvä kun sitä ei tiedä, kumpaa taluttaisi.”*

*”H: No entäs sitten miltä teistä tuntui; saitteko sellaista tukea ja kannustusta siihen kuntoutumiseen ja omatoimiseen harjoitteluun?”*

*Ei. Ei minulla ollut mitään sellaisia.*

*H: Oliko jotain ammattiryhmää, joka olisi teitä kannustanut harjoittelemaan?”*

*Ei, ei. Että kyllä minä niitä sitten aina itsekseni tein. Ne olisivat antaneet, kun ne tiesivät, että minä asun yksin, varmaan sitten jonkun ihmisen antanut kotiin, joka olisi käynyt niin kuin suihkuttamassa, pesulla ja tuolla tavalla noin, mutta minä sanoin, kun minulla on lapsia, niin ne käyvät. Minä sanoinkin, että kyllä minä sitten pyydän apua, mutta en minä nyt ihan tähän hätään.”*

*”Ei, eihän muuta kuin omassa porukassa.”*

### 7.3 Lonkkamurtuman saaneiden henkilöiden kokemuksia palveluista ja tiedonsaannista sairaalassa ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen

Kuvailen toisen tutkimusongelman ensimmäisen alaongelman tutkimustuloksia lonkkamurtuman saaneiden kokemuksista palvelujen ja tiedon saannista joko sairaalassa tai sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Aloitan tulosten esittelyn ensiksi haastateltujen kokemuksista sairaalassa. Tietoja saatiin vaihdellen eri hoitopaikoissa, perusterveydenhuollossa saatiin enemmän ohjausta kuin erikoissairaanhoidossa. Toisaalta saatiin omasta mielestä riittävästi tietoa sairaalassa, mutta kotiin saatiin vain ohje syödä kalkkitabletteja. Palvelujen laatuun saatettiin olla tyytymättömiä, erityisesti ei oltu potilaan kohteluun tyytyväisiä. Saatiin tietoa apuvälineistä ja niitä lainattiin kotiin, mutta apuvälineiden käytön opastus saattoi olla osittain vaillinaista. Haastattelukäyntini yhteydessä ilmeni, että haastateltava ei saattanut tietää rollaarin seisontajarrujen käytöstä tai kävelykepin kumitulppa saattoi olla kulunut. Saatettiin ajatella, että sairaalasta saatu tieto vahvisti ja rohkaisi kotona asumista, vaikka aluksi ei oikein koettu tietoa saaduksi sairaalassa.

*”Kyllähän minä jotain ymmärsin, mutta en minä kyllä läheskään kaikkea tiennyt. Enkä minä tiedä, selittivätkö he, enkö minä kuullut vai enkö minä tajunnut. Kyllähän siellä paljon jäi minulle epäselviäkin asioita eteen. He kun eivät nykyisin niin kuin se-*

*litä. Ennen kun kävi nukutuslääkärit ja muut, niin. Mutta eihän nykyisin, kun ei lääkäriä enää näe. Ei niitä näe ollenkaan.”*

*”En minä oikein tiedä, kun ei siitä oikein saanut selvää, kun siellä oli niin vähän sitä henkilökuntaa. Ne oli aika stressaantuneita, ne hoitajat, että näki selvästi. Ihan ne potilaitten kuullen, ja sitten motkotti yhdestä ja toisesta asiasta.”*

*”Minä olin varmaan kolme viikkoa siellä, niin ei yhtään kertaa... Niin, ne hoitajat ottivat peitteet pois, sitten niillä oli sellainen, olisiko ollut tämän kokoinen, tällainen, sillä ne tällä tavoin pyyhkäisi. Se niitten pesu oli sitten siinä. Katso, kun hikoilin siinä ja oli kuule, se oli kyllä jotain kauheata. Kyllä ne toisetkin potilaat sanoivat, että kuinka kauan sinulla kestää pinna. Minä sanoin, ett pakkohan se on kestää.”*

*”No ei, en minä ainakaan mielestäni saanut mitään erikoissairaanhoidosta. Ne eivät antaneet yhtään mitään tietoa, kun ne laittoivat tuonne terveyskeskussairaalaan. Sieltä ei nyt mitään, kun ambulanssi vaan, vai mikä nyt lie, niin ambulanssillahan ne veivät tähän terveyskeskuksensairaalaan, ja tuota noin, sitten kun minä tästä terveyskeskuksensairaalasta läksin, niin kyllä sieltäkin oli, että ei sieltä oikeastaan mitään saanut tietoa.”*

*”Ei ne sen kummempia, kalkkitabletteja käskivät syömään.”*

*”No en minä nyt muista sellaista, niin kuin olisivat mitään tietoa antaneet. No näitä, näitä apuvälineitä ne jakoivat siellä ja sitten sanoivat, että saa tuolta terveyskeskuksen varastosta lisää mitä tarvitsee; pöntön korokkeita, suihkutuuolia ja semmoisia. Mutta entä tästä viimeisestä murtumasta, saitteko te tietoa, että mitä on tapahtunut ja niin, että pystyitte sen asian ymmärtämään? Selitettiinkö teille?*

*Kyllä, rankka murtuma. Ja sitten minulla todettiin se osteoporoosi.”*

*”No kyllä. Minulle erikoissairaanhoidossa lääkäri sanoi, että kotona on kaikkein paras, että kun pystyy vaan olemaan, niin kotona on... säästyy monelta basillilta.”*

*”Kyllä, kyllä, hoitajathan kävivät siinä vähän väliä katsomassa.”*

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt kertoivat, että heillä ei yleensä ottaen ollut omaa kuntoutussuunnitelmaa, tai harjoitteluohjelmaa saatettiin saada vaihdellen. Fyysisen toimintakyvyn tukemista ja liikkumisen harjoittelua saatettiin ohjata sairaalassa, mutta kuntoutus saattoi päättyä jatkohoitopaikkaan. Aina ei tehty kuntoutussuunnitelmaa eikä haastateltava saattanut saada kotiin kuntoutusta. Lääkäri oli saattanut kannustaa omatoimisiin harjoituksiin.

*”Ei minkäänlaista. Ei mitään. Se jäi sitä menoa, se jäi niin, että enkä minä itsekkään osannut mihinkään alkaa ottaa yhteyttä, kun ei minulle sanottu, että pitäisi ottaa yhteyttä jonnekin tai mennä jonnekin. Kun ei mitään annettu tietoa.”*

*”No, minua varsinaisesti niin kuin ei neuvottu tekemään nyt täällä. Ensimmäisen keran neuvottiin tässä jatkohoitopaikassa, että tuoli, minulla on tuolla terassilla sellainen tuoli, missä on ne käsinojat, että siitä sitten nousee - että mitenkä nousta istumasta ja lasketaan, että mitenkä saa käsinojasta tukea, että se vahvistaisi juuri näitä reisilihaksia, kun nämä on niin heikot ja nämä on niin särkevät ja valtava kipu aina tulee. Ne ovat niin kipeät, että!”*

*”Ei, ei minulla ole mitään sellaisia.”*

*”Kyllähän ne siellä antoivat ja siellä jumpattiin ja kuntoutettiin. No se ei jatkunut mitenkään, se tyssäsi siihen.”*

*”Ei. Sieltä sanottiin, että kaupungilla ei ole nyt sellaista palvelua ollenkaan. Kyllä minä kysyin sitä.”*

*”H: Kävittekö te siellä fysioterapeutin luona jälkikäteen, sairaalan jälkeen?”*

*”Mitä sairaalassa ollessa se kävelytti kerran siellä, ja opetti kävelemään niillä rullaattoreilla ja keppien kanssa ensin. Ja sitten tuota kepitkin vielä, niiden kanssa piti opetella. En ollut koskaan käyttänyt noita kyynärsauvoja. Että tuollaista ja sitten keran kävi kotona; hän vaan kävi katsomassa, että onko sänky tarpeeksi korkea, että pääsenkö minä sieltä hyvin pois. Ja sitten toi noita apuvälineitä samalla tänne.”*

*”Kyllä minulla on tuolla ne sitten, että miten piti kävellä ja jalkoja heiluttaa, sellaisia kaikkia.”*

*”Kyllä lääkärit antoivat selvät ohjeet, että sitä pitää voimisteluttaa.”*

Seuraavaksi kuvailen lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia kotiin saaduista palveluista sairaalassaolon jälkeen. Odotukset palvelujen määrästä olivat suuremmat kuin mitä kunnallinen palvelu tarjosi. Seurakunnan diakoniapalvelut koettiin muodostuneen läheisiksi, myös ystäväpalvelua osattiin käyttää.

*”No kuule nämä hoitajat. Nykyisin on annettu sellainen...täällä kävi sairaanhoitaja, mutta nyt kun täällä tuli näitä vaihdoksia, täältä lähti sairaanhoitaja eläkkeelle ja lääkäri muutti pois; niin nyt se on ollut minusta vähän retuperällä. Nämä hoitajat, jotka käyvät tässä vuoron perään, niin ne laittavat sitten lääkkeetkin. Nykyisinhän ne eivät tee alusta asti. Ei niillä ole aikaa.”*

*”No, minulla on yksi, se on tuolta, mikäs se nyt on, täällä omalla paikkakunnalla. Missä on sitten ystäväpalvelua. Minulla käy yks rouva, hän on aina minun kanssa matkoilla, jos minä lähden Invataksiin, käy naapurikaupungissa ja hän on ollut mukana, ja se on niin kuin ilmaista, ilmaista kaveruutta.”* *”No, minulla on yksi, se on tuolta, mikäs se nyt on, täällä omalla paikkakunnalla. Missä on sitten ystäväpalvelua. Minulla käy yks rouva, hän on aina minun kanssa matkoilla, jos minä lähden Invataksiin, käy naapurikaupungissa ja hän on ollut mukana, ja se on niin kuin ilmaista, ilmaista kaveruutta.”*

*”Ja minulla on täällä yks ihana ihminen, sellainen diakonissa käy minua...hän on nyt lomalla. Tästä lähiseurakunnasta noin, hän on nyt toista vuotta ollut. Minä sanoin, hänestä tuli niin kuin minun tytär, hirveän herttainen nainen.”*

#### 7.4 Lonkkamurtumapotilaiden lisäpalveluiden ja lisätiedon tarve

Toisen tutkimusongelman jälkimmäisen alaongelman kysymyksenä oli, millaisista palveluista lonkkamurtumapotilaat haluaisivat lisää tietoa ja tarvitsisivatko he mahdollisia lisäpalveluita kotona selviytymiseen? Tähän ongelmaan sain seuraavia tuloksia. Palveluja haluttiin lisää, muun muassa turvallista ulkoiluapua. Toivottiin ikääntyneille yhteisiä kokoontumispaikkoja ja yhteisiä ohjelmahetkiä ja julkisia kulkuyhteyksiä. Koettiin, että kuntoutus ei toteutunut kotipalvelun yhteydessä, haluttiin kävelyyn tukea ja ohjausta. Palvelujen yhteensovittamisesta oltiin sitä mieltä, ettei henkilökuntaa ole liikaa kotona käymässä. Mielipiteet palvelujen tarpeesta vaihtelivat, koska toiset

kokivat palvelut riittäviksi ja palveluja oli myös mahdollisuus saada lisää. Toivottiin monipuolisempia palveluja kotihoidon työntekijöiltä. Haluttiin lisää tietoa omista laboratoriotesteistä, toivottiin tarkempaa lääkityksen arviointia ja lääkkeiden vähentämistä. Halu tietää ikääntymisestä lisää vaihteli. Oltiin vailla konkreettista apua kotiin, mutta siitä maksaminen koettiin vaikeana. Ikääntyneille tarkoitettuihin kulttuuritapahtumiin ei jaksettu lähteä, vaikka ne kiinnostivat, seurattiin mieluummin lehden välityksellä tapahtumia. Toisaalta, järjestötoiminta ei kiinnostanut haastateltuja.

*”No, jos tuota, minä sanon, että jos niillä olisi aikaa, niin ulkoiluttaisivat niin kuin ennenkin; oli tuota aikaisemmin täälläkin.”*

*”Eihän ne muuta tee kuin sen välttämättömän pahan. Käyvät ruokaa lämmittämässä. Sekin pitää itse nyt sitten hommata, ne lämmittävät.”*

*”No ei tässä, tähän menee tämä ikä, ihmisen ikä, minkä täällä on. Tästä on noutaja tullut, tuossa on naapurissa ihan ikäkaveri kansakoulusta, sitä ei ole ollut enää muuttamaan kesään.”*

*”Kyllähän ne tietysti olisi tärkeitä, ettei sitten alkaisi epäillä vaikka mitä, että kun, kun tietäisi, että, että se niin kuin tavallaan kuuluu ikääntymiseen.”*

*”Että minä en ole sen jälkeen syönyt kolesterolilääkkeitä, enkä tiedä yhtään, mitkä minun kolesteroliarvot ovat.”*

*”Minä syön niitä luulääkkeitä vieläkin jatkuvasti. Mutta sitten se on tyssännyt, millä ne ottavat niitä kokeita sitten, tietäisi kuinka kauan niitä pitää syödä.”*

*”Niin, minä sanon, kun saisi lääkkeitä vähemmän itselleen, niin se minusta tuntuu... mutta mitä sieltä sitten uskaltaa jättää pois, niin sekin on sellainen kysymys, että kaikki lääkärit ei ota niitä niin tarkkaan.”*

*”Että jotenkin tuntuu, että me ollaan vanhat vähän heitetty, enää välitä sillä tavalla. Ei jotenkin. Monta kertaa sellaista jotakin apua. Kyllähän sitä kai saisi, mutta ne aina sanovat, että kun on yksityisiä ja sillä tavalla, ...”*

*”Kun tämä on niin vaikeaa, kun sitä minä ajattelin, kun olisi sillä tavalla taksiseteliäkin, kun olisi sattunut saamaan, niillähän pääsisi jonnekin, virkistäytymismatkalle, nehän olisi meikäläiselle virkistäytymistä. Ei minun, minulla yksinkertaisesti ei ole varaa noita tavallisia takseja käyttää. Minä sain, minä sain päätöksen, ja ei myönnetä.”*

*”No, ei kun tämä nykyinen tohtori sanoi, että lääkityshän on paikallaan.”*

*”...mutta se lääkeasia on tärkeä, niin kuin olisi ihmisten hyvä tietää ja se tulisi sanottua.”*

*”Kyllä niitä on jätetty pois, minä olen vetänyt viivaa päälle. Olisi paljon menoaa, mutta tässä kunnossa en minä lähde enää. Mikäs tämä nyt on...lähikaupungin kesätaapahtuma, en minä voi lähteä sinne, niin mieli kun tekee, mutta ei. Se olisi mahdollista, mutta kun siellä alhaalla on ne penkit, mutta ei niissä istuimissa ole kaidetta ollenkaan, enhän minä voi.”*

*”Minä olen sitä sanonut, että miksei tänne taajama-alueelle, jonnekin tänne lähelle, perustettaisi jonkun sen tyyppistä, kun niitä on toisella paikkakunnalla, niitä sellaisia korttelikoteja, missä vanhuksat yleensä käyvät kokoontumassa. Mutta ei täältä voi lähteä, kun täältä on niin huonot ne kulkuyhteydet. Ja ei ole niin helppo lähteä tuollaisten vehkeitten kanssa enää noilla busseilla muuta kuin pakkomenot. Ei täältä pääse esim. illalla, ei pääse koskaan minnekään.”*

## 8 POHDINTA

Tutkimukseni tuloksia voi verrata erityisesti aiempiin Suhosen (1994), ja Hautamäen (1997) tuloksiin samantyyppisen tutkimusaiheen ja asetelman vuoksi. Suhosen (1994) tutkimuksen yhtenä osana oli lonkkamurtumapotilaiden selviytyminen Kymenlaaksossa akuuttivaiheessa ja vuoden kuluttua sairastumisesta. Hautamäki (1997) tutki puoli vuotta murtuman jälkeen reisiluun kaulan murtumapotilaiden kokemuksia kuntoutumisestaan haastatteleamalla kuutta murtumapotilasta. Elämä sairastumisen jälkeen ei ollut palautunut entiselleen, vaan elämää haittasivat liikkumisvaikeudet ja kaatumisen pelko ja epävarmuus portaissa. Kuntoutus sairaalassa ja terveyskeskuksissa oli potilaiden mielestä tehotonta johtuen kuntoutushenkilökunnan kiireestä ja muun hoitohenkilökunnan vähäisestä osallistumisesta kuntoutukseen.

Omaan tutkimukseeni ja tutkimusongelman asetteluun vaikutti oma kokemukseni muun muassa tiedonkulun ongelmista eri terveydenhuollon organisaatioiden välillä. Lisääntyvä lonkkamurtumien määrä ikääntyvien henkilöiden lukumäärän kasvaessa ja toisaalta oma osallistumiseni lonkkamurtumien alkuvaiheen kuntoutuksessa herättivät kiinnostukseni selvittää, kuinka yli 65-vuotiaat vakavan murtuman saaneet selviytyvät murtuman jälkeen. Tutkimukselleni sain alkuinnostuksen osallistumisestani MEM-ohjelman tutkimuksen muuttujatietojen poimintaan. Tiedossani oli myös, ettei aina ole voitu tarjota kunnallista avokuntoutuspalvelua kohdennettuna erityisesti lonkkamurtumapotilasryhmälle. Tämä kaikki herätti kiinnostuksen tuoda esiin potilaiden itsensä kertomana lonkkamurtumapotilaan arkeen ja elämänpiirin kuuluvia asioita ja ilmiöitä.

Tutkimusaineistoni kohderyhmän haastattelin kesällä 2009 ja aineiston analyysin tein sisällönanalyysin avulla aineistosta. Hyödynsin prosessin etenemisessä myös teorialähtöisesti viitekehyksessä mainittua toimintakyvyn jaottelua. Työni oli kokonaan laadullinen tutkimus, ja aineiston analysointi eri vaiheineen vei aikaa, mutta samalla se vei minua lähelle ilmiötä. Ymmärsin, kuinka vähäinen liikkuminen apuvälineen avulla vähensi kanssakäymistä läheisten ja ystävien luokse tai omien asioiden itsenäisen hoitaminen vaikeutui, kun murtuman saanut joutui olemaan toisten henkilöiden tarjoaman kyydin varassa. Huoli omasta selviytymisestä alensi psyykkistä hyvinvointia. Tämä kaikki näyttäytyi minulle tutkimukseen osallistuneiden kertomana haastattelutilanteissa. Uskon tutkimukseen osallistuneiden kertoneen minulle heille tapahtuneet asiat aitoina ja kertomukset etenivät loogisesti. He itse olivat oman elämänsä asiantuntijoita. Sain käsityksen haastattelun avulla, että murtuma, toisilla uusiutunutkin murtuma, oli ollut heidän elämässään merkittävä, niin tarkasti he osasivat kuvata tapahtunutta tilannetta ja sitä, mitä siihen tapahtumahetkellä oli liittynyt.

Tutkimustuloksissani lonkkamurtuman saaneiden elämään sisältyi sellaisia merkityksiä, jotka aiheuttivat epävarmaa selviytymistä toimintakyvyn eri alueilla. Fyysisessä toimintakyvyssä, muissa perustoiminnoissa, välinetoiminnoissa, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä ja kuntoutumisen etenemisessä oli edelleen puolentoista vuoden kuluttua murtumasta epävarmaa selviytymistä kuvaavia ilmiöitä ja toimintoja. Fyysisessä toimintakyvyssä kuvattiin tasapaino-ongelmia, epävakautta ja hidastunutta kävelyä, kävelymatka saattoi olla lyhentynyt huomattavasti ja ulkoilu olla vähäistä tai ei onnistua ollenkaan. Kaatumisen pelko saattoi olla jatkuvaa, ja tarvittiin kävelyn apuväline selviytymisen tueksi, ja nämä seikat ovat riski uudelleen kaatumiselle, kuten



on todettu käypähoitosuosituksessa. (Lonkkamurtumapotilaiden käypä hoito -suositus 2006). Myös Hautamäen (1997) tutkimustuloksissa puoli vuotta murtumasta paljastui, että kaatumisen pelko esti lonkkamurtuman saaneita iäkkäitä menemään ulos. Samoin tarvittiin kävelyn apuvälinettä ja henkilö, joka oli kävellyt ilman apuvälinettä ennen murtumaa, oli täysin riippuvainen muiden tuesta lähtiessään liikkeelle.

Kävelyn apuvälineen käytön harjoittelu ja ohjaus koettiin puutteelliseksi. Apuvälineen luovutustilanteessa olisi syytä vielä korostaa ammattilaisen ohjausvelvoitetta. Jos asianomainen ei ole itse lainaamassa apuvälinettä, olisi syytä tähdentää omaisen, läheisen tai muun iäkkään tukiverkoston kuuluvan henkilön ohjausta tietyn apuvälineen käytöstä ja huoltokäytännöistä. Kävelyn apuvälineissä samat toiminnot poikkeavat toisistaan, ja käyttäjä saattaa jäädä vaille tietoa apuvälineen käyttöominaisuuksista ja silloin saattaa syntyä turhia vaaratilanteita. Suhonen (1994) korostaa moniammatillisen kuntoutusideologian tärkeyttä lonkkamurtumapotilaiden toimintakyvyn kohentumiseksi, samoin Lonkkamurtumapotilaiden käypähoitosuositus (2006).

Suhonen (1994) patistaa kehittämään lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen toiminnallisia harjoituksia sekä akuuttivaiheessa, mutta myös myöhemmin murtuman saaneen omassa ympäristössä. Lisäksi hän korostaa kuntoutumisen seurannan ja arvioinnin merkitystä eri organisaatioiden rajojen yli. Hautamäen (1997) tutkimustuloksissa nousi alaraajojen pukeutumisongelmat esiin ja siihen hän ehdotti sukanvetolaitteen käytön ohjauksen ja harjoittelun tehostamista, jotta sen avulla omatoiminen pukeutuminen helpottuisi. Omassa tutkimuksessani alaraajojen pukeutumisongelmat eivät nousseet esille keskusteluissa.

Toisaalta myös voiman tunnetta selviytymisessä kuvaavia merkityksiä oli löydettävissä esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn eri osa-alueilla. Tällaisia ilmiöitä olivat muun muassa kyky kävellä ilman rollaattoria tai keppiä, mutta silti ulkona kävelysauvat tällöin toivat turvaa. Sauvakävely ei ollut mieleistä liikuntaharrastusta, vaan uiminen oli miellyttävämpää. Kotiin oli hankittu itse polkuharjoittelulaite, jonka avulla päästiin lisäämään liikkuvuutta, ja harjoittelu koettiin mieleisenä. Saatettiin kulkea jo portaissa kaiteesta tukien tai toisaalta saatettiin käydä allasharjoituksissa tai seniorivoimisteluryhmässä. Tällöin kulkeminen ei tuntunut kovin kivuliaalta. Mielestäni tutkimukseni pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voisivat enemmän korostaa kaiken omatoimisen liikkumisen ja sen nousujohteisen määrän ja tehon lisäämisen merki-

tystä. Tämä asian merkityksen korostaminen pitäisi olla yhtenevä, oli sitten kyseessä laitosapulainen, lähihoitaja tai kuka tahansa muu terveydenhuollossa toimiva ammattilainen. Pienikin positiivinen palaute harjoittelutilanteessa jää mieleen ja kannustaa jatkossa yrittämään.

Tarkastellessani tutkimustuloksiani sosiaalisen ulottuvuuden kannalta kaikki haastateltavat toivat esille yhteydenpidon omiin lapsiin merkityksellisenä ja lapset olivat olleet haastateltavien apuna murtuman jälkeen. Sen sijaan omanikäisten kanssakin seurusteltiin, mutta sosiaalinen aktiivisuus saattoi olla selvästi vähentynyt aiempaan elämään verrattuna. Haastatellut saattoivat olla menettäneet puolisonsa jo ennen murtumaa, ja tämä osaltaan oli saattanut pienentää sosiaalista kanssakäymistä. Hautamäen (1994) tutkimuksessa sosiaalista kanssakäymistä rajoittivat huono tasapaino ja kävelyn vaikeudet, varsinkin portaissa. Portaat olivat myös omassa tutkimuksessa esteenä ulospääsulle, muttei kaikilla. Omassa tutkimuksessani saattoi olla, ettei oma sisar ollut päässyt pariin vuoteen enää käymään heikon liikuntakyvyn vuoksi. Murtuman jälkeen sisaren tapaaminen ei ollut enää mahdollista toisinkaan päin. Sosiaalinen toimijuus oli kaikilla mahdollista puhelimen välityksellä, kyettiin soittamaan ja puhumaan puhelimessa.

Haastatteluiden pohjalta pystyin käsittämään, että Jyrkämän (2008) toimijuuden eri modaliteetit olivat tunnistettavissa myös haastateltujen elämästä. Tunnettiin hyviä tunteita lapsia kohtaan ja omiin lapsiin otettiin yhteyttä runsaasti ja yhteydenpito oli vastavuoroista. Kykenemisen modaliteetti saattoi olla heikentynyttä, kun tasapaino oli horjuvaa, otettiin kävellessä seinästä kiinni tai kävelyn apuväline tuntui epävarmalta. Haluta-modaliteetti ei näyttäytynyt silloin, kun kulttuuripalveluihin ei osallistuttu. Toisaalta voida-modaliteetti oli vahvana esillä, koska kulkeminen eri kulttuuritapahtumiin koettiin liian vaativana tai kuljetukset puuttuivat kokonaan, ei myöskään kyetty siinä ympäristössä. Jos esimerkiksi kulttuuritapahtumassa olisi ollut paremmat istuimet, niin olisi voitu osallistua.

Mielestäni epävarmaan selviytymiseen liittyi heikentyneen ja kivuliaan liikuntakyvyn ja heikentyneen aistitoiminnan vuoksi myös sosiaalisen osallistuminen oli vähäistä. Enää ei jaksettu lähteä kauemmaksi, omassa ympäristössä ei ollut tutkimushetkellä monipuolista ikääntyneille sopivaa toimintaa järjestettynä. Selviydettiin hyvin tilan-

teessa, kun palvelut olivat lähellä ja asuinympäristö oli sopivan haasteellinen tai jos kuljetus onnistui palvelujen luokse.

Viittaamani tutkimukset oli tehty lyhyempänä toipumisajankohtana kuin oma tutkimukseni, jossa tutkimusajankohta oli puolitoista vuotta murtumasta, ja jolloin selviytyminen saattoi olla monella toimintakyvyn alueella edelleen epävarmaa. Hoitotyön ja kuntoutuksen ammattilaisten oman erityisosaamisen rinnalle olisi hyväksyttävä ja etsittävä koulutettava henkilöitä ja uusia toimintatapoja ja turvallisia apuvälineitä. Nyt viimeistään on aika ryhtyä jakamaan iäkkään lonkkamurtuman kokeneen henkilön omalle tukiverkostolle tietoa ja yksinkertaisia käytännön ohjeita, joiden avulla tuetaan onnistuneesti jalkeilla oloa ja turvallista ulkoilua. Myös terveydenhuollon ammattilaisten asenteissa saattaa olla tarkistamisen varaa, jotta nähtäisiin ikääntyneet elämää rikastuttavana voimavarana ja heidän toimintakyvyn säilymiseksi tehtäisiin tämänhetkistä enemmän yhdessä rintamassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä tuki matalaenergisistä murtumista toipuvia ikääntyneitä henkilöitä vaihdellen. Sairaalassa ja terveystieteissä kokeemukset vaihtelivat. Haastatelluilla oli paljon kerrottavaa saamiensa palvelujen laadusta, tilanteet ja laatu vaihteli eri paikoissa. Toivottiin laadukkaampaa kohtelua ja kuntoutumisen tukemista ja aikaa hoitajilta ja lääkäreiltä potilaan kohtaamiseen. Kuntoutumisen etenemistä heikensi myös haastateltujen muut tulehdussairaudet ja ongelmat. Kotiin toivottiin kuntoutumisen tukemista ja sen ohjeistusta ja jatkoterapiaa, mutta ne toteutuivat vain osittain.

Kaiken kaikkiaan mielestäni tutkimukseni lonkkamurtumapotilaiden selviytymistä arjessa kuvaa parhaiten laaja-alaisen toimintakyvyn epävarmuus. Fyysisen liikkumisen vaikeus ja epävarmuus korostuivat. Siihen oli yhteydessä myös epävarmuus IADL-toiminnoissa. Aiemmissä tutkimuksissa esiintyvät ongelmat saivat vahvistusta, että edelleen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä kuntoutumisen lonkkamurtumapotilaan tueksi. Tarvitaan yhteistä sopimista ja sitoutumista kuntoutumisen tukemiseen. MEM-ohjelman muistilista on hyvä esimerkki tavasta muistuttaa jo olemassa olevien organisaatioiden ammattilaisia toimimaan yhdessä uusien murtumien ehkäistymiseksi.

Löysin tutkimustuloksissani samansuuntaisia tuloksia, joita Hautamäki (1997) ja Suhonen saivat (1994) omien tutkimustensa tuloksiksi: Kuntoutuspalvelut ovat vähäisiä lonkkamurtumapotilaille ja lonkkamurtumasta palautuminen on hidaskäyttöprosessi. Lonk-

kamurtumasta kuntoutumisen tukeminen on asia, jota on kehitettävä edelleen. Lonkkamurtuman kokeneille kuntoutus oli edelleen vuonna 2009 oman tutkimukseni pohjalta sattumanvaraista. Tutkimukseen osallistuneiden kuvaamana tuki näyttäytyi pirstaleisena ja kuntoutuksen kokonaisvaltainen suunnittelu ja arviointi olivat vähäistä. Omaisten ja kolmannen sektorin apu oli merkittävää, kunnallinen puoli ei tuntunut pystyvän vastaamaan riittävästi kuntoutujien toiveisiin ja tarpeisiin. Suhosen (1994) esittämä johtopäätös on, että toimintakyvyn seuranta ja sen pohjalta määräytyvää kuntoutustoimintaa tulisi jatkaa tehokkaasti akuuttivaiheen jälkeenkin, tarvittaessa pitempään kuin vuoden ajan.

Tutkin haastateltavat puolentoista vuoden kuluttua heidän murtumastaan ja tutkimukseen osallistuneiden elämässä oli havaittavissa paljon epävarman selviytymisen merkityksiä. Suhonen (1994, 67) kannusti lisäämään harjoittelua. Tämän avulla hän näkee mahdollisuuden ehkäistä avuntarvetta ja mahdollisesti uusiutuvia laitoshoidonjaksoja. Omassa tutkimuksessani korostui harjoittelun lisäksi myös sosiaalisen tuen tarve, lähipalvelujen tarve vaikean liikkumisen vuoksi tai nykyistä parempien kuljetuspalvelujen järjestäminen aktiivisen kuntoutumisen ja toiminnan luokse. Tämän lisäksi tarvitaan kuntoutuspalveluja kotiin, kun murtuman jälkeen toimintakyky on vielä alhainen. Näiden asioiden korjaaminen vaatii eri toimialojen, ei vain sosiaali- ja terveystoimen, yhteistä näkemystä ja sen eteneminen vaatii keskustelua ja yhteistä tahtotilaa. Geronomit, uudet ammattilaiset, ovat uusi mahdollisuus rakentaa verkostoja ja yhteistä tahtoa ikääntyneiden toimintakykyisyyden edistämiseksi.

ME-murtumien sekundaaripreventio-ohjelman avulla tehostetaan nyt Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä uusien murtumien ehkäisyä ja murtumapotilaiden kuntoutumisen tukemista. Oma tutkimukseni ajoittui ajankohtaan, jolloin edellä mainittu toiminta ei vielä ollut käynnistynyt. Osallistumiseni MEM-ohjelman tutkimustyöhön vuoden 2009 alussa lisäsi omaa ymmärrystäni oman tutkimukseni taustoista. Tieto alueella tehtävästä kehittämistyöstä ei mielestäni vaikuttanut tutkimustuloksiini, koska tutkimusaineistoni koostui haastateltujen henkilöiden omista vastauksista. Haastattelutilanteessa omat repliikkini olivat lyhyitä kysymyksiä tai tarkennuspyyntöjä. Keskityin itse siihen, että omat tulkintani tuloksista pysyivät mahdollisimman tiiviisti aineistosta saadun tiedon varassa.

Mielestäni lonkkamurtumapotilaan laaja-alainen ja kokonaisvaltainen kuntoutumisen tuen tarve on asia, johon geronomit, uudet ammattilaiset, voisivat osaltaan vastata, koska kyseiseen koulutukseen sisältyy monipuolisesti ikääntyneiden kokonaisvaltaista kohtaamisen koulutusta. Geronomit saavat opiskelustaan keinoja ja ymmärrystä edistää kokonaisvaltaista, sosiaali- ja terveysalojen yhteistä, kokemuksellista tietoa, jota he voivat kohdistaa esimerkiksi iäkkäiden henkilöiden palveluohjauksessa yksilöllisesti tai yhteisesti erilaisissa ryhmätoiminnoissa. Heillä on erityisosaamista ohjata ja neuvoa myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia iäkkäiden henkilöiden voimavarojen tukemisessa. Esimerkkinä tästä voisi mainita ammattilaisten kannustamisen ikääntyneiden tasapainon ja lihasvoiman harjoittamiseen ja ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan ohjaamisen monipuoliseen toimintaan mukaan pitkäkestoisen kuntoutumisen edistymiseksi.

Oman tutkimukseni perusteella näyttää siltä, että lonkkamurtumasta kuntoutumisen tukeminen ei aina toteudu monialaisesti ja siksi tässä asiassa tarvitaan moniammatillista, osaavaa ja vuorovaikutuksellista työtettä. Tarvitaan seurantaa ja kohdistettuja erityispalveluita sekä aktiviteetteja myös sosiaalisen toimintakykyisyyden ylläpysymiseksi. Tuki ja kannustus saattoivat puuttua sairaalassa tai kotiutuessa, kun haastateltava ei ollut saanut ohjausta kuntoutuspalveluiden piiriin. Kotipalvelua saatettiin tarjota, mutta avusta saatettiin kieltäytyä ja haluttiin selviytyä ilman ulkopuolista apua. Haastateltavat tarvitsivat kuitenkin oman perheen tai lähipiirin apua kotiutumisen jälkeen. Haastateltavat saattoivat kokea, ettei sekään välttämättä riittä, mutta oltiin arkoja pyytämään enempää apua omilta läheisiltä.

Tutkimukseni jälkeen, ja kun MEM-ohjelman muistilistan mukainen toimintakulttuuri ja moniammatillinen toimintamalli saadaan toteutumaan Kymenlaaksossa, voitaisiin haastatella uudestaan tehostettua palvelua saaneiden ja vakavan lonkkamurtuman omaavien henkilöiden selviytymistä. Olisi mielenkiintoista tietää, millä tavoin uusi toimintamalli aikaansaa hyvää hoitoa ja laadukasta elämää vakavan murtuman kohdanneille ikääntyneille henkilöille käytännössä. Sitä ennen olisi syytä laittaa kaikki tutkimukseen perustuva tieto käytäntöön hyvän elämän palautumisen edistymiseksi lonkkamurtumasta. Jatkotutkimuksena voisi koota ja selvittää eri palveluiden tuottajilta, millaisia paikallisia palveluja löytyisi tällä hetkellä perusterveydenhuollossa tai sosiaalipuolen palveluina tai yksityisten palveluntuottajien tai järjestöjen toteuttamana, jotka tukevat juuri lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisen edistymistä. Tätä tietoa

palveluista voisi systemaattisesti jakaa jo sairaalassa. Tällä hetkellä tietoa jaetaan yleisellä tasolla jonkin verran, mutta erityistieto oli jäänyt oman tutkimukseni mukaan puutteelliseksi. Voitaisiin selvittää myös, miten systemaattista potilasohjaus palvelujen piiriin on, miten yhteistyö toteutuu ja mitä tarvitaan, jotta toiminta lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumisen edistymisessä paransi merkittävästi nykyisestä.

Käsitykseni mukaan palveluja on jonkin verran tarjolla, mutta esimerkiksi ryhmät ovat heterogeenisiä toimintakykyään menettäneiden liikuntaryhmiä ja murtuman jälkeen selviytyminen on monesti ongelmallista. Tutkimukseeni osallistuneita tieto tai palvelu ei aina ollut tavoittanut. Mielestäni tämä tutkimus osoitti, että lonkkamurtuma voi vaikeuttaa vielä pitkän aikaa kotona selviytymistä ja tarjolla olevat palvelut eivät aina tunnu olevan riittäviä. Tarvittaisiin esimerkiksi vertaisohjattuja ”personal trainereitä” kotipalvelun avuksi niin, että vähäinenkin liikkuminen ja ulkoilu onnistuisivat murtuman jälkeen ja kuntoutuminen pääsisi toteutumaan nousujohteisesti. Myös omaisten hienovaraista ohjausta ja kuntoutumiseen kannustamista olisi lisättävä. Löytyykö palvelujärjestelmästä vielä muita tekijöitä, joiden avulla voitaisiin tehostaa kuntoutumiseen hakeutumista ja osallistumista? Se on mielestäni ideoinnin ja lisätutkimuksen arvoista.

## LÄHTEET

- Era, P., Pajala, S. & Sihvonen, S. 2003. Asennonhallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). 2003. Gerontologia. Tampere: Tammer Paino Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998/2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hautamäki, M. 1997. Reisiluun yläosan murtumapotilaiden kokemuksia kuntoutumisestaan puoli vuotta murtuman jälkeen. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tutkimus.
- Heikkinen, E. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). 2003. Gerontologia. Tampere: Tammer Paino Oy.
- Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirvensalo, M. 2002. Liikuntaharrastus iäkkäänä. Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. Jyväskylän yliopisto.
- Huusko, T., Arnala, I., Hirvensalo, E., Impivaara, O., Jäntti, P., Kovanen, J., Laukkanen, P., Lindahl, J., Lüthje, P., Pitkänen, M., Viinamäki, S., Välimäki, M., Österman, H. 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. 2006. Käypä hoito -suositus. Saatavissa: [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi). [Viitattu 5.9.2009].
- Huusko, T. & Sulkava, R. 2003. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen erityispiirteitä. Teoksessa Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R., & Tilvis, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Juntto, A. 1996 Koti – ontologista turvaa vai riskinottoa. Teoksessa Ahlqvist, K. & Ahola, A. (toim.) Elämän riskit ja valinnat. Hyvinvointia lama-Suomessa? Tilastokeskus. Helsinki: Edita.

Jyrkämä, J. 2008. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2., uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Kettunen, R. & Kähäri-Wiik, K. & Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 974.

Koskinen S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Tulevaisuusselontein liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, s. 25 - 90. Saatavissa: <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantymisen-voimavarana/pdf/fi.pdf>. [Viitattu 6.5.2009].

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 2002. STM:n julkaisuja 2002:6 Helsinki.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Oy.

Laitinen, K., Juola, A., Mynttinen, R., Mäkelä, S., Nikkanen, M., Nuutinen, A., Palmu, M., Pieninkeroinen, I., Ruokonen, S., Tukia, S. & Uitto, H. 2009. Muistihäiriö- ja dementia potilaan hoitoketju. Saatavissa: <http://www.kymshp.fi>. [viitattu 19.8.2009].

Leinonen, R., Suominen, V., Sakari-Rantala, R., Laukkanen, P. & Heikkinen, E. 2006. Terveystila ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65 - 69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 198, 1996 ja 2004. Teoksessa Heikkinen, E. Kauppinen, M. Salo, P-L & Suutama, T. (toim.) Ovatko 65 - 69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, ter-



veempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiventailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83. Kelan tutkimusosasto. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Lumme-Sandt, 2005. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusu vuori, J & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Länsipuro, L. 2009. MEM-matalaenergisten murtumien ehkäisyprojektiraportti. Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Saatavissa: [www.rohto.fi](http://www.rohto.fi). [Viitattu 25.10.2009].

Mangione, K., Lopopolo, R., Neff, N. Craik, R. & Palombaro, K. Intervention Used By Physical Therapists in Home Care for People After Hip Fracture. In *Physical Therapy*. February 2008. Vol. 88. No. 2. Pp. 199-210. Saatavissa: <http://www.ptjournal.org/cgi/reprint/88/2/199>. [viitattu 27.10.2009].

Marin, M. 2003. Elämän paikallisuus ja paikat. Teoksessa Hakonen, S. & Marin, M. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus.

Marin, M. 2008. Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Matalaenergisten murtumien sekundaariprevention hoitoketju. 2009. Saatavissa: [www.kymshp.fi/hoitoketjut](http://www.kymshp.fi/hoitoketjut). [Viitattu 9.9.2009].

Muistihäiriö- ja dementiapotilaan hoitoketju. 2009. Saatavissa: [www.kymshp.fi/hoitoketjut](http://www.kymshp.fi/hoitoketjut). [Viitattu 10.11.2009].

Mänty, M, Sihvonen, S., Hulkko, T & Lounamaa A. (toim.) 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B29/2007, 73 sivua. Saatavissa: [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2006/2006b08.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b08.pdf). [Viitattu 10.10.2009].

Neittaanmäki, L. 2007. Vanhusväestön itsenäinen selviytyminen. Esiselvitysraportti Turvaa ja virikettä -projekti. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

[http://www.viisaankivi.fi/filebank/5103\\_vanhusvaeston\\_itsenainen\\_selviytyminen.pdf](http://www.viisaankivi.fi/filebank/5103_vanhusvaeston_itsenainen_selviytyminen.pdf)  
 . [Viitattu 5.5.2009].

Nygren, E. 2004. Vanhusten kokemuksia terveyskeskussairaalan osastolta kotiuttamisesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö.

Osteoporoosi. Käypä hoito -suositus 2006. Käypähoitosuositus. Saatavissa: [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi). [Viitattu 5.9.2009].

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sainio, E. 2005. Ikääntyvien tulevaisuuden näkökulmia. Teoksessa Kankare, H., Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi.

Seppänen, M. & Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) 2007. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva :PS - kustannus. WS Bookwell Oy.

Seuna, L. & Mäkinen R. 2008. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin (Kymshp) Matalaenergisten murtumien (mem) sekundaariprevention ohjelma 2008 - 2010. Toimintasuunnitelma MEM-ohjelmaan. Kotka.

Seuna, L. & Mäkinen R. 2009a. Matalaenergisten murtumien sekundaaripreventio - Lääkitystiedot indikaatio toimintamallin toteutumisesta. Abstrakti. Helsinki. Syly-Päivät. 2009.

Seuna, L. & Mäkinen, R. 2009b. Matalaenergisten murtumien (mem) sekundaaripreventio-ohjelma Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella. Abstrakti. Helsinki. Syly-Päivät. 2009.

Sund, R. 2006. Lonkkamurtumien ilmaantuvuus Suomessa 1998–2002. *Duodecim*; 122:1085–91. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95708.pdf>. [Viitattu 5.5.2009].

Sund, R., Juntunen, M., Luthje, P., Huusko, T., Mäkelä, M., Liika, M., Liski, A. & Häkkinen, U. 2008. PERFECT - Lonkkamurtuma. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. *Stakes. Työpapereita 18/2008*. Helsinki: Valopaino Oy.

Suhonen, L. 1994. Aivoinfarkti- ja reisiluun murtumapotilaiden kuntoutuminen. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Fysioterapian lisensiaatin työ.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavissa: <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantymisen-voimavarana/pdf/fi.pdf>. [Viitattu 30.7.2009].

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11144>. [Viitattu 4.7.2009].

Valvanne, J. 2003. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa *Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R., & Tilvis, R. (toim.) Geriatria*. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Viljaranta, L. 1995. Avun mosaiikki. Epävirallista ja virallista apua vanhuksen kotiin. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1995:11. Helsinki: Helsingin kaupunki. Tietokeskus.

Voutilainen P. & Vaarama M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. *Stakes. Raportteja 7/2005*. Helsinki. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/Ra7-2005.pdf>. [Viitattu 3.10.2009].



PUHEENJOHTAJAN PÄÄTÖS: 1 / 2009

64§ (20.10.2008, 8/08)

ANNA-LEENA NUUTISEN OPINNÄYTETYÖ: Lonkkamurtumapotilaan elämänpiiri

*Päätös:* Eettinen toimikunta käsitteli 20.10.2008 oheisen tutkimussuunnitelman yllä mainitut toimitetut asiakirjat.

Eettinen toimikunta pyytää seuraavat lisäselvitykset:

- Toimitetusta materiaalista puuttuivat käytettävät kyselylomakkeet. Millaisia asioita kysytään avoimina kysymyksinä.
- Potilasinformaatio- ja suostumuslomakkeet puuttuvat.
- Selvitys opinnäytetyössä syntyvän tutkimusmateriaalin hankinnasta, säilytyksestä ja tuhoamisesta puuttuu suunnitelmasta.
- Tarkennus tutkimussuunnitelmaan haastateltavien tutkimuspotilaiden määrästä. Keitä kaikkia haastatellaan ja miten.

Eettisen toimikunnan puheenjohtaja on 9/6 2009 hyväksynyt pyydetty tarkennukset.

Päätös viedään eettisen toimikunnan seuraavaan kokoukseen.

Kotkassa 9/6 2009

Ermo Haavisto  
Eettisen toimikunnan  
puheenjohtaja

## **Tiedote lonkkamurtumatutkimuksesta tutkimukseen valitulle henkilölle**

**Hyvä Kymenlaakson sairaanhoitopiirin sairaalapalveluja saanut henkilö!**

### **1. Tutkimuksen tarkoitus**

Olen tekemässä opinnäytetyöni aiheesta lonkkamurtumapotilaan elämänpiiri. Työni kuuluu Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelman opintoihini. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä työnantajan kanssa ja teen sen Kymenlaakson keskussairaalan hankkeistamana kuntoutustoiminnan kehittämiseksi. Työni tarkoituksena on lisätä terveydenhuollon hoitohenkilökunnan tietoa ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden omista kokemuksista. Tämän tiedon paras asiantuntija olette Te, lonkkamurtuman kokenut henkilö.

Opinnäytetyöni kuvaa Kymenlaakson keskussairaalassa hoidettujen lonkkamurtumapotilaiden omia käsityksiä murtumatapahtuman jälkeisestä selviytymisestään ja mahdollisesta tuen ja kuntoutuksen tarpeesta kotiympäristössään. Toivon kirjallisen opinnäytetyöni osaltaan kehittävän edelleen murtumapotilaiden hoitoa ja kuntoutusta.

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on käsitellyt tämän opinnäytetyön suunnitelman kokouksessaan pv xx kk xx 2009 ja antanut tutkimusluvan. Luvan perusteella tutkimukseni kohteena ovat vuonna 2007 lonkkamurtuman saaneet yli 65 –vuotiaat henkilöt, joita on hoidettu Kymenlaakson keskussairaalassa tai Kuusankosken aluesairaalassa (Kymenlaakson sairaanhoitopiirin potilasrekisteritiedot).

### **2. Tutkimuksen sisältö**

Oma tutkimukseni koskee viittä lonkkamurtuman saanutta kotonaan asuvaa yli 65 – vuotiasta henkilöä. Tutkimustiedostoon tallennetaan sairauskertomustiedoistanne ikä, sukupuoli, murtumadiagnoosi ja murtuma-ajankohta. Muita sairaskertomustietoja en käytä tutkimuksessani. Henkilötunnusta ja nimeä ei tallenneta, joten Teitä ei voi aineistosta tunnistaa.

Haastattelunauhoitus auttaa kirjallisen tekstin kirjoittamista. Siten haastattelun avulla saatu tieto ei jää pelkästään haastattelijan muistinvaraan ja tieto pysyy muuttumattomana. Haastattelussa saadut ääninauhat ovat vain haastattelijan hallussa siihen asti kunnes ne tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua.

Teen luvallanne kotikäynnin haastatteluja varten. Haastatteluun voi varata aikaa 11/2 - 2 tuntia. Tarvittaessa ajan voi jakaa lyhyempiin osiin ja voin tehdä uusintakäynnin. Kotikäynnin yhteydessä käyn läpi tarkistuslistan kodin turvallisuudesta, minkä avulla voitte itse osallistua ja arvioida oman kotiympäristönne turvallisuutta kaatumisten ehkäisemiseksi jatkossa. Tämän kirjeen lisäksi otan yhteyttä Teihin puhelimitse sopiakseni haastatteluajankohdan kanssanne Teille sopivana ajankohtana keväällä 2009. Tutkimusmateriaalia säilytetään opinnäytetyöni valmistumiseen saakka vuoden 2009 loppuun asti, jonka jälkeen tutkimustiedostot tuhotaan. Valmis opinnäytetyö on lainattavissa Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjastosta vuoden 2009 lopussa.

Haastateltava saa palautetta ympäristökartoituksesta ja tarvittaessa ohjeen tai avun ottaa yhteys omaan sosiaali- ja terveyskeskukseen mahdollisissa apuväline- tai asunnonmuutostyötarpeissa. Haastattelun yhteydessä jaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kirjallista materiaalia: Kaatumatta - toimintakykyä seniorivuosiin, tasapainoharjoitteluohjelma sekä lihasvoimaharjoitteluohjelma sekä Turvalliset jalkineet -lomakkeen.

### **3. Tutkimuksen luottamuksellisuus**

Tutkimuksesta ei ole Teille haittaa tai riskiä. Tutkimuksen tietoja käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Itseäni koskee ehdoton vaitiolovelvollisuus.

#### **4. Osallistumisen ja keskeyttämisen vapaaehtoisuus.**

Luvan antaminen potilastietojenne käsittelyyn tässä tutkimuksessa on täysin vapaaehtoista ja voitte peruuttaa lupanne koska tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että se millään tavalla vaikuttaa mahdolliseen hoitoon.

#### **5. Tietosuoja**

Haastattelun avulla kerättävät tiedot ovat luottamuksellisia. Potilastietoja kerättäessä henkilötiedot hävitetään. Kerättävät tiedot ovat luottamuksellisia ja ne julkaistaan niin, ettei yksittäistä vastaajaa pystytä niistä tunnistamaan. Haastatteluissa syntyvä aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua vuoden 2009 lopussa..

#### **6. Tutkimukseen liittyvät kysymykset.**

Kaikkiin tutkimukseen liittyviin kysymyksiin vastaa Anna-Leena Nuutinen.

**Kiitos jo etukäteen!**

#### **7. Tutkijan yhteystiedot.**

**Anna-Leena Nuutinen**  
**Kotkantie 41 C 310**  
**48210 Kotka**  
**puhelin 050-341 8648**

## POTILAAN SUOSTUMUSLOMAKE

### OSALLISTUMINEN OPINNÄYTETYÖN HAASTATTELUUN LONKKAMURTUMAPOTILAAN ELÄMÄNPIIRISTÄ

Minulle on kerrottu opinnäytetyön tarkoitus ja vapaaehtoisuus.

Suostun haastattelun ääninauhoitukseen tutkimuskäyttöä varten. Äänitettyä haastattelua käytetään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyyteni tule sen jatkokäsittelyssä esille.

Voin halutessani peruuttaa suostumukseni.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kahtena kirjallisena kappaleena, toinen jää potilaalle ja toinen Kymenlaakson ammattikorkeakoulun geronomi-opiskelijalle.

Kotka, päivämäärä \_\_\_\_\_

Potilaan allekirjoitus

Geronomi-opiskelija  
Anna-Leena Nuutinen



## TEEMAHAASTATTELURUNKO

### 1. Arjesta selviytyminen lonkkamurtuman jälkeen

- oma käsitys tämän hetkisestä terveydestä
- kivun tunne levossa sekä päivän aikana
- arkitoimista selviytyminen, itsenäisesti tai autettuna
- kaatumisten uusiutuminen
- uuden murtuman vaaran huomioon ottaminen
- uuden murtuman pelko
- lääkityksestä huolehtiminen
- omista fyysisistä tarpeista huolehtiminen
- tasapainon varmuus päivittäisissä tehtävissä
- aistitoiminnot, näkö, kuulo, tunto
- tämän hetkinen kävelymatkan pituus ja useus ja mahdolliset kävelyn apuvälineet ja jalkineet
- kuntoutumisen edistyminen ja kotitöistä suoriutuminen itsenäisesti tai avustettuna
- oma käsitys muistitoiminnoista
- lonkkamurtuman vaikutus omaan mielialaan
- yhteydenpito ja seurustelu läheisten kanssa
- mahdolliset omatoimisuuden esteet kotona
- kulkureitit ulos, liikkuminen ja toiminta omassa pihapiirissä
- miten turvalliseksi kokee liikkumisen omassa ympäristössään
- kodin ulkopuolella lähiympäristössä asiointi, ostokset, pankki ym.
- harrastukset, kotona ja kodin ulkopuolella
- yhteiskunnallisten asioiden seuraaminen

### 2. Kokemukset palveluista ja tiedonsaannista

#### Haastateltavien kokemukset palveluista ja tiedonsaannista sairaalassa

- hoidon jatkuminen, tietojen saaminen kotiin
- kuntoutussuunnitelman toteutuminen sairaalassa (esh ja pth) sekä terveyskeskuksen avopuoli

### Haastateltavien kokemukset kotiin saaduista palveluista sairaalassaolon jälkeen

- eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osallistuminen
- läheisten osallistuminen
- avun saaminen vertaisuuteen perustuvilta henkilöiltä
- palvelujen ja avun riittävyys
- omien toiveiden toteutuminen palveluita saadessa
- palvelujen laatu
- oman kuntoutumisen tukeminen

### Kokemukset tiedonsaannista sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstöltä

- määrä ja laatu ja sisältö, mihin asioihin painottui? (kirjallinen vai suullinen ohjaus)
- saadun tiedon ymmärrettävyys, miten murtuman syytä selvitettiin? mitä jäi epäselväksi?
- saadun tiedon merkitys kotona selviytymisen tueksi?
- miltä ammattiryhmältä tietoa saatiin?

### 3. Lisätiedon ja lisäpalvelujen tarve

#### Millaisista palveluista haastateltavat haluaisivat lisää tietoa?

- oman terveytensä hoidosta, esim. lääkityksestä, murtuma- ja kaatumisvaaroista?
- tietoa ikääntymismuutoksien vaikutuksista toimintakykyyn
- erilaisista apuvälineistä ja oman kunnan esteettömyydestä
- kunnan eri palveluista, esim. kuljetuspalveluista tai asumispalveluista

- kodin siivous- ja kunnostustöitä tarjoavista palveluiden tuottajista
- liikuntaryhmistä ikäihmisille, kuten tasapainon ja lihasvoiman harjoitteista
- ikäihmisille suunnatuista kulttuuritapahtumista
- seurakunnan toiminnasta
- ikääntyville suunnatusta kansalaisopiston ohjelmasta
- Kelan etuuksista ja muusta sosiaaliturvasta
- järjestötoiminnasta
- ystäväpiiritoiminnasta
- eri palveluiden yhteensovittamisesta

Miten paljon olisi tarvetta käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, millaisin odotuksin?

Mitä kuntoutussuunnitelma merkitsee haastateltavan mielestä, miten sen tekemiseen voisi osallistua, mitä olisi tärkeä ottaa huomioon haastateltavien kannalta?

ANALYYSIPROSESSIN ETENEMINEN PELKISTÄMISEN JA RYHMITTELYN KAUTTA  
VÄHITELLEN ABSTRAHOIDEN

<b>Alkuperäistekstiä poimittu teksti</b>	<b>Pelkistetty teksti</b>	<b>Ryhmittely alaluokkiin</b>	<b>Ryhmittely yläluokkiin</b>	<b>Yläkäsite</b>
<p>”En ole kaatunut, mutta on ollut vähän sellaisia, että minä olen jotenkin saanut kiinni jostakin. Että minä en ole kaatunut.”</p> <p>”No, kyllä minä olen pystyssä pysynyt, mutta minä otin tämän kepin käyttöön; se on niin kuin varmuus, sellainen.”</p>	<p>Ei ole kaatunut uudestaan.</p> <p>Ei ole kaatunut enää viimeisen murtuman jälkeen.</p> <p>Ei ole kaatunut, tarvitsee kepin kävelyn tueksi ja sisällä rollaattori apuna.</p>	<p>Ei ole kaatunut murtuman jälkeen.</p>	<p>Fyysinen toimintakyky/ei kaatumisia</p>	<p>Voiman tunne selviytymisessä</p>
<p>”No kyllä niitä on ollut. Suihkussa ja kerran olin niin tipalla, kun liukastui käsi ja sitten se kolautti minua, minulla oli mustelmakin pitkän aikaa.”</p> <p>”Silloin tällöin olen mennyt nurin, kompastuin mattoon ja...mutta ei ole pahemmin käynyt.”</p>	<p>Kaatunut kotona kylpyhuoneessa uudestaan toipilaana.</p> <p>Viimeisen murtuman jälkeen ei kaatumisia.</p> <p>Kompastunut kotona mattoon ja kaatunut, muttei ole saanut murtumaa.</p>	<p>Kaatunut uudestaan murtuman jälkeen ilman murtumaa.</p> <p>Kompastunut kotona mattoon ja kaatunut.</p>	<p>Fyysinen toimintakyky/kaatumiset ja epävarmuus</p>	<p>Epävarma selviytyminen</p>