

Merja Koskinen

LONKKAMURTUMAPOTILAAN HYVÄT HOITO- JA
KUNTOUTUSKÄYTÄNNÖT GERIATRISILLA
KUNTOUTUSOSASTOLLA JA POTILAIDEN KOKEMUKSIA
KOTIUTUKSEN JÄLKEEN

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma

2019

LONKKAMURTUMAPOTILAAN HYVÄT HOITO- JA KUNTOUTUSKÄYTÄNNÖT GERIATRISELLA KUNTOUTUSOSASTOLLA JA POTILAIDEN KOKEMUKSIA KOTIUTUKSEN JÄLKEEN

Koskinen, Merja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (YAMK) koulutusohjelma
Marraskuu 2019
Sivumäärä: 57
Liitteitä: 13

Asiasanat: geriatrinen lonkkamurtuma, kuntoutus, hyvät hoitokäytännöt

Kehittämistyössä tutkittiin geriatristen lonkkamurtumapotilaiden hyviä hoitokäytäntöjä Porin perusturvan alueella, geriatrisella kuntoutusosastolla sekä kuntoutujien kotona sairaalahoidon jälkeen. Kehittämistyö toteutettiin yhdessä osaston henkilökunnan kanssa.

Kehittämistyössä oli konstruktivisen kehittämistyön piirteitä. Opinnäytetyössä kehitettiin ja päivitettiin geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hoitopolkua osaston toiminnan ja leikatun potilaan näkökulmasta. Yhdessä arvioitiin ja suunniteltiin lonkka-liukumäkimenetelmän kuntoutuspolkua vastaamaan Käypä hoito-suositusta ja myös leikatun asiakkaan tarpeita ja toiveita.

Tietoa kerättiin haastattelemalla kymmenen lonkkaleikattua. Haastatteluaineiston kerääminen, luokittelu ja analysointi suoritettiin eettisiä tutkimusperiaatteita noudattaen. Vastauksia reflektoidtiin yhdessä ja kehitettiin lonkkamurtumapotilaan kuntoutuskäytäntöjä toimivammiksi ja selkeämmiksi. Näin toimien muodostettiin uusi kuntoutuvan lonkkamurtumapotilaan kuntoutuskäytäntö. Tämän kehittämistyön tuloksena syntyi lonkkamurtumapotilaan kuntoutusprosessiin kuntoutuspolkumalli, jossa moniammatillinen tiimi hoitaa asiakkaan prosessissa asiakkaan tarpeet huomioiden.

Tässä toimintamallissa hallitaan myös kaatumisen riskejä ja ennaltaehkäistään asiakkaan joutumista uusiin murtumatilanteisiin. Asiakkaan osallistaminen omaan kuntoutumisen prosessiinsa oli kehittämistyön keskiössä.

GOOD TREATMENT AND REHABILITATION PRACTICES OF GERIATRIC HIP FRACTURE PATIENTS IN GERIATRIC REHABILITATION WARD AND PATIENTS' EXPERIENCES AFTER RETURNING TO HOME

Koskinen Merja

Satakunnanammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in elderly

10/12 2019

Number of pages: 57

Appendices: 13

Keywords: geriatric hip fracture, rehabilitation, good care practice

Good treatment practices of geriatric hip fracture patients were studied during the development work in the Pori Social and Health Care Division area, in the geriatric rehabilitation ward and in the homes of the rehabilitees after hospital treatment periods. The development work was carried out in co-operation with the staff of the ward.

The development work had characteristics of constructive development. The thesis involved the development and updating of the treatment path of geriatric hip fracture patients from the points of view of the functionality of the ward and the operated patient. The assessment and planning of the rehabilitation path of the hip slide method was carried out in co-operation to correspond to the Current Care Guidelines and to the operated client's needs and wishes.

Information was gathered by interviewing ten patients who had undergone a hip operation. The gathering of interview material and its categorizing and analyzing were done in accordance to the principles of ethical study. The answers were jointly reflected upon and the rehabilitation practices of the hip fracture patients were developed to become more functional and clearer. In this fashion a new rehabilitation practice of the hip fracture patient undergoing rehabilitation was formulated. As a result of this development work, a rehabilitation path model of the hip fracture patient was created for the rehabilitation process. In the model, a team consisting of professionals of several fields treats the patient during the process while taking the needs of the patient into consideration.

This model of procedure that also controls the risks of new falls and takes pre-emptive measures to prevent the client ending up having a new fracture. Making the client an active participant in their own rehabilitation process was a focal point of the development work.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 KEHITTÄMISTYÖNTOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	7
2.1 Porin perusturva.....	7
2.2 Geriatrisen osaston toiminnasta ja toimintaperiaatteista	7
2.3 Teoreettinen viitekehys.....	9
2.4 Kehittämistyön tavoitteista, tarkoituksesta ja menetelmistä.....	10
2.4.1 Ikäihmisen lonkkamurtumat ja niiden ehkäisy.....	13
2.4.2 Lonkkamurtumapotilas liukumäessä.....	21
2.4.3 Kuntoutus ja voimavaralähtöinen toimintamalli	24
3 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI	27
3.1 Kehittämistyön menetelmät	27
3.1.1 Tilastoja lonkkamurtumista.....	28
3.1.2 Haastattelujen avaus.....	30
3.1.3 Osastokokoukset kehittämistyön osana.....	36
3.1.4 Kehittämistyön prosessipäiväkirja havaintojen dokumenttina.....	37
3.1.5 Aineistoja kokoava workshop	38
3.2 Prosessin aineistojen yhteenvetoa ja tuloksena saatu lonkkapotilaan kuntoutuspolkumalli	42
4 PROSESSIN ARVIOINTIA	47
4.1 Kehittämistyön eettinen pohdinta	47
4.2 Oma kasvuni opinnäytetyöprosessin aikana	48
4.3 Kehittämisen tulevaisuuden näkymiä	49
5 LOPUKSI.....	50

LIITTEET

1 JOHDANTO

Ikäihmisten määrä tulee lisääntymään myös tulevina vuosina. Ikäihmiset tulevat itse olemaan keskeisessä roolissa suhteessa omaan hyvinvointiinsa. Joitakin asioita voi ennaltaehkäistä huolehtimalla omasta terveydestään. Vanhuspalvelulaki ohjeistaa myös osaltaan ikäihmisten oikeuksia. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista sanoo, että lain yksi tarkoitus on parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti. Talvvelut pitää saada myös riittävän ajoissa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 1§.) Tiedetään, että ikääntyvien lisääntyessä myös geriatriset lonkkamurtumat tulevat lisääntymään. Vain puolella niistä, jotka asuvat kotonaan ennen murtumaa toimintakyky säilyy samalla tasolla. Suomessa leikataan vuosittain noin 6 000 lonkkamurtumaa. (Terveyskirjaston www-sivut 2018.)

Porin perusturvan organisaation sisällä toimii yhtenä toimialueena terveystalvvelu- ja sairaalatalvvelut. Kuntoutussairaala talvvelee kaikkia yhteistoiminta-alueen asukkaita. Sairaaltalvveluissa toimii neljä kuntoutusosastoa, neljä akuuttia lyhytaikaisosastoa sekä arviointiyksikkö. Hoitoa tukevat laboratorio- ja röntgenatalvvelut. Porissa on lisäksi tutkimus- ja näyttöpoliikklinikka sekä kotisairaala. (Porin kaupungin www-sivut 2019.) Geriatrisia lonkkamurtumapotilaita oli osastollamme hoidettavana jo vuonna 2016, mutta keskitetysti Satasairaalan kanssa yhteistyö alkoi keväästä 2017. Aihe on ollut mielenkiintoinen siksi, että geriatriset lonkkamurtumapotilaan muodostavat ison ryhmän geriatrisen osaston potilaista vuosittain. Keskeinen kysymys kehittämistyösäni oli, miten organisaatio, jossa työskentelen, vastaa tämän päivän haasteisiin.

Porin perusturvan sairaalatalvveluissa osasto T5 on geriatrinen kuntoutusosasto. Uhlakuvat tiedostaen on pyritty moniammatillisena työryhmänä pohtimaan keinoja, miten turvata mahdollisimman hyvin liikkuminen ja esimerkiksi osteoporoosin ennalta-

ehkäisyn tärkeys. Trauman ollessa kyseessä on tärkeää, että ennaltaehkäistään seuraavan murtuman syntyminen.

Kaatumisriskien arviointiin kuuluu geriatriasta kokonaisarviointia, kuten kognition ja mielialan arviointia. Arviointi on tärkeää, jotta voidaan suunnitella yhdessä potilaan kanssa mahdolliset ennaltaehkäisevät toimenpiteet. Ennaltaehkäisystä huolimatta uusia murtumia tulee. Lonkkamurtuma on vakava iäkkäiden kaatumisvamma. Se johtaa usein liikunta- ja toimintakyvyn heikentymiseen, ja lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuus on suuri. Ortogeriatrian kotimaassa Isossa-Britanniassa geriatrin osallistuminen lonkkamurtumapotilaiden hoitoon on ollut rutiinikäytäntö jo vuosikymmenten ajan. Pohjoismaista Norja, Ruotsi ja Tanska ovat Suomea edellä lonkkamurtumapotilaiden hoidon nykyaikaistamisessa näyttöä vastaavaksi. (Pajulammi & Nuotio 2018, 134.) Yhteiskuntamme kannalta lonkkamurtumat ovat merkityksellisimpiä avuntarpeeseen ja pitkäaikaishoitoon johtavia sairauksia.

Lonkkamurtumapotilaista kerätään kaiken aikaa tilastotietoa. Tilastot eivät mittaa potilaan kokemuksia, mutta ne kertovat leikkauksen jälkeen kotiin palaavien määräästä, keskimääräisestä hoitoajasta ja potilaiden keski-ikästä. Tilastotietoa tarvitaan myös toiminnan kehittämisessä. Tilastot todentavat nopeasti kokonaiskuvan kunkin vuoden potilasvirrasta. Tämän kehittämistyön tarkoituksena ja tavoitteena on kuvata toimenpide- ja hoitoprosessia seuraavaa kuntoutuskäytäntöä potilaiden perspektiivistä: heidän kokemuksista ja mielipiteistä ja sitä, miten ihanteellinen kuntoutus heidän kohdallaan on rakentunut ja millaisia haasteita on prosessissa ilmennyt.

2 KEHITTÄMISTYÖNTOIMINTAYMPÄRISTÖ

2.1 Porin perusturva

Porin perusturva edistää ja tukee kokonaisvaltaista hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta Porin, Ulvilan, Merikarvian ja Lavian alueilla. Sen palveluihin kuuluvat perusterveydenhuolto, hammashoito, sairaalapalvelut, päihde- ja mielenterveyspalvelut, kuntoutuspalvelut, ikäihmisten ja vammaisten palvelut, perheneuvola, aikuissosiaalityö ja lastensuojelu (Porin kaupungin www-sivut 2019.) Potilaat tulevat sairaalaan jatkohoitoon joko terveyskeskuslääkäreiden ohjaamina tai erikoissairaanhoidon yksiköiden läheteiden perusteella. Yli 65-vuotiaat, kuntoutusta tarvitsevat lonkkamurtumapotilaat siirtyvät Satasairaalan osastolta KIRO 2 Porin perusturvan geriatriselle kuntoutusosastolle. Tätä kutsutaan lonkkaliukumäeksi. Potilaat siirtyvät osastollemme ensimmäisenä tai toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä, jos elintoiminnot ovat vakaat.

Porin perusturvassa potilaiden ikärakenne on keskimäärin korkea. Tärkeää on huomioida potilaan jäljellä olevat voimavarat mahdollisista sairauksista ja traumaista huolimatta. Kuntouttava työote on potilaan voimavaroja tukevaa ja asiakaslähtöistä. Tavoite on, että potilas pystyisi asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään tuki- ja palveluverkoston tukemana. Myös palveluasuminen on vaihtoehto, jos asiakas ei kykene enää turvallisesti kotona asumaan.

2.2 Geriatrisen osaston toiminnasta ja toimintaperiaatteista

Osastolla T5 työskentelee osastonlääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitajia ja lähihoitajia, fysioterapeutteja, kuntoutusohjaaja ja laitoshuoltajia. Osastolla on 28 potilaspaikkaa. Potilaiden hoito toteutetaan kahdessa tiimissä. Tiimityöskentelyssä on potilaiden hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Syksyn 2019 aikana käynnistyy myös vastuuhoidajamalli. Vastuuhoitaja vastaa potilaan yksilöllisestä hoidosta ja kuntouttamisesta työvuorossaan.

Porin perusturvan sairaalapalvelujen osasto T5 sijaitsee Porissa osoitteessa Maantiekatu 31. Osaston tehtävä on tuottaa perusterveydenhuollon sairaalapalveluja lyhytaikaista hoitoa tarvitseville potilaille. Potilaat tulevat pääsääntöisesti jatkohoitoon Satasairaalan vuodeosastoilta. Kuntouttava työote elää kaikessa hoidossa. Sairaalahoito sisältää tutkimuksia, hoidon suunnittelun, toteutuksen, sekä voimavaroja tukevan työotteen. Hoitoon kokonaisvaltaista ja siinä korostuu potilasturvallisuus. Käytössä on myös Vivago-hälytysjärjestelmä, joka on hoitajan kutsujärjestelmä. Järjestelmä antaa digitaalista tietoa potilaan hyvinvoinnista, kuten uni- ja valvejaksoista. Hoidon ja kuntoutuksentavoitteena on kuntouttaa potilas ja kotiuttaa hänet kotiin tai hänelle tarkoituksenmukaiseen jatkohoitopaikkaan. Perustehtävänä ja moniammatillisen tiimin tavoitteena on toimia asiakkaan parhaaksi häntä kuullen. (Vivagon www-sivut 2019.)

Osastolla T5 toimiva lonkkamurtumapotilaille kehitetty lonkkaliukumäki-toimintamalli, joka on koko ajan kehittämistyön kohteena. Tällä toimintamallilla on juurensa, sillä ei pelkästään hoideta ja kuntouteta jo murtuman saaneita, vaan iäkkäiden kaatumisriski pitää tunnistaa. (Käypä hoito-suosituksen www-sivut 2017.) Tämä koskee varsinkin iäkkäitä, joilla on jo ollut kaatumisia. Heidän tilanteensa tulee arvioida laaja-alaisesti. Kehittämispalavereja on pidetty yhteistyössä Satasairaalan kanssa.

Geriatrisessa kuntoutuksessa painotetaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kartoittamista ja tukemista. Osaston toiminta-ajatukseen liittyvät vahvasti seuraavat alueet: geriatrinen osaaminen, hoidon yksilöllisyys, eettisyys, moniammatillinen yhteistyö ja heti potilaan tulotilanteesta alkava kuntoutus. Osastoon jaettu kahteen tiimiin. Ykköstiimissä hoidetaan moninaisin syin tulleita geriatrisia potilaita ja kakkostiimissä hoidetaan enimmäkseen geriatrisia lonkkamurtumapotilaita. Geriatrien lonkkamurtumapotilaiden hoitotyötä kehitetään. Hoitotyön toimintatapojen muutoksen perusteltua tarvetta kuvaa Stetlerin malli. (Stetler 2001, 272-279.) Mallissa on viisi vaihetta: valmistelu, validointi, vertaileva arviointi ja päätöksen teko, soveltaminen ja arviointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 33-34.) Kaiken kehittämistyön taustalta on aina löydettävä hoitotyön tietoperustasta syitä myös muutosprosessiin.

2.3 Teoreettinen viitekehys

Teoreettinen viitekehys antoi raameja geriatrisen lonkkamurtumapotilaan tutkimustiedon avaamiseen. Geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hyvät hoitokäytännöt - ohjeistus oli mielenkiintoinen tarkastelun aihe. Teoreettisia viitekehyksiä löytyi kirjallisuudesta useita. Keskittämällä geriatrisen kuntoutuksen yksikköihin, voidaan nopeuttaa kuntoutumista, toimintakyvyn paranemista ja lyhentää sairaalassa oloa. Geriatrisen kuntoutus myös vähentää pitkäaikaishoitoon siirtymisen uhkaa eli tehostettuun palveluasumiseen siirtymistä. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010,306.) Varsinainen kuntoutuminen ja varsinkin toimintakyvyn palautuminen on pitkäaikainen prosessi, jossa kuntoutujan omalla toiminnalla ja sitoutumisella on aina keskeinen osuus. Asiakas on myös itse aktiivinen osapuoli kuntoutuksessa, oman hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Pitkälä, Savikko & Routasalo 2005,7.) Liitteessä 12 on taulukoituna muutama otanta kirjallisuuskatsauksesta ja lähteistä, jotka sisälsivät asiaa koskevia, hyviä hoitokäytäntöjä (SAMK:n kirjaston www-sivut 2019.) Samk:n Finnan ja Porin kaupungin kirjaston tietokantoja ja hakutuloja: Finnan kautta aiheesta löytyi hakusanalla lonkkamurtuma erilaisia aineistotyyppisiä. Opinnäytetöitä löytyi yksitoista kappaletta, AMK-opinnäytetöitä kuusi, väitöskirjoja kolme. Väitöskirjoista mainittakoon esimerkiksi Antti Lahtisen Kuntoutus lonkkamurtuman jälkeen. Satunnaistettu kontrolloitu vertailutkimus kolmen kuntoutusyksikön välillä. Lisensiaattitöitä löytyi yksi, YAMK opinnäytetöitä yksi kappale ja ammatillisia teoksia seitsemän kappaletta. Porin kaupungin pääkirjaston kautta löysin aiheesta erilaisia julkaisuja ja sain hakuvinkkejä lisää myös sähköisiin materiaaleihin.

Useimmat lonkkamurtumia käsittelevät opinnäytetyöt sisältävät ohjausta, hoitohenkilökunnan näkemystä, painehaavatietoutta, riskejä murtuman syntyyn. Opinnäytetöissä on tutkittu kirurgiaa ja kotiuttamiskäytäntöjä. Kaikki edellä mainittu liittyy myös osaltaan geriatriseen lonkkamurtumapotilaaseen, mutta tiettyä spesifiä näkökulmaa jäin vielä kaipaamaan ja myös potilaan omaa ääntä hyvistä hoitokäytännöistä. Myös englanninkielisiä julkaisuja hakusanalla, ”hip fracture”, löytyi opinnäytetöitä, joista kuusi kappaletta AMK-tasoinen ja yksi YAMK-tasoinen opinnäytetyö, väitöskirjoja löytyi kolme ja muita kirjoja kaksi. Joten aiemmin tutkittua ja kehitettyä materiaalia löytyi Käypähoito-suosituksen rinnalle.

2.4 Kehittämistyön tavoitteista, tarkoituksesta ja menetelmistä

Geriatría on käytännössä iäkkäiden monisairaiden potilaiden hoitoa, vanhuuteen liittyvän monimuotoisen vajaakuntoisuuden selvittelyä, sairauksien ehkäisyä ja toimintakyvyn optimointia. Potilaiden moniongelmaisuu den vuoksi geriatriassa on kehitetty välineitä ja menetelmiä helpottamaan kokonaisvaltaista arviointia. Arvioiduista potilaista suuri osa tarvitsee lääketieteellistä hoitoa ja kuntoutusta. Kuntoutus on siten keskeinen osa vanhuspotilaan kokonaisvaltaista arviointia ja hoitoa (Saarela & Valvanne 1999, 115.) Sinällään geriatriselle kuntoutukselle on tilausta. On järkevämpää panostaa ikääntyvän väestön hyvän tai kohtalaisen toimintakyvyn ylläpitämiseen kuin vain yrittää vastata koko ajan kasvavaan palvelutarpeeseen.

Tässä kehittämistyössä menetelmä on konstruktii vin, jossa kehitetään lonkkamurtumapotilaan hoito- ja kuntoutuspolun, lonkkaliukumäen, kuntoutusosion prosessia päivittämällä kuntoutusmallia leikattujen potilaiden näkökulmasta katsottuna. Kehittämistyön tiedon keruun menetelmänä on potilaiden haastattelut ja aiemmin kerätyt tilastot. Konstruktii visen kehittämistyön tavoitteena ja tarkoituksena on rakentaa ratkaisuja ja toimintamalleja myös jo aikaisemmin kootun tiedon avulla. Konstruktioille on tunnusomaista se, että ne eivät ole löydettyjä, vaan ne keksitään ja kehitetään. Kehittämällä konstruktion, joka poikkeaa kaikesta jo olemassa olevasta, luodaan jostain aivan uutta: uudenlaiset konstruktiot itsessään kehittävät uutta todellisuutta. (Metodix www-sivut 2019.) Koska hyviä hoitokäytäntöjä luodaan yhdessä potilaita kuullen ja osallistaen, voidaan ajatella, että kehittämistyössäni on myös toimintatutkimuksen piirteitä.

Tämän työn tavoitteena on raportoida ja kuvata miten tämä prosessi toteutuu asiakkaiden käsitysten mukaan haastatteluaineiston perusteella. Ja miten tämä tieto reflektoituu moniammatillisen tiimin näkökulmasta ja miten tämä tieto voidaan ottaa huomioon suunniteltaessa kuntoutuspolkua mahdollisimman toimivaksi huomioiden myös käypähoitusuositukset ja ennalta kerätyt tilastot. Selkeä tavoite hyvissä hoitokäytännöissä olisi kuntouttaa mahdollisimman moni potilas kotiin. Kuntoutussuunnitelma jatkuu myös potilaan kotiuduttua. Osa pärjää kotona itsenäisesti, osa tarvitsee esimerkiksi kotiutustiimin tukea. Kotiutustiimin hoitajat tukevat käynneillään muutamän päivän ajan tarvittaessa ensimmäisiä kotiutuksen jälkeisiä päiviä. Geriatrinen

kuntoutus vähentää pitkäaikaishoitoon siirtymisen uhkaa eli tehostettuun palveluasumiseen siirtymistä. (Tilvis ym 2010,306.) Toimintakykyä edistävä työote ilmenee hoitajan sitoutumisena yhdessä sovittuihin hoitotyön suunnitelman tavoitteisiin koko kuntoutusprosessin ajaksi. Hoitajan sitoutuminen lähtee työyhteisössä yhteisesti sovitusta hoidon tavoitteista. Tähän vaikuttaa myös hoitajan oma käsitys ikääntymisestä ja kuntoutuksen mahdollisuuksista. (Vuotilainen & Tiikkainen 2008, 153.)

Kehittämistyön lähtökohtana on, että hyvä yhteistyö toimijoiden välillä toimii ja tätä yhteistyötä ja sen tuloksia kirjataan ylös. Informaatio kulkee puolin ja toisin. Kehittämistyöni on työelämälähtöinen ja sen tarkoitus on hyödyntää haastattelujen avulla saatua tietoa osastollamme. Jonkin verran oli jo ennestään kerättyä tietoa millaista toiminnan pitäisi olla, jotta lonkkaliukumäestä voidaan puhua. Satasairaalan kirurgian osastolta 2 fysioterapeutti, sairaanhoitaja ja osastonhoitaja vierailivat osastolla pari kertaa, meidän osastoltamme hoitajia kävi tutustumassa ortopedisen osaston toimintaan. Kävin myös itse heidän osastotunnilla kertomassa lonkkaliukumäen kehittamisestä.

Tilastot antavat tietoa paljonko vuosittain Satasairaalan kirurgian osastolta 2 siirtyy potilaita osastolle kuntoutukseen eli niin sanottuun lonkkaliukumäkeen. Kerätty tieto toimii peilauspintana potilaiden keskimääräisestä hoitoajasta ja heidän ikäjakaumastaan. Tietoa kerätään kaiken aikaa, niiden välityksellä kerätään dataa mitä voidaan verrata vuosittain. Kohteena on siis koko Porin perusturvan alueen geriatriset lonkkamurtumakuntoutujat. Tilastot kertovat nopealla silmäyksellä, kuinka suuri osa potilaista kykenee ison operaation jälkeen palaamaan omaan kotiinsa. Keski-ikä näillä kuntoutujilla on yli 80-vuotta.

Tässä kehittämistyössä tiedonkeruun menetelmänä on potilaiden haastattelu. Haastattelu on aina jonkinlaista keskustelua. Tavallisessa keskustelussa molemmat osapuolet ovat yleensä tasa-arvoisia kysymysten asettamisessa. Haastattelussa sen sijaan haastattelijalla on ohjat. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2018, 207.) Erilaisia tutkimus-haastattelun muotoja käsittelevissä metodioppikirjoissa on pidetty lähtökohtana sitä, että haastattelu on erityinen vuorovaikutuksen muoto. Sen sijaan käsitykset siitä, mitä seurauksia tällä vuorovaikutuksellisuudella on ja miten siihen tulisi suhtautua, vaihtelevat. (Ruusuvuori 2018, 57.)

Tässä kehittämistyössäni haastattelujen kautta saatuja tietoja vien kehittämisprosesseihin reflektoimalla niitä ja niiden käyttökelpoisuutta osaston henkilökunnan kanssa. Aina, kun hoito tai tutkimus, tässä työssä haastattelu, koskettaa potilasta, tulee mietittäväksi eettinen näkökulma. Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat olleet keskeisiä niin hoitotieteessä kuin muidenkin tieteenalojen tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.)

Jokainen kuntoutuja sai tutkimuslupa-kaavakkeen, jossa kysyttiin lupaa haastatteluun sekä sairaalassa että potilaan kotiuduttua noin kahden kuukauden kuluttua kotiutuksesta. Haastattelussa toisen huomioiminen perustui aktiiviselle kuuntelemiselle. Potilaalla oli oikeus kieltäytyä, missä vaiheessa vain, jos halusi. Ja myös haastattelun jälkeen haastateltavalla oli oikeus korjata tekstiä sisällöllisesti. Lähdetiedot tallensin ilman nimi- ja henkilötietoja. Potilaalla on oikeus tarkistaa tiedot, jotka hänestä on kirjattu potilasasiakirjoihin. Jos tiedot ovat potilaan mielestä virheellisiä, hän voi pyytää niiden korjaamista. (Valviran www-sivut 2019.) ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.” (Valviran www-sivut 2019.) Oikeudenmukaisuus siis edellyttää, että kaikkia ihmisiä kohdellaan ajanmukaisten hoitosuosituksen mukaan. Jokainen potilas, jonka tarve on samanlainen, tarvitsee samanlaisen hoidon. (Kivelä & Vaapio 2011,19.)

Valmisteluvaiheeseen oli varattava riittävästi aikaa, koska kaikessa inhimillisessä toiminnassa kuuluu tarve pitäytyä jo olemassa olevissa ja turvallisissa käytänteissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 33-34.) Moniammatillisen kuntoutusyksikön toiminnassa korostuvat laaja-alainen arviointi, varhainen mobilisaatio, potilaan omatoimisuus sekä yhteistyö avohoidon, potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Kuntoutumisen edistymistä ja tavoitteiden toteutumista pitää seurata yhdessä potilaan kanssa. Arvioinnissa käytetään sovitun toimintakykymittareita. (Huusko 2018.) Toimintakykymittareita on opinnäytetyön liitteinä. Vanhuspotilaiden osalta on sosiaali- ja terveydenhuollossa eniten kokemusta moniammatillisesta toimintakyvyn arvioinnista, joka on ollut perinteisesti erilaisin mittarein keskeinen peruste laitospaikoista päätettäessä. Kuitenkin kuntoutuksen tuloksellisuuden on todettu liittyvän arviointiin, sekä yksilöllisten kuntoutustoimien joustavaan soveltamiseen kuntoutusketjuiksi. Tu-

loksellisuus liittyy siihen, että hyödynnetään normaalia sairaudesta toipumista, ajoitetaan intensiiviset jaksot huolellisesti ja vältetään viiveitä. (Matikainen, Aro, Huunan-Seppälä, Kivekäs, Kujala & Tola 2004, 378.)

Asiakkaan haastattelu oli hyvä tapa kerätä palautetta ja sen pohjalta myös hioa hyviä hoitokäytäntöjä osastollamme. Tärkeää on kuulla asiakkaan kokemuksia hänen omasta terveydentilastaan ja hänen kokemastaan elämänlaadusta leikkauksen jälkeen. Kaiken kaikkiaan kiinnosti, missä kotiutuneet potilaat ovat kahden kuukauden päästä. Miten hyviin tuloksiin hoidolla ja kuntoutuksella on päästy? Yksityisten palveluntuottajien rinnalla kuntasektorin on yhä enemmän todennettava ja todistettava osaamisensa ja kyettävä myös markkinoimaan itseään tasokkaana ja kilpailukykyisenä vaihtoehtona yksityisten palvelun tuottajien rinnalla. Silti kaikkien yhteiskunnallisten muutostenkin takana on edelleen pieni ihminen. Hyvät hoitokäytännöt antavat raamit toimia yhdessä potilaan ja usein hänen läheistensä kanssa. Yhdessä mietitään kuntoutussuunnitelma ja samalla alkaa jo suunnitelman toteutus. Oman haasteensa aiheuttavat vanhenemiseen liittyvien muutosten moninaisuus. Osa voi olla jopa suojaavia, mitkä auttavat selviytymään vanhenemisen muilta seurauksilta. (Tilvis ym 2010, 17.)

Geriatrinen lonkkamurtumapotilas tarvitsee ennen kaikkea kokonaisvaltaista hoidon arviointia, toteutusta, kuntoutusta, arviointia ja hoidon jatkuvuuden turvaamista erilaisten tukitoimien ja jatkokuntoutuksen muodossa. Hyviä hoitokäytäntöjä on siis tarkoitus kehittää niin, että ne ovat oikeassa linjassa valtakunnallisten suositusten kanssa, ja samalla saadaan suunniteltua ja toteutettua myös paikallinen geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hyvien käytäntöjen polku.

2.4.1 Ikäihmisen lonkkamurtumat ja niiden ehkäisy

Ikäihmisen liikkumiseen liittyy aina myös kaatumisriski. Kaatumisriskin ennaltaehkäisy on tärkeää, mutta joskus kaikesta huolimatta trauma tapahtuu ja syntyy lonkkamurtuma. Geriatrisen kuntoutusosastomme potilaiden keski-ikä on yli 80 vuotta. Eliniän pidentyminen on synnyttänyt elämänlaadun kannalta tärkeän ikääntymisen

paradoksin. Osalle vanhuksista vanhuus on hyvä elämänvaihe, osalle enimmäkseen kielteinen. (Räsänen 2011,18.)

Toimintakyvyn ja voimavarojen rinnalla puhutaan nykyisin yhä enemmän myös ikääntyvän ihmisen elämänlaadusta. Elämänlaatu merkitsee eri ihmisille hyvinkin eri asioita. Siksi elämänlaatu-käsitteelle ei voi olla yhtä yksittäistä määritelmää. Elämänlaatu on iso kokonaisuus, jossa on paljon osa-alueita ja ulottuvuuksia. Näistä ulottuvuuksista nousee pinnalle eri asiat ihmisen senhetkisestä elämäntilanteesta riippuen. Terveysteen liittyvä elämänlaatu käsittää kokemuksen hänen omasta terveydentilastaan ja sen heijasteista hänen hyvinvointiinsa. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013, 199.) Geriatriassa työssä iäkäs asiakas on oman hoitonsa, kuntoutuksensa ja hyvinvointinsa subjekti, jonka näkemykset ohjaavat koko kuntoutusprosessia. Iäkkäiden hyvään hoitoon tarvitaan geriatriasta tietoa ja iäkkäiden kokemuksia elämästä. Paljon tarvitaan myös kunnioittavaa ja arvostavaa asennetta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 13.)

Kaikissa iäkkäille suunnatuissa palveluissa on vanhuksen kivijalkana vanhuksen itsenäisyys ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tämä kaikki edellyttää, että työntekijät ymmärtävät niiden todellisen merkityksen. Asianmukaisella tavalla toimiminen onnistuu, kun ymmärtää miten vanhenevan ihmisen oikeuksien heikkeneminen vaikuttaa häneen, hänen psyykkiseen ja fyysiseen olemukseen ja elämänlaatuun. Luottamus on kaiken perusta, niin eettisyyden kuin hoivankin perusta. Jos itsemääräämisoikeuksiin puututaan, se tarkoittaa yleensä vanhuksen tekemisten rajoittamista ja heikentämistä. Passiivinen hoitokulttuuri rajoittaa potilaan liikkumista ja altistaa samalla toimintakyvyn laskulle. Tällaisessa tilanteessa kasvaa myös deliriumin riski. Delirium tila tuo hoitoon haasteita. Monet vaikeatkin tilanteet voidaan ratkaista vaihtoehtoisilla työtavoilla ja aidolla läsnäololla. Kyse on myös oikeanlaisesta johtamisesta, hyvä työilmapiiri vähentää rajoitteiden käyttöä. Itsemääräämisoikeutta pitää aina aktiivisesti pohtia, sillä on vaara, että ikäihminen voi jäädä joskus vaille hoitoa, vaikka avuntarve on ilmeinen. Tällaisessa tilanteessa ei olisi kyse itsemääräämisoikeuksien rajoittamisesta, vaan sen laiminlyönnistä. Sillä jokainen, joka apua tarvitsee, on oikeutettu apua saamaan, muuten kyseessä on heitteillejättö. (Kulmala 2019, 30-31.)

Lonkkamurtuman hoitona on lähes poikkeuksetta leikkaus. Leikkaus on tehtävä viivytyksettä sellaisella menetelmällä, joka mahdollistaa täyspainovaruksen. Leikkaus voidaan tehdä joko nukutuksessa tai spinaalipuudutuksessa. Leikkaustavan valintaan vaikuttavat muun muassa potilaan yleiskunto, ikä, muut sairaudet ja niiden hoitoon käytettävät lääkkeet, reisiluun ja lonkkanivelen laatu sekä se, millainen murtuma on kyseessä. (Terveyskirjaston www-sivut 2018.) Potilaan aikaisemmat sairaudet ja murtumaa edeltänyt päivittäinen toimintakyky on selvitetävä ja kognitiivinen tila on selvitetävä. Potilaan ravitsemus- ja nestetasapainon tila on arvioitava, kivut hoidettava ja rakon toiminnasta huolehdittava merkittävät anemia ja elektrolyyttitasapainon häiriöt pitää korjata ennen leikkausta kuntoon. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 308.)

Lonkkamurtumapotilaan hoito tulee aloittaa viivyttämättä. Tutkimusten perusteella näyttää siltä, että lonkkamurtuman leikkaus ensimmäisen vuorokauden aikana kokeneen henkilökunnan tekemänä ja avustamana vähentää kuolleisuutta ja komplikaatioita sekä parantaa toipumisennustetta verrattuna myöhemmin tehtävään leikkaukseen. Potilaan tultua sairaalaan kartoitetaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ennen lonkkamurtumaa. Samalla arvioidaan potilaan ravitsemustila, nestetasapaino, kivuliaisuus, lämpö, virtsarakon toiminta, sairaudet, lääkitys ja painehaavariski. (UKK-instituutin www-sivut 2011.) Säännöllinen kipulääkitys leikkauksen jälkeen nopeuttaa potilaan kuntoutumista. Kuntoutus selvästi vähentää uudelleen kaatumista ja uusia murtumia, kun taas pitkittynyt sairaalassaoloaika lisää niitä. (Seitz, Gill, Austin, Bell, Andersson, Gruneir & Rochon 2016,47.)

Kuntoutus aloitetaan leikkauksen jälkeen mahdollisimman pian, viimeistään leikkauuspäivää seuraavana päivänä, sillä liikkuminen ja tehokas fyysinen harjoittelu parantavat liikkumis- ja toimintakyvyn palautumista, ehkäisevät komplikaatioita ja kipua sekä ylläpitävät nivelten liikkuvuutta. Kullekin potilaalle annetaan ohjeet jalan kuormitukseen riippuen siitä, millainen lonkkamurtuma ja millainen toimenpide on ollut kyseessä. Leikkaus pyritään tekemään niin, että jalalle varaaminen kivun sallimissa rajoissa on mahdollista heti. Veritulpan estolääkitys aloitetaan heti potilaan tultua sairaalaan, ja sitä suositellaan jatkettavaksi 30 päivää. Kestokatetri, joka asetetaan virtsaputkeen leikkauksen yhteydessä, poistetaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. (Terveyskirjaston www-sivut 2018.)

Lonkkamurtumapotilaan kivun tehokas hoito luo pohjan mobilisaatiolle ja auttaa ehkäisemään komplikaatioita. Mobilisaatio tulee aloittaa heti leikkauksen jälkeen. Kuntoutuja avustetaan ylös vuoteesta heti, kun hänen vointi sen sallii. Yleensä jo seuraavana päivänä, kun kuntoutuja on osastolle tullut. Delirium eli äkillinen sekavuustila on lonkkamurtuman yhteydessä yleinen, mutta se jää usein tunnistamatta. Sen oireita ovat tarkkaavaisuuden, tajunnan ja vireystilan muutokset, aistiharhat, muistihäiriöt sekä uni-valverytmin ja psykomotorisen aktiivisuuden muutokset. Monilla potilailla oirekuva kuitenkin vaihtelee ja oireet voivat olla välillä poissa. Deliriumin hoidossa on tärkeää tunnistaa sille altistavat tekijät, kuten akuutti sairaus tai lääkehaitta ja huolehtia perustarpeista ja turvallisuudesta (Terveyskirjaston www-sivut 2018.) Lonkkamurtumapotilaiden ennustetta voidaan parantaa ja hoidon kustannuksia pienentää keskittämällä lonkkamurtumapotilaiden hoito ja kuntoutus vanhusten sairauksiin perehtyneisiin yksiköihin. Moniammatillisesta geriatrisesta kuntoutuksesta hyötyvät myös muistisairaant lonkkamurtumapotilaat. (Käypä hoito-suositus 2018.) Lonkkamurtuman jälkeen on ehkäistävä aktiivisesti uusia luunmurtumia. Tärkeintä on selvittää ensimmäisen lonkkamurtuman syyt ja puuttua kaatumisriskiä suurentaviin tekijöihin. Lisäksi on huolehdittava kalsiumin ja D-vitamiinin riittävästä saannista ja harkittava osteoporoosin lääkehoitoa. (Käypähoito www-sivut 2019.)



Kuvio 1 IKINÄ-malli (Pajala 2012, 16.)

Kuten Pajalan IKINÄ- mallin kuviossa ilmenee, kaatumisriskien kartoitus on tärkeää (Kuvio 1). Mitä useampia toistuvia kaatumisia on, sitä tärkeämpää yksilöllisten vaaratekijöiden kartoitus on. Samoin kysytään kävely- ja tasapainovaikeuksista, sillä ne yleensä ennakoivat tulevia kaatumisia ja usein myös lonkkamurtumia. Pelkkä kartoitus ei yksin riitä, vaan tarvitaan kaatumisen vaaratekijöiden ennaltaehkäisyä siinä määrin kuin se on mahdollista ja myös säännöllistä suunniteltua seuranta. Säännöllinen seuranta on eritoten tarpeen silloin, kun riski kaatua on suuri. Lonkkamurtumapotilaiden hyväksi tehtävä työ edellyttää sujuvaa yhteistyötä ja tiedonkulkua eri ammattilaisten kesken. Kuntoutus suunnitellaan potilaan lähtökohdista ja hänen tavoitteidensa mukaisesti. Potilaan läheiset otetaan aktiivisesti mukaan kuntoutukseen. (Käypähoito www-sivut 2019.) Kaatumisvaaran arviointiin pitäisi osallistua kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat työntekijät. Tärkeää on selvittää, onko ollut toistuvia kaatumisia tai ”läheltä piti tilanteita” viimeisen vuoden aikana. IKINÄ-mallin pohjalta voidaan yksilöllisesti suunnitella kaatumisriskin minimointia sikäli, kuin se on mahdollista. Toistuvat kaatumiset viittaavat suureen kaatumisriskiin ja tällöin myös suurentuneeseen lonkkamurtumariskiin. Uuden mahdollisen murtuman ehkäisy on tärkeää ensisijaisesti asiakkaan elämänladun kannalta, mutta myös kustannuksien osalta.

Kuntoutussuunnitelma laaditaan yksilöllisesti. Potilas on keskiössä, häntä kuullaan ja henkilökunta selvittelee potilaan kokonaistilannetta. Rajoitteet pitää huomioida esimerkiksi leikatulle raajalle varaamattomuus. Jos potilaalla on täyspainovarauslupa, aktiivikuntoutus voidaan aloittaa heti. Yleensä lähdetään siitä, että ensin kokeillaan pystyasentoa ja sitten askeleita. Kolme kuukautta kestänyt voimaa lisäävä harjoittelu fysioterapeutin ohjauksessa auttoi selviytymään paremmin päivittäisistä toiminnoista lonkkamurtuman jälkeen. Myös yksilöllisesti suunniteltu kotikuntoutus voi puolestaan edistää lonkkamurtumasta toipumista jopa enemmän kuin voimaharjoittelu. Nämä havainnot on tehnyt Johanna Edgren väitöstudkimuksessaan. Johanna Edgrenin mukaan päivittäisistä toiminnoista selviytyminen oli uhattuna, jos tasapaino oli heikko tai kaatumisen pelko lisääntynyt. (Edgren 2013.) ”Kaatumisen pelon käsittelemiseen pitäisikin jatkossa kiinnittää aiempaa enemmän huomiota lonkkamurtumien jälkeisessä kuntoutuksessa.” (Edgren 2013.)

Lonkkamurtuman jälkeistä kuntoutumista hidastavat monesti kaatumisen pelko, pitkittynyt kipu, heikentynyt tasapaino ja alentunut lihasvoima. Tämän vuoksi fyysisistä aktiivisuutta vältellään, mikä puolestaan edistää liikkumiskyvyn heikkenemistä ja pitkäaikaisten toiminnanvajausten syntymistä. Noidankehä johtaa pahimmillaan siihen, ettei lonkkamurtumasta toipumassa oleva lopulta pysty selviytymään itsenäisesti edes päivittäisistä perustoiminnoista ja joutuu laitoshoitoon. Monesti kuntoutusprosessi myös jää kesken ikääntyneen henkilön kotiutuessa ja jäädessä oman onnensa nojaan. Oikein ajoitetulla ja toteutetulla kuntoutuksella on merkittävä rooli toimintakyvyn elpymisen ja säilymisen kannalta. Tutkimustulokset erilaisten avokuntoutusmenetelmien vaikutuksista ovat olleet osittain ristiriitaisia ja siksi lisätutkimusta on tarvittu. (Edgren, 2013.)

Aktiivinen rooli ja sitoutuminen omaan terveyskäyttäytymiseen ja kuntoutukseen ovat todella merkittäviä tekijöitä ikääntyvän terveyden ja toimintakyvyn säilyttämisessä. Varsinainen kuntoutuminen ja varsinkin toimintakyvyn palautuminen on pitkäaikainen prosessi, jossa kuntoutujan omalla toiminnalla ja sitoutumisella on aina keskeinen osuus. Asiakas on itse aktiivinen osapuoli kuntoutuksessa, oman hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Pitkälä, Savikko & Routasalo 2005,7.) Jatkohoidon organisoinnissa ollaan hyvissä ajoin yhteyksissä läheiseen, kotiutustieteen tai kotihoitoon. Jos potilaalla on jatkuva kotihoidon tarve, yhteys otetaan palveluohjaajaan. Palveluohjaaja voi käynnistää kotiavut, kun kuntoutujalla ei ole vielä ennestään apuja ollut. Lisäksi pitää varmistaa myös turvallisuuteen kuuluvia asioita, onko avain mukana, onko lämmitys kunnossa, varsinkin talvella, jos on takana pitkä sairaalajakso. Miten ravitsemusasiat järjestyvät, kuka täydentää jääkaappia, onko joku vastassa, pitääkö jonkun olla vastassa.

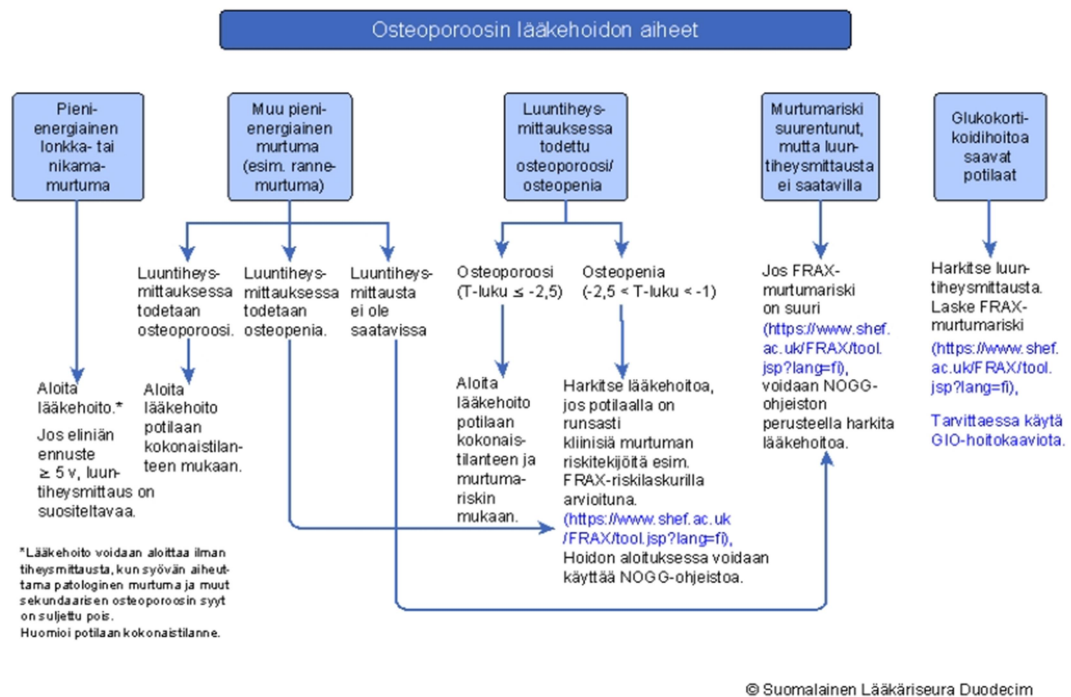
Geriatrinen potilaiden ja sen myötä myös geriatrinen lonkkamurtumapotilaiden määrän on ennustettu kasvavan entisestään tulevina vuosina. Kaatumistapaturmien varalta on tosi tärkeää tuntea iäkkään henkilön yksilölliset kaatumisvaaratekijät mahdollisimman hyvin. (Heikkilä, Jyrkämä & Rantanen 2013.) Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2/1992 3§.) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja

terveyspalveluista tukee ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista; parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa; parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012 1 §.)Kaatumisen ehkäisyssä kiinnitetään huomiota pitkäaikaissairauksien hyvään hoitoon ja lääkitykseen erityisesti rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöön, näkökykyyn, verenpaineeseen, fyysiseen kuntoon, monipuoliseen ja riittävään ravitsemukseen, apuvälinetarpeeseen sekä niihin kodin vaaratekijöihin, jotka voivat aiheuttaa kaatumisia.

Luuston tavanomaista runsaampaa haurastumista kutsutaan osteoporoosiksi. Tällöin luun lujuus on heikentynyt ja murtumariski kasvanut. (Luustoliiton [www-sivut](http://www.luustoliiton.fi).) Osteoporoosi on suuri vaara terveydelle. Se rasittaa terveydenhuollonjärjestelmän voimavaroja erittäin paljon ja johtaa usein jopa vakavaan vammaistumiseen tai kuolemaan. Lähes joka toinen nainen sairastuu osteoporoosiin ja lähes joka seitsemäs mies sairastuu osteoporoosiin. Lähes puoli miljoonaa suomalaista sairastaa osteoporoosia tietämättään. Osteoporoosi aiheuttaa vuositasolla yli 35 000 murtumaa, joista 8000 on lonkkamurtumia (Williams 2003,12.) Osteoporoosia sairastavan murtumapotilaan uuden murtuman riski on vähintään kaksinkertainen ja välittöminä murtuman jälkeisinä vuosina tätäkin suurempi, jopa viisinkertainen. Lonkkamurtumien määrä on nousussa, koska vanhusten kasvaa kaksinkertaiseksi tulevien 15 vuoden aikana. (Waris 2015, 16-17.)Osteoporoosin ehkäisemiseksi on tärkeitä saada riittävästi kalsiumia 1–1,5 g/päivä ja D-vitamiinia 20 µg/päivä, harrastaa liikuntaa säännöllisesti ja monipuolisesti sekä luopua tupakasta.

Lonkkamurtuman keskeisinä vaaratekijöinä voidaan pitää kaatumisalttiutta lisääviä ja luun lujuutta huonontavia tekijöitä. Luun lujuutta heikentäviä ja osteoporoosille altistavia tekijöitä ovat naissukupuoli, ikä, vähäinen liikunta, tupakointi, hento ruumiinrakenne, kalkin ja D-vitamiinin puute ja tietyt sairaudet. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 303.) Osteoporoosin ja hampaidenhoito koetaan tärkeäksi osaksi potilaan uuden murtuman ennaltaehkäisyä. Luukatoa eli osteoporoosia voidaan lääkitä ja sitä

varten pitää ensin tarkistaa hampaiden kunto. Geriatrista lonkkaliukumäkeämme ohjaa aina Käypä hoito-suositus.



Kuvio 2 Osteoporoosin lääkehoidon aiheet

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim on avannut kuviossa 2 osteoporoosin lääkehoidon aiheita (Kuvio 2). Osteoporoosin lääkehoidon aiheet ovat moninaiset. Lisäksi osteoporoosin lääkehoito on lääkärin aina yksilöllisesti mietittävä. Liikunta on hyväksi luustolle, se voi olla esimerkiksi reipasta kävelyä, pyöräilyä tai vaikkapa puutarhatöitä, kunhan liikunnan aikaansaama kuormitus on vähintään kohtalaista. Myös lihasvoimaharjoittelu esimerkiksi kuntosalilla on suositeltavaa, ja tasapainoakin voidaan parantaa harjoittelun avulla. Pitkäaikaishoidossa on hyvä harkita lonkkasuojaimia potilaiden suuren kaatumisriskin vuoksi. Laitoshoidossa olevien potilaiden liikkumisesta sen sijaan ei kannata rajoittaa lonkkamurtumien välttämiseksi, sillä tutkimukset osoittavat, että rajoitukset eivät vähennä kaatumisia ja murtumia, vaan voivat päinvastoin lisätä niitä. (Terveyskirjaston www-sivut 2018.)

Potilaan ravitsemustila tulee huomioida jo silloin, kun hän tulee sairaalaan, sillä lonkkamurtumapotilaat ovat usein hauraita ja vajaaravituttuja. Vajaaravitseminen sekä murtumaa ja sen leikkaushoitoa seuraava niin sanottu katabolinen tila heikentävät kykyä vastustaa infektioita, hidastavat haavan paranemista, aiheuttavat väsymystä ja

lihassetheikkoutta, pidentävät sairaalahoitoaika ja heikentävät kuntoutumisen ennustetta. Leikkausta odottavien potilaiden paastoa voidaan lyhentää käyttämällä täydennysravintovalmistejuomia. Potilaan riittävään nesteeseen ja ravinnon saantiin on tärkeää kiinnittää huomiota kuntoutuksen aikana ja myös kotiutuksen jälkeen. Täydennysravintovalmisteiden käyttö leikkauksen jälkeen saattaa myös vähentää komplikaatioita lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen. (Terveyskirjaston www-sivut 2018.) Kuntoutujat saavat osastojaksolla myös liitteen 7 mukaisen ikääntyneen ravintokyselyn.

2.4.2 Lonkkamurtumapotilas liukumäessä

Geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hoitopolkua geriatrisella osastolla on kehittänyt osastolla aiemmin työskennellyt geriatri. Hän on kehittänyt lonkkaliukumäen ohjeistusta ja käyttänyt sitä myös lääkäreiden alkuperähdytykseen. Toimintamalli on ikään kuin tuotteistettu eli tämä on selkeä tapa toteuttaa lonkkaliukumäkeä käytännössä. Kuvio 3 kuvaa lonkkamurtumapotilaan hoitopolkua lonkkaliukumäen prosessissa.

Potilas siirretään leikkauksen jälkeen mahdollisimman nopeasti ja joustavasti, usein 1–2 vuorokauden kuluttua osastolle, lonkkamurtumapotilaiden kuntoutukseen perehtyneeseen kuntoutusyksikköön. Siellä yhdessä potilaan kanssa toimii kuntoutustyöryhmä, johon kuuluu lääkärin lisäksi sairaanhoitaja, perus- tai lähihoitaja, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä. Lääkäri tapaa uuden potilaan mahdollisimman pian. Myös alkupalaveri yhdessä potilaan, läheisen ja henkilökunnan kanssa pidetään heti alkupäivinä. On hyvä tavata kasvokkain jo kuntoutuksen alkumetreillä. Henkilökunnasta palaveriin osallistuvat lääkäri, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja ja vastuuhoidaja.

Palaverissa pyritään keskustelun kautta kartoittamaan potilaan toimintakykyä ennen lonkkamurtumaa. Miten on liikkuminen sujunut, miten selviytyminen päivittäistoiminnoissa on sujunut. Millainen sosiaalinen turvaverkko potilaan elämässä on ja millaiseksi hän kokee oman tilanteensa nyt. Alkupalaverissa on tarkoitus valaa uskoa leikattuun, vaikka kuntoutuspolku on usein pitkä, toipuminen on jo käynnissä. Geriatrisen kuntoutuminen on laaja kokonaisuus, siihen liittyvät sekä fyysinen, että psyykinen puoli, sosiaalinen turvaverkko ja myös toimintaympäristö, missä asiakas elää. Kuntoutusprosessi alkaa osastolla kuntoutujan siirtyessä Satasairaalaan osastol-

le ja kuntoutusprosessi jatkuu yhä hänen kotiututtuaan. Kuntoutujan toimintakyky ja avuntarve ratkaisee onko kotiutustiimille tarvetta.

Kuntoutuksen avulla voidaan kohentaa myös murtumasta kuntoutujan toimintakykyä ja antaa hänelle voimavaroja elämän hallintaan. Kuntoutus geriatrisella saralla on pitkäjänteistä ja suunnitelmallista yhteistyötä. Se tukee myös ihmisen yhteiskuntaan osallistumista ja arjessa selviytymistä. Geriatriinen kuntoutus eroaa muusta hoidosta monipuolisten menetelmiensä ja monialaisuutensa vuoksi. Kuntoutuksessa keskeinen asia on kuntoutujan osallisuus kuntoutuksessa ja vaikuttaminen kuntoutujan toimintaympäristöön. (Tilvis ym.2010, 279.) Kaikessa ikäihmisen hoidossa, myös gerontologisessa hoitotyössä voimavaralähtöisyys on olennaisen tärkeää. Se korostaa mahdollisuuksia ja itsensä toteuttamista, keskittymistä enemmän ratkaisuihin kuin ongelmiin (Vuotilainen & Tiikkainen 2009, 47.) Osaston henkilökunta hoitaa, auttaa ja tukee potilasta kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa, sopii tavoitteista yhdessä potilaan kanssa ja seuraa kuntoutumisen toteutumista sekä antaa hänelle palautetta edistymisestä. Yhteistyötä tehdään yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa koko hoitajakson ajan. Kuntoutuminen jatkuu kotiutuksen jälkeen läheisten, kotihoidon- ja tarvittaessa kuntoutushenkilökunnan tukemana. Tavoitteena on murtumaa edeltäneen liikunta- ja toimintakyvyn palautuminen (Terveyskirjaston www-sivut 2018.)



Kuvio 3 Geriatristen lonkkamurtumapotilaiden hoitopolku geriatrisella kuntoutusosastolla T5

Prosessi edellyttää monenlaisia kontrollitoimenpiteitä. Ortopedin kontrolli toteutetaan mahdollisen suunnitelman mukaan. Viikoittaisissa tiimeissä seurataan kuntoutumisen edistymistä. Potilaiden kipulääkearviota pitää tehdä kaiken aikaa. VAS-kipumittaria voidaan käyttää havainnoinnin ohella potilaan kivun mittauksessa. Kotiutuspalaveria pidetään tarvittaessa tai muuten asiat sovitaan yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Jos kuntoutujan toimintakyky on olennaisesti muuttunut tilanteesta ennen leikkausta, voidaan kotiutuspalaveri pitää. Palaveriin osallistuvat

kuntoutuja, läheinen, lääkäri, kuntoutusohjaaja ja hoitaja. (Geriatrinen Päivi Komschan ohje.)

2.4.3 Kuntoutus ja voimavaralähtöinen toimintamalli

Toimintakyky on laaja käsite. Se kattaa niin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen hyvinvoinnin. Valtaosaa ikääntymisen aiheuttamista muutoksista voidaan luonnehtia normaaleiksi. Niitä on lieväästeinen fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, psyykkisen haavoittuvuuden lisääntymien, ulkoisten vaikutteiden oppimisen vaikeutuminen, yksilöllisten luonteenpiirteiden korostuminen, sekä lähimuistin heikkeneminen (Vuotilainen & Tiikkainen 2009, 42) Kuntoutettavan sijaan puhutaan kuntoutujasta. Passiivisesta toimenpiteiden kohteesta on tullut aktiivinen toimija (Hartikainen & Lönnroos 2008, 279.) Lihaskunnan voimistaminen on tärkeää, mutta geriatrisella kuntoutusosastolla tärkeitä ovat myös muistiin, mielialaan ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvät seikat.

Kinestetiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen, ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen sekä näiden merkitykseen oppimiseen ja itsehallintaan. Se tukee ihmistä hänen perustoiminnoissaan siten, että hän kokee toimintansa mielekkäänä ja kykenee aktiivisesti osallistumaan toimintoihinsa huolimatta sairaudestaan tai vammaisuudestaan. (Kinestetiikkayhdistyksen www-sivut 2019.)

Tässä kehittämistyössä tarkastellaan ilmiötä myös kinestetiikan näkökulmasta. Potilasta autetaan hänen voimavarojensa mukaan. Geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hyviin hoitokäytäntöihin kuuluu kinestetiikan hyödyntäminen. Painopiste on jäljellä olevissa voimavaroissa. Kinestetiikka on osana osaston toimintaa. Toimin itse Porin perusturvan toisena kinestetiikkakouluttajana henkilökunnalle asian tiimoilla. Kinestetiikka on innovatiivinen ja käytännössä toimiva lähestymistapa, jonka avulla terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaiset ja omaishoitajat voivat edistää tuen tarpeessa olevan henkilön omien voimavarojen ylläpitämistä ja edistämistä. (Kinestetiikkayhdistyksen www-sivut 2019.) Mitä tapahtuu, jos potilas jää vuoteeseen. Potilaan passiivinen makaaminen vuoteessa aiheuttaa suuria muutoksia. Ihmisen keho pysyy

toimintakykyisenä vain, jos ihminen saa liikkua ja kuormittaa kehoaan. Liikkumattomuuden vuoksi ihminen altistuu monille komplikaatioille, hengitys ja verenkierto heikkenevät, nivelet jäykistyvät ja lihassmassa pienenee. Lihassmassa vähenee jopa 1-1,5 prosenttia päivässä. (Hantikainen 2018,75.) Voimavaralähtöisyys tarkoittaa, että huomioidaan, mitä voimavaroja on yhä jäljellä ja rakennetaan myös kuntoutussuunnitelmaa sen pohjalta. Keskeisiä kuntoutustuloksiin vaikuttavia tekijöitä ovat onnistunut potilasvalinta, sopivat toimenpiteet, suunnitelmallinen ja tavoitteellinen työskentely, sekä kuntoutustiimin ammattitaito (Hantikainen & Lönnroos 2008, 278.)

Ikääntyvien elämänlaatua ja voimavaroja tukevat myös perheenjäsenet, ystävät, naapurit ja kotihoidon henkilökunta. Olennainen tekijä on, että ikääntynyt voi elää omassa kodissaan niin kuin haluaa eli tehdä omia askareitaan ja hoitaa kodin ulkopuolisia asioita sosiaalisessa ympäristössään. (Pietilä 2010, 193.) Kotiutus sairaalasta sovitaan yhteistyössä potilaan, läheisten ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Ennen kotiutusta voidaan tehdä kotikäynti yhdessä potilaan, fysioterapeutin ja kuntoutusohjaajan kanssa. Ikäihmisen kotona asumisen tukeminen on suomalaisen ikääntymispolitiikan keskeisiä tavoitteita ja se tuo mukanaan paljon kehittämismahdollisuuksia gerontologiseen hoitotyöhön. Kotihoidosta on raportoitu monenlaisia kehittämishaasteita. Ikäihmisten kotiutuksen suunnittelussa pitää huomioida ikääntyvän henkilökohtaiset tarpeet kannattavuuden kasvattamisesta palveluiden vaikuttavuuden arviointiin. (Vuotilainen & Tikkanen 2008, 117.)

Mahdollisuus on auttaa myös sosiaalisten etuisuuksien hakuprosessissa ja tarjota muita tukipalveluja, kuten ateriapalvelua, kauppapalvelua, apteekkipalvelua, kuljetuspalvelua ja turvapuhelinta. Kuntoutusohjaaja on koordinaattori apujen järjestämisessä. Tarvittavista avuista neuvotellaan kuntoutujan, joskus myös läheisten kanssa ja osastolla moniammatillinen tiimi hoitaja, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja ja lääkäri ovat mukana tukimuotojen arviointiprosessissa. Sairaalasängyn järjestäminen potilaalle on joskus hyvinkin tarpeellista ja tukee potilaan hauraita jäljellä olevia voimavaroja ja mahdollistaa esimerkiksi itsenäisen asennonvaihtamiseen. Lääkkeitä annetaan sovitusti potilaalle mukaan, lisäksi annetaan uusi lääkelista ja kirjataan järjestelmään e-reseptit. Mukaan annetaan tarvittavat todistukset esimerkiksi C-todistus mahdollisesti eläkkeensaajan hoitotuen hakemista varten. Yhdessä potilaan kanssa pitää miettiä, että kotiutuminen on turvallista potilaan kannalta.

Perinteisesti kuntoutus on mielletty vain toimenpiteeksi, mikä tähtää sairauden, vian tai vamman aiheuttaman toimintavajeen ennaltaehkäisyyn, korjaamiseen, lievittämiseen tai kompensointiin. Fyysinen toimintakyky on tärkeää, mutta arviointi ei saisi olla pelkkää mekaanista mittaamista. Fyysisen suorituskyvyn ohella kuntoutuksen pitäisi vaikuttaa myös yksilön psyykkiseen toimintakykyyn, sosiaaliseen selviytymiseen ja elämänlaatuun. Kuntoutuksen koko ideologian uudistuminen näkyy myös kuntoutuksen kohteen uudeltaisesta määrittelystä.

Jatkohoidon ja kuntoutuksen järjestäminen on aloitettava hyvissä ajoin. Kotiutumisen toteutetaan yhteistyössä potilaan, hänen läheistensä ja avohoidon kanssa, koskien myös kotona jatkuvaa suunnitelmallista kuntoutusta. Fysioterapeutti kotiin annettavista palveluista käy vielä kuntouttajan kotona arvioimassa lisäkuntoutuksen tarvetta. Kotiutusta ennen mahdollisesti tehtävä kotikäynti auttaa kartoittamaan potilaan liikkumista ja selviytymistä hänen kotiympäristössään. Kotikäynnillä selvitetään asunnossa tarvittavat muutostyöt ja apuvälineiden tarve. Kotikäynnillä selvitetään myös kaatumisen riskitekijät ja pyritään poistamaan niitä. (Käypä hoito-suositus 2018.) Usein kotikäynti antaa arvokasta tietoa ja selventää kuntoutussuunnitelman tavoitteita, joten käynti kannattaa tarpeen tullen tehdä.

Kuntoutus tapahtuu geriatrisella osastolla potilaan kanssa yhdessä. Kuntoutus suunnitellaan potilaan lähtökohdista ja hänen tavoitteidensa mukaisesti. Kuntoutusyksikön toiminnassa korostuvat laaja-alainen arviointi, varhainen mobilisaatio, potilaan omatoimisuus sekä yhteistyö avohoidon, potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Kuntoutumisen edistymistä ja tavoitteiden toteutumista seurataan yhdessä potilaan kanssa. Arvioinnissa käytetään sovittuja toimintakykymittareita. (Huusko 2018.) Kuntoutus ei lopu osastojakson päättymiseen. Jatkotoimenpiteistä ja seurannasta pitää sopia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 285.) Kotikäynnillä seurataan potilaan liikkumista ja selviytymistä arkielämässä ja selvitetään, tarvitseeko asunnossa tehdä muutoksia, tai millaisia apuvälineitä potilas mahdollisesti tarvitsee. Samalla kartoitetaan asiat, jotka saattavat aiheuttaa kaatumisia ja pyritään poistamaan ne.

3 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI

3.1 Kehittämistyön menetelmät

Käytännössä opinnäytetyössäni tarkoitukseni oli kehittää lonkkaliukumäen hyviä hoitokäytäntöjä geriatrisella osastolla. Tarkoitukseni oli hankkia sekä teoreettista ja käytännön tietoa kehittämisen kohteesta. Ratkaisujen toimivuutta oli tarkoitus myös testata. Opinnäytetyössäni kuvaan teoreettisia viitekehyksiä ja sitä miten lonkkaliukumäen kehittämistä edistäviä tekijöitä voidaan jatkossakin tukea. Geriatrisen lonkkamurtumanpotilaan hyvät hoitokäytännöt vaativat jatkuvaa systemaattista ja määrätietoista kehittämistä.

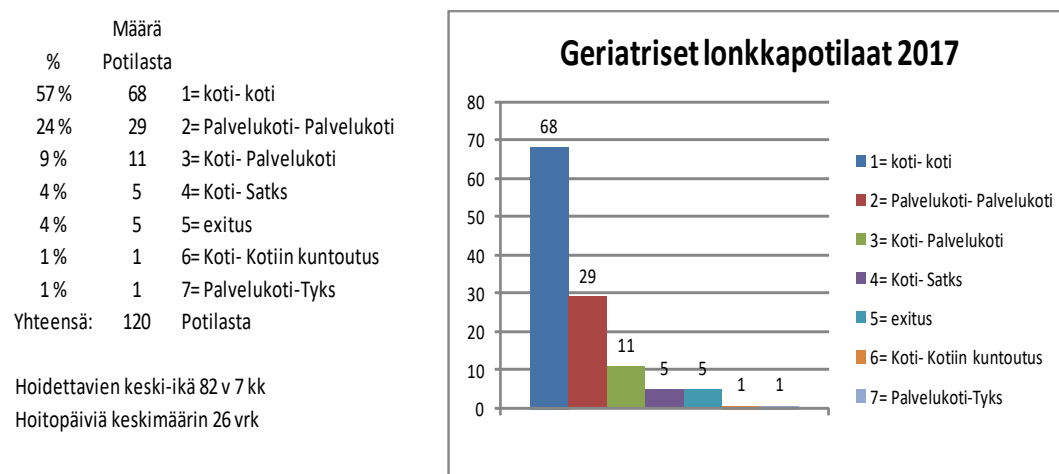
Tarkoituksena oli kehittää yhdessä henkilökunnan kanssa osaston toimintaa. Osastolla lähdettiin kokeilemaan hoitokäytäntöjä ja arvioidaan niitä. Stetlerin malli oli visioini toteutukseen. Jotta kehittämien pääsi alkuun, piti ensin kartoittaa tilanne, missä ollaan. Tärkeää oli tietää miten lonkkamurtumapotilaan kuntoutuspolku toimi ja miten sitä yhä voidaan kehittää. Geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hoitoa ohjaa Käypä hoito-suositus ja asiakaspalaute, joten kehitettävät asiat selvenivät ja päädyimme pilotoimaan osastolla muun muassa toimintakykymittareita, mietimme yhdessä, onko mahdollista pitää jokaisen lonkkamurtumapotilaan kohdalla sekä alku-, että loppupalaveri hoitajakson aikana. Päätimme kokeilla eri vaihtoehtoja, arvioimme yhdessä toimivuutta ja teimme päätöksiä. Esimerkiksi todettiin, että jatkossa käytetään Barthel-mittaria Fim-mittarin sijaan. Koska Barthelin avulla voidaan paremmin arvioida lonkkamurtumapotilaan toimintakykyä päivittäistoimintojen osalta. Työyhteisössä siis määriteltiin muutoksen tarve.

Geriatrisen lonkkamurtumapotilaan kuntoutus on pitkä polku. Taustoittaminen vei aikaa ja varautuminen myös muutoksen aiheuttamaan mahdolliseen muutosvastarintaan. Kuntoutus tapahtuu osastolla ja moniammatillinen tiimi toimii potilaan kanssa yhdessä. Kuntoutus suunnitellaan potilaan lähtökohdista ja hänen tavoitteidensa mukaan. Aloituspalaverissa kuullaan potilaan omat kuntoutustavoitteet. Miten hän itse aikoo panostaa omaan kuntoutukseensa. Tässä kehittämistyössäni potilaiden mielipiteet ja näkökulmat ovat tarkastelun keskiössä ja kehittämisen lähtökohtina.

Asioita osastolla kehitetään yhdessä, prosessin eri vaiheissa pidetään osastotunteja, mahdollisesti myös työpajoja. Käypä hoito-suositus antaa päämäärät työllemme ja potilaan kuulemiselle. Kokeillaan käytäntöjä yhdessä ja kuullaan potilaan kokemuksia haastattelun muodossa. Yksilöhaastattelu on hyvin turvallinen, koska silloin jokaisen haastateltavan kanssa voi sopia tavasta käsitellä asiaa. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 78.)Tärkeää on kartoittaa, miten yhteistyö sekä potilaan, että yleensä myös hänen läheistensä kanssa käynnistyy. Missä määrin muita terveydenhuollon toimijoita on ollut jo potilaan arjessa. Millainen potilaan toimintakyky on kokonaisuutena ollut ennen leikkausta. Mitä mittareita kannattaa käyttää jatkossa mittaamassa lonkkamurtumapotilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia. Mitä tapahtuu kuntoutujan hoitajakson aikana. Kirjattuna hyvät hoitokäytännöt toimivat apuna sekä lääkäreiden että hoitajien perehdytyksessä. Hoidon kehittäminen perustuu jo tutkituun tietoon.

3.1.1 Tilastoja lonkkamurtumista

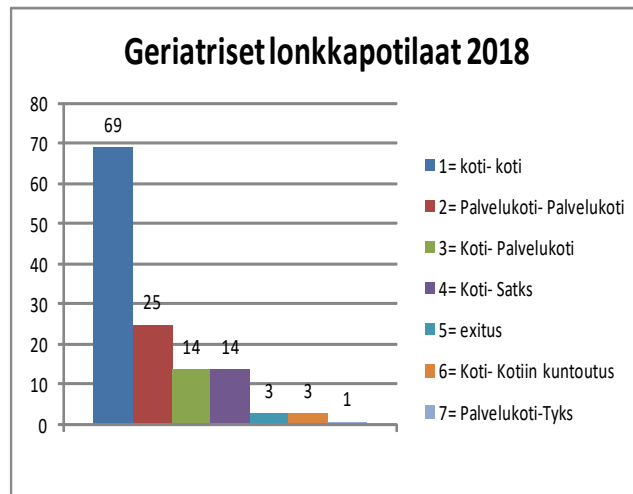
Geriatrinen lonkkamurtumapotilaiden lukumäärästä, ikäjakaumasta, hoitopäivien määristä ja tilanteesta prosessin jälkeen tehdään kaiken aikaa tilastoja (Kuvio 4 ja Kuvio 5). Myös tältä vuodelta 2019 on tehty em. tilastot eli tässä kehittämistyössä mukana olleet haastateltavani ovat myös tilastoitu. Vuoden 2019 tilastoa ei sen keskeneräisyyden vuoksi tähän raporttiin otettu mukaan. Kuvallisena esimerkkinä ovat tilastot vuosilta 2017 ja 2018.



Kuvio 4 Geriatriset lonkkamurtumapotilaat osastolla T5 vuonna 2017

%	Määrä	Potilasta
53%	69	1= koti- koti
19%	25	2= Palvelukoti- Palvelukoti
11%	14	3= Koti- Palvelukoti
11%	14	4= Koti- Satks
2%	3	5= exitus
2%	3	6= Koti- Kotiin kuntoutus
1%	1	7= Palvelukoti-Tyks
	Yhteensä: 129	Potilasta

Hoidettavien keski-ikä 82 v 4 kk
 Hoitopäiviä keskimäärin 31 vrk



Kuvio 5 Geriatriset lonkkamurtumapotilaat osastolla T5 vuonna 2018

Kuntoutustoiminnan tuloksellisuutta voidaan arvioida osittain myös tilastoista. Vertailtaessa kahta mennyttä vuotta päädytään hyvin samankaltaisiin tuloksiin. Osastolla oli 120-129 kuntoutettavaa. Geriatrinen potilas on määriteltely henkilöksi, joka on yli 65-vuotias. Lonkkamurtumapotilaiden keski-ikä oli kuitenkin jo yli 82-vuotta. Yli puolet potilaista, jotka asuivat kotonaan ennen leikkausta, myös kotiutui. Lonkkamurtuma on ikäihmisellä iso trauma ja ei kotiinkuntoutuminen ei ole itsestäänselvyys.

Tilastoissa on dokumentoitu myös se, että ikäihmiset kaatuvat yhtä lailla asuvatpa he sitten omassa kodissaan tai jo tehostetussa palvelukodissa. Geriatrinen lonkkamurtumapotilas jatkaa pitkäkestoista kuntoutumistaan ympärivuorokautisessa hoitopaikassaan heti, kun siirto sinne on mahdollista. Joskus potilaan tilanteessa leikkauksen jälkeen tapahtuu uudelleen niin akuutteja käännteitä, että potilas lähetetään takaisin Satasairaalaan erikoissairaanhoidon piiriin. Hoitoaika ei ole ihan yksiselitteinen asia. Hoitoaikaa osastolla nostaa, jos potilaalla ei ole täyspainovaruuslupaa ja kävelyä päästään harjoittelemaan joskus vasta usean viikon kuluttua ja potilaan vointi on sellainen, ettei hän pärjää kotona sen hetkellä toimintakyvyllään edes kotihoidon turvin.

Välillä myös pitkäkään kuntoutus ei palauta potilaan toimintakykyä sellaiselle tasolle, että potilas pärjäisi enää tukitoimienkaan turvin kotona. Silloin on yhteistuumin päädytty hakemaan jatkohoitopaikkaa. Potilaalla saattaa olla jo ennestään maksimiavut kotona ja tällöin kotona olo ei ole enää mahdollista eikä turvallista ja potilas jää odottamaan jatkohoitopaikkaa osastolla. Jos niin sanottua odottelupaikkaa ei saada, maksimissaan potilas voi joutua odottamaan jatkohoitopaikkaa kolmisenkin kuukautta. Vanhuspalvelulaki säättää, että siinä ajassa jatkohoitopaikka pitää saada. (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 14 §.)

3.1.2 Haastattelujen avaus

Haastattelin kymmentä potilasta heidän kokemuksistaan heidän kokemuksistaan kuntoutusprosessista lonkkamurtuman jälkeen. Haastattelut tapahtuivat noin kaksi kuukautta kotiutumisen jälkeen. Haastateltavan ja haastattelijan välille muodostuva luottamuksellinen suhde mainitaan useissa lähteissä kaikenlaisen informaation saannin perusedellytyksenä. Haastattelijan on kerrottava haastateltavalle totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituksesta ja pidettävä tiedot luottamuksellisina (Ruusuvuori & Tiitula 2009, 41.) Tapasin jokaisen potilaan sairaalassa ja kävin esittäytymässä ja kysymässä henkilökohtaisesti jokaiselta kirjallisen luvan haastatella sekä sopimaan ajan haastattelua varten noin kaksi kuukautta kotiutuksen jälkeen. Haastatteluja avatessani ymmärsin, kuinka tärkeää oli tavata potilaat jo sairaalassa kasvotusten. Keskustelu, kuuntelu ja läsnäolo kasvattivat luottamuksen siltoja ja kotiutumisen jälkeenkin haastattelutilanteet olivat avoimia ja lämminhenkisiä. Luottamus kannatteli myös haastattelutilanteita.



Kuvio 6 Haastattelukysymykset

Haastattelukysymyksiä oli neljä, sisällön analyysin tuloksena vastaukset jaettiin neljään kategoriaan: nykyinen toimintakyky, elämänlaatu omakohtaisena kokemuksena, hoito ja kuntoutus sairaalassa ja miten kuntoutuminen on jatkunut sairaalasta kotiutumisen jälkeen (Kuvio 6). Kuntoutujat vastasivat omin sanoin, omien tuntemustensa ja kokemustensa mukaan. Kirjasin itse sanatarkasti haastateltavien vastaukset. Luin ne heille ääneen ja he saivat tehdä halutessaan korjauksia. Ennen haastattelua otin jokaiselta haastateltavalta tutkimuslupa- suostumuksen allekirjoituksen muodossa.

Hyviin hoitokäytäntöihin liittyvät kysymykset on ilmaistu kirjaimella H. Vastaajien suoria lainauksia on esitetty pääluokkien sisällön kuvausten jälkeen ja vastaajat on luokiteltu kyselykaavakkeen numeroinnin mukaisesti V1-V10. Näitä lyhenteitä käytän myös haastattelujen vastausaineistojen avaamisessa.

H: Minkälaiseksi koette toimintakykynne tällä hetkellä?

Tavoitteena oli kartoittaa, miten potilaat kokivat oman toimintakykynsä ja sen mukanaan tuomat asiat tässä hetkessä, kahden kuukauden jälkeen leikkauksesta. He kuvaavat toimintakykyään konkreettisilla esimerkeillä arjen toimissaan. Monet viittasivat päivittäisiin perustoimintoihin: pesemiseen, ravintoon ja liikkumiseen ja jokapäiväisiin askareisiin ja tekemisiinsä. Toiset viittasivat myös psyykkiseen hyvinvointiin ja sen haurauteen. Toimintakykyä kuvailtiin myös itsenäisyys-avuntarve-jatkumolla. Mitkä toiminnat sujuivat itsenäisesti, mihin tarvittiin apua.

Potilaat kokivat tärkeäksi jo kotiutuessaan, että pystyivät liikkumaan omatoimisesti. Pääsääntöisesti haastateltavat olivat tyytyväisiä toimintakykyynsä. He olivat aloittaneet arkiaskareita ja myös kodin ulkopuolista elämää, kuten ulkoilua ja ostoskeskuksessa käyntiä. Päivittäistoiminnot sujuivat. Asiakkaat (V4 ja V10) eivät kokeneet vielä toimintakykyään hyväksi. ”Henkinen kantti on ollut lujilla.” (V10) Koettiin myös, että ongelmaa on ollut monenlaista ja toimintakyky ei vielä ole ennallaan. Esimerkkinä haastateltava kertoo, että sukan laitto ei onnistu. ”Kaikki ei ole vielä ennallaan, mutta totesi, että pahemminkin voisi olla. (V6).

”Peseytymiset sujuu, saunassakin olen käynyt. Rolli on ollut saunassa vielä tukena. Pesutuvassakin olen käynyt ja mankeloinut pyykkejä myös”.(V2)

”Henkinen kantti on ollut lujilla. Kolme viikkoa on ollut nyt täysvaraushupa. Pyörätuoli on käytössä muun muassa keittiöhommissa. Suihkussa on puoliso vielä autellut”.(V4)

”Rollin kanssa pärjään. Nyt käyn suihkussa yksin, kun joku on läsnä asunnossa. Ulkonakin on käyty rollin kanssa, kun on joku mukana”.(V5)

Kuntoutujilla on usein avuntarvetta vielä kotiuduttuaan. Osa haluaa ottaa apua vastaan, kaikki eivät sitä halua. Kuntoutujalla on itsemääräämisoikeus päättää, haluaako hän kotiinsa ulkopuolista apua vai ei.

H: Millaiseksi koette elämänlaatunne tällä hetkellä?

Elämänlaatunsa kokemuksia kuntoutujat kuvaavat arjen konkreettisilla esimerkeillä. Hyvin erilaiset asiat vaikuttivat kokemukseen elämänlaadusta. Koettu elämänlaatu on aina hyvin henkilökohtainen kokemus. Siksi jokainen oman arvomaailmansa ja elämänkokemuksensa pohjalta kertoi tuntemuksiaan elämänlaadustaan. Kaipuu ulkoilemaan ja luontoon tuli esiin muutamissa vastauksissa. Joku oli tyytyväinen, kun naapureita kävi jo kylässä, joku oli tyytyväinen, kun edes flunssaa ei ollut ollut. Eräs totesi, että tuntui jo valoisammalta. Eräs haastateltava koki, että hänen elämänlaatunsa on melko hyvä. Joku totesi, että kaikki on järjestyksessä (V9) ja, että nyt tuntuu jo vähän valoisammalta (V10). V7:n vastaus puhutteli eritoten, hän totesi, että jokaisella on myös vastuu siitä mitä tapahtuu. Ja varsin kuntoutusmyönteinen oli myös ajatus: *”vanhanakin ihminen pärjää, kun tekee mitä pystyy, eikä myöskään luovuta.”* (V7)

”Sisulla on menty eteenpäin yhtä alavireistä päivää lukuun ottamatta en ole luovuttaja. Kotiin tullessa odotti ystävien tervetuloitovotus: kyyneleet puhdistavat, nauru parantaa”.(V1)

”Elämänlaatu ei ole vielä sellainen kuin toivoisin. Kävelyretket jokirantaan ovat jääneet pois”.(V3)

”Olen järjestänyt elämäni niin, että käytännön asiat sujuu. Jälkeläiset auttavat arjessa eli käyvät esimerkiksi apteekissa. Koen olevani myös itse vastuussa siitä, mitä tapahtuu. Vanhanakin ihminen pärjää kun tekee mitä pystyy, eikä myöskään luovuta”.(V7)

”Nyt tuntuu jo vähän valoisammalta. Ihan just vois jo ajatella näin, nyt ilmat on jo keväiset”.(V10)

Kaatumisriskin kartoitukseen kuuluu yhtenä osana masennusseula GDS-15 (liite 4.) On tärkeää kartoittaa myös kuntoutujan mielialaa.

H: Miten saamanne hoito ja kuntoutus vastasivat odotuksianne?

Miten jo kotiutuneet kuvasit sitten saamaansa hoitoa ja kuntoutusta. Pääsääntöisesti kokemukset olivat positiivisia, joitakin rakentavaa, kehittämistarpeita sisältävää palautettakin vastauksissa löytyi. Kokemukset ja odotukset hoidon ja kuntoutuksen suhteen ovat yksilöllisiä. On tärkeä kuulla ja kuunnella niitä. Hyvien hoitokäytäntöjen kehittäminen tarvitsee aina myös potilaan palautteen kokemuksistaan. Voimavarakeskeisyys tuo uutta näkökulmaa. Painopiste on siinä, mitä kuntoutuja yhä kykenee tekemään. Myös henkilökunta koettiin ystävälliseksi ja yleisesti hoito ja kuntoutus vastasivat odotuksia, hymy kasvoilla tultiin auttamaan. Haastateltava vastasi, että ”...koska kyseessä oli tapaturma, ei odotuksia oikein ollut (V1)”. ”Hyvä oli olla, kotonana en olisi pärjännyt.” (V6) Toivottiin myös, että tuolijumppaa ja yhteisjumppaa olisi ollut enemmän ja että lääkärintoimitus oli keskimäärin vain kerran viikossa. Lääkärintoimitus voisi olla neljänä arkipäivänä. Tiimipalaveripäivänä ei lääkärintoimitusta ole.

V1: ”Koin hyväksi lonkkaliukumäen. Henkilökunta näki mihin kykenen ja patistettiin liikkeelle. Kotiutus onnistui suunnitellusti”. (V1)

”Hyvä oli olla. Kaikki olivat ystävällisiä. Yhteisjumppaa ja tuolijumppaa saisi olla enemmän. V6: Minulle jäi käsitys, että toiminta oli suunniteltu kuntouttamiseen. Yksilökuntoutusta olisi saanut olla enemmän”. (V5)

”Hoitajat olivat miellyttäviä ja palvelu pelasi. Kuntoutusta oli ja hyvät ohjeet annettiin kotiin. V9: Olin oikein tyytyväinen saamaani kohteluun.”

Sekä yksilö- että ryhmäkuntoutusta toivottiin enemmän. Fysioterapia on tärkeää. Kuntoutujat eivät aina miellä kuntoutukseksi myös kaikkea muita päivittäisiä liikku-
miskokemuksia.

H: Miten itsenne kuntouttaminen on jatkunut kotiuduttuanne?

Osa haastateltavista koki kaikki liikkumiskokemukset kuntoutukseksi ja osa vain varsinaiseen kävelyyn liittyvät seikat. Useimmat olivat kyyneet palaamaan perusarkeensa ja jatkamaan arkiaskareitaan kotona ja kodin ulkopuolella, tapaamaan ystäviään ja käymään mökillä. Apuvälineitä oli vielä käytössä, mutta tavoitteet oli jo selkeästi asetettu eteenpäin elämässä. Hyvältä tuntui omin silmin nähdä, miten kuntoutujat itse sanoittivat tuntemuksiaan ja tekemisiään. Kasvoilta kuvastui toivo, mutta myös se, että lonkkaleikkaus on ikääntyvälle iso operaatio. Koti toimintaympäristönä on aito, tuttu ja turvallinen ympäristö, toisin kuin sairaala. Kotiutukset olivat onnistuneet haastateltavien kohdalla. He olivat yhä kotona ja palaamassa arkeensa jokainen oman pituisilla askelillaan. Osalla oli yhä haasteita arjessa suoriutumisessaan. Kyseessä oli kuitenkin iso trauma ja toipuminen ennalleen otti joillakin enemmän aikaa. Haastattelu oli myös itselleni mieltä avartava kokemus. Se, että näki kuntoutujan vointia ja keskusteli kuulumiset kahden kuukauden kuluttua kotiutuksesta, oli merkityksellistä. Normaalisti kontakti kuntoutujiin loppuu kotiutuspäivään. Itse leikkauksesta oli jo aikaa ja oli kiinnostavaa nähdä, miten parantava vaikutus omalla kodilla on. Päivittäiset pikku askareet nousivat puheeksi ja samalla myös usko tulevaan ja siihen, että kuntoutuminen etenee edelleen. ”*Jumppaohjeet sain kotiin ja olen jumpannut. Päivittäiset askareet, huushollihommat pitää liikkeessä, roskia en ole vielä ulos vienyt*”.(V2) Kuntoutus koettiin edelleen tärkeäksi ja samalla tiedostettiin, että asiat ottavat aikaa. Ensin opetellaan kunnolla ja turvallisesti sisällä liikkuminen ja sitten myös ulkoilu on ajankohtaista.

”Omat fysioterapeutilla käynnit jatkuvat edelleen. Normaalit kotityöt ovat myös kuntoutusta ja kaikinainen liike kivun sallimissa rajoissa”. (V1)

”Jumppaohjeet sain kotiin ja olen jumpannut. Päivittäiset askareet, huushollihommat pitää liikkeessä, roskia en ole vielä ulos vienyt”.(V2)

”Teen kevyitä jumppaliikkeitä. Tarkoitus olisi, että voisi olla matala jakkara, jossa voisi tehdä askel harjoituksia ylös ja ala”.(V7)

Pääsääntöisesti hoitokäytäntöihin oltiin tyytyväisiä, hoitohenkilökunta koettiin osavaksi ja kuntoutusta tukevaksi. ”*Koin lonkkaliukumäen hyväksi. Kotiutus suunniteltiin onnistuneesti(VI).*” Osastolla toteutunut fysioterapia koettiin pääsääntöisesti hyväksi ja fysioterapia sisälsi sekä yksilö- että ryhmäterapiaa. Haasteita ja kehitettävää myös nousi esiin. Lääkärinkierto koettiin tärkeäksi ja toivottiin, että lääkäri voisi kiertää myös useammin viikon aikana. Yksilökuntoutusta toivottiin lisää. Yksilökuntoutuksen lisääminen tarkoittaisi myös fysioterapian henkilöstöresurssien lisäämistä osastolla. Yhteistyötahoja, sekä kotiutustiimiä että kotihoitoa arvostettiin ja samoin kotiutustiimin osuutta kotiutusvaiheen tukijana. Kotihoidon tarve vaihteli eri kuntoutujien kohdalla, mutta määrä koettiin riittäväksi. Kotiutukset koettiin onnistuneiksi ja hyväksi koettiin myös fysioterapeutin kotikäynti avopuolelta kotiutuksen jälkeen. Fysioterapeutti arvioi käynnin perusteella tarpeen mahdollisille lisäkäynneille. Oma huone sairaalassa koettiin hyväksi yksityisyyden vuoksi.

3.1.3 Osastokokoukset kehittämistyön osana

Osastotunneilla on kerrattu ohjauksellani muun muassa geriatrisen arvioinnin mittareiden käyttöä. Tärkeää on ymmärtää geriatrisen arvioinnin kokonaisvaltaisuus ja sen merkitys esimerkiksi kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Toimintakykyyn ja sen kohenemiseen eivät vaikuta yksin perussairaudet, vaan myös sosiaalinen tilanne, kuten kotiasiat ja harrastukset. Kotonasuvan kuntoutujan reservit ovat vähentyneet, jos gerasteniaa, eli ikäihmisen haurastumista, on selvästi havaittavissa. Tehostetun palveluasumisen kuntoutuksessa pitää huomata tiettyjä realiteetteja, sillä asukkaan toimintakyky on jo voimakkaasti ja usein pysyvästi alentunut. Hoivakotiasukkaan kuntoutuksessa huomioidaan, että toimintakyky on jo voimakkaasti ja pysyvästi alentunut. (Laurila 2018.)

Hyödynsimme myös Porin perusturvan henkilökunnan osaamista eli meillä kävi asiantuntijoita puhumassa osastotunneilla: muun muassa ravitsemusterapeutti, hammaslääkäri, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Sisäisellä kouluttautumisella ja yhteistyöllä Satasairaalan osaston kanssa pyrimme kehittämään lonkkamurtumapotilaan hoito- ja kuntoutusprosessia. Proteiinilisät tulivat käytäntönä kuntoutujien aterioihin,

suunterveys huomioidaan ennen osteoporoosilääkityksen aloittamista ja fysioterapia kykenee toteuttamaan täsmäharjoitteita nimenomaan lonkkamurtumapotilaille. Yhteisissä palavereissa päivitetään tilanne ja pohditaan yhdessä asiat mitkä toimivat hyvin ja mietitään mitä käytäntöjä voidaan yhdessä parantaa. Käytännön esimerkkinä mainittakoon, että kuntoutujasta saatava varhainen tuloraportti mahdollistaa hyvin suunnitellun vastaanoton osastollamme. Näitä palavereja sopiessani sain myös kokouksista tukea kehittämistyölleni. Arjessa on ollut havaittavissa osaston henkilökunnan vahva sitoutuminen lonkkaliukumäkeen. On sellainen vahvasti yhdessä tekemisen tahtotila. Osaston henkilökunnan kanssa on ollut ilo kehittää lonkkaliukumäkeä. Arkeen kaivataan käytännön läheisiä ajatuksia ja kehittämisideoita. Henkilökunta työskentelee lähellä kuntoutujaa ja heillä on päivittäinen tuntuma osaston arjesta. Osastolla on asiakaslähtöinen hoitokulttuuri, jota esimies taitavasti johtaa. Kehittämistyössäni olen saanut paljon tukea työkavereiltani ja esimieheltäni.

3.1.4 Kehittämistyön prosessipäiväkirja havaintojen dokumenttina

Prosessipäiväkirjan pitäminen oli mielenkiintoinen kokemus. Opinnäytetyötä kirjoittaessani piti miettiä sisällön ohessa myös muutoseikkoja. Prosessipäiväkirjan kirjoittaminen oli vapaata ja avointa luovaa kirjoittamista (Liite 13.) Se sisälsi omien tunteuksien ja kokemusten kirjaamisia, ei pelkästään itse lonkkaliukumäen kuntoutuspolun kehittämistyöstä, vaan myös ajatuksia opiskelustani ja opinnäytetyöni kirjoittamisesta päivätyön ohessa. Aluksi mietin mitä kaikkea kuuluu teemaan lonkkaliukumäki ja sen kehittäminen. Mitä kuntoutusprosessimme tarjoaa geriatriselle lonkkamurtumapotilaalle? Mikä on työni anti työpaikalleni?

Koko opinnäytetyöni ajan pidin prosessipäiväkirjaa ja kerron sen avulla kehittämistyöni prosessin tiivistyneestä kokonaisuudesta. Päiväkirjasta löytyy otteita liitteenä. Kehittämistyö eteni mielessäni, toisinaan asiat tuntuivat järjestyvän sisällöllisesti monella ajatuksen ja alitajunnan tasolla. Toisaalta myös oli ajanjaksoja, kun eteneminen oli hidasta. Oman työn ohella opiskelu on mielekästä, mutta välillä myös päivän käytössä olevat tunnit tuntuivat loppuvan kesken, vaikka aamuyöstä olisi alkanutkin. Kehittämistyöni halusin tehdä hyvin työelämälähtöisesti. Halusin koostaa asioita, mitä tähän asti on aikaansaatu ja mitä pitää hioa ja kehittää edelleen.

Pohdin miten työstää asioita eteenpäin osaltani osastolla. Käypä hoito-suositus antaa raamit toiminnallemme. Kerro näistä raameista tarkemmin? Entinen geriatriimme visioi jo paljon lonkkaliukumäkeä. Hän näki geriatrisen lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen hyödyt. Geriatriasia lonkkamurtumapotilaita on jatkossa yhä enemmän ja näin itse myös hyvin tarpeelliseksi paneutua asiaan huolella. Kävin keskustelemassa lähiesimieheni kanssa opinnäytetyön aiheesta, kysyin sairaalapalveluiden johtajalta mielipidettä ja keskustelin myös SAMK:n opettajien ja opiskelijoiden kanssa aiheesta. Kun aihe tavoitteineen ja tarkoituksineen alkoi hahmottua, aloin pitää samalla päiväkirjaa. Prosessipäiväkirjaan kuvasin tuntemuksiani ja havaintojani liittyen opinnäytetyöprosessiin.

3.1.5 Aineistoja kokoava workshop

Osastotunti pidettiin teemana hyvät hoito-käytännöt geriatrisella osastolla. Tunti toteutettiin workshop-menetelmällä. Workshop tarkoittaa suomeksi työpajaa tai työryhmää. Tiedonkeruumenetelmiä voivat erilaiset kirjalliset dokumentit, haastattelut, kyselyt tai havainnoinnit. (Kananen 2013,79.) Workshopissa nostin esille lonkkaliukumäen nykytilaa ja pohdimme yhdessä aivoriihenä ja myös pienryhmissä lonkkaliukumäen rakenteita. Käypä hoito-suositukset ovat olleet esille useasti lonkkamurtumista puhuttaessa. Paikalla oleva henkilökunta jakautui neljään pienryhmään pohtimaan aihepiireittäin usein keskustelua herättäneitä aiheita, kuten hoidossa käytettäviä mittareita, ravitsemuksen merkitystä, alkupalavereita ja kaatumisriskien kartoitusta. Ryhmät saivat isot paperiarkit, joihin he kirjoittivat ajatuksensa ylös, josta tein yhteenvedon. Henkilökunta pohti ryhmissä aktiivisesti saamiaan teemoja. Pienryhmissä pohdittiin toimintakykymittareita, ravitsemusta, alkupalavereja ja kivunhoitoa.

FIM- toimintakykymittari herätti keskustelua. FIM-mittarin käyttö ja haasteet eli miten hyödynnetään tuloksia. Kaavakkeen täyttäminen vaati paljon aikaa ja resursseja ja saattoi olla heikosti hyödynnettävissä geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hoidossa. FIM-mittarin haasteena oli geriatrisella lonkkamurtumapotilaalla mittarin tulkinnanvaraisuus. Heräteltiin uudelleen Barthel-mittarin käyttömahdollisuuksia ja päätettiin konsultoida asiaa sairaalan johdolta. Workshop-työskentelyssä emme käyneet vielä

läpi vielä keskeneräisiä haastattelutuloksia. Järkevämältä tuntui, ettei keskeneräistä työtä esitellä tuloksina, vaan ensin toteutetaan kaikki suunnitellut haastattelut.

Todettiin, että ravitsemuksen merkitys on tärkeä potilaan toipumisen kannalta, potilaille tarjoiltava proteiinilisä vahvistaa lihasmassaa. Ravitsemuksen merkitys nähtiin tärkeänä osana tehostamassa potilaan kokonaisvaltaista paranemista ja kuntoutumista. Proteiinilisät tulivat uutena käytäntönä aterioiden yhteyteen. Jokaisen kotoa tulleen lonkkamurtumapotilaan kanssa keskustellaan alkupalaverissa myös ravitsemuksen merkityksestä. Keskustelua herätti, pitääkö tulovaiheen MNA eli Mini Nutritional Assessment tehdä kaikille. Porin perusturvassa on olemassa ohjeistus, että MNA ja siitä niin sanottu lyhyt versio tehdään kaikille potilaille, joten käytäntö on näin ollen selkeä. MNA tehdään myös jatkossa kaikille. Myös riittävää nesteytystä ei sovi unohtaa. Hyvä nesteytys vähentää tulehduksia, kuten virtsatieinfektioita.

Yhteistyö potilaan ja läheisen kanssa aloitetaan heti hoidon alussa. Alkupalaveri on lyhyt yhteistapaaminen potilaan, hänen läheisensä kanssa. Alkupalavereista on hyviä kokemuksia. Alkupalaveriin osallistuvat potilaan ja läheisen lisäksi useimmiten lääkäri, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja ja vastuuhoitaja. Alkupalaverit koettiin tärkeiksi myös siksi, että potilas ja läheiset informoidaan heti alusta asti siitä, mitkä ovat hoidon tavoitteet. Tavoite on kuntoutua ja kotiutua, kuntoutuja itse asettaa myös tavoitteensa. Kirjaaminen on hoitotyössä tärkeää. Alkupalaverissa voidaan aloittaa jo kuntoutussuunnitelman tekeminen. Näin on helpompi myös sitoutua kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen. Kun alkupalaveri pidetään, ei useinkaan kotiutusvaiheessa ole loppupalaveriin tarvetta, vaan asiat voidaan sopia joko kasvokkain keskustellen tai puhelimitsekin. Alkupalaverien jälkeen potilaan tilannetta arvioidaan säännöllisesti yhdessä hänen kanssaan. Myös viikoittain henkilökunta arvioi niin sanotussa tiimipalaverissa kuntoutussuunnitelmien etenemistä. Läheisiin pidetään myös kaiken aikaa yhteyttä ja tarvittaessa pidetään vielä loppupalaveri. Usein kuitenkin esimerkiksi kotiutussuunnitelman tekeminen aloitetaan niin varhaisessa vaiheessa, että saadaan suunniteltua yhdessä potilaan kanssa oikea-aikainen kotiutus ja sinne tarvittavat tukitoimet.

Ajatuksia heräsi myös kivun hoidosta. Geriatriset lonkkamurtumapotilaat siirtyvät geriatriselle osastolle heti ensimmäisenä tai toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilaat ovat alkuvaiheessa tosi kivuliaita ja tarvitsevat alkumetreillä vahvoja kipulääkkeitä, sillä lääkitsemätön kipu ei saa olla este kuntoutukselle. Toki potilaan vointia tarkkailemalla ja häneltä kyselemällä pyritään kipulääkitystä keventämään heti, kun se on mahdollista. VAS-mittaria voidaan myös käyttää kivun arvioinnissa. VAS on kipujana, jonka vasen pääty kuvaa kivutomuutta ja oikea pahinta mahdollista kipua. (Terveyskylän www-sivut 2019.)

Keskustelua ja ajatuksia syntyi myös kaatumisriskien kartoituksesta. Sana oli vapaa ja pienryhmät pohtivat tämän hetken tilannetta. Keskustelua syntyi testeistä, niiden hyödyntämisestä ja mikä olisivat hyödylliset testit juuri geriatrisen lonkkamurtumapotilaan kohdalla. Muistipotilaat ovat oma erityisryhmänsä. Muistihoitajana sanoisin, että esimerkiksi EQ-5D kysely eli elämänlaatukyselyn tekemistä pitää harkita yksilöllisesti, jos potilaalla on jo diagnosoitu muistisairaus. Muistisairauden edetessä kokemus omasta toimintakyvystä ei aina ole realistinen, vaan muistikuva menneestä toimintakyvystä. Kuvaavatko vastaukset aidosti potilaan tuntemusta vai onko se enemmänkin hoitajan tulkinta, ja missä määrin voidaan myös läheisten tietoutta asiasta hyödyntää. Sovittiin, että EQ-5D kysely tehdään kuntoutujille, joiden kognitio on kunnossa. Kuntoutujan kaatumisriskikartoitukseen kuuluu muistitesti, mikä antaa tietoa kuntoutujan kognition tasosta.

Workshopissa todettiin yhdessä, että osastolla tehdään myös paljon ennaltaehkäisevää työtä. Potilaan suoriutumista päivittäistoiminnoista arvioidaan monin tavoin: keskustelemalla, havainnoimalla ja tekemällä erilaisia mittauksia. Tarkoitus on kartoittaa toimintakykyä kokonaisuutena, kuten kognitiota, mielialaa, kaatumisriskejä eli ei vain fyysistä suoriutumista, vaikka sekin on tärkeää. Mittareita on useita ja tärkeämpää on tulosten hyödyntäminen, ei niinkään mittaaminen. Osastojakson lopulla tehdään joskus myös kotikäyntipotilaan kuntoutuksen edetessä. Kotikäynneillä kartoitetaan potilaan sen hetkinen liikkumiskyky hänen omassa toimintaympäristössään. henkilökunnasta on mukana fysioterapeutti ja kuntoutusohjaaja. Kotikäynnillä voidaan samalla arvioida apuväline tarvetta ja muitakin tarpeiden arviointia. Kotikäynnit myös dokumentoidaan potilasasiakirjoihin.

Osaston workshopissa keskustelua herätti vielä kaatumisriskien kartoitus. Kaatumisriskikartoitusten tekeminen kuuluu kaikille työntekijöille ja mentäessä kohti vastuu-

hoitajamallia, se on silloin myös osa vastuuhoidajan työnkuvaa. Tärkeää on oivaltaa, että testejä ei todellakaan tehdä vain testaamisen vuoksi, vaan niillä pyritään osaltaan ennaltaehkäisemään uusia kaatumisia ja mahdollisia uusia murtumia. Mittarit kuuluvat arviointiin työkaluina ja niiden hyödyntäminen on osana geriatrista arviointia.

Workshopissa keskusteltiin myös geriatrisen lonkkamurtumapotilaan kotiutukseen liittyvistä erityispiirteistä. Kotiutusta suunnitellaan aina moniammatillisesti, esimerkiksi viikoittainen tiimipalaveri on hyvä paikka tehdä kotiutussuunnitelmaa ja aina tietysti jo ennen sitä keskustella asiasta potilaan ja usein myös hänen läheistensä kanssa. Kartoitetaan samalla myös tarvittavat apuvälinelainaamosta lainattavat apuvälineet ja mahdollisesti esimerkiksi rautakaupasta ostettavat tukikahvat ja ohjeistetaan niiden ergonomisesti oikeat kiinnityskohdat. Kotiin kohdennettavia palveluja, kuten kaupungin kotihoitoa, yksityistä kotihoitoa ja joskus myös kolmannen sektorin palveluja tarvitaan. Käytännöksi on muodostunut, että perusturvan kotiin annettavista palveluista fysioterapeutti menee tekemään vielä kotikäynnin potilaan kotiuduttua, jolloin voidaan varmistaa esimerkiksi jo osastolla harjoiteltujen portaiden kävely kotiympäristössä. Ravitsemusneuvonta on aina tärkeää ja potilaat saavat kotiutuessaan tiivistetyn tietopaketin ikääntyvän ravitsemuksesta.

Joskus ei vaan ole mahdollista palata turvallisesti enää kotiin. Silloin usein hoitokouksen jälkeen ja ylilääkärin luvalla voidaan käynnistää ympärivuorokautisen jatkohoitopaikan hakuprosessi. Haasteita tuo välillä pitkä jatkohoitopaikan odotteluai-ka. Odotteluai-ka tehostettuun palvelukotiin voi olla jopa kolmisen kuukautta. Myös jonopaikkoja missä odotellaan pysyvän hoitopaikan saamista, on kovin vähän.

Uutena ja toimivana käytäntönä workshopissa todettiin esimerkiksi potilaasta annettava tuloilmoitus Satasairaalaan, tieto tulee jo hyvissä ajoin jo päivää ennen potilaan tuloa. Kuntoutus kokonaisuudessa koettiin hyvin toimivaksi ja oikea-aikaiset apuvälineet koettiin hyvin toimivaksi asiaksi. Sillä kotiin lainattavat apuvälineet tukevat osaltaan kotiutuksen onnistumista, koska iäkkäiden toipilasvaiheessa olevien potilaiden olisi ainakin itse usein lähes mahdotonta lähteä apuvälineitä lainaamaan. Lonkkamurtumapotilaat kotiutetaan invataksilla ja apuvälineet kulkevat potilaan kotiin samalla invataksilla kuin potilas itse, toki ne voidaan lainata myös valmiiksi, jos niin

toivotaan. Apuvälineiden lainaaminen kotiutuvalle on jo ennestään vanhaakin toimintakulttuuria.

3.2 Prosessin aineistojen yhteenvetoa ja tuloksena saatu lonkkapotilaan kuntoutuspolkumalli

Uuden mallin kehittämiseen ja hyvien hoitokäytäntöjen ylläpitoon syntyi seuraavallaisia kehittämisideoita jatkuen toimenpiteistä prosessiksi: Teemana oli geriatrisen lonkkaliukumäki potilaan hyvät hoitokäytännöt ja myöhemmin kuntoutusasiakkaan kuntoutuspolku. Keskeisenä johtolankana oli voimavaralähtöisyys. Toimintaympäristönä opinnäytetyössä oli geriatrinen kuntoutusosasto ja myöhemmin kuntoutujan oma koti. Kehittämistyön prosessissa käytettiin tilastoja, kuntoutusasiakkaiden haastatteluja, päiväkirjamerkintöjä. Tärkeää oli myös osaston henkilökunnan kontribuutio, osastokokouksissa. Workshopissa yhdessä jalostettiin. Kehittämistyönkotiutusasioiden, ravitsemusasioiden ja jatkohoitosuunnitelman merkitys nousivat keskeisillä esille, joihin jatkossa kiinnitetään yhä enemmän huomiota. (Kuvio 7.)

OPINNÄYTETYÖNI : MITÄ JA MITEN TOTEUTETTIIN:

- **KONSTRUKTIIVINEN KEHITTÄMISTYÖPROSESSIN YHTEENVETOA:** TAVOITTEENA KUNTOUTUSPOLUN TÄSMENTYMINEN JA KEHITTÄMINEN ASIAKASLÄHTÖISESTI JA OSALLISTAEN KUNTOUTUJIA SEKÄ HENKILÖKUNTAA

KEHITTÄMISTYÖN TIEDONKERUUN MENETELMIÄ:

- TILASTOT
- KUNTOUTUJIEN HAASTATELUT KESKEISENÄ AINEISTONA
- PÄIVÄKIRJAMERKINNÄT
- OSASTON HENKILÖKUNNAN KONTRIBUUTIO
- OSASTOKOKOUKSET JA WORKSHOP

KEHITTÄMISTYÖN TULOKSENA SYNTYNEET TOIMINNAN PÄIVITTÄMISTARPEET JA UUDET TAVAT HAHMOTTAA KOKONAISUUTTA => KUNTOUTUSPOLKU JA SEN PÄIVITTÄMISEKSI TARKOITETUT TOIMENPITEET

- TOIMIVA KUNTOUTUSPOLKU **LONKKALIUKUMÄKI:**
- GERIATRINEN KOKONAI SARVIO
- KUNTOUTUS ALKAA HETI LEIKKAUKSEN JÄLKEEN
- RAVINNON MERKITYKSEN OHJAUS
- MITTARIEN PÄIVITYS JA TOIMINNAN VARMISTAMINEN
- PSYKKISEN HYVINVOINNIN TURVAAMINEN, TURVAVERKKO: OMAISET, YSTÄVÄT, KOTIHOITO, KOLMAS SEKTORI
- ENSISIJAINEN TAVOITE: KUNTOUTUJA KOTIIN OIKEA-AIKAISESTI, JOS KOTONA-ASUMINEN EI OLE ENÄÄ TURVALLISTA JATKOHOITOPAIKAN JÄRJESTÄMINEN
- KUNTOUTUJAN ANTAMAN PALAUTTEEN PYYTÄMISEN JA VASTAANOTTAMISEN KOROSTUNUT MERKITYS
- POTILAAN VARHAINEN TULOILMOITUS KÄYTÖSSÄ
- "KAATUMISEN PELON KÄSITTELEMISEEN PITÄISIKIN JATKOSSA KIINNITTÄÄ AIEMPAA ENEMMÄN HUOMIOTA LONKKAMURTUMIEN JÄLKEISESSÄ KUNTOUTUKSESSA." (EDGREN 2013.)
- KOTIUTUNEIDEN LONKKAMURTUMAPOTILAIDEN KOKEMUSTEN KÄSITTELY JA JAKAMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ

Kuvio 7 Opinnäytetyöni: mitä ja miten toteutettiin

Oikea-aikainen ja turvallinen kotiutus on tärkeää, samoin erilaisten tukiverkkojen tarjoaminen ja myös järjestäminen tarvittaessa. Ikäihmisen kuntoutuminen lonkkamurtumasta on pitkä prosessi. Siksi myös kotiutussuunnitelmat aloitetaan hyvissä ajoin yhdessä kuntoutujan kanssa.

Päivittäistoiminnoista selviäminen joko itsenäisesti tai autettuna on tärkeää, ravitsemuksen merkitys samoin. Yhdessä pohditaan muun muassa kotihoidon mahdollista tarvetta, kauppapalvelua, apteekkipalvelua, ja kolmannen sektorin ystäväpalvelua ja muita arjen kantavia tukiverkkoja. Oikea-aikainen kotiutus on yksilöllinen ratkaisu kunkin kuntoutujan kohdalla. Liian aikainen kotiutus saattaa johtaa uuteen sairaalajaksoon ja liian pitkä sairaalassaolo laitostumiseen. Kuntoutujille annetaan kotiutuksessa liikkumiseen ja itsensä kuntouttamiseen liittyviä ohjeita. Kuntoutajat saavat kotiutuksessaan myös Luustoliiton esitteitä, niissä on muun muassa liikkumiseen ja ravitsemukseen liittyviä ohjeita. Turvaverkon välttämättömyys korostuu, joillakin se on puoliso, toisilla esimerkiksi kotihoito. Lisäksi on tarjolla monenlaisia tukitoimia aina turvapuhelimesta sosiaalisiin tukiin. Moni voi kärsiä yksinäisyydestä ja silloin voidaan aina tarjota, esimerkiksi kolmannen sektorin ystäväpalvelua.

Kaikkien kohdalla kuntoutus ei etene toivotulla tavalla. Kuntoutujan kotona on voinut ennestään olla jo maksimiavut arkea tukemassa. Joskus on syytä tehdä yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa jatkohoitopaikkahakemus ympärivuorokautiseen palvelukotiin.



Kuvio 8 Hyviä hoitokäytäntöjä rakentavaa palautetta

Haastatteluista nousi kuntoutujien positiivinen kokemus saamastaan hoidosta. (Kuvio 8.) Kuntoutus koettiin pääsääntöisesti hyväksi, vaikka henkinen kantti saattoi olla lujilla. Haastateltavien mukaan kuntoutujan henkistä jaksamista tuettiin hoidon aikana ja kuntoutuksen aikana. Toki myös läheisten merkitys korostui ja heidän mahdollisuutensa tuen antamiseen. Lääkärinkiertoja toivottiin olevan useammin viikossa, sillä vuorovaikutus lääkärin kanssa on tärkeää. Kuntoutujalla on usein lääkärille paljon kysymyksiä. Kriittistä palautetta sai myös koneellinen ilmanvaihto. Asiakslähtöisyys on tärkeää. Kaikki kuntoutujat ovat yksilöitä. Siksi myös kuntoutuspolku vie toisilla hieman pidempään. Haastateltavat kokivat hankalina asioina oman päivittäisen toimintakykynsä puutokset ja hitaan kuntoutumisen. Potilaat kokivat osaston ilmapiirin hyväksi ja heidän vastaustensa perusteella myös itsemääräämisoikeus toteutui. Kyse on iäkkäistä ihmisistä ja heillä voi jo ennestään olla monenlaisia sairauksia. Lisäksi esiin nousi tärkeinä asioina sekä eettisyys että itsemääräämisoikeus. Kuntoutujat osallistuivat aina heitä koskevaan päätöksentekoon.



Kuvio 9 Keskeisiä kuntoutujien ajatuksia hyviin hoitokäytäntöihin ja mallin hahmottaminen

Lonkkamurtuma on trauma ja vaatii sekä lääketieteellistä että hoidollista apua. Asiakas on tämän kaiken keskiössä. Kuntoutujien tärkeitä tunteita ja ajatuksia välittyi haastatteluissa. (Kuvio 9.) Tukea antavat myös omaishoitajat kotona, muut potilaan läheiset ja vapaaehtoistyön tarjoamat palvelut. Jokaisella kuntoutujalla on omat tunteuksensa. Jokaisella on myös oma asenne kuntoutukseen. Kuntoutusta ei voi ulkoistaa. Kannustuksen ja ohjauksen myötä oma sisäinen kuntoutuja pitäisi aina herätä. Aina, kun näin tapahtuu, myös kuntoutuminen etenee voimavara- ja lähtöisesti.

4 PROSESSIN ARVIOINTIA

4.1 Kehittämistyön eettinen pohdinta

Kun lonkkaliukumäki geriatrisella osastolla käynnistyi, halusin olla osaltani sen kehittämistyössä mukana. Geriatrinen hoito- ja kuntoutustyö on mielenkiintoista, mutta samalla vaativaa, sillä ikäihmisen hoito vaatii usein laaja-alaista osaamista. Ikäihmisellä on oikeus saada hoitotarpeensa arvioiduksi, tulla kuulluksi ja tulla hoidetuksi kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti. Ikääntyvän tilannetta pitää arvioida aina häntä itseään kuullen, on otettava huomioon myös ikäihmisen terveystilanne ja sosiaalinen ympäristö. Lisäksi kuntoutuvan ympärillä oleva läheisverkosto on joko laajuudessaan tai minimaalisuudessaan hyvin tärkeä huomioitava asia. Ikääntyvä henkilö pitää tulla hoidetuksi kokonaisuutena. Koin tärkeäksi kehittämistyössäni, että työni liittyi haastatteluprosessi.

Kehittämistyölleni oli mielestäni lonkkaliukumäen kuntoutusprosessin kehittämisen myötä tilausta. Ikäihmisten määrän lisääntyessä valitettavasti myös uusien murtumien määrä kasvaa. Yli 80-vuotiaat ovat nopeimmin kasvava ikäryhmä. 90 prosenttia yli 75-vuotiaista ja valtaosa 90 vuottakin täyttäneistä asuu omissa kodeissaan. Yli 75-vuotiailla toimintakyvyn kehitys ei kuitenkaan ole ollut yhtä hyvää kuin nuoremmilla eläkeläisillä. Lisäksi ikääntyneillä on merkittäviä sekä sosioekonomisia eroja että toimintakyvyn eroja. (Vuotilainen & Tiikkainen 2009,7.) Mielestäni oli tärkeää kuulla asiakasta ja hänen kokemuksiaan hänen omassa toimintaympäristössään, kun leikkauksesta oli jo kulunut aikaa. Hyvä toimintakulttuuri edellyttää että, päätökset ja linjaukset ovat sopusoinnussa ammattihenkilöstöneettisten periaatteiden kanssa. Lainsäädäntö määrittää hoitohenkilökunnan toimintaa.

Muistisairaahan ihmisen kohdalla tämä ei ole mahdollista silloin, kun ihminen ei itse enää kykene tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. (Muistiliiton www-sivut 2016.) Ikäihmisten haastattelussa kirjoittajia muistutetaan siitä, että haastattelijan pitää ottaa huomioon heidän mahdolliset fyysiset ja kognitiiviset rajoitteensa. Heikko kuulo tai muisti vaikeuttaa haastattelun suorittamista. (Ruusuvuori & Tiittula 2009, 127.) Haastateltaviksi en valinnut muistisairaita asiakkaita. Muistisairaat kykenevät

kyllä vastailemaan kysymyksiin, mutta haastattelu tapahtui kuitenkin vasta noin kaksi kuukautta kotiuttamisen jälkeen ja mielestäni ei olisi ollut eettisesti oikein haastatella asiakkaita, joiden lähimuisti on merkittävästi heikentynyt. Yleisesti eettisenä pohdintana voin todeta, että kaiken kaikkiaan yhteistyö potilaan läheisten kanssa on vahvistunut ja kotiutukset ovat entistä laadukkaampia. Kuntoutujien haastatteluista nousi esiin muun muassa psyykkisen tuen tärkeys. Tiivis yhteydenpito potilaan läheisiin korostuu varsinkin muistikuntoutujan kohdalla.

Tärkeää oli koostaa nyt, mitä on jo kehitetty ja pilotoituna sekä reflektoida sitä mm. Käypä hoito-suositukseen. Tässä kehittämistyössä kyettiin luomaan uusia toimintamalleja, jotka synergisoivat Käypä hoito-suosituksen kanssa. Tarkoitus on jatkossakin kehittää tätä systemaattista hoito ja kuntoutuspolkua geriatriselle lonkkamurtumapotilaalle. Hoito alkaa tuoreen lonkkamurtumapotilaan hoitona. Potilas on osastolle tullessaan jo enemmänkin geriatrinen kuin kirurginen ja se näkyy kokonaisuuden huomioinnissa. Toiminta vaatii kehukset ja pelisäännöt siitä, miten toimitaan, sillä muuten hoito- ja kuntoutuspaketti jää vaillinaiseksi. Hyvin laaditut hyvät hoito- ja kuntoutuskäytännöt ja niiden kirjalliset ohjeet palvelevat myös uusia työntekijöitä, sillä kirjallinen kooste hyvistä hoito- ja kuntoutuskäytännöistä toimii myös perehdytyksenä. Lonkkaliukumäki on nyt virallinen ja käytännössä toimivaksi todettu hoitopolku Satasairaalan kirurgisen osasto 2:n ja osastomme välillä. Sana lonkkaliukumäki on sovittu viralliseksi termiksi yhdessä Satasairaalan kirurgisen osaston 2:n kanssa.

4.2 Oma kasvuni opinnäytetyöprosessin aikana

Haastattelut olivat ihan uutta minulle siinä mielessä, että vaikka työssäni haastattelen ihmisiä paljonkin se, että menin heidän kotiinsa sairaalasta kotiutumisen jälkeen, oli minulle uusi tilanne. Arviointiin liittyviä kotikäyntejä olen tehnytkin, silloin arvioidaan yleensä perusliikkumista omassa toimintaympäristössä ja pohditaan yhdessä potilaan ja usein myös hänen omaisensa kanssa millaisilla avuilla olisi turvallista kotiutua. Nyt siis olin menossa haastattelemaan sairaalajakson jälkitunnelmia, jokaiselle haastateltavalle oli samat kysymykset. Vuorovaikutus ja kohtaaminen toteutuivat

hyvin. Kuntoutujien haastattelu liittyi opinnäytetyöhön, mutta todennäköisesti se olisi resurssien salliessa erittäin hyödyllinen myös jatkuvana käytäntönä.

Koin haastattelut hyvin tärkeäksi osaksi opinnäytetyötä, sillä miten voisin kehittää hyviä hoitokäytäntöjä osaltani, kuulematta potilasta ja hänen kokemuksiaan, ilman palautetta, en mitenkään. Tein itselleni lyhyitä päiväkirjamerkintöjä kohtaamisista myös itselleni hieman erilaisessa roolissa. Koti toimintaympäristönä herätti paljon positiivisia ajatuksia. Oman kotiympäristön parantava vaikutus oli nähtävissä. Läsneä olivat rakkaat ja tutut esineet, valokuvat ja omat askareet. Lähinnä itseäni puhutteli, kuinka tärkeää on heti lonkkamurtuman jälkeen, alkaa toivon valaminen kotiutumisesta. Ammatillinen kasvuni geriatristen lonkkamurtumapotilaiden hoitoon liittyen on vahvistunut. Aiheeseen tutustuttuani ja työskenneltyäni osastolla, missä geriatrisia lonkkamurtuma potilaita hoidetaan, teema on päivittäinen. Lonkkaliukumäki on olemassa Satasairaalan ja oman osastoni välillä. Tärkein kasvun paikka on kuitenkin edelleen tietoisuus miksi tätä työtä tehdään. Olemme potilasta ja kuntoutujaa varten. Se ei ole vain ajan myötä inflaation kärsinyt fraasi, vaan täyttä totta jokapäiväisessä arjessa. Termistö on mielenkiintoinen seikka, kuten myös sen pohtiminen, miten asiakas, kuntoutuja, muuttuu potilaaksi sairaalaan tultuaan ja takaisin taas asiakkaaksi meiltä kotiuduttuaan.

4.3 Kehittämisen tulevaisuuden näkymiä

Osasto T5 muuttaa fyysisesti toisiin tiloihin vielä loppuvuodesta 2019 ja osasto muuttaa nimensä silloin osasto T7:ksi. Lonkkaliukumäki säilyy, mutta osasto pienee potilaspaikoiltaan ja keskittyy yhä enemmän geriatristen lonkkamurtumapotilaiden hoitoon. Stetlerin malli eteni valmisteluista, asioiden tarkastelusta, eräänlaisesta laadunvalvonnasta aina vertailevaan arviointiin ja päätöksen tekoon ja käytännön soveltamiseen asti. Opinnäytetyön aikana pidettiin osastotunteja, workshop, pienempiä aivoriihi-tyyppisiä palavereja, moniammatillisia tiimipalavereja. Edellä mainituissa palavereissa pohdittiin, miten osastolla lonkkakuntoutusprosessi etenee. Tarkastettiin osteoporoosin hoitokäytäntöjä, pilotoitiin toimintakykymittareita ja tehtiin valintoja arvioinnin työkaluja koskevia valintoja. Myös viikoittaisissa tiimipalavereissa seuratiin

tiin lonkkaliukumäen kehittymisprosessia. Malli kehittyi toimivaksi lonkkaliukumäeksi, jossa kuuluu myös kuntoutujan ääni. Opinnäytetyötä toteutettiin konstrukttiivisesti, toimintatutkimuksellisesti mallintaen työyhteisön kanssa yhdessä pohtien.

Mitä enemmän kertyy kokemusta geriatrinen lonkkamurtumapotilaiden hoidosta, sitä enemmän voimme hioa lonkkaliukumäki käytäntöjä. Potilailta saatu palaute on loistava potilaiden hoitokäytäntöjen mittari. Palautteet käydään säännöllisesti läpi yhteisillä osastotunneilla. Kaikessa hoitotyössä täytyy pitää itse perustehtävä mielessä ja se on asia mikä ei muutu edes tulevaisuudessa. Iäkkäitä ihmisiä on jatkossa yhä enemmän ja se tietää myös lonkkamurtumien lukumäärän kasvua. Lääkäritilanne on haasteellinen välillä. Toivottavaa olisi, että sama lääkäri voisi olla yhtäjaksoisesti pidempään osastonlääkärinä, kun kuntoutujien hoitajakset ovat pitkiä ja tällöin kokonaisnäkemys tilanteesta olisi ehyempi.

5 LOPUKSI

Kokonaisuuden kannalta on tärkeää ymmärtää valtakunnalliset linjaukset, jotta voi miettiä miten geriatrisen osaston lonkkaliukumäkiprosessi toimii. Geriatriset lonkkamurtumapotilaat ovat yksi iso kuntoutujaryhmä sekä valtakunnallisesti että paikallisesti Porin perusturvassa. Geriatrisen kokonaisvaltainen kuntoutus on paras tapa kuntouttaa iäkkäitä lonkkamurtumapotilaita. Geriatriset lonkkamurtumapotilaat kaatuvat pääasiassa sisätiloissa. Tärkeintä olisi murtumien ennaltaehkäisy siinä määrin kuin se on mahdollista. Lonkkamurtuma vaikuttaa hyvin paljon ikäihmisen elämäntilaan, ei vain fyysisesti, vaan myös muistitoimintoihin ja mielialaan.

Tulevaisuuden kehittämistyössä on yhä enemmän painopistettä hoidon rinnalla siirrettävä myös ennaltaehkäisyn suuntaan. Geriatrisilla lonkkamurtumapotilailla on

kaikilla takanaan jonkinlainen trauma. Potilas saa osastolla tarvitsemansa hoidon ja kuntoutuksen, mutta tärkeää on myös potilaan geriatrinen kokonaisarvio. Tällöin fyysisen toimintakyvyn rinnalla ovat tärkeinä muistiin ja mielialaan liittyvät seikat. Toimintakyvyn kartoitusta tehdään havainnoimalla, keskustelemalla ja erilaisten testien avulla. Tärkeää on jatkosuunnitelma myös hoidon ja kuntoutuksen suhteen sekä kotiutuksen oikea-aikainen ja laadukas toteutus. Kotiutuvat potilaat saavat informaatiota ja tietoa koskien kuntoutusta ja ylipäättään heidän hyvinvointinsa ylläpitoa: luustoliiton tietopaketin luustoterveydestä on yksi tällainen. Se on selkokielineen ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvä ohjeistus. Osastollamme on järjestettyjä iltoja potilaille ja heidän läheisilleen jatketaan. Aiheenani on ollut muun muassa kaatumisriskit. Palautetta hoidosta kerätään potilailta kaiken aikaa ja se antaa tärkeää tietoa hoitomme ja kuntoutuksemme laadusta. Geriatrien lonkkamurtumapotilaan hyvään hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseen keskitytään kokonaisvaltaisesti myös jatkossa.

Valtakunnan tasolla on mietitty jo pitkään, miten kuntoutetaan geriatrisia lonkkamurtumapotilaita. Porissa voitiin toteuttaa nyt pitkän suunnittelun, pilotoinnin ja jo kokemuksenkin pohjalta oma lonkkaliukumäki. Hoito ja kuntoutus pohjautuvat Käypä hoito-suositukseen. Asiakas on oikeutettu hyvään hoitoon ja henkilökunta toteuttaa sitä. Ohjeistus auttaa myös uusien työntekijöiden perehdytystä. Isojen linjausten yhteydessä pidetään kuitenkin itse perustehtävä kirkkaana mielessä. Tarkoituksemme on hoitaa ja kuntouttaa asiakasta. Lonkkaliukumäki on ollut nyt toiminnassa jo niin pitkään, että yhdessä Satasairaalan kanssa on todettu sen toimivuus. Myös potilailta kerätty palaute on pääsääntöisesti positiivista kuten myös haastattelujen tulokset.

Perustehtävä on ikäihmisen auttaminen, hoitaminen ja kuntouttaminen. Siksi pelkät ammattilaisten visiot eivät yksin riitä, vaan tarvitaan myös kuntoutujan palaute ja osallistuminen yhteistyöhön sekä osastolla että kotiutuksen jälkeen. Tukitoimia tarvitaan usein myös kotiutuksen jälkeen, mutta kuntoutuja itse päättää pitääkö esimerkiksi ateriapalvelun jatkossa vai ei pidä. Potilaanpalautteita tarvitaan, jotta voidaan yhä jatkossakin parantaa hyviä hoitokäytäntöjä. Käypä hoito-suositus antaa raamit toiminnallemme, mutta asiakkaan ääntä pitää kuunnella myös. Eettinen pohdinta on työssä kaiken aikaa läsnä ja sen äärelle olen itsekin huomannut ajatukseni yhä syvemmälle kulkevan. Ammatillinen kasvu ei lopu koskaan. Päivittämällä osaamistaan ja pitämällä mielensä avoimena uudistuksille luovat pohjan aktiiviselle kehittämis-

prosessille. Asiakkaan kunnioittava kohtaaminen ja itsemääräämisoikeuden huomiointi ovat hyvä pohja rakentaa kehittämistyötä lonkkaleikattujen kuntoutujien prosesseissa.

LÄHTEET

Duodecim terveyskirjaston www-sivut. Viitattu 26.6.2019

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00055

Edren, J. 2013. Kotikuntoutus lonkkamurtuman jälkeen voi säästää laitoshoidolta. Lääkärilehti. Viitattu 3.10.2019.

<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kotikuntoutus-lonkkamurtuman-jalkeen-voi-saastaa-laitoshoidolta/>

Hantikainen, H. 2018. Kinestetiikka. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria. Helsinki: Edita Prima.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2018. Tutki ja kirjoita. 22. painos. Porvoo: Bookwell oy.

Heikkinen, T. & Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Geriatria.

Huusko, T. 2018. Lonkkamurtumapotilaan vaikuttava kuntoutus. Luento Heurekassa 8.2.2018

Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013. Tutkimus hoitotieteessä
Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kinestetiikka yhdistyksen www-sivut 2019. Viitattu 12.10.2019.

<https://www.kinestetiikka.fi>

Kivelä, S-L. & Vaapio S. 2011. Vanhana tänään. Eesti: Tallinna Raamatutrukikoda.

Komscha, P. 2018. Lonkkaliukumäki. Ohje.

Kulmala, J. 2019. Hyvä vanhuus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Käypähoidon www-sivut. 2017. Viitattu 6.11.2019

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50040>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Vanhuspalvelulaki 2012. L 28.12.2012/980

Laurila, J. 2018. Iäkkään kuntoutuksen erityispiirteet. Luento Helsingissä Edumarin koulutus. Vireä vanhuus.30.1.2018.

Luustoliiton www-sivut. 2019. Viitattu 15.10.2019.

<https://luustoliitto.fi/mita-osteoporoosi-on>

Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S., Kujala, S. & Tola, S. 2004. Toimintakyky. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Methodix www-sivut. 2019. Viitattu 24.11.2019.

<https://methodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>

Muistiliiton www-sivut. Viitattu 24.10.2019. <https://www.muistiliitto.fi>

Pajulammi, H. & Nuotio M. 2018. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 20, 134. Viitattu 24.11.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14567>

Pietilä, A-M, 2010. Terveiden edistäminen teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY, pro Oy.

Pikkarainen A., Vaara, M.& Salmelainen, U. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Tampere: JuvenesPrint. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Tampere: JuvenesPrint - Tampereen yliopistopaino Oy.

Pitkälä, K.& Savikko, N.& Routasalo, P. 2005. Kuntoutuksen solmukohtia. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Porin kaupungin www-sivut 2019. Viitattu 6.8.2019.

<https://www.pori.fi/organisaatio/toimialat/perusturva>

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2009. Haastattelu. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Saarela, M. & Valvanne, J. 1999 Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 15, 115. Viitattu 24.11.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1999/15/duo90400>

SAMK:n FINNAN www-sivut. 2019. Viitattu 7.11.2019.

<https://samk.finna.fi/>

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Seitz D., Gill, S., Austi, P., Bell, C., Andesson, G., Gruneir, A., Rochon, P. Rehabilitation of older adults with dementia after hip fracture. The American Geriatrics Society: 47. Viitattu 7.8.2019.

Suomen kinestetikkayhdistyksen www-sivut. 2019. Viitattu 7.6.2019.

<https://www.kinestetikka.fi>

Stetler, C. T. 2001. Updating the Stetler model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook* 49(6), 272-279.

Tarnanen, K., Huusko, T., Jämsen, E., Holm, A., Malmivaara, A. & Mattila, V. 2018. Lonkka murtui tavoitteena takaisin kotiin. Viitattu 13.8.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00055

Terveyskirjaston www-sivut 2018. Viitattu 20.11.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=khp00055

Terveyskylän www-sivut 2019. Viitattu 20.11.2019

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

THL:n www-sivut 2019. Viitattu

5.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-lait-ja-suositukset>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria.

UKK instituutin www-sivut 2011. Viitattu 19.8.2019.

http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/678-Piirtola_Huusko_Lonkkamurtumat_KH_Hoivapalvelut_2011.pdf

Valviran verkkosivut. 2016. Viitattu 25.9.2019. <https://www.valvira.fi/>

Valviran verkkosivut. 2019. Viitattu 12.10.2019.

<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet>

Vuotilainen, P. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Vivagon verkkosivut. 2019. Viitattu 25.11.2019. <https://www.vivago.fi/>

Waris, P. 2015. Luustotieto lehti.16-17. Viitattu 1.10. 2019.

https://luustoliitto.fi/wp-content/uploads/LUUSTOTIETO_3_2015.pdf

Williams, X. 2003. Torju osteoporoosi. Kiina: Imprese Oy.



TUTKIMUSLUPA PYYNTÖ

Porin perusturvassa on käytössä lonkkaliukumäki. Perusturvassa työskentelevä kuntoutusohjaaja Merja Koskinen tekee tutkimusta geriatrisen lonkkamurtumapotilaan hyvistä hoitokäytännöistä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kuntouttavan hoidon vaikuttavuutta. Voiko teitä haastatella kyseiseen tutkimukseen osastolla ja ottaa teihin yhteyttä kotiuduttuanne ja tulla kotiin vielä haastattelemaan?

Tiedot tallennetaan nimettöminä ilman henkilöllisyystietoja. Halutessanne voitte lukea haastattelukoosteen, jotta ajatuksenne on oikein kirjattu.

Tietojani saa käyttää Porissa _____ / _____ 2018

Allekirjoitus

|

Nimi _____ Hetu _____ Osasto _____

	Täydellisen apu	Täysin itsenäinen	Pvm pp.kk.vuosi						
1. ITSEHOITO									
a) ruokailu	1 2 3 4 5 6 7								
b) siistiytyminen	1 2 3 4 5 6 7								
c) peseytyminen	1 2 3 4 5 6 7								
d) pukeutuminen - ylävartalo	1 2 3 4 5 6 7								
e) pukeutuminen-alavartalo	1 2 3 4 5 6 7								
f) WC-toimet	1 2 3 4 5 6 7								
2. SULKIJALIHAKSET									
a) virtsarakon hallinta	1 2 3 4 5 6 7								
b) peräsuolen hallinta	1 2 3 4 5 6 7								
3. LIIKKUMINEN									
<i>SIIRTYMINEN</i>									
a) sänky, tuoli pyörätuoli	1 2 3 4 5 6 7								
b) WC	1 2 3 4 5 6 7								
c) amme tai suihku	1 2 3 4 5 6 7								
<i>LIKKUMINEN</i>									
d) kävely/pyörätuoli	1 2 3 4 5 6 7								
e) portaat	1 2 3 4 5 6 7								
Motoriset pisteet (1-3) yhteensä									
4. KOMMUNIKAATIO									
a) ymmärtäminen	1 2 3 4 5 6 7								
b) ilmaisu	1 2 3 4 5 6 7								
5. SOSIAALISET TAIDOT									
a) sosiaalinen vuorovaikutus	1 2 3 4 5 6 7								
b) ongelmien ratkaisu	1 2 3 4 5 6 7								
c) muisti	1 2 3 4 5 6 7								
Kognitiiviset pisteet (4-5) yhteensä									
Pisteet (1-5) yhteensä									
Mittaja									



Kotona asuvat iäkkäät LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FROP-Com Screen, Falls Risk for Older People)										
Nimi:										
Syntymäaika:										
Osoite / osasto / huone:										
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti										
Arvioinnin tekijä										
Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)										
ARVIOINTIPISTEET										
KAATUMISHISTORIA										
Kaatumiset edeltävän 12 kk aikana	Ei yhtään	(0 p.)								
	Yksi kaatuminen	(1 p.)								
	Kaksi kaatumista	(2 p.)								
	Kolme kaatumista tai enemmän	(3 p.)								
PÄIVITTÄINEN TOIMINTAKYKY										
Kuinka paljon henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toimissa kotona (ruuanlaitto, siivous, pyykki yms. kotityöt)? <i>Jos kaatunut, kirjataan tilanne ennen kaatumista.</i>	Täysin itsenäinen	(0 p.)								
	Selviytyy vähäisen avun turvin	(1 p.)								
	Tarvitsee paljon apua	(2 p.)								
	Tarvitsee apua lähes kaikissa toiminnoissa (3)	(3 p.)								
TASAPAINOKYKY										
Henkilöä pyydetään nousemaan istumasta seisomaan, kävelemään muutaman metrin eteenpäin, kääntymään ja palaamaan takaisin istumaan. <i>Jos apuväline käytössä, tehdään suoritus sen kanssa.</i> <i>Jos tasapainokyky vaihtelee suorituksen eri vaiheissa, pisteytys heikoimman vaiheen suorituksen mukaan.</i>	Ei havaittavaa tasapainon heikkoutta	(0 p.)								
	Jonkin verran tasapainon heikkoutta	(1 p.)								
	Selvästi heikentynyt tasapaino (tarvitsee hieman apua tai käyttää apuvälinettä)	(2 p.)								
	Tarvitsee jatkuvasti apua tai ei pysty lainkaan suoritukseen	(3 p.)								
PISTEET YHTEENSÄ										

Pisteet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kuinka paljon suurentunut kaatumisvaara	0,25 kertainen		0,7 kertainen		1,4 kertainen		4,0 kertainen		7,7 kertainen	
Kaatumisvaara	0–3 lievästi kohonnut				4–7 kohonnut			8–9 erittäin korkea		
Toimenpiteet	Tasapainokyvyn ylläpitäminen Liikuntakyvyn ylläpitäminen				Kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja yksilöllisten ehkäisytoimien toteutus			Välitön kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja toimenpiteiden käynnistäminen		

Lähde: Australian Guideline, community care. FROP-COM Screen (Mukaeltu), Russell MA, Hill KD, Blackberry L, Day LM, Dharmage SC. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment FROP-Com Screen (Falls Risk for Older People) tool. Age Ageing. 2008 Nov;37(6):634-9. Suomeksi käännöksen ©THL, IKINÄ, www.tapatutmat.fi

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

Myöhäisiän depressioseula GDS-15

Potilaan nimi: _____

Arviointipäivämäärä: _____

Syntymäaika: _____

Arvioija: _____

Myöhäisiän depressioseula GDS-15					
1. Oletteko periaatteessa tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN	10. Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä?	KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopunut monista riennoistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	11. Onko Teidän tällä hetkellä hyvä elää?	kyllä	EI
3. Tuntuuko elämäne tyhjältä?	KYLLÄ	ei	12. Tunnetteko itsenne nykyisellään joksinkin toivottomaksi?	KYLLÄ	en
4. Pitkästyttkö usein?	KYLLÄ	en	13. Tunnetteko olevanne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	kyllä	EN	14. Tuntuuko Teistä, että tilanteenne on toivoton?	KYLLÄ	en
6. Pelkäättkö, että Teille voi tapahtua jotain pahaa?	KYLLÄ	en	15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin Teillä?	KYLLÄ	ei
7. Tunnetteko enimmäkseen olevanne iloinen?	kyllä	EN	Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.		
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita?	KYLLÄ	en			

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

POTILAS: _____ SYNTYMÄAIKA: _____

TUTKIJA: _____ PVM: _____

Seuraavassa esitän Teille erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä kysymyksiä ja tehtäviä:

	Väärin	Oikein		Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt on?	0	1	13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne? (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)		
2. Mikä vuodenaika nyt on? (talvi = joulukuu, tammi, helmikuu kevät = maaliskuu, huhtikuu, toukokuu kesä = kesäkuu, heinäkuu, elokuu syksy = syyskuu, lokakuu, marraskuu; aina ± 1 vko)	0	1	PAITA RUUSU	0	1
3. Monesko päivä tänään on? (± 1 pv)	0	1	RUSKEA tai PALLO	0	1
4. Mikä viikonpäivä tänään on?	0	1	VILKAS AVAIN	0	1
5. Mikä kuukausi nyt on?	0	1	14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.		
6. Missä maassa olemme?	0	1	a) Mikä tämä on? – näytetään rannekelloa	0	1
7. Missä maakunnassa olemme?	0	1	b) Mikä tämä on? – näytetään lyijykynää	0	1
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi?	0	1	15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:		
9. Mikä on tämä paikka jossa olemme? (Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)	0	1	EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA	0	1
10. Monennessako kerroksessa olemme?	0	1	(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lausetta ei saa toistaa.)		
11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleen kolme sanaa. Kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa)			16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain. (Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)		
PAITA – RUSKEA – VILKAS			Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taivutkaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle. (Ohjeita ja lausetta ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa.)		
RUUSU – PALLO – AVAIN			Ottakaa paperin vasempaan käteen	0	1
PAITA RUUSU	0	1	Taivutkaa sen	0	1
RUSKEA tai PALLO	0	1	Asettakaa paperin polville	0	1
VILKAS AVAIN	0	1	17. Näytän Teille tekstin ”SULKEKAA SILMÄNNE”. Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta. (Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä.)	0	1
(Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu.) Toistoja _____ (enintään 5 kertaa).			18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mielenne mukaan. (ks. seuraava sivu) (Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)	0	1
12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän lopettamaan.			19. Voisitko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. (ks. seuraava sivu) (Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)	0	1
93.....	0	1			
88.....	0	1			
79.....	0	1			
72.....	0	1			
65.....	0	1			

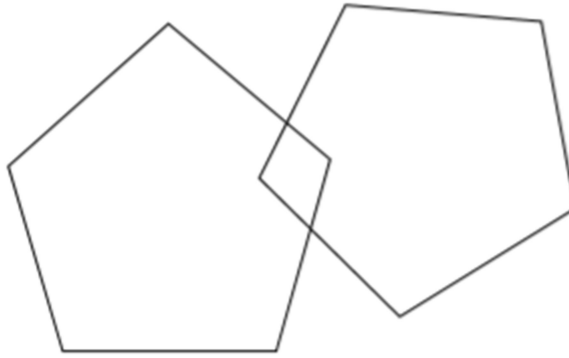
(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein

MMSE-testin pistemäärä _____ /30

LIITE 6

Kirjoittaisitteko lauseen tähän.

Piirtäisittekö tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion.



Nimi: _____

Pvm: _____

ATERIARYTMI

Kuinka monta kertaa päivässä syöt? Laske mukaan myös välipalat. _____

Kuinka monta lämmintä ateriaa syöt päivässä? _____

Tasainen ateriarytmi pitää nälän loitolla ja vireystilan hyvänä. Se vähentää myös jatkuvan napostelun tarvetta. Säännöllisellä ateriarytmillä tarkoitetaan noin 3-5 tunnin välein syömistä, jolloin päivän aika kertyy aterioita noin 4-5. Ateriat voivat olla esimerkiksi aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala. Lämpimiä aterioita on hyvä olla 1-2 päivässä. Syö myös aamulla reilusti ja monipuolisesti. Yöpaaston ei ole hyvä ylittää yli 11 tuntia, joten ravitseva iltapala on hyvä nauttia päivittäin.

PROTEIININ LÄHTEET

Kuinka monella aterialla syöt päivässä lihaa, kanaa, kalaa, kananmunaa tai palkokasveja? _____

Kuinka monta annosta maitotaloustuotteita tai soijapohjaisia tuotteita syöt päivässä? _____



Kala, kana, liha ja kananmuna ovat hyviä proteiinin lähteitä. Kala on lisäksi myös hyvä monitydyttymättömien rasvojen ja D-vitamiinin lähde. Lihaa, kalaa, kanaa ja/tai kananmunaa on hyvä nauttia 3-4 aterialla päivässä. Kalaa kannattaa syödä vähintään 2 kertaa viikossa eri kalalajeja vaihdellen. Pähkinät, sekä pavut ja linssit voivat korvata liha-annoksia.

Maitovalmisteet ovat hyviä proteiinin, kalsiumin, jodin ja monien vitamiinien, erityisesti D-vitamiinin lähteitä. Maitotuotteita on hyvä nauttia 3-4 annosta päivittäin, joka kattaa elimistön kalsiumin tarpeen. Yksi annos on esimerkiksi 2 dl maitoa/piimää/soijajuomaa, viiliä, rahkaa tai jogurtia, 2 – 3 viipaleta juustoa.

KASVIKSET

Kuinka monena päivänä viikossa syöt kasviksia? _____

Kuinka monta annosta kasviksia syöt päivässä? _____

Syö vähintään 3 annosta kasviksia päivittäin. Yksi annos on esim. 1,5 dl salaattia / raastetta tai keitetyjä kasviksia, 1 tomaatti, keskikokoinen porkkana ym.



MARJAT JA HEDELMÄT

Kuinka monena päivänä viikossa syöt marjoja ja/tai hedelmiä? _____

Kuinka monta annosta marjoja ja/tai hedelmiä syöt päivässä? _____

Syö vähintään 2 annosta marjoja ja/tai hedelmiä päivittäin. Yksi annos on 1 keskikokoinen hedelmä tai 1 dl marjoja sellaisinaan syötyinä tai marjakeittoina.

Kasvikset, marjat ja hedelmät sisältävät runsaasti kuitua, vitamiineja ja kivennäisaineita sekä muita hyödyllisiä yhdisteitä. Juureksia, vihanneksia, marjoja ja hedelmiä tulisi nauttia vähintään 500 g päivässä eli noin 5-6 annosta. Tästä määrästä marjoja ja hedelmiä tulisi olla noin puolet ja loput juureksia ja vihanneksia. Osa olisi hyvä nauttia kypsentämättöminä ja osa käyttää ruokien raaka-aineina.

EQ-5D Elämänlaatukysely

Valitse vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa tilannettasi juuri nyt.

1. Liikkuminen

Voin kävellä vaikeuksitta

1

Voin kävellä, mutta se on hankalaa

2

En pysty kävelemään

3 **2. Hygienia**

En tarvitse apua päivittäisissä toiminnoissa, kuten peseytyminen, syöminen ja pukeminen

1

Minulla on jonkin verran vaikeuksia pesemisessä ja pukemisessa

2

En pysty peseytymään ja pukemaan itse

3 **3. Päivittäinen aktiiviteetti**

(esim työ, opiskelu, taloustyöt, perhe- ja vapaa-aika)

Selviän päivittäisissä toimissani

1

Minulla on jonkin verran vaikeuksia päivittäisissä rutiineissani

2

En selviä itsenäisesti päivittäisissä rutiineissani

3 **4. Kivut / Vaivat**

Minulla ei ole kipua tai vaivoja

1

Minulla on jonkin verran kipuja ja vaivoja

2

Minulla on vaikeita kipuja ja vaivoja

3 **5. Pelko / masennus**

En ole rauhaton enkä masentunut

1

Olen jonkin verran rauhaton tai masentunut

2

Olen erittäin rauhaton tai masentunut

3

EQ-5D terveyskysely

Paras mahdollinen olotila

Voit arvioida terveydentilaasi tällä oikeassa reunassa olevalla mittarilla. Paras mahdollinen terveydentila vastaa asteikolla merkintää 100 ja huonoin mahdollinen terveydentila on 0.

Merkitse asteikolle oma arviosi siitä, mikä on tämänhetkinen terveydentilasi.

**Sinun
tämänhetkinen
terveydentilasi**

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Barthel indeksi

Ruokailu	Täysin autettava	0
	Osittain autettava, esim ruoan leikkaus	5
	Itsenäinen	10
Siirtyminen vuoteesta tuoliin	Vuodepotilas	0
	Pystyy istumaan, täysin autettava siirroissa	5
	Tarvitsee vähän apua	10
Siisteys: hiukset, hampaat ym	Itsenäinen	15
	Tarvitsee apua	0
	Itsenäinen	5
WC:ssä käynti	Tarvitsee apua	0
	Tarvitsee vähän apua	5
	Itsenäinen	10
Kylpeminen	Tarvitsee apua	0
	Itsenäinen	5
Liikkuminen	Vuodepotilas	0
	Vain pyörätuolilla 50 m	5
	Tarvitsee apua, kävelee 50 m	10
Kävely portaissa	Kävelee itsenäisesti 50 m	15
	Ei	0
	Tarvitsee apua	5
Pukeutuminen ja riisuutuminen	Itsenäinen	10
	Täysin autettava	0
	Tarvitsee apua	5
Suoli	Itsenäinen	10
	Täysin inkontinentti	0
	Ajoittain inkontinentti	5
Rakko	Normaali	10
	Täysin inkontinentti tai katetri	0
	Ajoittain inkontinentti, ei katetria	5
	Kontinentti	10



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sukunimi:	Eunimi:			
Sukupuoli:	ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipöytä 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ukona 2 = liikkuu ukona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkisiä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (vähimmäismaksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski viheravitsemukseen kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu	
Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R	
Arviointi	
G Acuuko haastattelava kotona 1 = kyllä 0 = ei	<input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
J Päivittävät lämpimät ateriat (ei sisältä puurot ja vellit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateria 2 = 3 ateria	<input type="checkbox"/>
K Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmistetta (maito, juusto, pähkinä, viili) päivässä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. leikkeissä) kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastaus 1.0 = jos 3 kyllä-vastaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annosta hedelmiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = valkea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Oikavarren keskikohdan ympärystmitta (OVY om) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Pohkeen ympärystmitta (PYM om) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Arviointi (maksimi 16 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ravitsemustilan arviointiasteikko	
24-30 pistettä	<input type="checkbox"/> Normaali ravitsemustila
17-23,5 pistettä	<input type="checkbox"/> Riski viheravitsemukseen kasvanut
alle 17 pistettä	<input type="checkbox"/> Aliravittu

Ref. Velaz B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-495.
Rubenstein LZ, Herker JO, Selva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Designing the "Short-Pain Mini-Nutritional Assessment" (MNA-SF). J Geriatr 2001;56A:1008-117.
Guigoz Y. The "Mini-Nutritional Assessment" (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10:495-497.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Nestlé
© Nestlé, 1994, Revision 2006. NUT2003 12569 10M
Cvorenčan teksti löydetty: www.reza-afshari.com -rezaafshari.

Lähde	Sisältää hyviä hoitokäytäntöjä: ger. lonkkamurtumapotilaan hoito (K/E)	
<u>Huusko, T.</u> 2001. Hip Fractures in Central Finland and Geriatric Rehabilitation After Hip Fracture Operation (Lonkkamurtumat Keski-Suomessa ja lonkkamurtumaleikkauksen jälkeinen geriatrinen kuntoutus)		K
<u>Huusko, T.</u> , <u>Karppi, P.</u> , <u>Avikainen, V.</u> , <u>Kauhanen, H.</u> , <u>Sulkava, R.</u> 2009. Intensive geriatric rehabilitation of hip fracture patients		K
<u>Voutilainen, P</u> & <u>Tiilikainen, P.</u> 2009. Gerontologin hoitotvä		K

<u>Heikkinen, T.</u> & <u>Jyrkämä, J.</u> & <u>Rantanen, T.</u> 2013. Geriatria		K
<u>Pajulammi, H.</u> 2017. Lonkkamurtumapotilaiden hoito ja hoitotulosten enustetekijät ortogeriatrisen yhteistyön aikana : väestöpohjainen tutkimus		K
<u>Pikkarainen A.</u> & <u>Vaara, M.</u> & <u>Salmelainen, U.</u> 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen		K
<u>Pitkälä, K</u> & <u>Savikko, N</u> & <u>Routasalo, P.</u> 2005. Kuntoutuksen solmukohtia		K
<u>Salpakoski, A.</u> 2014. Mobility Recovery after Hip Fracture and Effects of a Multi-component Home-based Rehabilitation Program		K
<u>Tilvis, R.</u> & <u>Pitkälä, K.</u> & <u>Strandberg, T.</u> & <u>Sulkava, R.</u> & <u>Viitanen, M.</u> 2010. Geriatria		K

<u>SAMK:n</u> terveystieteen www-sivut		K
Suosittu Käypä hoito www-sivut		K

LIITE 13

Otteita päiväkirjasta:

14.3.2019: Nyt se on tehty ensimmäinen haastattelu asiakkaan kotona noin kaksi kuukautta osastolta kotiutuksesta. Tapaaminen oli lämmin ja rento. Osaltaan siihen saattoi vaikuttaa jo osastojakson aikana tapahtuneet toistuvat tapaamiset. Luottamuksen siltojen luominen asiakkaaseen on ensiarvoisen tärkeää. Hyviin hoitokäytäntöihin liittyen kuntoutujan äänen kuuleminen on ensisijaisen tärkeää.

Prosessipäiväkirjan pohdintaa:

1.9.2019: Kehittämistyön myötä uskon myös ammatillista kasvua edelleen tapahtuneen. Kehittämistyö on vahvistanut ajatuksiani esimerkiksi kaatumisriskien kartoituksessa. Lonkkaliukumäki elää käytännössä osastollamme, sen ydin on auennut. Lonkkaliukumäen ydin on kuntoutusprosessi mikä alkaa potilaan tullessa osastolle. Testejä ei esimerkiksi tehdä rutiininomaisesti ja vain testien vuoksi, vaan jokaisella kartoituksella on tarkoitus pyrkiä vähentämään mahdollisen seuraavan kaatumisen riskiä. Kaikkeen ei voida vaikuttaa, mutta paljon voidaan ihmistä auttaa, esimerkiksi muistisairautta jarruttaa lääkkeellisesti ja mielialaa kohentaa sekä lääkkeettömin että lääkkeellisin keinoin. Ilokseni olen huomannut, miten kaikkalainen yhteistyö potilaan läheisten kanssa on vahvistunut ja kotiutukset ovat entistä laadukkaampia. Tiivis yhteydenpito potilaan läheisiin korostuu varsinkin muistikuntoutujan kohdalla.

Koska olen ollut opiskehulun yhteydessä kaiken aikaa kokopäivätyössä, yhteys lonkkaliukumäkiprosesseihin on ollut katkeamaton. Toivon, että opinnäytetyön työpaikkalähtöisyys näkyy työssäni. Opinnäytetyössäni olen perehtynyt koko hoito- ja kuntoutuspolkuun.