

Marika Puttonen

Lonkkamurtumapotilaan laadukas hoito hoitajien näkökulmasta

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK
Kliininen asiantuntija

2020



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Marika Puttonen	Sairaanhoitaja ylempi AMK	Helmikuu 2020
Opinnäytetyön nimi		91 sivua
Lonkkamurtumapotilaan laadukas hoito hoitajien näkökul- masta		7 liitesivua
Toimeksiantaja		
Keski-Suomen Sairaanhoitopiiri		
Ohjaaja		
TtT Paula Mäkeläinen		
Tiivistelmä		
<p>Lonkkamurtumapotilaan hoito on vuosittain merkittävä summa maksettavaksi yhteiskunnalle. Arvion mukaan vuodessa yhden lonkkamurtumapotilaan hoito tulee maksamaan noin 30 000 €. Lonkkamurtuma lisää myös riskiä kuolleisuuteen, joten hoitoon ja kuntoutukseen tulee kiinnittää huomiota. Tärkeää on ennaltaehkäisevä työ, jotta kaatumista ei pääsisi tapahtumaan, mutta lonkkamurtuman jälkeen tärkeää on sekundaaristen kaatumisten ehkäisy.</p> <p>Vanhusten määrä tulee tulevaisuudessa lisääntymään ja sitä mukaa myös kaatumiset lisääntyvät. Keski-Suomessa lonkkamurtumaleikkauksia tehdään paljon ja hoitoprosessiin ja hoidon laatuun tuleekin kiinnittää huomiota.</p> <p>Keski-Suomeen valmistuu uusi sairaala NOVA vuonna 2020, jolloin lonkkamurtumapotilaiden hoito siirtyy Päivystys- ja infektio-osaston tehtäväksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidossa tarvitaan. Laadukkaan hoidon edellytys on tutkittu, näyttöön perustuva tieto, jonka pohjalta lonkkamurtumapotilaita hoidetaan. Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla saada päivystys- ja infektio-osaston hoitajille tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidosta ja vahvistaa heidän osaamistaan.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin haastattelemalla hoitajia, jotka hoitavat tällä hetkellä lonkkamurtumapotilaita. Haastattelu tehtiin teemahaastatteluna ja haastatteluun osallistui neljä (n=4) hoitajaa. Tutkimustuloksista käy ilmi, että lonkkamurtumapotilaan hoidossa tarvitaan laaja-alaista osaamista. Induktiivisen sisällönanalyysin perusteella saatiin kuusi pääluokkaa, jotka ovat: kliininen osaaminen, terveyden edistäminen, eettinen osaaminen ja asiakaslähtöisyys, kirjaaminen ja informointi, kommunikointi ja moniammatillisuus sekä hoidon osaamisen varmistaminen. Tämän lisäksi yhdistäväksi tekijäksi nousi näyttöön perustuva toiminta.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessin kehittämisessä sekä päivystys- ja infektio-osaston hoitajien osaamisen vahvistamisessa.</p>		
Asiasanat		
Lonkka, murtuma, hoitotyö, opinnäytteet, asiantuntijat		

Author (authors)	Degree	Time
Marika Puttonen	Master of Health Care	February 2020
Thesis title		91 pages 7 pages of appendices
High quality treatment of a hip fracture patient from the perspective of nurses		
Commissioned by		
Central Finland Health Care District		
Supervisor		
Paula Mäkeläinen		
Abstract		
<p>The treatment of hip fracture patients makes up significant amount to be paid by society each year. It has been estimated that the cost of treating one hip fracture patient will be approximately 30,000 € per year. Hip fracture also increases the risk of mortality, so treatment and rehabilitation should be given attention. Preventive work is important. It is very important to prevent falls. After hip fracture, preventing secondary falls is important.</p>		
<p>The number of elderly people will increase in the future and because of that, the number of falls will increase. There are many hip fracture operations in central Finland and attention should be paid to the treatment process and the quality of the care.</p>		
<p>The new hospital NOVA in Central Finland will be completed in 2020 and then the care of hip fracture patients will be transferred to the Emergency and Infection Department. The purpose of this thesis was to provide information on the treatment of a hip fracture patient and to bring the information to the nurses of the emergency and infection ward for quality treatment of the hip fracture patients.</p>		
<p>The thesis was done by interviewing nurses who are currently treating patients with hip fractures. The interview was conducted as a theme interview and four (n = 4) nurses participated on the interview. The results show that extensive knowledge is needed in the treatment of hip fracture patients. Based on inductive content analysis, six main categories were obtained: clinical competence, health promotion, ethical competence and customer orientation, recording and informing, communication and multi-professional care, and ensuring treatment expertise. In addition, evidence-based activities became the unifying factor.</p>		
<p>The results of the research can be used to develop the treatment process for the hip fracture patients and to strengthen the skills of the nurses in the nursing and infection department.</p>		
Keywords		
hip, fractures, nursing, theses, specialists		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TIETOPERUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET.....	8
	2.1 Sairaanhoidajan osaaminen.....	8
	2.2 Näyttöön perustuva toiminta.....	9
	2.3 Lonkkamurtuma.....	10
	2.4 Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa.....	12
	2.5 Lonkkamurtumapotilaan hoidon tarpeet vuodeosastolla.....	16
	2.5.1 läkkään potilaan kohtaaminen.....	16
	2.5.2 Kivun arviointi ja hoito.....	17
	2.5.3 Aktiviteetin ja asentohoidon huomiointi.....	20
	2.5.4 Kirurgisen haavan hoito.....	24
	2.5.5 Ravitsemuksen huomioiminen.....	24
	2.5.6 Nestehoidon ja erittämisen huomiointi.....	26
	2.5.7 Deliriumin tunnistaminen ja hoito.....	27
	2.5.8 Lääkityksen huomiointi.....	27
	2.5.9 Jatkohoidon suunnittelu.....	29
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	31
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	32
	4.1 Tutkimusmenetelmä.....	32
	4.2 Tutkimusjoukko.....	32
	4.3 Aineiston kerääminen.....	33
	4.4 Aineiston analyysi.....	34
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	38
	5.1 Kliininen osaaminen.....	39
	5.2 Terveyden edistäminen.....	47
	5.3 Eettinen osaaminen ja asiakaslähtöisyys.....	49
	5.4 Kirjaaminen ja informointi.....	51

5.5	Kommunikointi ja moniammatillisuus	52
5.6	Hoidon osaamisen varmistaminen.....	54
5.7	Näyttöön perustuva toiminta.....	56
6	TULOSTEN TARKASTELU	56
6.1	Lonkkamurtumapotilaan hoidossa huomioitavaa.....	56
6.2	Sairaanhoitajan osaamisen vaatimukset lonkkamurtumapotilaan hoidossa	63
6.3	Hoidon laadun varmistaminen	73
7	EHDOTUKSET HOIDON LAADUN VARMISTAMISEEN PÄIVYSTYS- JA INFEKTIO- OSASTOLLE	75
8	POHDINTA	76
8.1	Eettinen näkökohta.....	76
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus	77
8.3	Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet	78
	LÄHTEET.....	80

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Suostumus

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Liite 4. NRS 2002 -menetelmä

Liite 5. FRAT- lyhyt kaatumisvaaran arviointilomake

Liite 6. Estä painehaava. Riskikartoitus. KSSHP.

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan rooli potilaan hoidossa on merkittävä. Hoitohenkilökunnan on tärkeää ylläpitää ja päivittää osaamistaan, jotta potilaat saisivat laadukasta ja näyttöön perustuvaa hoitoa. Tutkittua tietoa syntyy runsaasti kaiken aikaa, siksi sairaanhoitajan on oltava jatkuvasti valmis päivittämään toimintatapaansa vastaamaan uusinta näyttöön perustuvaa tietoa.

Lonkkamurtumapotilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita vanhuksia. (Käypä hoito 2017a). Heidän hoitonsa vaatii osaamista ja tietämystä jo senkin vuoksi, että pitkittyessään hoito on taloudellisesti suuri menoerä. Esimerkiksi pelkäämään painehaavat aiheuttavat vuosittain merkittävät kustannukset, potilaan kärsimyksistä puhumattakaan (Hoitotyön suositus 2015).

Lonkkamurtuma lisää riskiä kuolemaan. Jopa 25 % iäkkäistä lonkkamurtumapotilaista menehtyy seuraavan vuoden aikana. Orto geriatriksella tiimillä eli ortopedin ja geriatrin yhteistyöllä riskiä kuolleisuuteen voidaan pienentää. (Pajulammi 2017, 79.) Fysikaalinen kuntoutus vähentää merkittävästi potilaiden kuolleisuutta, ja yhdistettynä geriatriseen kuntoutumiseen se lisää potilaiden kykyä itsenäiseen asumiseen (Lahtinen 2019, 82–84).

Opinnäytetyö on ajankohtainen siksi, että Keski-Suomen sairaanhoitopiiri tulee uudelleenjärjestelmään potilasryhmien hoitoa uuden sairaalan valmistuttua syksyllä 2020. Osana uudelleenjärjestelyä lonkkamurtumapotilaat hoidetaan jatkossa päivystys- ja infektio-osastolla, jossa kirurgisen potilaan hoitotyön ja erityisesti lonkkamurtumapotilaan hoidon erityispiirteiden osaaminen ei ole aiemmin ollut ydinosaamista. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidossa tarvitaan. Laadukkaan hoidon edellytys on tutkittu, näyttöön perustuva tieto, jonka pohjalta lonkkamurtumapotilaita hoidetaan.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kirurgisen osaston hoitajia. Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla saada päivystys- ja infektio-osaston hoitajille tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidosta ja vahvistaa heidän osaamistaan.

Jyväskylä on kaupunki, jossa on noin 141 000 asukasta, ja se on Suomen kaudunpungeista seitsemänneksi suurin. Jyväskylä sijaitsee Keski-Suomen maakunnassa. (Jyväskylä 2019.) Vuonna 2020 Jyväskylään on valmistumassa uusi keskussairaala. Uusi sairaala Nova on pienempi kuin nykyinen sairaala, vuodeosastopaikkoja tulee erikoissairaanhoidon 268 ja 100 paikkaa perusterveydenhuoltoon. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019b.)

Tällä hetkellä lonkkamurtumapotilaat hoidetaan kirurgisella osastolla. Osastolla hoidetaan ortopedisiä, käsikirurgisia, jalkateräkirurgisia, selkäkirurgisia ja tapaturmapotilaita. Potilaspaikkoja osastolla on 35. Osastolle tulee sekä päivystyksellisiä että elektiivisiä eli suunnitellusti leikattavia potilaita. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019a.)

Uudessa sairaalassa lonkkamurtumapotilaat sijoitetaan päivystys- ja infektioosastolle (POS). Päivystys- ja infektio-osastolla on tällä hetkellä 41 potilaspaikkaa, ja uuteen sairaalaan paikkoja tulee 48. Osastolla hoidetaan aikuispotilaita, joiden erikoissairaanhoidon tarve on arvioitu olevan alle kaksi vuorokautta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019a.) Lonkkamurtumapotilaiden uuden sijoittelun vuoksi hoidon jatkuvuuden, hoidon laadun ja osaamisen varmistamisen vuoksi opinnäytetyö on ajankohtainen. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa päivystys- ja infektio-osaston hoitohenkilökunnan perehdytystä lonkkamurtumapotilaiden hoitoon.

Opinnäytetyö on ajankohtainen myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ”potilas ensin” -strategiaa ajatellen. Strategian tavoitteena on varmistaa potilaiden hyvä, turvallinen, potilaslähtöinen ja näyttöön perustuva hoito. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018.)

2 TIETOPERUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET

Teoreettinen viitekehys muodostuu lonkkamurtumasta, lonkkamurtumapotilaan hoitopolusta ja lonkkamurtumapotilaan hoidon tarpeista vuodeosastolla sekä sairaanhoitajan osaamisen kuvaamisesta. Tietoa haettiin sähköisistä tietokannoista, Cinahl (EBSCO), Finna, Medic ja Pubmed sekä manuaalisella haulla ja kirjallisuutta tutkimalla. Sähköisistä tietokannoista tietoa haettaessa hakusanoina käytettiin lonkkamurtuman lisäksi kipu, ikääntynyt, muistisairas, kuntoutuminen ja näyttöön perustuva toiminta.

2.1 Sairaanhoitajan osaaminen

Sairaanhoitajakoulutusta ohjaa Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY, jota on muokattu direktiivillä 2013/55/EU. Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia on määritelty direktiivin mukaisesti yleissairaanhoitajan ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittäminen (yleSHarviointi) -hankkeessa. Opetus- ja kulttuuriministeriön tukemassa hankkeessa ovat mukana kaikki Suomen ammattikorkeakoulut (21 kpl), joissa on sairaanhoitajan (AMK) tutkintoon johtava koulutusta. Mukana on myös laajasti yhteistyökumppaneita. (Silen-Lipponen 2018.)

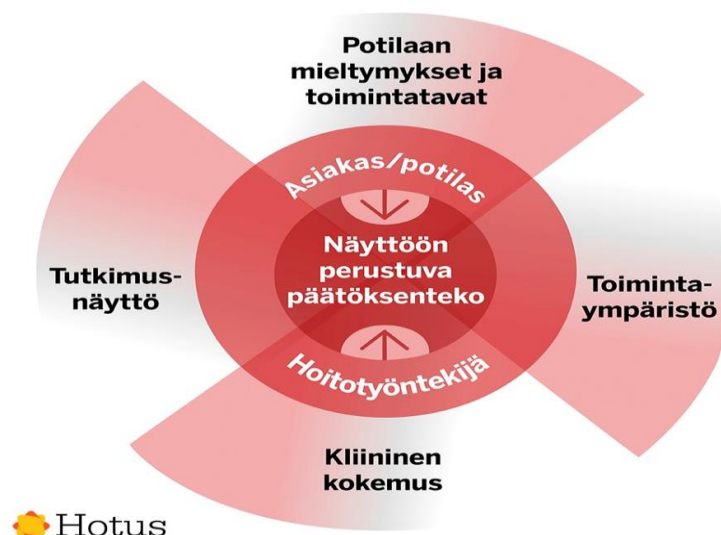
Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset on jaettu 13 eri osa-alueeseen, joita ovat (yleSHarviointi-blogi 2019)

1. Ammatillisuus ja eettisyys
2. Asiakslähtöisyys
3. Kommunikointi ja moniammatillisuus
4. Terveysten edistäminen
5. Johtaminen ja työntekijäosaaminen
6. Informaatioteknologia ja kirjaaminen
7. Ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen
8. Kliininen hoitotyö
9. Näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko
10. Yrittäjäyys ja kehittäminen
11. Laadun varmistaminen
12. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä
13. Potilas ja asiakasturvallisuus.

Asetus ammattikorkeakouluista (352/2003) edellyttää, että opiskelijalla on valmistuttuaan laaja-alaiset käytännölliset perustiedot ja -taidot. Sairaanhoidajalla tulee olla edellytykset kehityksen seuraamiseen ja edistämiseen sekä valmiudet jatkuvaan koulutukseen. Sairaanhoidajalla tulee olla riittävä viestintä- ja kielitaito sekä kansainvälisen toiminnan edellyttämät valmiudet. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003.)

2.2 Näyttöön perustuva toiminta

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) edellyttää terveydenhuollon ammattilaisten päivittävän tietojaan. Terveydenhuoltolaki (30.10.2010/1326) edellyttää, että toiminnot perustuvat näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Näyttöön perustuva toiminta (NPT) tarkoittaa parhaan, ajantasaisen tiedon hakua ja sen käyttöönottoa. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa (kuva 1) on tiedostettava, mikä on tarve ja mitä tavoitellaan. Toiminnassa käytetään parasta ja ajantasaista tutkimustietoa. Päätökset hoidosta tehdään yhdessä asiakkaan kanssa huomioiden vallitsevat olosuhteet toimintaympäristössä ja yhdistäen ammattilaisen kliininen asiantuntemus. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019a.)



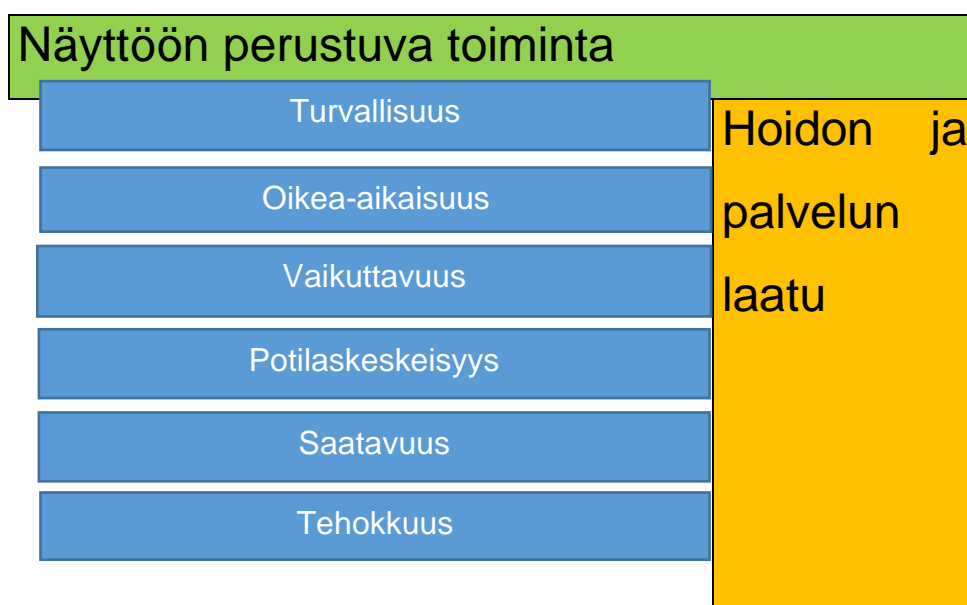
Kuva 1. Näyttöön perustuva päätöksenteko (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019a)

Hannele Saundersin (2016) mukaan sairaanhoitajat tuntevat pääsääntöisesti näyttöön perustuvan toiminnon käsitteenä, mutta he eivät sitä koe kuitenkaan

osaavansa käyttää, ja näin ollen näyttöön perustuva toiminta jää heidän mielestään toteuttamatta hoitotyössä. Tämän vuoksi olisi ensiarvoisen tärkeää, että hoitajien osaamista näyttöön perustuva toiminnassa vahvistettaisiin, jotta potilaat saisivat parhaan mahdollisen, korkeatasoisen ja laadukkaan hoidon. (Saunders 2016, 51–52.)

Näyttöön perustuvan toiminnan voi ajatella olevan myös kilpailuvaltti tulevaisuudessa, koska jatkossa ihmiset voivat valita palvelun tarjoajan esimerkiksi hoidon tuloksien perusteella. Toimintakäytännöt ja -prosessit voivat vaihdella paljon eri organisaatioissa johtuen eri syistä, mm. eroista kehittämistyössä. Potilaat voivat saada eritasoista hoitoa paikkakunnasta riippuen. (Holopainen ym. 2013, 11–33.)

Hoidon laatua voidaan kuvata tarkemmin kuuden osa-alueen avulla (kuva 2). Näitä ovat turvallisuus, oikea-aikaisuus, vaikuttavuus, potilaskeskeisyys, saatavuus ja tehokkuus. Näyttöön perustuva toiminta on tässä kaiken perusta, koska kaikkien kuuden osa-alueen tulee perustua tutkittuun tietoon, jotta potilaan saama hoito olisi laadukasta. (Korhonen ym. 2018, 31.)



Kuva 2. Näyttöön perustuva toiminta ja hoidon laatu. (Korhonen ym. 2018, 31)

2.3 Lonkkamurtuma

Lonkkamurtuma on vakava tapaturma, ja ilmaantuvuus kasvaa etenkin ikään-tyneillä (Piirtola 2011, 5). Potilaat ovat usein monisairaita, ja suurin osa lonkkamurtumista sattuu laitospotilaita (Käypä hoito 2017a). Kaatuminen ja

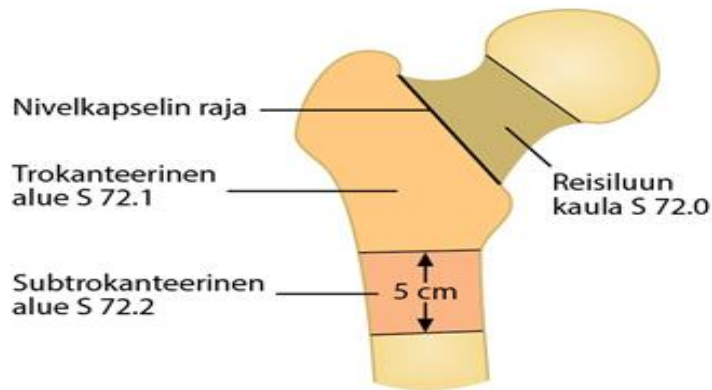
luun haurastuminen ovat lonkkamurtumien riskitekijöitä (Käypä hoito 2017a; Piirtola 2011, 5). Vuodenaikojen on todettu olevan myös yhteydessä lonkkamurtumiin, jolloin kesäkuukausina on tapahtunut vähemmän murtumia kuin esimerkiksi loka- ja joulukuussa (Clemens ym. 2019, 148–164).

Lonkkamurtumien ja kaatumisten taustalla voidaan havaita sisäisiä ja ulkoisia edesauttavia tekijöitä. Sisäisiä tekijöitä ovat ikääntymisen aiheuttamat muutokset, joita ovat esimerkiksi näön, tasapainon, kävelyn, lihasten ja luuston sekä sydän- ja verisuoniston muutokset. Sairaudet, lääkitykset ja pelko kaatumisesta lisäävät riskiä. Ulkoisia tekijöitä ovat mm. fyysinen ympäristö, kalusteet, kulkupinnat, valaistus ja myös kenkien sopivuus ja kunto. (Tideiksaar 2005, 26–42.)

Kaatumisten aiheuttavien seurausten vuoksi luuston tila on tärkeä. Luuston tehtävänä on kestää kehon kuormitusta, ylläpitää asentoa, suojata sisäelimiä, auttaa voimansiirrossa, osallistua mineraalitasapainon ylläpitämiseen ja tarjota suotuisaa ympäristöä verisolujen muodostumiselle. Luu voidaan jakaa kahteen tyyppiin: hohka- ja kuoriluuhun. Hohkaluuta on pienempien luiden sisäosissa ja pitkien luiden päissä. Kuoriluuta ovat kaikkein luiden pintaosat sekä pitkien luiden varsiosat. (Suominen 2002.) Naiset menettävät eläessään noin 50 % hohkaluustaan ja 30 % kuoriluustaan. Miehet vastaavasti menettävät 30 % hohkaluustaan ja 20 % kuoriluustaan. (Kelo ym. 2015, 14.) Luukato vaikuttaa erityisesti hohkaluuhun, mutta myös kuoriluuhun, jolloin lonkka- ja nikamamurtumien riski lisääntyy. Luukatoon liittyviä tekijöitä ovat hormonaaliset tekijät, ravitsemus, vähäinen liikunta, tupakointi ja alkoholi. (Kelo ym 2015, 14; Suominen 2002.) Osteoporoosia voidaan ehkäistä riittäväällä D-vitamiinin ja kalsiumin saannilla sekä riittäväällä liikunnalla. Liikunta auttaa lisäämään luun lujuutta. (Mustajoki 2019.) Veteraaniurheilijoilla voi olla jopa 50 % suurempi luuntiheys kuin liikuntaa harrastamattomalla (Kelo ym. 2015, 14).

Lonkkamurtumat lisäävät huomattavasti riskiä kuolleisuuteen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) mukaan Suomessa kuolleisuus oli 365 päivän jälkeen tapaturmasta 18,2 % vuosina 2011–2013. Lisääntynyt riski voi jatkua vielä vuosia tapaturman jälkeen (Abrahamsen ym. 2009). Kuolleisuus on suurinta potilailla, joilla yleiskunto on heikko ennen tapaturmaa. Riski suurenee sitä mukaa, mitä korkeampi ikä potilaalla on ja mitä enemmän potilaalla on pitkäaikais-sairauksia. (Cenzer ym. 2016.)

Lonkan murtumia ovat reisiluun yläosan murtumat. Ne voidaan jaotella reisiluun kaulan murtumiin (ICD-10: S72.0), trokanteerisiin murtumiin (S72.1) ja subtrokanteerisiin murtumiin (S72.2) (kuva 3). (Käypä hoito 2011.)



Kuva 3. Reisiluun yläosan murtumien jaottelu ja luokitus (ICD 10). (Käypä hoito 2011)

Vuonna 2015 lonkkamurtumia leikattiin Suomessa 6038 (Käypä hoito 2017a). Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vuonna 2014 lonkkamurtumia leikattiin 300-350 (Auvinen 2015). Lonkkamurtumapotilaiden hoito aiheuttaa vuosittain suuren menoerän. Lonkkamurtuman hoito vuodessa maksaa noin 30 000 € (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2017).

2.4 Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on lonkkamurtumapotilaille oma hoitoketju (kuva 4). Hoitoketjujen tavoitteena on sairauksien oikea-aikainen tunnistaminen, hoidon sujuvuuden lisääminen sekä lähetekäytäntöjen yhdistäminen. Hoitoketjut perustuvat Käypä hoito -suositukseen sekä näyttöön perustuvaan lääketieteeseen. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c.)



LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOKETJU		
Ensihoito	<u>LONKKAMURTUMAEPÄILYN TUNNISTAMINEN, KIVUNHOITO JA SIIRTO PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLE</u>	LISÄTIETOA KH <u>Lonkkamurtuman Käypä hoito -suositus</u> Hopo <u>Lonkkamurtumapotilaan hoidon ohjeistus Keski-Suomen keskussairaalassa</u> <u>Lonkkamurtumien ennaltaehkäisy</u>
Keski-Suomen keskussairaala	<u>HOITO PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA</u>	
	<u>HOITO ORTOPEDIAN OSASTOLLA ENNEN JA JÄLKEEN LEIKKAUKSEN</u>	
	<u>TOIMENPIDE LEIKKAUSOSASTOLLA JA HOITO HERÄÄMÖSSÄ</u>	
	<u>ORTOPEIDIN KONTROLLIT</u>	
Jatkohoito perusterveydenhuollossa	<u>HOITO JA KUNTOUTUS TERVEYSKESKUKSEN OSASTOLLA TAI KOTONA</u>	
	<u>PALVELUTARPEEN SELVITTÄMINEN</u>	
HOITOKETJUN TIEDOT		
<u>Tavoitteet</u>	<u>Päivitys</u>	<u>Työryhmä</u>

Kuva 4. Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c)

Ensihoito arvioi kaatunutta potilasta tapahtumapaikalla. Ensihoidossa käytetään tarkennettua arviointia eli ABCDE- protokollaa, jossa

A= Airway eli hengitysteiden tutkiminen. Varmistetaan, että potilaan hengitystiet ovat avoimet.

B= Breathing eli hengityksen arviointi. Mitataan happisaturaatio, hengitystaajuus ja kuunnellaan hengityssänet.

C= Circulation eli verenkierron varmistaminen. Mitataan verenpaine, pulssi ja otetaan EKG eli sydänfilmi.

D= Disability eli tajunnantason arviointi. Tajuntaa arvioidaan Glasgow`n koomasteikon (GCS) avulla. Potilaan ollessa täysin tajuissaan ja aikaan ja paikkaan orientoitunut, saa hän maksimissaan 15 pistettä, kun taas tajuton reagoimaton potilas voi saada minimissään 3 pistettä.

E= Exposure eli potilaan paljastaminen ja tarkempi tutkimus. Potilaan kipua arvioidaan ja lääkitään. Potilaan lämpötilaa tarkkaillaan sekä lämpömittarilla että raajoja tunnustelemalla. Potilasta tai hänen omaistaan haastatellaan ja selvitetään esimerkiksi lääkeaineallergiat. (Alanen ym. 2018, 24–56.) Lonkkamurtumapotilaan raaja voi olla virheasennossa tai sille ei voi varata. Tällöin tulee

tehdä päätös viedä potilas keskussairaalan päivystykseen. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017a.)

Päivystyspoliklinikalla potilaan molemmista lonkista ja lantiosta otetaan röntgenkuva, jotta varmistutaan murtumasta. Syy kaatumiseen on tärkeää selvittää. Varsinkin iäkkään lonkkamurtumapotilaan preoperatiiviset eli ennen leikkausta tehtävät tutkimukset ovat tärkeitä, koska niiden ja huolellisen anamneesin perusteella voidaan arvioida potilaan leikkauskelpoisuutta. Ennen leikkausta tutkitaan potilaan sydänfilmi, keuhkokuva ja hänestä otetaan verikokeita. (Käypä hoito 2014a.) Usein iäkkäillä potilailla on käytössä verenohennuslääke, siitä syystä verikokeilla selvitetään myös INR (International Normalized Ratio) eli tromboplastiiniaika. Ennen kuin potilas voidaan leikata, on verenvuotoriskin vuoksi arvo saatava alle 1,8. (Mustajoki 2018.)

Potilaan kipua tulee tarkkailla, arvioida ja hoitaa jatkuvasti. Sen lisäksi, että kipu tuntuu erittäin epämiellyttävältä, se aiheuttaa myös fyysisiä muutoksia elimistössä. Kivun vuoksi esimerkiksi hengitystoiminta voi huonontua ja verenkierto heikentyä. (Holmia ym. 2006, 177.) Kipua päivystyksessä hoidetaan sekä lääkehoidolla että lääkkeettömin menetelmin, joita ovat esimerkiksi asentohoito ja keskustelu. Ensiavusta potilas siirretään joko suoraan leikkausosastolle tai vuodeosastolle odottamaan leikkausta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017a.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on käytössä Medanets-sovellus, jonka avulla hoitohenkilökunta voi kirjata potilaasta havaintoja reaaliaikaisesti. Sovellukseen voi esimerkiksi lisätä mitatun virtsamäärän, jolloin tallennettu tieto siirtyy tietokoneelle kuumekurvalle. Sovelluksessa on myös erittäin tärkeä NEWS (National Early Warning Score) -ohjelma. (Medanets 2019.) NEWS-pisteytyksen on tarkoitus arvioida potilaan tilaa ja ennakoita mahdollista uhkaa (Alanen ym. 2018, 60–61). Ohjelmaan tallennetaan kuusi arvoa, joita ovat hengitystajavuus, happisaturaatio, lämpö, verenpaine, pulssi ja tajunnan taso. Ohjelma laskee näistä riskipisteet. Ohjelma neuvoo, missä vaiheessa on syytä soittaa lääkärille ja kuinka tiuhaan pisteytystä on toistettava. (Royal College of Physicians 2019.) Huomioitavaa on, että alhaiset pisteet eivät sulje pois potilaan vakavaa sairautta, joten potilaan yleisvoinnin säännöllinen seuranta ja havainnointi on

tärkeää (Alanen ym. 2018, 61). Medanets on käytössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä, ja sitä käytetään sekä päivystyksessä että vuodeosastolla.

Potilas pyritään saamaan leikkaukseen 24 tunnin sisällä, koska varhainen lonkkaleikkaus parantaa potilaan ennustetta (Käypä hoito 2017a). Potilaan raaja pyritään ensisijaisesti operoimaan niin, että sille voi alusta saakka varata täyspainoisesti. Heräämössä potilaan elintoimintoja, kipua ja eritystä seurataan ja mahdollinen kestokatetri poistetaan, ellei sen pitämiselle ole perusteltua syytä, koska se mm. lisää infektoriskiä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017a.) Kestokatetrin poisto on myös yhteydessä vähäisempään toimintakyvyn menetykseen ja tätä kautta matalampaan kuolleisuuteen (Pajulammi 2017, 70–71).

Vuodeosastolla hoito jatkuu moniammatillisesti. Hoitoon osallistuvat ortopedi, geriatri, hoitaja ja fysioterapeutti, joilla kaikilla on tärkeä rooli potilaan hoidossa. Ennen leikkausta huomioidaan kivunhoito, asentohoito, nestehoito, erittäminen, vitaalien seuranta ja mahdollisten komplikaatioiden havaitseminen. Leikkauksen jälkeen pyritään saamaan potilas liikkeelle mahdollisimman pian, koska aikainen liikkeellelähtö ehkäisee komplikaatioilta ja parantaa toimintakyvyn palautumista. Potilaan vointia seurataan samoin periaattein kuin ennen leikkausta ja lisäksi leikkaushaavan paranemista arvioidaan. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017a.) Tässä opinnäytetyössä vuodeosaston hoitoon paneudutaan myöhemmin lisää.

Potilas siirtyy jatkohoitoon joko terveyskeskuksen vuodeosastolle tai kotiin avoterveydenhuollon piiriin. Arvio jatkohoidosta tehdään moniammatillisesti, mutta tavallista on, että potilas siirtyy ensin terveyskeskussairaalaan kuntoutumaan, koska kotiutuessa potilaan tulisi selviytyä päivittäisistä toimita omatoimisesti. Jatkohoidossa potilaan kuntoutus on tärkeää. Voimakkaita kipulääkkeitä vähennetään asteittain ja huomioidaan potilaan yleistilaa, ravitsemusta sekä haavanhoitoa. Jatkohoitopaikassa tärkeää on myös huomioida ja tunnistaa riskit uudelleen kaatumiseen. Potilaan kotiutuessa tai pitkäaikaislaitokseen siirtyessä nämä riskit on syytä arvioida. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017a.)

Keski-Suomen keskussairaalassa lonkkamurtumapotilaat hoidetaan ortogeriatrisella työtavalla eli ortopedin ja geriatrin yhteistyönä. Geriatri Hanna Pajulammi tutki väitöskirjassaan (2017) lonkkamurtumien hoitoa, ja tutkimustulokset osoittivat, että geriatrin osallistuminen hoitoon parantaa sekä hoidon laatua että pienentää kuolemanriskiä. Niillä lonkkamurtumapotilailla, joilla on yli kolme lääkettä päivittäin käytössä sekä vähintään keskivaikea munuaisten vajaatoiminta tai muistisairaus, on suurempi kuolemanriski, kuin niillä potilailla, joilla näitä riskitekijöitä ei ole. Kestokatetri todettiin myös olevan yhteydessä toiminnankyvyn menetykseen ja sitä kautta suurempaan kuolleisuuteen. Ortogeriatrisella työtavalla pyritään vähentämään riskitekijöitä ja parantamaan lonkkamurtumapotilaiden hoitoa.

2.5 Lonkkamurtumapotilaan hoidon tarpeet vuodeosastolla

Lonkkamurtumapotilaan hoidon tarve vuodeosastolla muodostuu potilaan kohtaamisesta, kivun arvioinnista ja hoidosta, aktiviteetista ja asentohoidosta, haavan hoidosta, ravitsemuksen huomioimisesta, erittämisestä, deliriumin huomioimisesta sekä jatkohoidon järjestämisestä (Käypä hoito 2017a).

2.5.1 Iäkkään potilaan kohtaaminen

65-vuotias ja sitä vanhempi luokitellaan ikäihmiseksi. Huomioitavaa on, että tähän ryhmään kuuluu hyvin erilaisia ihmisiä. Taustaltaan vaihtelut ovat fyysisiä, psyykkisiä, sosioekonomisia sekä etnisiä. Ikäihmisen hoitotyössä korostuukin voimavaralähtöisyys, jolla korostetaan yksilön mahdollisuuksia tunnistaa omat voimavaransa hallita elämäänsä. (Hyttinen 2009, 42–47.) Jokainen ihminen on ainutkertainen, ja jokaisella on ihmisarvo, jota ei saa loukata. Ikääntyneen ihmisen hoitamisessa tämä tulee ymmärtää niin, että ikääntynyttä kohdellaan ainutkertaisena yksilönä ja hänen toiveitaan tulee kunnioittaa. (ETENE 2008.)

Iäkkään ja varsinkin muistisairaahan kohtaamisessa on tärkeää rauhallisuus, ystävällisyys ja hienotunteisuus. Potilaan pitää tuntea olevansa turvassa. (Kelo ym. 2015, 220.) Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä roolissa suhteessa potilaan käytösoireiden ilmaantuvuuteen. Dominoiva ja kiireinen hoitaja voi aiheuttaa potilaassa käytösoireita. (Hynninen 2016, 29.)

Myös omaiset täytyy huomioida hoidon aikana. He voivat olla järkyttyneitä ja kokea syyllisyyttä siitä, että eivät ole olleet paikalla tapaturman sattuessa. (Ti-deiksaar 2005, 23.) Omaisilta voi löytyä myös olennaista tietoa koskien esimerkiksi potilaan liikkumista ja lääkitystä, ja lisäksi omaisen läsnäololla voi olla rauhoittava vaikutus potilaaseen (Hynninen 2016, 58) ja tämän vuoksi esimerkiksi hoitotoimenpiteiden suorittaminen voi helpottua (Jämsen ym. 2015, 977–983).

2.5.2 Kivun arviointi ja hoito

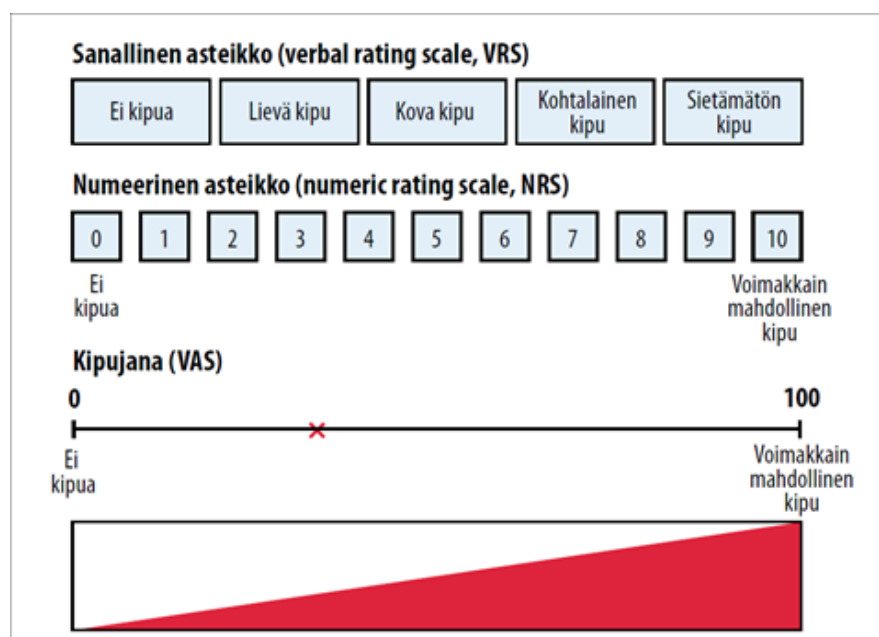
Lonkkamurtumapotilaiden tehokas kivunhoito on yhteydessä nopeampaan kuntoutumiseen (Chin ym. 2013, 2349–2360). Kipu on käsitteenä subjektiivinen kokemus. Paras asiantuntija kivun kokemuksesta on potilas itse. Kipu määritellään epämiellyttävänä kokemuksena, joka liittyy kudოსvaurioon tai sen uhkaan. (Käypä hoito 2017b; Pesonen 2011, 19–21.) Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään kivunlievitykseen (Valvira 2019a). Sen lisäksi, että kipu tuntuu erittäin epämiellyttävältä, se aiheuttaa myös fyysisiä muutoksia elimistössä. Kivun vuoksi esimerkiksi hengitystoiminta voi huonontua ja verenkierto heikentyä. (Holmia ym. 2006, 177.) Muistisaira potilas ja heidän omaisensa kokevat kivunhoidon ajoittain puutteelliseksi, jolloin potilaat eivät halua tehdä kuntoutusharjoitteita (Hynninen 2016, 50). Kivunhoidossa korostuu ohjaus, potilasta ohjataan ottamaan peruskipulääkkeet säännöllisesti ja kertomaan, jos kipua ilmenee, jotta sitä voidaan lievittää (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019f).

Lonkkamurtumapotilaat ovat tyypillisesti iäkkäitä ja monisairaita potilaita (Käypä hoito 2017a). Mahdollisen muistisairaouden ja kommunikaatiovaikeuden vuoksi kivun arviointi on haastavaa, mutta äärimmäisen tärkeää, jotta kipua voitaisiin hoitaa. Dementoituneen kivun ja mahdollisten käytöshäiriöiden erottaminen on tärkeää, joskin vaikeaa. Kivun aiheuttamat oireet voidaan erheellisesti päätellä käytösoireiksi ja kipua lääkittää mielialalääkkeillä. (Erdal ym. 2017.)

Maija Rantala (2014) tutki väitöskirjassaan leikkauksen jälkeistä muistisairaiden potilaiden kivun hallintaa hoitajien arvioimana. Tutkimuksesta käy ilmi, että kivun arviointi silloin, kun potilaalla on kognitiivista alenemaa, on hoitajien mielestä vaikeaa. Mitä korkeampi MMSE-tulos (Mini-Mental State Examination) potilaalla on, sen helpompi hänen on ilmaista kipua yleisten kipumittareiden avulla

(Pesonen 2011, 76). Yleiset kipumittarit ovat kipujana (VAS) (kuva 5), numeerinen asteikko 0–10 (NRS) (kuva 5), sanallinen arviointi (VRS) (kuva 5) ja kasvokuvat (FPS) (Käypä hoito 2017b). Pääasia mittarin valinnassa on, että potilas ymmärtää, miten mittaria käytetään. Sanallinen mittari on usein iäkkäälle helppo tapa ilmaista kipua, mutta lisäksi korostuu potilaan havainnointi käytöksen ja eleiden pohjalta. (Pesonen 2011, 76–77.)

Dementoituneille ja puhekyvyn tuottamisen vaikeuksista kärsiville on kehitetty oma PAINAD-kipumittari (Pain Assessment in Advanced Dementia). Kipua arvioidaan potilaan käyttäytymisen mukaan, jolloin huomioidaan potilaan hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttaminen. (Warden ym 2003, 9–15.) PAINAD-kipumittari on osoittautunut tehokkaaksi työkaluksi kivun arvioinnissa kognitiivisesti heikentyneiden potilaiden hoidossa (Fry & Elliot 2018, 131–136).



Kuva 5. Erilaiset kipumittarit (Kontinen & Hamunen 2015, 1923)

Hoitajan täytyy havainnoida potilaan kipua käytöksen ja eleiden perusteella. Finne-Soverin (2015) mukaan (taulukko 1) hoitohenkilökunnan tulee tiedostaa kivun tunnusmerkkejä:

Taulukko 1. Kivun tunnusmerkkejä (Finne- Soveri 2015)

KASVOJEN IL- MEET	ÄÄNTELEMI- NEN	LIKKUMISEN POIKKEAVUUS	KÄYTÖKSEN MUUTOS
Otsan rypisteleminen Kasvojen kireäilmeisyys Hampaiden kirs- teleminen	Voihkaisut Valittaminen Äänekäs hengi- tys, huokailu, huohotus	Levoton liike Liikkeen välttely Kehon hieromi- nen ja/tai suojelu Sikiöasento Hidas liikkuminen tai kieltäytyminen liikkumisesta	Vuorovaikutuk- sen vähenemi- nen Psykiatristen oi- reiden lisääntymi- nen muistisai- railla.

Kipua täytyy arvioida jatkuvasti yhdessä potilaan kanssa, ja sitä tulee hoitaa tehokkaasti sekä lääkkeillä että lääkkeettömin menetelmin. Lääkkeettömiä menetelmiä ovat esimerkiksi rentoutuminen, musiikin kuuntelu sekä kylmä- ja lämpöpakkausten käyttö. (Terveyskylä 2018.)

Tärkeää on arvioida myös kivunhoidon tehokkuutta, siksi kirjaaminen on kivun hoidossa keskeistä (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017b). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298) määrääkin, että potilaan hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta tulee olla tarpeelliset ja riittävät tiedot. Yhdenmukainen kirjaaminen varmistaa myös laadukkaat potilastiedot. Hoidon laatu paranee, kun rakenteinen kirjaaminen tukee hoitosuosituksia ja hoidon jatkuvuutta ja myös yhtenäistää toimintamalleja (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018.)

Hoitotyön tutkimussäätiön (2013) hoitosuositus aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyöstä pitää sisällään kahdeksan kohtaa:

1. Potilaan ohjaaminen. Potilaalle kerrotaan kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta.
2. Potilaan kivun tunnistaminen. Tunnistamisessa otetaan huomioon esimerkiksi potilaan pelko ja aiemmat kokemukset.

3. Potilaan kivun arviointi. Potilaalta sekä kysytään kivusta että samalla havainnoidaan potilaan kipukäytöstä.
4. Kivun lääkehoidon toteutus. Hoitaja toteuttaa lääkärin määräämän lääkehoidon.
5. Muiden kivun hoitomenetelmien käyttö. Lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi keskustelu, musiikki, kädestä pitäminen ja kofeiini.
6. Potilaan voinnin seuranta kivunhoidon aikana. Sekä kivunhoidon vaikutusta että mahdollisia haittavaikutuksia tarkkaillaan.
7. Kivun hoitotyön kirjaaminen. Kivun arviointi, tunnistaminen, suunnitelma, toteutus ja annetun hoidon arviointi kirjataan. Puutteellinen kirjaaminen vaikeuttaa olennaisesti laadun valvontaan.
8. Kivun hoitotyön laadun varmistaminen. Hoitajien säännöllinen koulutus, potilailta saatu palaute ja moniammatillinen yhteistyö varmistaa ja lisää laadukasta kivunhoitoa.

2.5.3 Aktiviteetin ja asentohoidon huomiointi

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan joutuessa vuodelepoon voi alaraajojen lihasvoimasta kadota jo viikossa 25–35 % ja luuston tiheydestä 5 % (Timonen 2007; Kelo ym. 2015, 199). Tämän vuoksi mahdollisimman aikainen ylösnousu ja liikkumisharjoitukset ovat erittäin tärkeitä. Sekä leikkaus että vuodelepo altistavat myös laskimotukoksille ja keuhkoveritulpile. (Käypä hoito 2017a.) Nopea liikkeellelähtö on yhteydessä näiden komplikaatioiden ehkäisemisessä ja auttaa myös kivunhoidossa (Käypä hoito 2018).

Sairaalahoitoa jälkeinen järjestelmällinen liikunta parantaa mielialaa ja fyysistä kuntoa ikääntyneillä (Timonen 2007). Lahtinen (2019) löysi väitöskirjassaan yhteyden fysikaalisen kuntoutuksen ja alemman kuolleisuuden välillä. Tulosten mukaan tehostettu fysikaalinen kuntoutus pienentää kuolleisuutta. (Lahtinen 2019, 82–83.) Tehostettu ja kattavasti suunniteltu yksilöllinen kuntoutusohjelma vähentää kokonaiskustannuksia, lyhentää sairaalassaoloaika ja vähentää sekundaarisia murtumia. Lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuminen vaikuttaa elämänlaatuun positiivisesti. (Cheung ym. 2018, 285–291.) Tavoitteena lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa on palauttaa ennen murtumaa ollut liikunta- ja toimintakyky (Käypä hoito 2018).

Yksilöllisesti räätälöity monipuolinen kuntoutusohjelma voi palauttaa potilaan liikkuvuuden murtumaa edeltävälle tasolle ja jopa paremmalle tasolle (Salpakoski 2014, 85–86). Lonkkamurtuman jälkeen mahdollisimman aikaisin aloitettu kuntoutus ennustaa parempaa kuntoutumista. Lonkkamurtumasta seuraa potilaan alaraajoihin lihasvoiman puoliero, jolloin murtunut puoli on heikompi. Tämän vuoksi kävelynopeus on hitaampaa ja tasapaino heikompi. Puolieron vähentäminen alentaa myös riskiä uudelleen kaatumiseen. (Portegijs 2008, 85.)

Leikkaava lääkäri määrää, kuinka suurella painolla potilas saa operoituun jalkaan varata, eli ns. varausluvan. Pääsääntöisesti leikkaus pyritään toteuttamaan niin, että raajalle sallitaan täysipainovaraus, koska potilaan kuntoutuminen on helpompaa silloin, kun jalalle saa varata normaalisti. (Käypä hoito 2017a.)

Kun potilas joutuu lonkkamurtuman vuoksi sairaalaan, hoidetaan häntä vuoteessa ennen ja jälkeen leikkauksen. Immobilisaation vuoksi potilaan asentohoito on erittäin tärkeää. Asentohoito auttaa kivunhoidossa, mutta se myös ehkäisee painehaavojen syntyä. (Keski-Suomen keskussairaala 2019e; Käypä hoito 2017a; Hoitotyön suositus 2015.)

Painehaavoja arvioidaan vuosittain syntyvän 50 000–85 000 henkilöllä. Sen lisäksi, että ne aiheuttavat potilaalle tarpeetonta kärsimystä ja huonontavat elämänlaatua, ne aiheuttavat vuosittain suuren menoerän. On arvioitu, että vuosittain painehaavoista aiheutuneet kustannukset kohoavat jopa 420 miljoonaan euroon. (Hoitotyön suositus 2015.)

Painehaava on ihon ja/tai ihonalaiskudoksen vaurio, joka on syntynyt ihoon kohdistuvan paineen tai venytyksen seurauksena. Myös hoitovälineet, esimerkiksi dreenit, voivat vaikuttaa painehaavan syntymiseen. Potilaat, jotka eivät kykene asentoon itsenäisesti vaihtamaan, ovat erityisen alttiita painehaavoille. (Koivunen ym. 2017.) Potilaan kudonselastisuus, ihon kosteus ja huono ravitsemus ovat myös yhteydessä painehaavojen syntyyn (Hoitotyön suositus 2015).

Painehaava voi alkaa harmittomasti ja huomaamattomasti. Iho on alkuun punainen ja kosketusarka. Seuraavaksi iho muuttuu violetin punakaksi (kuva 6) ja

iholle muodostuu rakkula. Tämän jälkeen painehaava etenee nopeasti, syvenee ja kroonistuu, jollei painetta saada vähennettyä. (Suhonen 2007.)



Kuva 6. Painehaava kantapäässä (Suhonen 2007)

Painehaavan edetessä (kuva 7) iho menee kuolioon ja useimmiten tähän auttaa vain leikkaushoito (Suhonen 2007). Painehaavat voivat aiheuttaa infektioita, sepsiksiä ja voivat jopa johtaa kuolemaan (Hoitotyön suositus 2015).



Kuva 7. Pitkälle edennyt painehaava (Suhonen 2007)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä painehaavariski arvioidaan vuodeosastoilla kahden–neljän tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan saapumisesta (liite 7). Riski arvioidaan aina, kun potilaan tila muuttuu, mutta vähintään kerran viikossa. Riskiluokkia on kolme:

- 1) Matala riski on potilailla, joilla ei ole liikuntarajoitteita ja joiden iho on hyväkuntoinen.
- 2) Keskisuuri riski on potilailla, joilla on rajoittunut liikuntakyky tai joiden iho on hauras tai joilla on tuntopuutos iholla. Jos potilaalla on kaksi tai enemmän näistä oireista, on hän suuren riskin potilas.

- 3) Suuren riskin potilaalla on voimakkaasti rajoittunut liikuntakyky tai hänellä on jo painehaava. (Keski-Suomen keskussairaala 2019e.)

Sen lisäksi, että potilaan painehaavariskiä arvioidaan, tarvitaan myös toimia painehaavojen ehkäisemiseksi. Matalan riskin potilasta tulee arvioida jatkossakin. Keskisuuren riskin potilaille on mietittävä vaahtogeelipatjaa tai vastaavaa istuinalustaa. Suuren riskin potilaat tarvitsevat minimipaineistettua ilmakennotpatjaa tai -alustaa. (Keski-Suomen keskussairaala 2019e; Hoitotyön suositus 2015.)

Ihon kuntoa tulee seurata jatkuvasti. Tarkkailtavia kohtia ovat etenkin luu-ulokekohdat sekä dreerien ja katetrien kohdat. Huomioitavia seikkoja ovat ihon kuivuus, kosteus, kovettumat ja hiertymät. Mahdolliset painehaavat tulee arvioida. (Keski-Suomen keskussairaala 2019e; Hoitotyön suositus 2015.) Ihoa täytyy hoitaa. Ihon tulisi olla kuiva ja puhdas, mutta kuivaa ihoa tulee rasvata. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019e.) Iän myötä inkontinenssi lisääntyy (Käypä hoito 2017c). Siihen on kiinnitettävä huomiota ja vaihdettava suojavaippeeksi usein (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019e; Hoitotyön suositus 2015).

Paineen kevennys on tärkeää. Asennonvaihto, kevennys ja mobilisointi ovat avainasemassa painehaavojen ehkäisyssä. Vuodenpotilasta ei tulisi kääntää täysin kyljelleen, vaan noin 30 asteen kylkiasento on suositeltavaa (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019e; Hoitotyön suositus 2015), koska suora kylkiasento lisää lonkkaan huomattavasti painetta (Tuuliranta ym. 2017, 14).

Vajaaravitsemus on yhteydessä painehaavojen syntyyn, siksi on tärkeää kiinnittää huomiota potilaan ravitsemustilaan (Hoitotyön suositus 2015). Vajaaravitsemusta käsitellään tässä opinnäytetyössä luvussa 2.5.5.

Painehaavariskin arviointia, painehaavojen arviointia ja ehkäisyä sekä toimenpiteitä tulee kirjata ja arvioida säännöllisesti (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019e; Hoitotyön suositus 2015). Huomionarvoista on, että riskien arviointia ja ennaltaehkäisyä tulee tehdä jo ennen kuin painehaavoja on syntynyt (Hoitotyön suositus 2015).

2.5.4 Kirurgisen haavan hoito

Leikkauksen jälkeen lonkkamurtumapotilaan haavaa seurataan osastolla. Haavan paraneminen muodostuu kolmesta eri vaiheesta, inflammaatio- eli tulehdusvaiheesta, proliferaatio- eli uudelleenmuodostumisvaiheesta ja maturaatio- eli kypsymisvaiheesta. (Hietanen ym 2002, 28–29.) Haavan paranemisprosessi voi häiriintyä missä tahansa vaiheessa, ja siksi vaiheet ja mahdolliset häiriötekijät on tärkeää tietää ja tunnistaa. Haavaan paranemiseen vaikuttavat tekijät jaetaan systeemisiin ja paikallisiin tekijöihin. Systeemisiä tekijöitä ovat mm. potilaan ikä, sairaudet, ravinto ja elämäntapa, kun taas paikallisia tekijöitä ovat asiat, jotka ovat suoraan haavan tai sen ympäristön kanssa tekemisessä. Esimerkiksi lämpötila ja kosteus luokitellaan paikallisiksi tekijöiksi. (Lagus 2018, 40–41.)

Haavan hoito tapahtuu aseptisesti eli puhtaammasta likaiseen (Kanerva & Tenhunen 2018, 125). Kirurgista haavaa hoidetaan steriilisti 24 tunnin ajan leikkauksesta. Sidos vaihdetaan vain, jos sidokseen on tullut eritystä. Vuorokauden jälkeen haava on sulkeutunut, ja sitä voidaan hoitaa tehdaspuhtain tuottein aseptiikkaa noudattaen. (Hietanen & Kuokkanen 2018.)

Haavainfektion merkkejä ovat punoitus, kuumotus, turvotus, kuume, haju ja kipu (Kanerva & Tenhunen 2018, 111). Haavasta voi myös tulla märkää, ja haava-alue ja ympäristö voi olla pingottunut, kuuma ja kova (Saarelma 2019a). Haavainfektion merkkejä voidaan yleisesti todeta vasta noin viikon kuluttua leikkauksesta (Kanerva & Tenhunen 2018, 111).

2.5.5 Ravitsemuksen huomioiminen

Lonkkamurtumapotilaat ovat usein aliravittuja. Kaipaisen ym. tutkimuksesta (2015, 47–51) selviää, että kotihoidon asiakkaista jopa 86 % on aliravittuja tai aliravitsemusriskin tunnusmerkit täyttäviä. Ravitsemuksesta täytyy tehdä kartoitukset mahdollisimman pian sairaalaan tulon jälkeen ja seurata tilaa toistuvasti. Vajaaravitsemus vaikuttaa vastustuskykyyn heikentävästi ja on yhteydessä myös painehaavojen syntyyn. Vajaaravitsemuksesta kärsivien lonkkamurtumapotilaiden haavat paranevat huonommin, ja väsymyksen vuoksi potilaiden mo-

bilisaatio on haastavaa. (Käypä hoito 2017a; Hoitotyön suositus 2015.) Vajaaravitsemus on yhteydessä myös depression, suun sairauksiin ja kognitiivisiin häiriöihin (Nykänen ym. 2013, 405–409).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on käytössä NRS 2002-menetelmä (Nutritional Risk Screening) (liite 5) vajaaravitsemusriskin seulonnassa. Riskiä tunnistetaan ravitsemustilaa arvioimalla, jolloin mitataan potilaan painoindeksi, selvitetään mahdollinen painonlasku viimeisen kolmen kuukauden aikana ja selvitetään potilaan viimeisen viikon ruokailutottumukset. Jokaisesta näistä osioista saa ohjeen mukaisesti pisteitä nollasta kolmeen, joista vain suurin pistemäärä huomioidaan. Tämän jälkeen mietitään potilaan sairauden vaikeusastetta, jonka vuoksi ravinnontarve on lisääntynyt. Vaikeusasteita on neljä: normaali, lievä, kohtalainen ja vakava. Näistä potilaalle annetaan pisteet, normaalista nolla pistettä, lievästä yksi piste, kohtalaisesta kaksi pistettä ja vakavasta kolme pistettä. Jos potilas on yli 70 vuotta, saa hän lisäksi yhden pisteen. Lopuksi pisteet lasketaan yhteen ja toimitaan lomakkeen ohjeen mukaisesti.

- Nolla pistettä ei aiheuta toimenpiteitä, mutta asia on kirjattava ylös ja tehtävä kartoitus viikon välein uudelleen.
- Yhdestä kahteen pistettä antaa tuloksen vähäinen riski. Tulos kirjataan, potilasta ohjataan ja motivoidaan hyvään ravitsemukseen ja kartoitus tehdään sovitusti uudelleen.
- Kolmesta neljään pistettä on jo kohtalainen vajaaravitsemusriski. Tulos kirjataan tietojärjestelmään. Ravitsemusta tehostetaan olemassa olevan ravitsemusohjelman mukaisesti moniammatillisesti. Kartoitus tehdään uudelleen viikon välein.
- Viisi pistettä tai enemmän tarkoittaa vakavaa vajaaravitsemusriskiä. Lomake ohjaa toimimaan kuten edellä, lisäksi lääkäriin on oltava yhteydessä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri s.a.)

Lonkkamurtumapotilaalle aloitetaan runsasenerginen ja proteiininen ruokavalio (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c). Ravitsemustilaa voidaan korjata täydennysravitsemusvalmisteilla (Sinisalo-Ojala 2009, 194). Iäkkäälle lonkkamurtumapotilaalle annetaan täydennysravintona ravintojuoma, joka sisältää runsaasti energiaa ja proteiinia (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c). Juomat maistuvat parhaiten jääkaappikylmänä, mutta esimerkiksi kahvin ja kaakaon makuiset tuotteet voidaan myös lämmittää (Tiainen 2009, 113).

Kalsiumin ja D-vitamiinin saannin turvaaminen on tärkeää (Käypä hoito 2017a). Potilailta otetaan ensimmäisenä arkipäivänä verikokeena niin sanottu lonkka-paketti, jolla tarkoitetaan verikokeita. Geriatri arvioi ja määrää kalsiumin ja D-vitamiinin annostuksen näiden perusteella. (Keski-Suomen keskussairaala 2019c.)

2.5.6 Nestehoidon ja erittämisen huomiointi

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan nestetasapaino vaatii erityistä huomiointia. He saattavat säännöstellä juomistaan tai voivat jopa unohtaa juoda. (Sinisalo 2009, 101–103.) Nesteenpoistolääkkeiden käyttö ja maha-suolikanavan oireet voivat johtaa kuivumiseen (Servan ym 2015). Nestetasapainon laskemisessa otetaan huomioon potilaan saamat nesteet sekä suun kautta että suonensisäisesti. Menetettyihin nesteisiin lasketaan hikoilu ja haihtuminen, virtsa-määrä sekä mahdolliset nenämahaletku- ja avanteiden eritykset (Nienstedt ym 1999, 376) sekä ripulointi (Rautava-Nurmi 2010, 53).

Sairaanhoitajan vastuulla on lonkkamurtumapotilaan laskimonsisäinen lääke-, ravitsemus- ja nestehoidon turvallinen toteuttaminen. Tehtävä on yksi vaativimmista tehtävistä, koska virheet voivat johtaa vakaviin seurauksiin. Lääkäri määrää kokonaisnestemäärän potilaalle yksilöllisesti. (Rautava-Nurmi ym. 2010, 25–29.) Huomioon täytyy ottaa potilaan perussairaudet, esimerkiksi sydämen vajaatoiminta ja munuaisen vajaatoiminta, jolloin nesteytyksen määrä voi olla pienempi kuin normaalisti. Huomioon nesteytyksessä otetaan myös veren nestetasapainoarvojen lisäksi ihon kimmoisuus, verenpaine, pulssi, periferian vii-ley, kuume ja hengitys. (Rautava-Nurmi 2010, 53.)

Virtsan erityys kuvastaa lonkkamurtumapotilaan veritilavuutta ja kudospesu-feruusiota (Rautava-Niemi 2010, 54). Virtsaa erittyy normaalisti 1 – 2,5 l vuorokaudessa. Niukkaan virtsan eritykseen on puututtava, koska elimistön kuona-aineet kertyvät muutoin elimistöön. (Nienstedt ym 1999, 356.) Virtsan erityksen vähentyminen kuvastaa joko kiertävän verivolyymin laskua, munuaistoiminnan laskua (Rautava-Nurmi 2010, 54) tai virtsaumpea, joka tarkoittaa, että virtsarak-

koon kertyy virtsaa, mutta potilas ei saa virtsattua (Saarelma 2019b). Virtsantuloa saadaan käynnistettyä riittävällä nesteytyksellä ja nesteenpoistolääkkeillä (Nienstedt ym. 1999, 356; Kettunen 2014).

2.5.7 Deliriumin tunnistaminen ja hoito

Lonkkamurtumapotilailla 25–61 %:lla esiintyy sekavuutta (Huusko 2003). Delirium eli akuutti sekavuustila on tärkeä tunnistaa hoitotyössä, koska se pitkittää hoitojaksoa ja lisää kuolleisuusriskiä. Kuitenkin terveydenhuollossa deliriumia usein alihoidetaan ja sitä tunnistetaan huonosti. (Inouye ym. 2014, 312–315.) Deliriumin tunnistamista voidaan parantaa koulutuksilla ja tuottamalla avuksi mittareita, jotka helpottavat ja automatisoivat terveydenhuollon ammattilaisten deliriumin tietämystä (Jeong & Chang 2018, 298–308; Frisch ym. 2013, 230–234).

Delirium on aivojen toimintahäiriö, johon altistavia tekijöitä on useita. Usein oireiden ilmaantuminen on monien tekijöiden summa. Korkea ikä ja siihen liittyvät sairaudet, elektrolyyttihäiriöt, lääkitykset, vieras ympäristö ja unettomuus ovat laukaisevia tekijöitä. Oireina deliriumissa ovat mm aistiharhat, orientaatiovaikeudet, uni- ja muistihäiriöt. (Laurila 2005; Kelo 2015, 199.) Vaikeaksi tunnistamisen tekee oireiden vaihtelevuus, potilas saattaa ajoittain olla täysin oireeton (Huttunen 2018).

Hoidossa keskeistä on tunnistaa delirium ja puuttua siihen varhain. Geriatriin osallistuminen hoitoon on tärkeää, koska deliriumin oireet ovat helpottuneet huomattavasti niillä potilailla, joiden hoidon suunnitteluun geriatri on osallistunut. Hoidossa tärkeimpiä seikkoja ovat mm. keuhkatetrixin lopettaminen, infektioiden ehkäisy ja hoito, anemian hoito (Pajulammi 2017, 48–64; Huusko 2003) sekä turvallisen ympäristön luominen, esimerkiksi musiikki voi auttaa potilasta rauhoittumaan (Huttunen 2018).

2.5.8 Lääkityksen huomiointi

Hoitajan on hyvä tietää, mitä lääkkeitä tyypillisesti lonkkamurtumapotilaille tulisi määrätä ja mitä lääkkeitä tulisi ennen leikkausta tauottaa. Pääsääntöisesti potilaan omat lääkkeet saavat jatkua normaalisti, mutta osa lääkkeistä tauotetaan

ennen leikkausta. (Käypä hoito 2014.) Lonkkamurtumapotilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita, joilla on usein monta eri lääkettä päivittäin käytössä (Käypä hoito 2017a).

Potilaiden lääkityksen määrää lääkäri, ja hoitajat toteuttavat lääkehoitoa (Valvira 2018). Lääkehoito on tärkeää ja haastavaa iäkkäiden potilaiden hoidossa. Hoitajan oma kokemus osaamisestaan ja tuntemus farmakologiasta, lääkelaskennasta ja infektioiden torjunnasta lisää oikein toteutettua lääkehoitoa. (Karttunen 2019.) Ikääntyneellä ihmisellä voi esiintyä ongelmia lääkkeiden imeytymisessä, jakautumisessa ja erittymisessä (Alexander-Magalee 2013, 58–60).

Ensiavussa lonkkamurtumapotilaalle pyritään laittamaan faskiavuudutus eli fascia iliaca compartment block (FICB), joka on kivunhoitomenetelmänä erittäin tehokas (Newman ym. 2013, 899–903; Haines ym 2012, 692–697). Puudutteen laitto vähentää opiaattien käyttöä ja lievittää kipua tehokkaammin kuin opiaatit (Schiltz 2019, 167).

Kun potilas tulee ensiavusta osastolle, tulee hänelle olla määrättyinä kipuläkkeet ja myös määräys mahdollisten omien lääkkeiden tauottamisesta (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017a). Peruskipulääkkeeksi potilaalle määrätään Paracetamol 1g x 3 per os (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017a), jos potilaalla ei ole sille vasta-aiheita, kuten esimerkiksi maksan sairauksia (Nurminen 2012, 37–38). Jos peruskipulääkitys ja ensiavussa laitettu puudute eivät ole riittäviä, annetaan potilaalle lisäksi opiaatteja lääkärin määräyksen mukaisesti (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c; Käypä hoito 2017a).

Koska lonkkamurtumapotilaat kuuluvat suuren tukosvaaran riskiryhmään, tulee heille aloittaa tromboosiprofylaksia (Käypä hoito 2017a). On näyttöä siitä, että ennen leikkausta aloitettu tromboosiprofylaksia on yhteydessä pienempään kuolleisuuteen (Leer-Salvesen ym. 2017, 48–54). Tromboosiprofylaksian aloitusajankohta on pohdittava tarkkaan, koska se tulee antaa vähintään 12 tuntia ennen leikkausta verenvuotoriskin vuoksi (Käypä hoito 2017a).

Potilaalle ei anneta leikkausaamuna seuraavia lääkkeitä:

- Varfariini (Marevan) Apiksabaani (Eliquis), Rivaroksabaani (Xarelto), Klopidogreeli (Plavix, Clopidogrel), Prasugreeli (Efient), Tikagrelori (Brilique), Dabigatraani (Pradaxa), nämä lääkkeet tauotetaan jo sairaalaan tullessa
- Diabeteslääkkeet p.o, insuliinejä ei tauoteta.
- Omega-3
- Dipyridamoli (Persantin, Asasantin retard)
- Hyperlipidemia-lääkkeet, muut kuin statiinit
- Kihtilääkkeet
- Diureetit (Amitrid, Burinex, Diuramin, Diurex, Furesis, Furomin, Furosemide, Hydrex, Inspra, Lasix, Metenix, Miloride, Natrilix, Spiresis, Spirix, Uretren comp, Vesix)
- Angiotensiinin II salpaajat (Atacand plus, Beneto, Cozaar, Diovan, Exforge, Kinzalkomb, Kinzalmono, Losamyl comp, Losartan, Losartiazid, Losatrix, Micardis, Micardis plus, Olmetec, Teveten)
- ACE-estäjät (Accupro, Bifril, Cardace, Coveram, Coversyl, Enalapril, Linitil-hexal, Lisinopril, Lisipril, Renitec, Unimax, Zaniipress, Zofenil)
- MAO-estäjät (Aurorix, Meclobemid) (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c.)

2.5.9 Jatkohoidon suunnittelu

Moniammatillinen tiimi arvioi, onko lonkkamurtumapotilaan mahdollista siirtyä kotiin vai siirtyykö hän terveyskeskukseen kuntoutumaan. Jatkohoitopaikkaan siirretään tiedot potilaasta sekä sähköisesti että puhelintapauksina. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019c.) Oli jatkohoitopaikka osasto tai koti, tärkeää on yksilöllisen kuntoutussuunnitelman noudattaminen (Käypä hoito 2017a).

Erittäin tärkeää jatkohoidossa on minimoida uudelleen kaatumisen riskit (Käypä hoito 2017a). Keskussairaalassa tehdään lyhyt kaatumisvaaran arviointi, jota tulee jatkohoitopaikassa seurata ja käynnistää tarvittaessa toimenpiteitä riskien minimoimiseksi. Arviointi tehdään kaikista yli 70-vuotiaista ja sellaisista alle 70-vuotiaista, joilla ammattilainen arvioi liikkumisen epävarmaksi tai joilla on kaatumisvaaraan liittyvä sairaus. Arviointia tulee tehdä myös, jos potilas on kaatunut jo aiemmin tai hänellä on kaatumisvaaraa lisäävä lääkitys. Apuna käytetään Frat (Falls Risk Assessment Tool) -lomaketta kaatumisvaaran arvioinnissa (liite

6). Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on käytössä kaatumisen ehkäisy- ohjelma, joka ohjaa hoitotyön ammattilaisia kaatumisen ehkäisemisessä (kuva 8). Tärkeää on tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan, jotta siellä pystyttäisiin riskeihin puuttumaan. Jos potilas kotiutuu, täytyy kotona mahdollisen kaatumiseen liittyvät riskit kartoittaa jo erikoissairaanhoidossa. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019d.)

ksshp

KAATUMISTEN EHKÄISY

VIDEO
Kaatumisten ehkäisy on yhteistyötä
Tarja Tervo-Heikkinen
2.10.2015
(kesto 58 min)

Miksi Lempi kaatui?

VERKKOKURSSI
Kaatumisten ehkäisy

Prosessikuvaus kaatumisten ehkäisyyn hoitoketjussa

Pysytään pystyssä -potilasopas

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (KSSHP) kuuluu Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin (PSSHP) ja sen erityisvastuualueen alueelliseen kaatumisten ehkäisyverkostoon (AKE).

Verkoston visiona on olla alueellisesti toimiva ja tunnettu moniammatillinen verkosto, jonka toiminta perustuu potilaiden ja asiakkaiden, heidän omaistensa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tietoisuuden edistämiseen kaatumisten ehkäisystä. Tavoitteena on, että toiminnan avulla vakavien kaatumistapaturmien määrän kasvu alueella saadaan pysäytettyä.

Näiltä sivuilta löydät toimintaohjeet kaatumisvaarassa olevan potilaan tunnistamiseksi ja toimenpiteet kaatumisvaaran ehkäisemiseksi eri toimintaympäristöissä ja ohjeet raportointiin.

Lisäksi löydät muuta materiaalia, jota voit hyödyntää kaatumisen ehkäisyssä

TOIMINTAOHJE KAATUMISRISKIN ARVIOINTI, KIRJAAMINEN JA ENNALTAEHKÄISY KSSHP

TUNNISTA
kaatumisvaarassa oleva henkilö

TOIMI
kaatumisen ehkäisemiseksi

RAPORTOI
tapahtuneet kaatumiset

AKE-verkosto (KYS erva-alue)

lääkkäiden kaatumisten ehkäisy
IKINÄ-opas
THL

Interventiot iäkkäiden aikuispotilaiden kaatumistapahtumien vähentämiseksi
JBI-suositus

Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus

[Etusivulle TULES](#)

Kuva 8. Kaatumisten ehkäisy (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019d)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidossa tarvitaan. Laadukkaan hoidon edellytys on tutkittu, näyttöön perustuva tieto, jonka pohjalta lonkkamurtumapotilaita hoidetaan.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1 Millaiset asiat ovat lonkkamurtumapotilaan hoidossa tärkeitä vuodeosastolla?
- 2 Millaista osaamista sairaanhoitajalta tarvitaan lonkkamurtumapotilaan hoidossa?
- 3 Miten lonkkamurtumapotilaan laadukas hoito varmistetaan päivystys- ja infektio-osastolla?

Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla saada päivystys- ja infektio-osaston hoitajille tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidosta ja vahvistaa heidän osaamistaan.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista menetelmää. Laadullisella aineistolla tarkoitetaan karkeasti aineistoa, joka on tekstiä. Opinnäytetyö päätettiin tehdä laadullisella menetelmällä, koska haluttiin tietää sairaanhoitajien omia kokemuksia ja näkemyksiä lonkkamurtumapotilaan hoidosta. (Vilkkä 2017.)

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella ihmisten kuvaamia merkityksellisiä asioita ja ilmiöitä. Laadullisella tutkimuksella ei ole tarkoitus löytää totuutta tutkittavasta ilmiöstä, vaan saada aineistosta johtolankoja ja vihjeitä ja luoda näistä tulkintoja. (Vilkkä 2017.) Laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään ilmiötä, jota tutkitaan (Kananen 2015, 34). Laadullisella tutkimuksella on tarkoitus tutkia ihmisten elämismailmaa. Laadullisen tutkimuksen tunnusmerkiksi voidaan luonnehtia aineistonkeruumenetelmät, joita ovat esimerkiksi haastattelut, havainnoinnit, päiväkirjat ja kirjeet. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimusta varten on kerättävä aineistoa havainnoimalla ja haastattelujen avulla, jotta ilmiöstä voitaisiin saada ymmärrystä (Kananen 2015, 34). Laadullisessa tutkimuksessa otetaan myös aina huomioon tutkittavien näkökulmat. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusjoukko on myös tarkkaan harkittu ja pieni suhteessa määrälliseen tutkimukseen. Aineiston analysointi tulisi tehdä laadullisessa tutkimuksessa ilman ennako-odotuksia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

4.2 Tutkimusjoukko

Opinnäytetyö tehtiin osastolla, jossa hoitajilla on pitkä kokemus lonkkamurtumapotilaan hoidosta. Osastolla tiedotettiin tutkimuksesta ennen haastattelua (liite 1). Haastateltavien määrää ei rajattu. Haastatteluun osallistui neljä (n=4) hoitajaa. Kriteeriksi haastatteluun osallistumiselle asetettiin työskentely osastolla, jossa lonkkamurtumapotilaita hoidetaan. Osastolla työskentelee 38 (n=38)

hoitajaa, aamuvuorossa keskimääräisesti kahdeksan (n=8) ja iltavuorossa keskimääräisesti kahdeksan (n=8) hoitajaa. Haastatteluun toivottiin suurempaa osanottoa, mutta osaston tilanne oli haastattelupäivänä erittäin kiireinen pudottaen osallistujamäärän neljään hoitajaan. Tutkimusjoukko laadullisessa tutkimuksessa voi olla pieni, koska laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään, vaan selittämään ilmiötä (Tuomi & Sarajärvi 2018). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston lukumäärää ei voida tarkkaan sopia eikä tietää. Määrää tärkeämpää on laatu. (Kananen 2014, 95.)

4.3 Aineiston kerääminen

Haastattelun tehtiin ryhmässä teemahaastatteluna (liite 3). Nimensä mukaisesti teemahaastattelu etenee teemojen mukaisesti. Teemahaastattelussa pyritään saamaan vastauksia, jotka ovat tutkimuksessa merkityksellisiä, ja näin ollen kysymykset pohjautuvat tutkimuksen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2017.) Tutkija päätyi tekemään haastattelun teemahaastatteluna, jotta voisi tehdä tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa ja palauttaa haastateltavat mahdollisesti takaisin aiheen pariin. Keskustelun haluttiin myös pohjautuvan teoreettiseen viitekehykseen.

Teemahaastattelu etenee haastateltavien ehdoilla, ja haastateltavien tulee saada vapaasti kertoa kokemuksistaan ilmiöstä, jota tutkitaan. Opinnäytetyön tekijä voi välillä tehdä tarkentavia kysymyksiä pitäen keskustelun oikeassa aiheessa. Haastattelu nauhoitettiin, koska muistiinpanoja tehtäessä voi olla vaarana, että rikotaan aito vuorovaikutustilanne. Haastattelun aikana on tärkeää myös olla ottamatta kantaa vastauksiin, koska haastateltava saattaa tämän vuoksi vastata kysymyksiin halutunlaisesti ja tulokset eivät ole tällöin luotettavia. (Kananen 2017, 95–104.)

Haastattelu tehtiin kirurgisella osastolla huoneessa, joka on tarkoitettu koulutuksiin ja osastotuntien pitämiseen. Huone on lonkkamurtumapotilaita hoitavan osaston läheisyydessä, joten hoitajien oli helppo saapua paikalle. Tutkimusluvan mukaisesti hoitajat saivat osallistua haastatteluun työajalla. Haastattelutilanteen alussa opinnäytetyön tekijä kävi vielä läpi, mihin haastattelumateriaalia käytetään, minkä vuoksi tutkimusta tehdään ja kerrattiin osallistujien mahdollisuudesta lukea opinnäytetyö ennen sen julkaisemista. Haastattelutilanteesta

pyrittiin saamaan mahdollisimman rento ja luonteva ja haastateltavia kehoitettiin kertomaan tuntemuksistaan avoimesti. Heille oli varattu pientä välipalaa.

Opinnäytetyön tekijä ja haastateltavat ovat kollegoja, joten keskustelu eteni luontevasti ilman jännitystä. Keskustelutilanne oli rauhallinen ja tasapuolinen. Opinnäytetyön tekijä teki tarkentavia kysymyksiä varmistuakseen siitä, mitä haastateltavat halusivat kertoa. Haastattelu kesti kaiken kaikkiaan tunnin. Haastattelun aikana ei ollut keskeytyksiä. Keskustelu eteni loogisesti teemojen mukaisesti. Ajoittain jotkin keskustelussa nousseet asiat saivat haastateltavat nauramaan, mutta keskustelu palautui nopeasti takaisin asiaan ilman haastatelijan puuttumista asiaan.

Saturaatio eli kylläntyminen on keino, jolla voidaan arvioida, milloin aineistoa on saatu tarpeeksi (Tuomi & Sarajärvi 2017). Haastattelu lopetettiin, kun aineisto alkoi toistamaan itseään. Uutta asiaa ei enää tullut, vaan keskustelu alkoi pyörimään jo keskustelluissa asioissa.

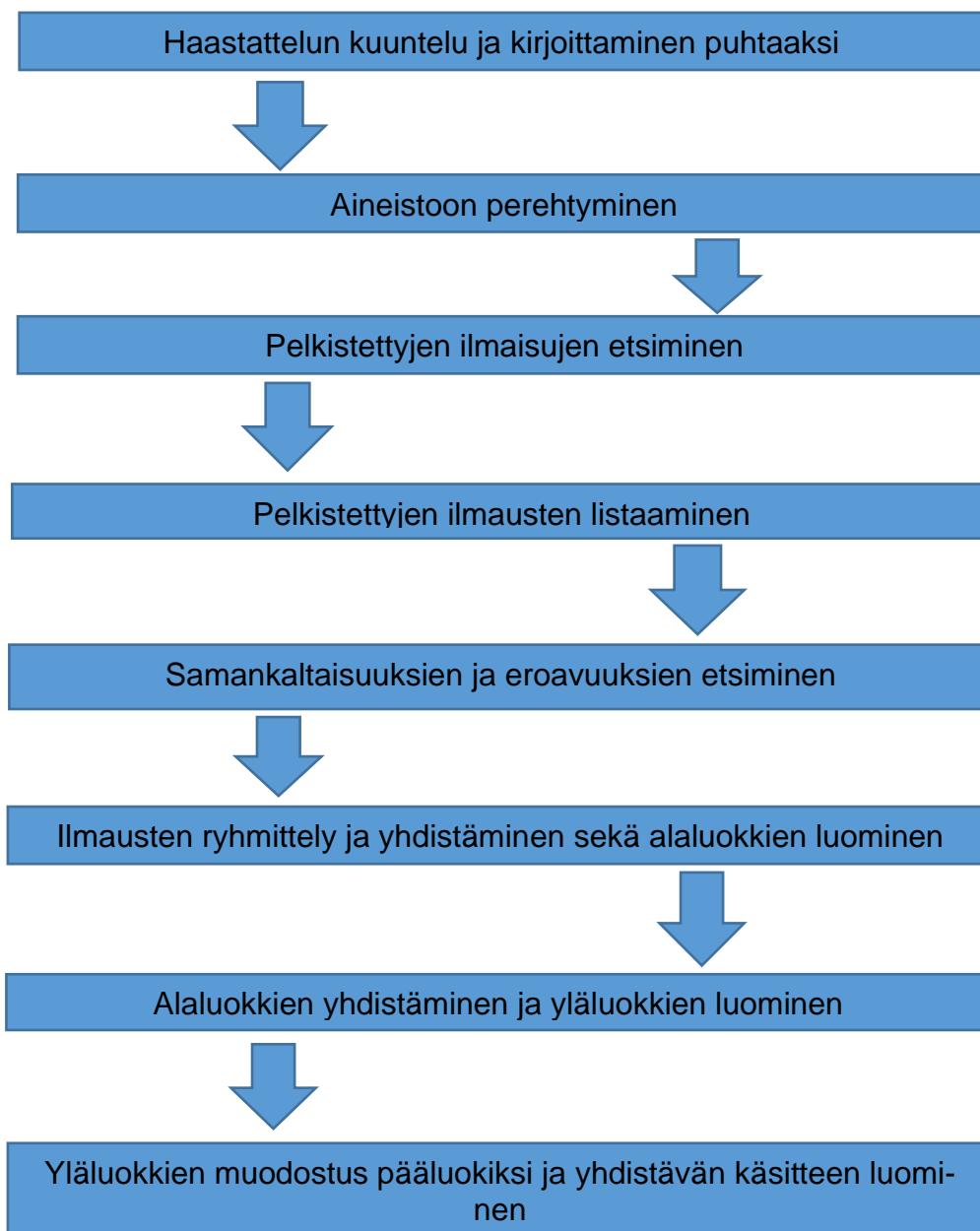
4.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi tarkoittaa sitä, että aineisto luokitellaan sen pohjalta, mitä aineistosta löydetään. Aineiston käsittelyssä tulee muistaa tutkimuskysymykset, koska tutkimuksen tarkoituksena on vastata tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Haastattelun litteroinnin eli nauhoituksen kirjalliseen muotoon kirjoittamisen jälkeen teksti pelkistettiin, sen jälkeen ryhmiteltiin ja lopuksi luotiin teoreettiset käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2017). Tuomen ja Sarajärven mukaan (2018) aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee taulukon 2 mukaisesti.

Litteroinnissa opinnäytetyön tekijä käytti sanatarkkaa litterointia, koska vielä tässä vaiheessa opinnäytetyön tekijä ei voinut tietää, mitä kaikkea aineistosta lopulta tarvitaan. Opinnäytetyön tekijä litteroi aineiston itse saadakseen kokonaiskuvan haastattelusta ja pitääkseen haastateltavat tunnistamattomina. Litteroinnin tuloksena A4 sivuja tuli yhteensä 15, kirjasimella Arial, fontilla 12 ja rivivälillä 1,5.

Taulukko 2. Sisällönanalyysin eteneminen (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2018)



Litteroinnin jälkeen aineistoa pelkistettiin ja tekstiä muutettiin asiatekstiin (alukko 3). Tekstin pelkistämävaiheessa opinnäytetyön tekijä luki alkuperäistä tekstiä useaan otteeseen varmistuessaan siitä, että ymmärsi, mitä haastateltavat halusivat kertoa.

Taulukko 3. Alkuperäisen tekstin muuttaminen pelkistettyyn muotoon

Alkuperäinen teksti	Pelkistetty teksti
"...mikä meiltä puuttuu ihan täysin, on se muistisairaiden se mittari se kipumittari."	Osastolla ei ole käytössä muistisairaille suunnattua Painad-kipumittaria.
"Sekin (asentohoito) auttaa siihen ja sitten ettei tuu niitä painehaavoja sitten..."	Asentohoito ehkäisee painehaavojen syntyä.
"Niin ja siihen pitää sitä ihon kuntoa ja sitä hygieniaa muutenkin katsoa..."	Ihon kunto ja hygienia vaikuttavat painehaavojen syntymiseen.
"Niin sitä katetrointia ei saisi edes edestä lonkkamurtumilla tehdä, vaan käännetään kylkiasentoon ja siitä katetroidaan takakautta..."	Naispuoliset lonkkamurtumapotilaat pitäisi katetroida takakautta kylkiasennossa.
"Siinähan, jos miettii sitä ravitsemustasoa, niin sehän on sehän vaikuttais ihan hirveesti siihen, että se haava lähtee paranemaan..."	Leikkaushaavan paranemiseen vaikuttaa potilaan ravitsemustilanne.
"Niin siinä justiin mikä kaihertaa on se yöaikaan tapahtuva. Ettei kertaikkiaan ehdi siinä vierellä olla, vaikka haluaisi ja pitäis..."	Hoitajat kokevat riittämättömyyden tunnetta, kun eivät ehdi olla deliriumista kärsivän potilaan vierellä omasta mielestään tarpeeksi, vaikka vierellä olo olisi tarpeellista.
"...ettei tuu sitten ihan turhaa kärsimystä siinä..."	Potilaille ei haluta turhaa kärsimystä.

Pelkistämisen jälkeen tekstiä koodattiin, mikä tarkoittaa sitä, että aineistoa tutkittiin ja etsittiin asiayhteyksiä. Opinnäytetyön tekijän täytyy tietää, mitä etsii. (Kananen 2017, 134–137.) Opinnäytetyön tekijä kävi litteroitua tekstiä useaan otteeseen läpi. Tekstistä etsittiin samankaltaisuuksia, ja näitä yhdisteltiin. Pikkuhiljaa aineistoon saatiin muodostettua yhdistävät alaluokat, joista yhdistettiin yläluokat ja lopulta pääluokat (taulukko 4). Alkuperäiseen tekstiin palattiin useaan otteeseen, jotta haastateltavien alkuperäinen ilmaus ja tarkoitus ei muuttuisi, vaan pysyisi siinä merkityksessä, missä haastateltava sen on tarkoittanut.

Taulukko 4. Luokkien muodostuminen

Pelkistetty teksti	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Potilaille ei haluta turhaa kärsimystä	Potilaan hyvinvoinnin huomiointi	Kunnioitus	
Hoitajat pohtivat katetrointia eetti-	Potilaan pelko tunnistetaan		

<p>sesti. Kestokate- ria ei suositella, mutta jos kerta- katetroitaessa muistisairas poti- las on pelokas ja pistää vastaan katetroinnissa, on tilanne hoitajalle eettisesti haas- tava.</p> <p>Hoitajat kokevat riittämättömyy- den tunnetta, kun eivät ehdi olla de- liriumista kärsi- vän potilaan vie- rellä omasta mie- lestään tarpeeksi, vaikka vierellä olo olisi tarpeellista.</p> <p>Potilaan heiken- tyneet aistitoi- minnot tulee huo- mioida hoidossa. Jos hän kuulee huonosti, on hä- nelle kerrottava kuuluvalla ää- nellä asiat niin, että hän ymmär- tää mitä tapahtuu</p> <p>Kuntouttamisen ajankohtaa harki- taan, jos potilaan vitaalielintoimin- noissa on vajaa- vaisuutta tai hä- nen hemoglobii- ninsa on matala</p>	<p>Hoitotoimet teh- dään yhteis- työssä</p> <p>Eettisen ongel- man tunnistami- nen</p> <p>Eettinen ristiriita ja sen tunnistami- nen</p> <p>Yksilöllisen hoi- don tunnistami- nen</p> <p>Potilaan aistitoi- minnot otetaan huomioon</p> <p>Kuntouttamisen ajankohta vali- taan potilaan voinnin mukai- sesti</p>	<p>Arvokkuus</p> <p>Näyttöön perus- tuva toiminta</p> <p>Yksilöllisyys</p>	<p>EETTINEN OSAAMINEN</p> <p>JA</p> <p>ASIAKASLÄH- TÖISYYS</p>
<p>Painehaavariski- luokituksen teko</p> <p>Vajaaravitsemus- riskiluokituksen teko</p>	<p>Mittareiden käyttö</p> <p>Mittareiden käyttö</p>	<p>Riskien ehkäisy</p>	

Kaatumisen riskiluokituksen teko FRAT- lomakkeen avulla	Mittaria ei ole käytetty	Näyttöön perustuva toiminta	TERVEYDEN
Painehaavojen synnyn ehkäisy	Painehaavojen ehkäisy		
Potilaille tulee ohjata oikea-aikainen lääkkeenotto, jotta kipu ei pääsisi kovaksi	Kipulääkkeen ottamisen perustelu	Potilasohjaus	EDISTÄMINEN
Potilaalle täytyy perustella, miksi asentohoito on niin tärkeää.	Asentohoidon perustelu potilaalle		
Ihon kunto ja hygienia vaikuttavat painehaavojen syntyyn	Ihon kunnon vaikutus painehaavan syntyyn		
Kun potilas on kotiutumassa, on tärkeää pohtia kotiavun tarve, jotta riski uudelleen kaatumiseen pieneneisi.	Hygienen vaikutus painehaavan syntyyn Kartoitus kodin vaaroista		
Kotiutuessa on tärkeää huomioida myös ravitsemus. Pystyykö potilas huolehtimaan ravinnonsaannistaan, koska se vaikuttaa kuntoutumiseen	Potilaan ravinnonsaannin turvaaminen kotona		

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen aineistoa analysoitiin tutkimuskysymysten pohjalta ja näistä muodostui kuusi pääluokkaa (kuva 9), jotka ovat

- 1) Kliininen osaaminen

- 2) Terveyden edistäminen
- 3) Eettinen osaaminen ja asiakaslähtöisyys
- 4) Kirjaaminen ja informointi
- 5) Kommunikointi ja moniammatillisuus
- 6) Hoidon osaamisen varmistaminen.

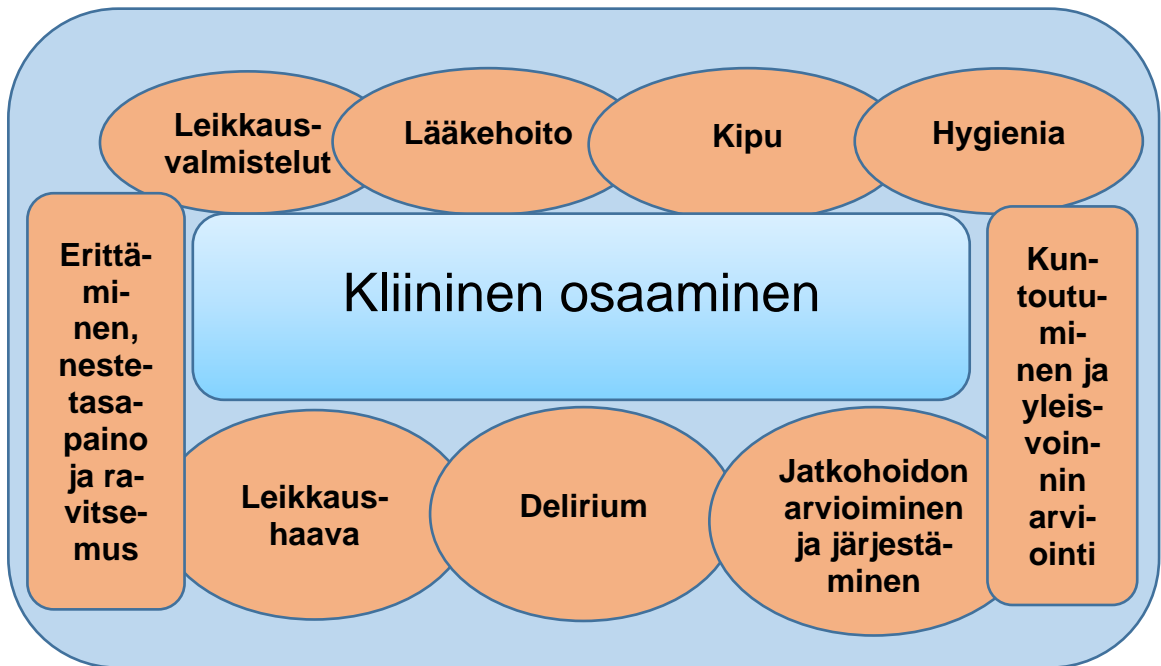
Sen lisäksi pääluokkia yhdistäväksi tekijäksi nousi näyttöön perustuva toiminta, koska haastattelussa nousi esiin, että hoitajien toiminta perustuu näyttöön.



Kuva 9. Lonkkamurtumapotilaan laadukas hoito hoitajien näkökulmasta

5.1 Kliininen osaaminen

Kliinisen osaamisen tulee olla laaja lonkkamurtumapotilasta hoitaessa (kuva 10). Osaaminen näkyy heti potilaan tullessa osastolle aina siihen saakka, kun hänet on saatu siirrettyä jatkohoitoon tai kotiutettua. Kliinisen osaamisen alle muodostui yhdeksän osa-alueita, joita lonkkamurtumapotilaan hoidossa tarvitaan. Näitä ovat leikkausvalmistelut, lääkehoito, kipu, hygienia, kuntoutuminen ja yleisvoinnin arviointi, leikkaushaava, delirium, erittäminen, nestetasapaino ja ravitsemus sekä jatkohoidon arvioiminen ja järjestäminen.



Kuva 10. Kliininen osaaminen lonkkamurtumapotilaan hoidossa

Leikkausvalmistelut

Hoitajat huolehtivat, että potilaalle on tehty leikkausvalmistelut, joita ovat mm. verivarausten teko, verikokeiden ottaminen ja leikkausvaatteiden päälle pukeminen. Potilaan puhtaudesta huolehditaan, koska se vaikuttaa leikkaukseen. Hoitajat tarkastavat myös, että potilaalle on tehty ns. leikkaushoitopolku, josta näkee esimerkiksi anestesia- ja lääkehoitoon määräämät lääkkeet.

Lääkehoidon osaaminen

Hoitajilla on oltava laaja osaaminen lääkehoidossa. Potilaan tullessa hänen koti-lääkityksensä tulee tarkastaa, ja tämä voi olla joskus hyvin haastavaa.

”Lääkityksen tarkastaminen on välillä aikamoista salapoliisityöskentelyä.”

Potilaat eivät välttämättä osaa itse kertoa lääkityksestään, ja hoitajat joutuvat näkemään paljon vaivaa lääkityksen selvittämisessä.

”Niin me tarkastetaan lääkelista ja meidän pitäis mennä niin pitkälle, jos ihminen ei osaa kertoa, meidän pitäisi yrittää selvittää, oli se sitten perusterveydenhuollon puolelta tai kotihoito tai palveluasuminen.”

Hoitajat kokevat lääkehoidossa myös suurta vastuuta, koska virheet lääkityksessä voivat johtaa vakaviin seurauksiin. Hoitajat toivovatkin, että potilaan mukana tulisi lähettävästä laitoksesta ajantasainen lääkelista.

”Siinä on ihan hirvee homma, kun kuitenkin sanotaan nyt niin, että se ei olis meidän vastuulla, mutta kuitenkin sitä kautta se tarkastus on meidän vastuulla, niin se tuntuu kyllä siltä.”

Hoitajien tulee tietää, mitä lääkkeitä lonkkamurtumapotilaille tulisi määrätä ennen ja jälkeen leikkauksen. Tämä lisää hoitajien kokemaa vastuuta. Hoitajien täytyy tietää myös, mitkä lääkkeet on tauotettava, koska usein he eivät välttämättä saa siitä erillistä määräystä lääkäriltä. Haastattelussa nousee useaan otteeseen huoli vastuusta.

”Mehän aloitetaan niille lonkkamurtumapotilaille geriatriin ohjeella suunnitellut lääkkeet jopa ilman määräystä. Ja sitten se lääkkeiden tauottaminen...”

Kipu

Kipu, sen tunnistaminen ja hoitaminen koettiin tärkeimmäksi asiaksi lonkkamurtumapotilaan hoidossa. Keskustellessa nousi myös esille se, miten moneen asiaan kipu vaikuttaa. Kipu voi estää virtsaamisen, liikkumisen ja asentohoidon ja se voi aiheuttaa sekavuutta.

Kivun tunnistamisessa kaivataan muistihäiriöisille suunnattua PAINAD-mittaria, koska sitä ei hoitajien mukaan ole osastolla käytössä. Muutoin kipua tunnistetaan kyselemällä numeroarvioinnilla ja arvioimalla potilaan käytöstä ja eleitä. Esimerkiksi, jos potilas haluaisi olla vain yhdessä asennossa, voi se olla merkki kivusta. Potilas voi myös kertoa olevansa kivuton, mutta jos potilas valvoo koko yön, voi se olla merkki kivusta.

”Nehän usein kieltäytyykin ja ei oo silleen mitään hätää, mutta meidän pitää sillee ammatillisesti ymmärtää, että jos on leikattu potilas, niin sinä päivänä tai edellispäivänä niin mikään lonkkamurtuma ei oo kivuton leikkauksen jälkeen, että ne ei oo ennen leikkausta eikä leikkauksen jälkeen. Et meidän pitää ammatillisesti osata se asia miettiä. Että se tulee säännöllisesti se kipulääkitys kuntoon...”

Kivun hoitaminen koettiin tärkeäksi tehostaa jo ensiavussa, koska sieltä tullessa potilasta pitää siirtää osaston vuoteeseen. Fascia iliaca -puudute koettiin pääosin hyväksi. Kuitenkin hoitajien kokemuksen mukaan se ei olisi yksinään riittävä kivunhoidossa.

”Justiin, että se pystytään siirtymään kivuttomasti siinä, ettei tuu sitten ihan turhaa kärsimystä siinä, koska ne on 99% tai melkein 99% aina kipeitä, kun kuitenkin on se lonkkamurtuma niin se kipulääkitys pitäis huolehtia jo sitten siellä ensiavussa.”

Kivun hoidossa hoitajat käyttävät tehokkaan kipulääkityksen ohella lääkkeettömiä keinoja, joita ovat kylmäpakkaukset, asentohoito, liikkuminen ja musiikki.

”Musiikkihan on tutkitusti, niin se vie ajatukset pois siitä kivusta. Ollaanhan me virsiä laulettu tuolla että...”

Kivun hoidossa korostuu hoitajien mukaan ohjausosaaminen, koska potilaille tulee ohjata, milloin kipulääkettä tulisi ottaa. Kipulääkkeen ottaminen on ajan-kohtaista ennen liikkumista ja ennen kuin kipu pääsee kovaksi.

Hygienia

Hoitajat kokevat hygienian hoidon tärkeäksi. Potilaat tulevat heidän mukaansa päivystyksestä usein virtsaisissa vaatteissa, jolloin potilaan hoito alkaa usein peseytymisellä ja puhtaiden vaatteiden ja petivaatteiden vaihdolla. Potilaat eivät lonkkamurtuman saatuaan pysty itse hoitamaan hygieniaansa, joten hoitajien on tämä asia huomioitava.

Erittäminen, nestetasapaino ja ravitsemus

Erittämistä, nestetasapainoa ja ravitsemusta seurataan. Potilaan virtsaamista seurataan. Osastolla on käytössä ultraäänilaite, jolla voidaan tarkastaa virtsarakon tilanne, jolloin ns. turhat katetroinnit ovat jääneet pois. Hoitajien mukaan, jos potilaalla on ollut jo aiemmin käytössä vaippa, voidaan virtsaamista odottaa kauemmin kuin sellaisilla potilailla, joilla vaippaa ei ole käytössä.

Virtsaaminen voi olla potilaalle myös kivulias kokemus, koska murtuneella lonkalla on kivuliasta olla alusastian päällä. Tämän vuoksi virtsaaminen saattaa usein estyä, jolloin kipulääkityksellä ja virtsaamisella on yhteys.

”Siinä hoidetaan siis ensin se kipu pois ja sitten ne pissii kun se kipu on helpottanut...”

Jos potilas ei kuitenkaan saa virtsattua ja rakossa on virtsaa, on hänet katetroitava. Hoitajat kertovat tiedostavansa hoitosuosituksen kestopatettrin välttämisestä, mutta kertovat välillä pohtivansa, olisiko potilaan kivun ja pelon vuoksi kestopatetrointi parempi vaihtoehto kuin kertakatetrointi.

Naispotilaan katetroinnissa on tärkeää, että potilasta ei katetroida etukautta, jolloin hänen raajojaan joudutaan levittämään tuottaen sillä turhaa kärsimystä. Potilas tulee kääntää kyljelleen ja katetroida takakautta, jolloin virtsaputken suun saa hoitajien mukaan yhtä hyvin näkyviin kuin etukauttakin.

Nestetasapainon seuraamiseksi potilaalle aloitetaan nestelista, jolla seurataan, kuinka paljon potilas saa nesteitä suun kautta. Tämä helpottaa arviointia lisänesteytyksen tarpeesta. Menetetyissä nesteissä otetaan huomioon mm. leikkauksenaikainen vuoto. Potilaan turvotuksia tarkkaillaan myös liian nesteytyksen arvioimisessa. Hoitajien mukaan potilaita nesteytetään harvoin liikaa.

Vatsan toimintaa seurataan myös, mutta hoitoaikojen ollessa lyhyitä usein vatsa ei ehdi osastolla ollessa toimia.

Lonkkamurtumapotilaille aloitetaan automaattisesti runsasenerginen ja proteiininen ruokavalio. Tämän lisäksi heille annetaan täydennysravintovalmisteena

juoma. Hoitajien kokeman mukaan lonkkamurtumapotilaat ovat usein aliravit-
tuja, ja he kertovat sen olevan yhteydessä sekä liikkumiseen että haavan para-
nemiseen ja myös painehaavaumien syntyyn.

*”Varsinkin se preoppina, jos on jo tullessa huono ravitsemustilanne
niin sen hoidon tilanne on jo huono siinä, niin sen asentohoidon mah-
dollisuudet jo pienet siinä, kun ei oo vielä leikattu. Niin siis sitä pai-
nehaavaa ajattelen. Niin siinä se korostuu...”*

Leikkaushaava

Hoitajat seuraavat osastolla leikkaushaavan vuotoa, punoitusta, kuumotusta ja
turvotusta. Haavaa seurataan mahdollisen infektion vuoksi. Haavasidoksen va-
lintaan vaikuttaa hoitajien mukaan haavan erittäminen ja myös taloudellisuus.
Siistille haavalle ei laiteta infektoituneelle haavalle tarkoitettua kallista tuotetta.

*”No siitä katsotaan se, että onko se vuotanut. Jos se on ihan siisti,
niin senhän pitäis olla sen 24h sitten kiinni...”*

*”Jos se ei ole infektoitunut haava ja siinä ei ole mitään erityistä, jota
varten sitä Sorbactia siihen pitäisi laittaa, niin tässä se ei ole myös-
kään hyvä. Sitä vaan tarvitaan siihen infektoituneeseen haavaan.
Kallis ratkaisu perushaavaan.”*

Potilaan kuntoutuminen ja yleistilan arviointi

Potilaan kuntoutuminen ja yleistilan arviointi kuuluu hoitajien mukaan olennai-
sena osana lonkkamurtumapotilaan hoitoon. Potilasta aletaan kuntouttamaan
mahdollisimman pian, potilaan yleisvoinnista riippuen yleensä seuraavana päi-
vänä leikkauksesta. Tapaturmaisesti lonkan murtanut potilas on yleisvoinniltaan
yleensä heikommassa kunnossa, kun suunnitellusti tekonivelleikkaukseen tul-
lut, ja se tulee ottaa huomioon kuntoutuksessa. Potilaasta mitataan NEWS-pis-
teet ja arvioidaan hänen vointiaan.

Potilaalle hankitaan sopiva apuväline, jonka avulla potilasta voidaan turvallisesti kuntouttaa. Hoitajat kertovat kuntoutuksen olevan tehokkaampaa, kun se aloitetaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Kuntoutuminen lähtee aluksi istumaan noususta ja vuoteen laidalla istumisesta, jonka jälkeen yritetään ylösnousua ja mahdollisuuksien mukaan liikkeelle lähtöä.

”Traumalonkka yleensä on kotoa tullut vanhus, jolla yleiskunto ei ole niin hyvä kuin näillä kutsutuilla TEP lonkilla, niin yleensä sen ensimmäinen vuorokausi annetaan olla ja levätä ja hoidetaan kipua ja kaikkea edellä mainittuja, mutta sitten ensimmäisenä päivänä pyritään ensin nostamaan istumaan ja aloitetaan se kuntoutus heti, kun ne sitten kuntoutuu paremmin. Katotaan se sopiva apuväline...”

Delirium

Deliriumin tunnistaminen ja hoitaminen tapahtuu geriatrin laatiman ohjeistuksen mukaisesti. Usein potilaat muuttuvat sekaviksi yöaikaan. Delirium on hoitajien mukaan hyvin yleistä, ja samanaikaisesti voi yhdellä hoitajalla yövuorossa olla neljä potilasta, joilla on sekavuutta.

Deliriumin hoitamisen kerrotaan muodostuvan sekä lääkkeellisistä että lääkkeettömistä menetelmistä. Lääkkeettömiä menetelmiä ovat rauhoittelu ja keskustelu.

”No se on sitä rauhoittelua ja kertomista missä ollaan mitä on tapahtunut ja mitä on tehty. Monesti sekin jo auttaa, kun ne tajuaa, mitä on tapahtunut.”

Kipulääkkeen tarvetta on arvioitava, koska kipu voi aiheuttaa sekavuutta. Virtsaarakon tilanne on hyvä tarkastaa, koska kova virtsahätä voi aiheuttaa sekavuutta. Vanhukset ovat usein kylmissään, ja hoitajan tulee tarkastaa, että potilaalla on lämmin olla. Lämpö voi vähentää hoitajien mukaan sekavuutta.

”Ja vanhukset, jotka on avopaidoissa ilman housuja, niin niitä palelee ja niillä on kylmä. Pitää viedä se kunnon peitto ja huolehtia lämpöiseksi, ei mitään ohkasia froteepyhkeitä, koska ne ei vanhuksille

riitä. Ja sit seuraavana päivänä leikkauksesta pitäis heti vaihtaa se avopaita pois ja kunnolla päälle. Niitä palelee aina. Vanhoja ihmisiä, et se tuo sitä turvallisuutta se lämpöisyys ja tota tämmönenkin on lääkkeetön hoito..."

Sekava potilas pyritään myös sijoittamaan huoneeseen, joka on lähellä hoitajien kansliaa.

Jatkohoidon arvioiminen ja järjestäminen

Potilaan toimintakykyä arvioitaessa arvioidaan myös jatkohoitopaikan tarvetta. Suurin osa lonkkamurtumapotilaista siirtyy jatkohoitoon terveyskeskukseen, koska potilaan tulisi kotiutuessa pärjätä omatoimisesti päivittäisissä toimissa. Ennen kuin potilas siirretään jatkohoitoon, odotetaan, että geriatri on käynyt tapaamassa häntä, koska geriatri arvioi potilaan kokonaisvaltaisesti ja arvioi myös potilaan kotilääkityksen ajantasaisuuden.

"...katsotaan, että se geriatri on kiertänyt sen potilaan luona ja et sille on tehty kaikki lääkemuuokset ja varmasti se vanhuksen kunto katsotaan..."

Jatkohoitopaikan kuntoutuksen tärkeyttä korostetaan.

"...mahdollisimman tehokas kuntoutus siellä teekoossa sitten. Että se mahdollistuis se kotia palaaminen."

Jatkohoitopaikkaa kysyttäessä raportoidaan samalla potilaan vointi ja kerrotaan toimintakyky, perussairaudet, riskitiedot ja lääkitys. Ehdottoman tärkeänä pidetään sitä, että jos tulovaiheessa on havaittu potilaan habituksessa jotakin sellaista, joka saa pohtimaan kotioloja, on siitä kerrottava jatkohoitopaikkaan. Huoli potilaasta täytyy kertoa perusterveydenhuoltoon, jotta sieltä voitaisiin kartoittaa potilaan arjessa selviytyminen kotona.

"...kotipalvelusta käytäisiin katsomassa, tarviiko sinne apuvälineitä, onko se koti turvallinen, onko siellä hirveesti kynnyksiä ja reunoja ja

portaita ja mikä on ruokahuolto. Onnistuuko kaupassakäynti. Onnistuuko ruuanlaitto...”

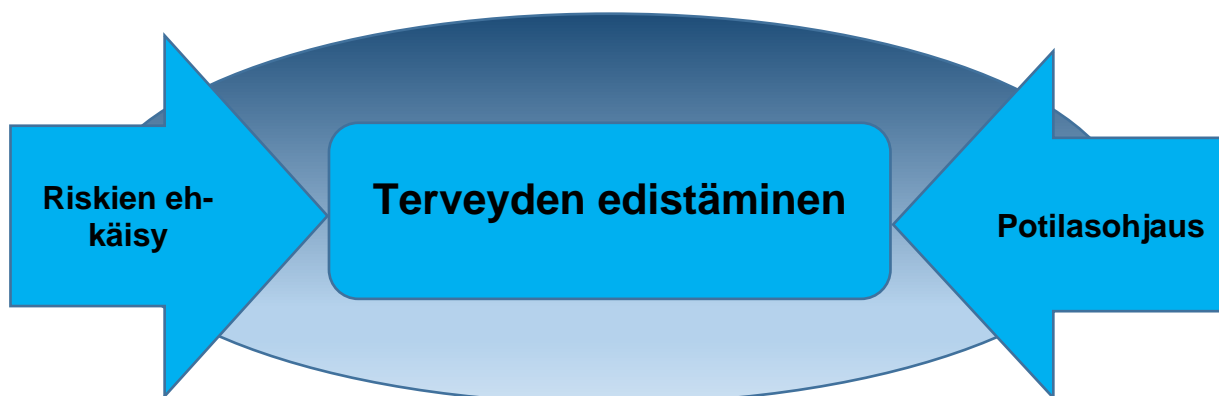
”...onhan meillä niitä potilaita, jotka saattaa, että tulee jostain Pihtiputaan perämettämästä ja niillä on joku sähkötön mökki ja ne on ihan sitä mieltä, että hyvin mä siellä pärjään. Niin, että saatais siihen jonkinlainen interventio, että eihän se pärjää siellä se potilas...”

Jatkohoitopaikkaan siirtämisessä tulee myös huomioida, millä potilas siirretään. Jos potilas asuu kaukana ja sen vuoksi myös jatkohoitopaikka sijaitsee maantieteellisesti kaukana, tulisi potilaalle tilata hoitajien mukaan ambulanssi, jotta hänen olisi mahdollisimman miellyttävä matkustaa.

”Ja ennen kuin sitä lähdetäis siirtämään, niin katottais vähän, että mistä se vanhus on kotoisin, että jos se on Pihtiputaalta, niin sitä ei laitettais mihinkään paritaksiin kovalle alustalle, vaan että siihen otettais perustason ambulanssi...”

5.2 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen alle muotoutui analysoinnissa riskien ehkäisy ja potilasohjaus (kuva 11).



Kuva 11. Terveyden edistäminen

Osastolle tullessa potilaille tehdään riskikartoituksia, joilla pyritään ennaltaehkäisemään mahdollisia uhkia potilaan terveydentilaan. Riskikartoituksia tehdään mahdollisesta vajaanavitsemustilasta, painehaavariskistä ja kaatumisriskistä.

”Painehaavaluokitus, se on se tärkeä juttu. Ja on se ravitsemusluokitus kyllä tärkeä.”

Haastattelussa hoitajat kertovat tietävänsä kaatumisriskimittarin, mutta eivät ole juurikaan sitä tehneet.

”...kaatumisen se FRAT- riskiluokitus. Mä en oo ikinä tehny sitä.”

Potilasta siirrettäessä jatkohoitoon tai kotiin hoitajat kokevat tärkeänä minimoida riskit uudelleen kaatumiseen. Hoitajat mainitsevat useaan otteeseen, miten potilaan kotiasioita tulee kartoittaa perusterveydenhuollossa, jotta potilaan olisi turvallista palata kotiinsa. Jatkohoitolaitoksen kuntouttaminen ja ravinnonsaannin turvaaminen koetaan myös tärkeäksi, jotta potilas pääsisi kotiutumaan.

”Onnistuuko ruuanlaitto, se ravinto on se edellytys, koska sitten se stoppaa taas se kuntoutuminen siihen, jos se ravitsemustila on sen kotiutumisen jälkeen huono.”

Hoitajat kertovat, mitä keinoja heillä on painehaavojen ehkäisyyn ja miten asioilla on riippuvuussuhteita. Ravitsemustilaa seurataan myös painehaavojen ehkäisyyn vuoksi, ja potilaan ihon kunnon ja hygienian hoito kuuluu olennaisesti painehaavojen ehkäisyyn.

”...hygieniää muutenkin katsoa ja siihen hygieniaan liittyen usein, kun se potilas tulee sieltä päivystyksestä niin usein pitää sitten alkaa heti kuivittamaan se ja ne on usein likomärkiä kun ne tulee.”

Asentohoidolla varsinkin ennen leikkausta on suuri merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Hoitajat kertovat huolehtivansa usein potilaiden asennonvaihdoista. Jatkohoitolaitokseen siirtämisessä ajatellaan myös painehaavariskiä, siksi pitkälle matkalle halutaan tilata potilaalle ambulanssikyyti.

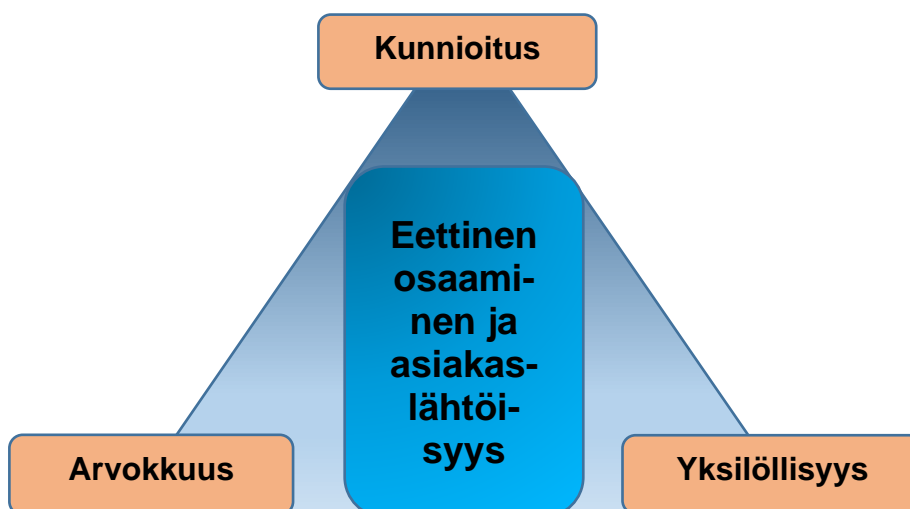
”Kaksi tuntia kuitenkin yhteen suuntaan, niin, estettäis sitten niitä painehaavojen syntyä...”

Potilaita ohjataan ja pyritään varmistamaan, että he ymmärtävät, mitä tehdään ja miksi niin tehdään. Potilasta ohjataan asennonvaihdon yhteydessä kertoen, miksi se ovat niin tärkeää tehdä. Esimerkiksi kipulääkkeiden ottamisen ajankohta on tärkeä ohjata, jotta kipu ei pääsisi kovaksi. Kuntoutumisessa motivoidaan ja ohjataan potilasta, koska liikkuminen on keino, jolla potilas voi itse varmistaa kotiutumisen.

”...kun ottaa kipulääkkeet säännöllisesti, pääsee liikkeelle ja nopeammin kotiutumaan...”

5.3 Eettinen osaaminen ja asiakaslähtöisyys

Eettinen osaaminen ja asiakaslähtöisyys toteutui haastattelun mukaan potilaan arvokkuuden, kunnioituksen ja yksilöllisyyden huomioimisesta (kuva 12).



Kuva 12. Eettinen osaaminen ja asiakaslähtöisyys

Vanhuksia halutaan hoitaa arvokkaasti ja kunnioittavasti huomioiden se, että heillä saattaa olla esimerkiksi sota-ajoilta muistoja, jotka muistuvat osastolla mieleen posttraumaattisesti hoitotoimenpiteitä tehtäessä.

Potilaalle ei haluta tuottaa turhaa kärsimystä, ja hoitotoimenpiteet pyritään suorittamaan niin, että niistä aiheutuisi mahdollisimman vähän kipua. Asentohoidot

ja käännöt tehdään aina kahden hoitajan avustuksella. Lonkkamurtumapotilasta ei lähdetä hoitajien mukaan koskaan kääntämään yksin, koska se tuo potilaalle tarpeetonta kipua.

Hoitajat joutuvat pohtimaan hoitoa usein eettisyyden näkökulmasta ja miettimään, mikä potilaalle on parhaaksi. Vanhus, jolla on virtsaa rakossa ja joka ei saa virtsattua, on hoitajien mukaan eettisesti vaikea asia ratkaista. Hoitosuositusten mukaisesti potilas tulisi kertakatetroida, mutta jos potilas on pelokas, muistamaton ja vastustaa jokaista katetrintikertaa, olisiko tällöin parempi laittaa potilaalle kestopatetri.

”Kun meillä on se kipeä preop potilas, joka ehkä joutuu odottamaan sitä leikkausta, niin viesti on se, että edelleenkin ei saisi sitä kestopatetria käyttää, mutta sit, kun miettii sitä muistisairasta, joka pistää vastaan, kun sitä kertakatetroidaan...”

Katetrinti saattaa lisäksi muistamattomalla ja sekavalla potilaalla tuoda esiin posttraumaattisia asioita, jolloin vanhukset ovat ehkä joutuneet kokemaan vaikeita asioita.

”...ja sitten näillä vanhoilla ihmisillä saattaa olla posttraumaattisia kokemuksia, jos miettii sota-aikoja, jolloin on voinut olla ihan mitä vaan, niin se tulee sieltä sitten. Pelko tulee sieltä sitten...”

Hoitajien mukaan sekavan potilaan luona pitäisi olla mahdollisimman paljon, ja tämän vuoksi hoitajat kokevat riittämättömyyden tunnetta, koska usein osaston tilanne ei sitä salli.

”Niin siinä justiin mikä kaihertaa on se yöaikaan tapahtuva. Ettei kertakaikkiaan ehdi siinä vierellä olla, vaikka haluaisi ja pitäisi. Ja kun sitten samassa yössä on voi olla se kolme neljä samanlaista...”

Potilaat kohdataan osastolla yksilöllisesti, heidän kanssaan keskustellaan rauhallisesti ja kerrotaan, mitä on tapahtunut. Potilaiden kanssa pyritään keskustelemaan ja hakemaan luottamuksellinen suhde, jotta potilaalla olisi turvallinen olo. Potilaan luona pyritään olemaan rauhallinen senkin vuoksi, että jos potilas

kokee hoitajan olevan kiireinen, vaikuttaa se potilaaseen negatiivisesti. Yksilöllinen huomiointi nousee esille myös siinä, että potilaan mahdolliset aistivajaukset huomioidaan ja heille pyritään löytämään keino, jolla asiat saadaan selitetyä ymmärrettävästi.

”Sitten pitää huomioida muutenkin ne aistit, kun ne voi olla puolikuu-roja tai sitten näkö huono ja sitten siinä vielä kuuluvalla äänellä vielä tarkemmin kertoa, mitä tapahtuu...”

Kuntoutumisessa otetaan huomioon myös yksilöllisesti potilaan vointi. Jos potilas on kovasti voipunut, annetaan hänen levätä ja kuntoutumista viedään eteenpäin potilaan voinnin mukaisesti. Sen lisäksi aiempi toimintakyky vaikuttaa kuntoutumissuunnitelmaan.

Potilaan arvokkuutta huomioidaan myös jatkohoitoon siirtymisessä. Ambulanssin tilaamista varsinkin pitkälle matkalle perustellaan mm. sillä, että vanhus on ansainnut pehmeämmän kyydin.

”Ne on sen ajan ihmisiä, että ne on sen ansainneet, että ne saa pehmoisemman kyydin...”

Hoitajat pohtivat haastattelussa iäkkäiden, monisairaiden hoitotahtoa. Usein osastolle tulee iäkäs potilas, jolla on useita sairauksia ja yleiskunto on jo heikentynyt. Hoitajat toivovat keskustelua hoitotahdosta, koska voinnin romahtamiset tulevat kuitenkin aina yllättäen. He pohtivat iäkkään, monisairaana elvyttämisen eettisyyttä. Hoitajat kokevat hoitotahtoasioiden usein jäävän heidän asiakseen nostaa keskusteluun.

5.4 Kirjaaminen ja informointi

Kirjaaminen ja informointi koetaan tärkeänä osana hoitotyötä. Kirjaamisen tärkeys korostuu heti potilaan tullessa osastolle. Potilaan tulovaiheen vointi tulee kirjata tarkkaan senkin vuoksi, että tieto siitä täytyy viedä jatkohoitolaitokseen tai potilasta kotiuttaessa asia tulee huomioida.

”...niin sitten jatkohoitoon tieto näistä asioista...”

Hoitajat ovat myös sitä mieltä, että jatkossa suurella päivystys- ja infektio-osastolla kirjaaminen korostuu, koska todennäköisesti sama hoitaja ei monta vuoroa hoida samaa potilasta.

”Siinä on ehkä haasteena sen, että POSSistakin tulee isompi, että sitten ei tipu tavallaan se tieto sinne, niin se pitäis kirjata sinne sen hoitajan...”

Kirjaaminen on tärkeää myös arvioitaessa hoitoa, kipua, sekavuutta, kuntouttamista ja myös esimerkiksi vajaaravitsemustilan hoitoa ja paranemista.

”...se kirjaaminen, mikä tässä on olennainen. Että muistaa laittaa ylös ja sitten voi vielä suullisesti antaa raportissa vielä että huomioidaan vaikka kipulääkitys.”

”Ja sitten sitä arviointia siihen, että tietää että se levottomuus on sitten helpottunut...”

5.5 Kommunikointi ja moniammatillisuus

Kommunikointi ja moniammatillisuus nousee esiin sekä moniammatillisen tiimin myötä että omaisten roolissa. Omaisia otetaan mielellään hoitoon mukaan, jos vaan he ovat siihen halukkaita. Hoitajien mukaan omaisten osallistuminen hoitoon vaihtelee kovasti, toiset ovat hyvin aktiivisesti mukana ja toiset taas arastelevat esimerkiksi syöttää potilasta.

Omaisten kanssa pyritään kommunikoimaan kertomalla läheisen tilanteesta ja myös saamaan heiltä arvokasta tietoa esimerkiksi potilaan toimintakyvystä ennen sairaalaan tuloa.

”...plus sitten se, että niiltä omaisilta voi saada arvokasta tietoa siitä potilaasta, että minkälainen se toimintakyky on ollu siellä kotona tai hoivakodissa...”

Moniammatillisuus korostuu lonkkamurtumapotilaan hoidossa. Potilaan kuntouttamista tulisi harjoittaa yhdessä fysioterapeutin kanssa, mutta hoitajien mukaan tässä on kehittämistä. Potilaat haluavat usein aamupäivällä liikkeelle, ja tällöin hoitajat kokevat harvoin saavan tukea fysioterapeutista.

”Tässähän olisi se hyvä se moniammatillisuus yhteistyö esimerkiksi fysioterapeutin kanssa, mutta nyt jos miettii esimerkiksi aamusella, niin se ei ihan niin kuin onnistu...”

Geriatrin osallistumista potilaiden hoitoon pidetään erittäin merkittävänä. Hoitajat tuovat keskustelussa useaan otteeseen geriatrin myönteisen työpanoksen. Hoitajat kokevat erittäin myönteisenä sen, että geriatri on aidosti kiinnostunut tästä potilasryhmästä ja arvioi potilaan kokonaisvaltaisesti, mukaan lukien potilaan kotilääkityksen tarpeellisuuden. Hoitajat toivoivat, että yhteistyö geriatrin kanssa jatkuisi uudessa sairaalassa.

”Plus että tää muutenkin tää geriatri on tää meidän mummojen pelastaja sen suhteen, että se kattoo sitä kokonaisjuttua, myöskin sitä lääkejuttua...”

”...että jos ei olis sitä geriatria niin kylläpäähän kaaoksessa oltais...”

Kirurgien halukkuutta hoitoon osallistumisesta koetaan vajaavaiseksi. Hoitajat kokevat, että kirurgit ovat kiinnostuneita vain potilaan lonkasta ja muut asiat jäävät hoitajien kysymysten varaan. Esimerkiksi tieto deliriumin hoidosta ei välttämättä ole tavoittanut kaikkia kirurgeja.

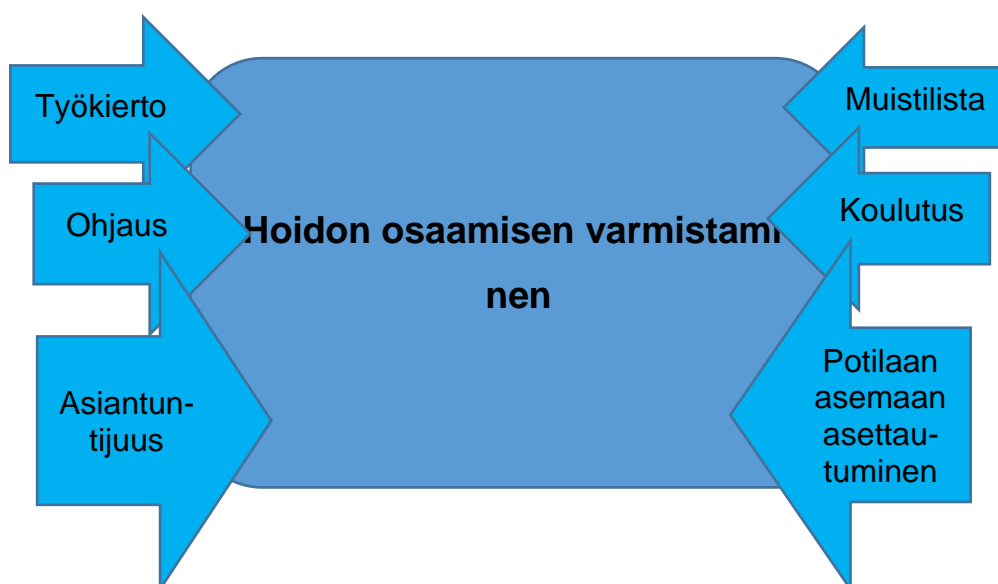
”ei nää kirurgit näe valitettavasti muuta, kun sen lonkan ja ne korjaa sen ja ptsiuu. No, ne on koulutettu siihen.”

”...deliriumia voidaan alkaa hoitamaan, mutta sitten kun me soiteaan päivystäjälle, niin hänelle joutuu kyllä sitten välillä muistuttamaan tämän ohjeen. Lääkityksistä ja muista.”

Tämän lisäksi hoitajat kokevat tekevänsä enemmän kuin heidän vastuualueelleen kuuluisi, mm. lääkitysten tarkastaminen ja lääkkeiden tauottaminen. Tietämystä lääkityksestä korostettiin, koska hoitajien mukaan usein päivystävältä lääkäriltä ei tule automaattisesti esimerkiksi ohjeistusta lääkkeistä, jotka tulisi tauottaa.

5.6 Hoidon osaamisen varmistaminen

Hoitajia pyydettiin kuvaamaan, miten hoidon osaaminen varmistuisi päivystys- ja infektio-osastolla (kuva 13). He keskustelivat asiasta ajatellen, että alkaisivat itse hoitaa potilasryhmää, joka olisi heille uusi.



Kuva 13. Hoidon osaamisen varmistaminen

Työkiertoa pidettiin tärkeänä keinona, koska hoitajien mukaan tekemällä oppii parhaiten. Työkiertoa on nyt jo ollutkin osastolla, mutta sitä kaivataan vielä enemmän.

”...siitä tulis niinku silleen tekemisen kautta se ymmärrys ja tieto siihen hoitoon...”

Ohjaaminen ja opettaminen on hoitajien mielestä olennainen osa sekä uuden oppimista että vanhan tiedon päivittämistä. Ohjaaminen kuuluu hoitajien ammattiin ja sitä myös halutaan antaa. Hoitajien mukaan myös tiedonhaku kuuluu hoitajan tehtäviin.

”...meidän kuuluu ohjata niitä. Aina voi sitten soittaa ja kysyä joltain neuvoa...”

Hoitajien mukaan myös voitaisiin ajatella asiantuntijahoitajan menemistä sinne, missä potilas on, ja näin hän voisi opettaa lonkkamurtumapotilaan hoitamista.

”Sinne potilaan luo voi tulla hoitaja sitten, joka tietää, miten sitä hoidetaan...”

Taskuun mahtuva muistilista olisi hoitajien mielestä hyvä keino potilaiden hoitamisessa, koska muistettavaa on paljon. Muistilistan tulisi olla sellainen, ettei siinä ole liikaa asiaa, vaan tieto olisi tiiviissä muodossa. Listasta pitäisi löytyä tieto helposti ja selkeästi, ja siinä ei pitäisi olla tulkinnanvaraa.

Haastattelussa nostetaan esiin yleisestikin potilaan hoitamisesta se, että hoitajien tulisi asettautua potilaan tai omaisen asemaan ja miettiä sitä kautta tarpeita, joita potilaalla voisi olla ja miten hänet tulisi kohdata.

”Että silloin kun sä asetut sen vanhuksen niin kuin tavallaan asemaan tai niinkun siihen että koet sen, että mitä sä haluat antaa sille omalle äidille tai isälle siinä tilanteessa, että joutuisit hoitaa. Kyllä siinä aika monta asiaa tulee silloin mieleen.

Koulutusten ja osastotuntien ajateltiin soveltuvan joillekin hoitajille hyvin. Kirurgiselta osastolta voitaisiin käydä kertomassa lonkkamurtumapotilaan hoidosta. Hoitajat kokevat, että joillekin koulutuksissa esitetyt asiat saattavat tuntua itsensänselvyyksiltä, mutta hoitajat korostivat sitä, että osaamisen vahvistaminen on aina ajankohtaista.

”...koskaan osaamista ei ole huono vahvistaa.”

5.7 Näyttöön perustuva toiminta

Keskustelussa nousi vahvasti esille näyttöön perustuva toiminta hoitajien keskuudessa. Näyttöön perustuva toiminta perustuu haastattelun mukaan jokaiseen kuuteen pääluokkaan, jota tarvitaan lonkkamurtumapotilaan hoidossa. Näin ollen näyttöön perustuvasta toiminnasta muodostui yhdistävä pääluokka.

Hoitajat mainitsivat useaan otteeseen tarkastavansa hoitosuosituksista hoitoon liittyviä asioita ja toimivansa niiden mukaisesti. He kertoivat ohjeistavansa päivystävää lääkäriäkin ohjeiden olemassaolosta, jos tarve vaatii. Esimerkiksi geriatriin tekemä deliriumin hoito-ohjeistus koettiin tärkeäksi tutkittuun tietoon perustuvaksi suositukseksi, joka auttaa potilaan hoidossa.

6 TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, mitä tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidossa tarvitaan. Tavoitteena oli tuotetun tiedon avulla saada päivystys- ja infektio-osastolle tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidosta sekä vahvistaa heidän osaamistaan, koska uudessa sairaalassa lonkkamurtumapotilaat siirtyvät heidän hoidettavakseen. Tietoa haettiin haastattelemalla hoitajia, jotka hoitavat lonkkamurtumapotilaita tällä hetkellä. Tulokset kertovat, kuinka laajasti tietoa ja osaamista tämän potilasryhmän hoidossa tarvitaan. Tuloksista muodostui kuusi pääluokkaa, jotka muodostavat tarvittavan osaamisen lonkkamurtumapotilaan hoidossa. Huomioitavaa on, että kokonaisuuksissa on riippuvuussuhteita. Esimerkiksi kipu voi estää virtsaamista ja liikkumista ja potilaan ravitsemustilanne vaikuttaa haavan paranemiseen, kuntoutumiseen ja painehaavojen syntymiseen.

6.1 Lonkkamurtumapotilaan hoidossa huomioitavaa

Lonkkamurtumapotilaiden hoidossa on paljon huomioitavia asioita. Potilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita (Käypä hoito 2017a), jolloin potilaiden hoito on vaativaa. Lääkityksen tarkastaminen on esimerkki vaativasta työstä, jota sairaanhoitajat päivittäin tekevät. Tulosten mukaan hoitajat kokevat esimerkiksi lääkitysten tarkastamisen ja lääkkeiden tauottamisen suureksi vastuuksi ja osaksi sen siirtyneen lääkäreiltä hoitajille. Lääkehoidon osalta ohjeistus on

yksiselitteinen: lääkäri määrää lääkehoidon ja hoitohenkilökunta toteuttaa sen (Valvira 2018).

Lääkehoito vie myös runsaasti hoitajien aikaa. Potilaan tullessa osastolle on hänen lääkityksensä tarkastettava, ja se voi joskus vaatia monta puhelua. Potilaat eivät usein muista, mitä lääkkeitä he käyttävät. Hoitajat käyvät reseptikeskuksessa tarkastamassa potilaalle määrättyt lääkkeet, mutta se ei vielä tarkoita sitä, että potilas hänelle määrättyjä lääkkeitä käyttäisi. Lääkehoidossa olisikin suureksi avuksi lähettävän laitoksen potilaan mukaan laitettu ajantasainen lääkelista.

Lonkkamurtumapotilaalle tulee tehdä leikkausvalmistelut, joita hoitajien mukaan aletaan toteuttamaan heti potilaan tullessa osastolle. Potilasta autetaan peseytymisessä, koska puhtaalla iholla on vähemmän bakteereita (Holmia ym. 2006, 64) sekä hänelle avustetaan päälle avopaita ja hänelle vaihdetaan puhtaata lakanat. Hygienian hoito korostuu leikkausvalmisteluita tehdessä, koska liikaisuus ja ihon huono kunto lisäävät leikkauspotilaan infektioriskiä (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2019f). Hygienian hoito kuuluu potilaan perustarpeisiin, ja sen huomiotta jättäminen kuvastaa hoidon huonoa laatua (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hygienian tutkimuskeskus 2019a). Leikkausvalmisteluihin kuuluu myös tarkastaa, että potilaalla on voimassa oleva sopivuustutkimusnäyte ja että hänelle on tilattu valmiiksi verivaraus (Fimlab 2019).

Potilaasta otetaan vähintään kerran työvuorossa NEWS-pisteet, joita hoitaja arvioi ja tarpeen mukaan ottaa yhteyttä joko lääkäriin, MET-ryhmään tai molempiin. NEWS-pisteet voivat olla viiterajoissa, vaikka potilaan yleisvointi olisi romahtamassa (Alanen 2018, 60–61). Lonkkamurtumapotilas on usein monisairas ikääntynyt ihminen (Käypä hoito 2017a), jolloin yleisvoinnin seuranta on tärkeää.

Virtsan eritystä seurataan sekä ennen että jälkeen leikkauksen. Hoitajat käyttävät työssään apuna ultraäänilaitetta, jonka avulla turhat katetroinnit ovat jääneet pois. Kestokatetria laitetaan harvoin lonkkamurtumapotilaille, koska sen tiedetään lisäävän riskiä kuolleisuuteen (Pajulammi 2017, 70–71). Vaippaan virtsaavien potilaiden virtsantuloa on haastavaa seurata, silloin hoitajien mukaan riittää, että virtsaa ylipäättänsä tulee. Jos virtsaa tulee kovin niukasti, tarkastetaan

rakko ultraäänilaitteella. Niukan virtsaamisen käynnistämiseen voidaan käyttää apuna nesteytystä ja nesteensoistolääkitystä (Nienstedt ym. 1999, 356; Kettunen 2014).

Jos rakossa on virtsaa ja potilas ei kuitenkaan saa virtsattua, on potilas katetroitava. Hoitajien mukaan naispuolista lonkkamurtumapotilasta ei saa katetroida etukautta, jolloin jalvoja joudutaan avaamaan tuottaen potilaalle turhaa kipua. Naispotilaat tulisi sen sijaan kääntää kyljelleen ja katetroida takakautta.

Vatsantoimintaan kiinnitetään huomiota osastolla. Hoitoaikojen ollessa lyhyitä ei vatsa välttämättä ehdi toimimaan erikoissairaanhoidossa. Kivun hoidossa käytettyjen opiaattien haittavaikutuksena on ummetusta (Kalso ym s.a; Mustajoki 2019). Myös vähäinen liikunta, vähäkuituinen ruokavalio (Mustajoki 2019; Luukkonen & Hillilä 2012) ja huono yleiskunto aiheuttavat ummetusta (Luukkonen & Hillilä 2012). Liikkuminen, kuitupitoinen ruoka ja nesteensaanti auttavat ummetuksen hoidossa. Lääkkeet, jotka lisäävät paksusuolen nestettä, sekä lääkkeet, jotka stimuloivat suolta, voivat alkuun olla apuna ummetuksen hoidossa ja ehkäisyssä. (Mustajoki 2019.)

Ravitsemukseen kiinnitetään hoitajien mukaan huomiota runsaasti. Potilaan vaa ravitsemustilaa arvioidaan ja toimitaan sen mukaisesti. Kaikille lonkkamurtumapotilaille aloitetaan lisäravinnejuoma, ja sen lisäksi ruoka tilataan runsasenergisena ja -proteiinisena. Hoitajat kertoivat ravitsemustilan vaikuttavan moneen asiaan potilaan hoidossa. Se vaikuttaa painehaavojen syntyyn, haavojen paranemiseen, yleiskuntoon ja kuntoutumiseen. Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys tukee hoitajien näkemystä ravitsemuksesta.

Potilaiden nestetasapainoa seurataan ja lasketaan sekä ennen että jälkeen leikkauksen. Nestetasapaino tarkoittaa nimensä mukaisesti elimistön nesteensaannin ja sen poistamisen välistä tasapainoa (Duodecim terveyskirjasto 2019a). Lääkäri määrää kokonaisnestemäärän, joka tarkoittaa siis sekä suun kautta otetun että suonensisäisen nestemäärän. Ensisijaisesti potilaille tarjotaan nesteitä suun kautta, ja jos tätä kautta nestetavoitetta ei saada toteutettua, annetaan nesteitä lisäksi suonensisäisesti. Hoitajat vievät potilaille nestelistan, jolla seurataan suun kautta otettujen nesteiden määrää. Hoitajat kertoivat myös seuraavansa potilaiden turvotuksia, joka kertoo potilaan ns. ylinesteytyksestä.

Alaraajojen turvotukset voivat olla merkinä esimerkiksi laskimoiden ja sydämen vajaatoiminnasta (Saarelna 2019c). Menetettyihin nesteisiin lasketaan hiikoilu ja haihtuminen, virtsamäärä sekä mahdolliset nenämahaletku- ja avanteiden eritykset (Nienstedt ym 1999, 376) sekä ripulointi (Rautava-Nurmi 2010, 53).

Kivun hoitaminen nousi tuloksissa voimakkaasti esille, ja sitä pidetään tärkeimpänä asiana lonkkamurtumapotilaan hoidossa. Kivun tunnistamisesta käytiin keskustelua pitkään, ja sitä yhdessä kivunhoidon kanssa pidetään erittäin tärkeänä. Kehittämistä silmällä pitäen hoitajat toivoivat saavansa osastolle käyttöön muistisairaille suunnattua PAINAD-mittaria, jossa kipua arvioidaan potilaan käyttäytymisen mukaan. Tulkinnassa huomioidaan potilaan hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttaminen. (Warden ym. 2003, 9–15.)

Kivun todettiin vaikuttavan moneen asiaan. Kivulias potilas ei saa välttämättä virtsattua, liikuttua tai ei halua asentoaan vaihdettavan. Kivun tiedetään aiheuttavan myös fyysisiä muutoksia elimistössä. Kivun vuoksi esimerkiksi hengitystoiminta voi huonontua ja verenkierto heikentyä. (Holmia ym. 2006, 177.)

Kivun hoidossa hyvänä edistykseenä pidettiin Fascia iliaca -puudutetta, mutta sen koettiin olevan ajoittain riittämätön. Hoitajat kertoivat potilaiden olevan usein kivuliaita tullessaan päivystyksestä osastolle. Kivun tunnistamisessa ja hoidossa todettiin olevan puutteita, varsinkin päivystyksestä osastolle tullessa. Potilaat siirretään päivystyksen vuoteesta osaston vuoteeseen, joten on erittäin tärkeää, että potilaat olisivat mahdollisimman kivuttomia sillä hetkellä.

Leikkauksen jälkeen kirurgista haavaa on seurattava ja hoidettava tarpeen mukaan. Haava pidetään suojattuna 24 tuntia leikkauksen jälkeen, jos eritystä ei ole tullut. Haavan mahdollisia infektiota merkkejä seurataan. (Kanerva & Tenhunen 2018, 125; Hietanen & Kuokkanen 2018.) Haavasidosten valinnassa on haavan vuodon lisäksi kriteerinä myös taloudellisuus.

Deliriumin tunnistaminen ja sen hoito nousi myös vahvasti esille. Lääkehoidon lisäksi osastolla korostuu lääkkeetön hoito, joihin lukeutuvat kivun hoito, rauhallinen keskustelu, lämpöisyyden huomiointi ja ylläpito sekä läsnäolo. Osastolla

on käytössä geriatrin tekemä ohjeistus deliriumin hoidosta, joka perustuu tutkittuun tietoon. Hoitajien mukaan hoidossa korostuu lääkkeetön hoito, mutta myös lääkkeitä käytetään. Kaikkein tärkein hoito on deliriumin ehkäisy. Ehkäisyssä huomioidaan mm. potilaan liikkeelle avustaminen, turhien katetrien poisottaminen, ravinnonsaannin turvaaminen, omaisen läsnäolo (Jämsen ym. 2015, 977–983) sekä normaalin unirytmien palauttaminen (Hautamäki 2006, 309).

Kuntoutuminen on tärkeää. Hoitajat kertovat, että antavat lonkkamurtumapotilaan levätä usein ensimmäisen päivän leikkauksesta. Käypä hoito -suosituksen (2017a) mukaan potilaiden kuntouttaminen pitäisi aloittaa heti leikkauksen jälkeen. Hoitajat kokevat potilaiden yleisvoimien olevan kuitenkin yleensä niin heikon, että kuntoutusta ei heti leikkauksen jälkeen tehdä. Kuntoutumisen koettiin olevan tärkeässä roolissa jatkohoitopaikassa, ja se nousikin useaan otteeseen keskustelussa esiin. Kuntoutuminen ja sitä kautta kotiutuminen aiheutti myös keskustelua. Jatkohoitopaikkaan siirrettäessä arviointi potilaasta on tärkeää, jotta potilas siirretään hänen toimintakyvylleen oikeaan paikkaan.

Laitoshoito on kallista (Kuntaliitto 2019) ja on potilaan edun mukaista päästä kotiin. Tehokkaassa kuntoutumisessa on merkittäviä etuja potilaalle. Järjestelmällinen liikunta parantaa mielialaa ja fyysistä kuntoa ikääntyneillä (Timonen 2007). Fysikaalisen kuntoutuksen ja alemman kuolleisuuden välillä on myös yhteys (Lahtinen 2019). Yksilöllinen kuntoutusohjelma vähentää kokonais kustannuksia, lyhentää sairaalassaoloaikaa ja vähentää sekundaarisia murtumia. Lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuminen vaikuttaa elämänlaatuun positiivisesti. (Cheung ym. 2018, 285–291.) Tavoitteena lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa on palauttaa ennen murtumaa ollut liikunta- ja toimintakyky (Käypä hoito 2018).

Osastolla tehdään järjestelmällisesti vajaaravitsemusriskiluokitusta ja painehaavariskiluokitusta. Näiden perusteella mietitään toimenpiteitä, joilla estetään tai hoidetaan vajaaravitsemusta ja painehaavan riskiä. Ennaltaehkäisevässä työssä otetaan huomioon tekijät, jotka vaikuttavat toisiinsa. Asentoa vaihdetaan kivun hoitamiseksi mutta myös painehaavojen syntymisen estämiseksi. Potilaille aloitetaan myös runsasenerginen ja -proteiininen ruokavalio ja sen lisäksi heille annetaan lisäravinteita, jotta potilaiden haavat parantuisivat, he jak-

saisivat kuntoutua ja painehaavojen syntymiset estyisivät. Painehaavojen esiintymistä tai niiden puuttumista voidaan pitää hoidon laadun mittarina. Yksikin painehaava on liikaa, koska painehaavat ovat estettävissä. (Soppi 2014.)

Kaatumisen riskiluokitusta hoitajat eivät osastolla ole tehneet. Voisiko tässä olla syynä se, että potilas on jo kaatunut saaden lonkkamurtuman? Kehittämisen näkökulmasta kaatumisen riskiluokitusta tulisi kouluttaa tekemään, koska sillä voidaan kartoittaa sekundaariset kaatumiset, mikä on erittäin tärkeää ja minkä pitäisi kuulua potilaan hoitoon (Salonoja ym. 2010).

Potilaiden ei haluta kärsivän, ja hoitotyö pyritään tekemään niin, että potilas kokisi mahdollisimman vähän kipua. Hoitajat joutuvat päivittäin eettisten pohdintojen eteen. Voiko kivuliaalle, muistisairaalle ja pelokkaalle potilaalle laittaa kestopatettrin, vaikka sen poistamisen tiedetään olevan yhteydessä alhaisempaan kuolleisuusriskiin, kuten Pajulammi (2017) on väitöksessään todennut.

Hoitajat kokevat myös ristiriitaisia tunteita siitä, että eivät ehdi potilaan luona olla niin kauan kuin haluaisivat tai olisi tarpeen. Sekavan potilaan yksin jättäminen tuntuu erityisen ikävälle, mutta muut potilaat on myös hoidettava. Sekavat potilaat pyritään sijoittamaan lähelle hoitajien kansliaa, mutta se ei muuta sitä tosiasiaa, että sekavia potilaita voi olla samanaikaisesti useita osastolla.

Potilaan kohtaamiseen kiinnitetään paljon huomiota. Hynnisen (2016) väitöskirja tukee hoitajien kertomaa: kiireinen ja dominoiva hoitaja saa aikaan negatiivisia tuntemuksia potilaassa. Hoitajat kertovat, mitä on tapahtunut, missä ollaan ja mitä nyt tehdään, koska sen koetaan rauhoittavan potilasta. Eettistä hoitotyötä on potilaan luona pysähtyminen, kuunteleminen ja keskusteleminen (Haho 2014). Potilas otetaan yksilöllisesti huomioon mm. niin, että hänen aiempi toimintakykynsä ja yleisvointinsa huomioidaan kuntoutussuunnitelmassa, hänen aistinsa huomioidaan kommunikoitaessa ja hänen mahdolliset aiemmin kokevat traumaattiset asiat pyritään huomioimaan hoitotoimenpiteitä tehdessä.

Hoitajat pohtivat myös, milloin on hyvä ottaa puheeksi potilaan hoitotahto. Onko oikein elvyttää 95-vuotiasta monisairasta vanhusta? Tämä on asia, jota on syytä

jatkossa pohtia, koska elvytystilanteet tulevat aina yllätyksenä. Elvyttämättäjäätämispäätös eli DNR-päätös voidaan ymmärtää maallikoiden kesken niin, että potilas jätetään hoitamatta, vaikka DNR-päätös tarkoittaa vain ja ainoastaan pidättäytymistä puhallus-paineluelvytyksestä ihmisen mennessä elottomaksi (Valvira 2019).

Ihmisen arvokkuuden huomioonottamista kuvaa erinomaisesti se, miten jatko-hoitolaitokseen siirrettäessä soitetaan potilaalle pitkälle matkalle ambulanssi-kyyti, koska se on hoitajien mukaan pehmeämpi ja he kokevat vanhusten sen ansainneen.

Kirjaaminen ja informointi nousivat tuloksissa esille hoidon jatkuvuuden varmistamisena. Kirjaamisen tärkeys korostuu jo heti potilaan saapuessa osastolle, koska potilaan yleisilasta ja habituksesta on syytä kirjata, jotta mahdollisiin epäkohtiin kotona voitaisiin puuttua.

Kirjaaminen nousi esille myös arvioitaessa potilaan kivunhoitoa tai muita toimenpiteitä. Deliriumin hoidossa kirjaaminen koettiin myös tärkeäksi, jotta voidaan huomioida, mitkä asiat ovat hoidossa auttaneet ja mitkä eivät.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298) määrittää kirjaamisessa oltavan riittävät ja tarpeelliset tiedot potilaan hoidosta. Kirjaamisessa pohditaan potilaan tarpeiden pohjalta suunnitelma, toteutus ja toteutuneen hoidon perusteella arviointi. Kaikki potilaalle tehdyt toimenpiteet tulisi olla kirjattuna, koska ”se, mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty” on hoitajalle juridisestikin hyvä muistisääntö. (Ahonen ym. 2007.)

Kommunikointi ja moniammatillisuus muodostavat tärkeän osan hoitajan työstä lonkkamurtumapotilaiden hoidossa. Potilaisiin on tärkeää muodostaa luottamuksellinen hoitosuhde, jolloin kommunikointi korostuu. Vuorovaikutuksella ja yhteisellä kommunikoinnilla on suuri merkitys potilaan tukemisessa kohti mahdollisimman hyvää terveydentilaa (Mikkola 2006, 11–12).

Hoitajat kokevat omaisten osallistumisen hoitoon tärkeänä ja kannustavat heitä siihen osallistumaan, jos omainen on siihen halukas. Omaisilta koetaan saata-

van myös arvokasta tietoa potilaan aiemmasta toimintakyvystä. Teoriatieto tukee hoitajien kokemusta. Omaisilta saa usein tietoa myös potilaiden lääkityksestä, ja heillä voi olla myös rauhoittava vaikutus potilaisiin (Hynninen 2016, 58).

Potilaan hoidossa moniammatillisuuden tulisi olla sujuvaa yhteistyötä sekä katkeamatonta tiedonkulkua, jotta potilas saisi mahdollisimman laadukasta hoitoa (Käypä hoito 2017). Tuloksissa kuitenkin ilmenee, että aina näin ei ole. Potilaan kuntoutumisessa koetaan puutteita, koska potilaat ovat usein halukkaita liikkeellelähtoon aamuisin, jolloin fysioterapeutteja ei ole osastolla paikalla. Hoitajat avustavat tällöin pareittain potilaita ja fysioterapeutin arvokas ohjaus jää potilaalta saamatta.

Geriatrin koettiin olevan erittäin tärkeä osa lonkkamurtumapotilaan hoitoa. Geriatri ottaa kantaa potilaan hoitoon kokonaisvaltaisesti ja tarkastaa myös potilaan kotilääkityksen ajantasaisuuden ja muokkaa sitä tarvittaessa. Hoitajat kiittelivät tätä edistysaskeleena lonkkamurtumapotilaiden hoidossa.

Leikkaavien lääkäreiden osalta hoitajat kokevat puuttuvan mielenkiintoa potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja keskittymistä operoituun lonkkaan. Tällöin geriatrin osallistuminen hoitoon nousee erittäin tärkeään rooliin. Hoitajat kokevat, että potilaan hoito olisi helpompaa, jos päivystävät lääkärit olisivat tietoisia enemmän esimerkiksi delirium-potilaan hoitosuosituksista.

6.2 Sairaanhoitajan osaamisen vaatimukset lonkkamurtumapotilaan hoidossa

Lonkkamurtumapotilaan hoito edellyttää sairaanhoitajalta laajaa osaamista. Valmistuneen sairaanhoitajan osaamisen taso onkin korkea. Osaaminen jaetaan 13 eri osa-alueeseen (yleSHarviointi-blogi 2019):

1. Ammatillisuus ja eettisyys
2. Asiakaslähtöisyys
3. Kommunikointi ja moniammatillisuus
4. Terveysten edistäminen
5. Johtaminen ja työntekijäosaaminen

6. Informaatioteknologia ja kirjaaminen
7. Ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen
8. Kliininen hoitotyö
9. Näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko
10. Yrittäjäyys ja kehittäminen
11. Laadun varmistaminen
12. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä
13. Potilas ja asiakasturvallisuus.

Ammatillisuus ja eettisyys

Lonkkamurtumapotilasta hoidettaessa ammatillisuudessa ja eettisyydessä nousevat hoitotyön eettiset arvot, kuinka potilasta tulisi hoitaa kunnioittavasti huomioiden hänen ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa. Hoitajan on ehdottoman tärkeää huolehtia, että potilaan oikeudet toteutuvat. (yleSHarvointi-blogi 2019.) Eettisiä ongelmia tulee eteen tilanteissa, joissa potilaalle suoritetaan toimenpiteitä, jotka lisäävät hetkellisesti hänen kipuaan. Tilanteet, joissa potilas ei kognitiivisesta heikentymisestä johtuen käsitä hoitoa hänen parhaakseen, aiheuttavat eettistä pohdintaa. Lonkkamurtumapotilaat kuuluvat usein tähän potilasryhmään, ja heidän kohdallaan hoidon eettisyyttä pohditaankin paljon. Kattointi on yksi esimerkki hoitajien eettisistä kysymyksistä.

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (17.8.1992/785) määrää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon hänen taustoistaan riippumatta. Tämä tarkoittaa myös sitä, että potilaan ja hänen läheistensä tulee tuntee olevansa hyvässä hoidossa. Kunnioittavaan kohtaamiseen kuuluu yksityisyyden suojan, luottamuksellisuuden ja hyvän vuorovaikutuksen lisäksi myös rehellisyys. (ETENE 2001.)

Ammatillisuus korostuu sairaanhoitajan osaamisessa. Hoitajan tulee tiedostaa oma osaamisensa sekä tietää, mikä on esimerkiksi lääkärin työtä ja mikä hoitajan. Tuloksissa nousee esille pohdintaa lääkärin ja hoitajan toimenkuvien rajoista. Lääkityksen tarkastaminen on hyvä esimerkki tästä. Sairaanhoitajan tulee päivittää omaa osaamistaan ja kehittää itseään ja näin ollen myös tunnistaa

itsessään kehittämiskohteita. Aineistosta ilmenee, että hoitajat ovat halukkaita kehittämään sekä itseään että työtovereitaan. Sairaanhoidajan tulee ymmärtää myös kollegiaalisuus ja puuttua mahdollisiin näkemiinsä epäkohtiin myös toisten työtavoissa. (yleSHarviointi-blogi 2019.)

Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on tärkeää minkä tahansa potilasryhmän kohdalla, niin myös lonkkamurtumapotilaiden hoitamisessa. Sairaanhoidajan täytyy osata kohdata potilas arvostavasti ja yksilöllisesti. Lonkkamurtumapotilaan voimavarat huomioidaan hoidossa ja potilasta tuetaan ja kannustetaan kohti toimintakykyä, joka hänellä oli ennen murtumaa. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä hoitajan tulee pitää mielessä, että potilas on paras asiantuntija omassa elämässään (yleSHarviointi-blogi 2019). Lonkkamurtumapotilaiden omaiset otetaan myös mukaan hoitoon heidän niin halutessaan ja heitä kannustetaan osallistumaan mahdollisuuksien mukaan hoitotapahtumiin. Omaiset ovatkin iäkkäälle potilaalle usein merkittävä voimavara (ETENE 2008).

Kommunikointi ja moniammatillisuus

Kommunikointi on tärkeä osa-alue sairaanhoidajan osaamisessa hoidettaessa lonkkamurtumapotilasta. Potilaan kanssa vuorovaikutus on hyvin tärkeää, jotta luottamus potilaaseen saadaan luotua. Vuorovaikutuksen tulee olla yksilöllistä potilaan tarpeet huomioiden. Osastolla otetaan huomioon esimerkiksi huono kuulo tai näkö potilasohjauksessa. Potilaiden läheisten ohjaus korostuu lonkkamurtumapotilaan hoidossa, koska usein potilas on kykenemätön hoitamaan asioitaan itse. Vuorovaikutus ohjaustilanteessa on kaikkein onnistuneinta silloin, kun keskustelu käydään tasa-arvoisesti kahden ihmisen välillä. (Koivisto 2019.)

Muistiliitto (2017) on julkaissut ohjeita muistisairaana kanssa kommunikointiin. Mm. silmiin katsominen, ajan antaminen, kosketus ja läsnäolo ovat seikkoja, jotka auttavat kommunikoinnissa ja saavat muistisairaana tuntemaan olonsa turvallisemmaksi. Muistisairaille potilaille pitäisi puhua kuin aikuiselle ihmiselle osoittaen näin arvostusta. (Muistiliitto 2017.)

Moniammatillinen tiimi korostuu lonkkamurtumapotilaan hoidossa, ja sen kehittäminen toimivaksi järjestelmäksi on tämän opinnäytetyön mukaan tarpeellista. Sairaanhoitajan on tiedettävä, ketä moniammatilliseen tiimiin kuuluu ja miten he ovat osallisena potilaan hoidossa. Tämän voidaan ajatella tarkoittavan yhteistyötä myös perusterveydenhuollon kanssa. Sairaanhoitajalla tulee olla tieto, kenen puoleen kääntyä asioita hoitaessaan. (yleSHarvointi-blogi 2019.) Toisen työn kunnioittaminen on hyvän yhteistyön edellytys (ETENE 2008).

Terveyden edistäminen

Terveyttä edistääkseen hoitajan tulee osata ennakoida mahdollisia riskejä. Tähän tarvitaan luonnollisesti vankka teoriatausta potilaan hoidosta. Hoitajan täytyy tietää syy-seuraussuhteet, esimerkiksi mitkä seikat vaikuttavat painehaavojen syntyyn, jotta voi ehkäistä riskiä painehaavan syntymiseen. Terveyden edistämässä korostuu potilaiden ja omaisten ohjaus, jotta myös potilas itse osaisi ennakoida mahdollisia uhkia terveydelleen. Potilaalle tulee perustella, miksi jokin asia on tärkeä huomioida, sekä kannustaa potilasta kohti terveempää elämää. (yleSHarvointi-blogi 2019.)

Johtaminen ja työntekijäosaaminen

Työtovereiden ja opiskelijoiden ohjaaminen ja mentorointi kuuluvat johtamiseen ja työntekijäosaamiseen. Tuloksissa kävi ilmi, että ohjaaminen ja mentorointi kuuluvat sairaanhoitajien osaamiseen lonkkamurtumapotilaiden hoidossa. Lonkkamurtumapotilaiden hoidon osaamista halutaan jakaa mm. ohjaamalla, mentoroimalla ja asiantuntijuutta hyödyntämällä. Sairaanhoitajalla tulee olla näin ollen myös hyvät yhteistyötaidot. (yleSHarvointi-blogi 2019.)

Muuttuvassa ja usein kiireisessä työympäristössä töiden priorisointi korostuu. Hoitajilla on useita potilaita samanaikaisesti hoidettavanaan, ja töitä tulee siksi osata organisoida, jotta potilaat saisivat tarvitsemansa hoidon. (yleSHarvointi-blogi 2019.)

Sairaanhoitajan tulee osata ajatella myös taloudellisesti. Tässä opinnäytetyössä taloudellisuus nousee esiin esimerkiksi haavasidoksen valinnassa. Lonkkamurtumapotilaiden erikoissairaanhoito on myös kallista. Kun potilas on

voinniltaan siinä kunnossa, että ei tarvitse enää erikoissairaanhoidoa, siirretään hänet perusterveydenhuoltoon hoitoon.

Informaatioteknologia ja kirjaaminen

Kirjaaminen on olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Sairanhoitajan tulee tietää lainsäädäntö koskien dokumentointia. Kirjaaminen tulisi tehdä rakenteisesti. Sähköinen kirjaaminen helpottaa rakenteisuutta. Kirjatun tiedon tulee olla laadukasta ja sitä tulee voida arvioida. (yleSHarvointi-blogi 2019.) Rakenteinen kirjaaminen tehostaa tiedon käsittelyä ja tiedon vaihtamista eri organisaatioiden välillä. Rakenteinen kirjaaminen myös edistää potilaiden laadukasta hoitoa, koska se tukee hoitosuosituksia ja hoidon jatkuvuutta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Näyttöön perustuva kirjaaminen tähtää siihen, että potilaat saavat tietoa hoidostaan ja terveydestään. Hoitomenetelmät, jotka ovat tehottomia eivätkä perustu näyttöön, saadaan poistettua. Suullisesta raportoinnista pyritään eroon, koska se on epätarkkaa ja muistinvaraista. (Hallila 2005, 13.)

Tuloksissa kirjaaminen nousi vahvasti esille hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Esimerkiksi kivun hoidossa hoitajat pitivät kirjaamista merkittävänä tekijänä sen arvioitavuuden vuoksi. Kirjaaminen oli myös hoitajien näkemyksen mukaan tärkeässä osassa potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Sairanhoitajalla tulee olla vahva osaaminen kirjatakseen oikea, olennainen tieto potilaasta (yleSHarvointi-blogi 2019).

Ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen

Sairanhoitajan työ on hyvin vahvasti ohjaamista ja opettamista. Hoitajan tulee ottaa ohjauksessa huomioon potilaslähtöinen ajattelutapa ja potilaan voimavarat, ja ohjauksen tulee käsittää sekä sosiaalinen, emotionaalinen että tiedollinen tuki. Ohjauksen tulisi sisältää myös tavoitteellisuus eli tieto siitä, mihin ohjauksella pyritään. (yleSHarvointi-blogi 2019.)

Ohjauksessa on tärkeää käyttää sellaisia keinoja, joiden avulla potilas ymmärtää asian. Lonkkamurtumapotilaan hoidossa ohjausosaaminen on tärkeää, jotta potilas voisi sitoutua hoitoonsa. (yleSHarvointi-blogi 2019.) Sairanhoitajalla

tuleekin olla tietotaitoa hallita ohjaus sisällöllisesti. Parhaimmillaan laadukas ohjaus vähentää kustannuksia, potilaskäyntejä sekä myös lääkkeiden käyttöä. Tämän lisäksi onnistuneen ohjauksen tiedetään lisäävän potilastyytyvyyttä. (Koivisto 2019.)

Kliininen hoitotyö

Sairaanhoitajan kliinisen osaamisen tulee olla erittäin laaja. Kliinisen hoitotyön osaamisalueeseen on määritelty 41 eri osaamislauseketta, joten osaamisen tulee kliinisen hoitotyön osalta olla mittava. Sairaanhoitajan tulee hallita hoitotyön prosessi, määrittellä potilaan tarve, tehdä hoitotyön diagnoosi, suunnitella toteutukset, toteuttaa ja arvioida hoitoa. Tärkeää on osata soveltaa teoriatietoa, joka on mittava lonkkamurtumapotilaita hoitaessa. (yleSHarviointi-blogi 2019.) Tärkeää on osata toimia, kun havaitsee potilaan tilan epänormaaliksi. Esimerkiksi NEWS-pisteiden ollessa korkeat hoitajan täytyy aloittaa tarvittavat toimenpiteet. Potilasta täytyy osata myös tulkita ja havainnoida – läheskään aina NEWS-pisteet eivät ole koholla, vaikka potilas voi huonosti (Alanen ym. 2018, 61).

Sairaanhoitajan täytyy hallita infektioiden ehkäisy mm. aseptisesti toimien. Käsihygienia on infektioiden estämisen kulmakivi. Sairaanhoitajat ovat avainasemassa estämässä sairaalainfektioiden syntyä. (Lyytikäinen ym. 2003, 2623–2626.) Lonkkamurtumapotilaan riski kuolleisuuteen kohoaa jo murtuman synnyttyä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017), ja sairaalainfektio lisää riskiä kuolleisuuteen entisestään (Lyytikäinen ym. 2003, 2623–2626).

Sairaanhoitajalla tulee olla osaamista lääkehoidossa. Lääkäri määrää lääkkeet, mutta sairaanhoitajalla on vastuu saattaa ne oikeaan muotoon ja antaa ne oikea-aikaisesti oikealle potilaalle. (Valvira 2019.) Hoitajan tulee tietää mahdolliset haittavaikutukset, jotta hän voi niitä seurata ja aloittaa tarvittaessa toimenpiteet haittavaikutuksien ilmaantuessa. Lääkehoidon osaamiseen sisältyy myös verensiirron toteuttaminen, jossa on runsaasti asioita, jotka hoitajan tulee hallita. (yleSHarviointi-blogi 2019.)

Lonkkamurtumapotilasta hoidettaessa hoitajan täytyy luonnollisesti tuntea ihmiskehon anatomiaa ja fysiologiaa, jotta hän tiedostaisi syy-seuraussuhteet.

Esimerkiksi iäkkäillä on usein flimmeri eli sydämen eteisvärinä, joka hoitamattomana voi johtaa aivohalvaukseen. Flimmeriä hoidetaan antikoagulaatiohoidolla. (Käypä hoito 2017d.) Lonkkamurtumapotilaan tullessa osastolle antikoagulaatio tulee tauottaa verenvuotoriskin vuoksi ja tilalle tulisi aloittaa subkutaaninen pienimolekyylarinen hepariinihoito (Käypä hoito 2014b). Hoitajan tulee tämä tietää, jos asia jää lääkäriltä huomioimatta. Tulosten mukaan näitä asioita tulee päivittäin sairaanhoitajan käsiteltäväksi. Potilasta tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti. Kirurginen potilas voi myös tarvita sisätautista tietämystä, vaikka kirurgisen potilaan hoitoprosessi ja hoitopolku olisi hallinnassa (yleSHarvointi-blogi).

Lonkkamurtumapotilaiden ravitsemuksen hoitaminen nousee tuloksissa esille. Ravitsemushoidon osaaminen kuuluukin päivittäin sairaanhoitajan työhön. Sairaanhoitajan tulee osata arvioida sekä potilaan energiantarve että potilaan painon merkitys kokonaisuudessa. (yleSHarvointi-blogi 2019.)

Haavan hoito kuuluu sairaanhoitajan osaamiseen lonkkamurtumapotilaiden hoidossa. Hoitajan tulee tietää haavan paranemisen vaiheet ja se, millä keinoilla voi edistää haavan paranemista. Myös haavatuotteiden käyttö tulee olla harkittua ja taloudellista. (yleSHarvointi-blogi 2019.)

Sairaanhoitajan kompetensseihin sisältyy mielenterveyden ongelmien tietämys ja keskeiset hoitomenetelmät sekä päihdehoitotyö (yleSHarvointi-blogi 2019). Alkoholilla on usein osana vaikuttamassa kaatumisissa ja putoamisissa. Alkoholiliikakäytön ehkäisyyn onkin syytä panostaa – vuonna 2017 on rekisteröity 22900 sairaalajaksoa, jossa alkoholi on ollut vaikuttamassa. (Duodecim terveyskirjasto 2019b.) Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on viime vuosina lisääntynyt ja lisääntyy entisestään (Mielenterveystalo s.a).

Gerontologinen hoitotyö ja muistisairaiden hoitaminen korostuu lonkkamurtumapotilaan hoitotyössä. Gerontologiselle hoitotyölle on kehitetty omia kompetensseja. AACN eli American Association of Colleges of Nursing on määritellyt kuvaukset geriatrisen potilaan hoitotyöhön. Osaamisen alueiksi on määritelty vuorovaikutus, hoitotyön päätöksenteko, kriittinen ajattelu, kliininen osaaminen, sairauksien ehkäisy, terveyden edistäminen, sairauksien ja oireiden tunnistaminen, viestintäteknologia, etiikka, yksilöllisyys, hoitotyön kehittäminen, tiimityö,

hoidon koordinointi, terveyspalvelu ja terveyspolitiikka. (American Association of College of Nursing 2010.)

Kivun hoidon osaaminen nousi tuloksissa lonkkamurtumapotilaan hoidossa ensisijaiseksi. Sairaanhoidajan on tunnistettava kipu ja hoidettava sitä tehokkaasti, koska jokaisella ihmisellä on oikeus mahdollisimman hyvään kivun hoitoon (Valvira 2019a). Kivun hoito on tärkeää myös saattohoitopotilasta hoidettaessa (Käypä hoito 2019). Lonkkamurtumapotilaiden usein ollessa iäkkäitä, monisairaita potilaita (Käypä hoito 2017a), joudutaan aika ajoin tilanteeseen, jossa hoidetaan kuolevaa potilasta. Kuolevan potilaan hoidossa tärkeää on tehokas kivun hoito ja elämänlaadun ylläpitäminen (Käypä hoito 2019). Tarvittaessa sairaanhoidajan on osattava järjestää esimerkiksi sairaalapappi paikalle sekä huomioida myös omaisten suru (yleSHarvointi-blogi 2019).

Näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko

Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa vaikuttavaksi tiedettyjen hoitomenetelmien käyttöä (Korhonen ym. 2016, 48–50). Siksi sairaanhoitajalla tulee olla osaamista toimia näyttöön perustuen. Terveysalalla tutkimustietoa tulee jatkuvasti hyvin runsaasti. Uusi tieto voi joko vahvistaa jo tiedettyä tai kumota sen, tämän vuoksi tietoa tulisikin päivittää. Tarve lähtee esimerkiksi hoitotyöntekijöistä tai potilaspalautteista, jolloin hoitajan tulee tunnistaa toimimattomat menetelmät. Parhaan tutkitun tiedon käyttö ei kuitenkaan tarkoita eikä saa tarkoittaa, ettei potilasta hoidettaisi yksilöllisesti. Potilas tulee aina huomioida hoidossa. (Holopainen ym 2013, 18–19.)

Näyttöön perustuva toiminta nousi esiin haastattelussa useassa vaiheessa. Hoitosuosituksia tarkastetaan tarvittaessa ja ohjataan niin tekemään jopa päivystävien lääkäreidenkin. Hoitajat olivat hyvin tietoisia näyttöön perustuvan hoitotyön merkityksestä potilaiden hoidossa. Saundersin (2016) mukaan hoitajat olivat epävarmoja näyttöön perustuvan toiminnan käytöstä. Tässä opinnäytetyössä tulokset osoittavat, että hoitajat tietävät ja osaavat näyttöön perustuvan toiminnan osastolla.

Hoitotyöntekijöillä tulisi olla hoitosuosituksia helposti saatavilla, koska hoitajat tekevät päätöksiä valitettavan usein kiireessä. Jos hyväksytyjä hoitosuosituksia ei löydy helposti, voidaan tietoa etsiä esimerkiksi Google-hakukoneen avulla, jolloin löydetty tieto ei välttämättä ole luotettavaa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018.)

Näyttöön perustuva toiminta organisaatiossa tulisi olla jatkuvaa näyttöön perustuvaa kehittämistyötä (kuva 14). Kehittäminen lähtee liikkeelle kehittämistarpeiden tunnistamisesta. Tämän jälkeen tulisi tehdä suunnitelma käytännön yhtenäistämiseksi, jonka jälkeen yhtenäiset käytännöt otetaan käyttöön suunnitelman mukaisesti. Käytäntöä tulee seurata ja arvioida, jotta voitaisiin kehittää sitä mahdollisuuksien mukaan paremmaksi ja toimivammaksi toiminnaksi. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019.)



Kuva 14. Yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019)

Toimintojen yhtenäistäminen, esimerkiksi kirjaamisen ja potilasohjauksen yhtenäistäminen sekä lääkkeiden ja tavaroiden sijoittelu lisäävät sekä potilasturvallisuutta että helpottavat hoitajien liikkumista osastoilla. Jo pelkästään hoitajien liikkuvuus sairaalan sisällä eri yksiköissä tuo merkittäviä säästöjä organisaatioille. (Heikkilä ym. 2011.)

Hoitoprosessien kehittäminen kuuluu olennaisena osana näyttöön perustuvassa toiminnassa kohti laadukasta hoitoa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019).

Näyttöön perustuvan toiminnan seurauksena potilaat saavat ajantasaista ja parasta mahdollista hoitoa. Sen lisäksi näyttöön perustuva toiminta lisää kustannustehokkuutta terveydenhuollossa, koska tehottomat hoidot voidaan karsia pois. (Holopainen ym. 2013, 138.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousee lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessissa kehittämiskohteita, joihin olisi erittäin tärkeä puuttua.

Yrittäjyys ja kehittäminen

Sairaanhoitajan yrittäjyys näkyy mm. taloudellisessa ajattelutavassa. Tuloksissa nousee esille potilaiden hoidon taloudellisuus. Esimerkiksi haavatuotteet valitaan luonnollisestikin potilaan haavan mukaisesti, mutta lisäksi huomioon otetaan, kuinka kallis sidos on kyseessä. Onko juuri tämä sidos tälle haavalle soveltuva?

Hoitajilla tulee olla myös valmius tunnistaa kehittämiskohde ja muutoksen tarve. Nykyaikana harmittavasti työn luonne on sellainen, että kehittämiseen ei oman työn ohella juurikaan ole aikaa. Tällöin tärkeäksi seikaksi nouseekin kehittämiskohteiden tunnistaminen ja tiedottaminen siitä esimiehelle ja kliiniselle asiantuntijalle.

Laadun varmistaminen

Hoidon laadun varmistaminen sairaanhoitajan osaamisessa tarkoittaa sitä, että hoitaja työskentelee vastuullisesti ja ymmärtää oman toimintansa merkityksensä sekä potilaalle että koko organisaatiolle. Laadun varmistamiseen käytetään mm. mittareita, ja hoitajan tulee ymmärtää mittareiden tarkoitus ja tärkeys. Mittareita ei täytetä vain sen vuoksi, että on pakko, vaan sen vuoksi, että niiden perusteella voidaan laatua parantaa. Potilailta saatu palaute on myös tärkeä laadun mittari. Haittatapahtumista ilmoittaminen on myös laadun varmistamista, koska niistä voidaan oppia keskustellen esimerkiksi osastokokouksissa. (yleSHarviointi-blogi 2019.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä

Sairaanhoitajan tulee tuntea sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä sekä lainsäädäntö, joka sitä määrittää. Lonkkamurtumapotilaan hoidossa on erittäin tärkeää ymmärtää eri tahojen tarjoamat palvelut ja yhteistyö näiden tahojen kanssa. Potilaiden hoidon jatkuvuus on tärkeä osa sairaanhoitajan työkuvaa, ja sen vuoksi hänen on tiedettävä, mitä palveluita potilaalle on mahdollista järjestää. (yleSHarviointi-blogi 2019.) Sairaanhoitajan tulee ymmärtää myös, miten palvelujärjestelmä saattaa tuottaa eriarvoista kohtelua eri ihmisryhmien välillä. Sairaanhoidon palvelut ovat maksullisia, ja tämä vaikuttaa ihmisten hoitoon hakeutumiseen. Paremmiin koulutetuilla ihmisillä voi olla enemmän tietoa saatavilla olevista palveluista kuin vähemmän koulutetuilla. Maantieteellinen sijainti voi myös vaikuttaa siihen, hakeutuuko ihminen hoitoon. Asenteet, sekä terveysalan ammattilaisten että potilaiden, voivat vaikuttaa siihen, miten hoitoon hakeudutaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.) Nämä seikat korostavat sairaanhoitajan vuorovaikutustaitoja ja ohjausosaamista.

Potilas ja asiakasturvallisuus

Potilasturvallisuus sairaanhoitajan osaamisena käsittää potilasturvallisuuden tietoperustan ymmärtäminen. Sairaanhoitajan tulee ehkäistä vaaratapahtumia edistämällä potilasturvallisuutta. Jos vaaratapahtuma pääsee kuitenkin syntymään, on hoitajan osattava toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Potilasturvallisuuteen voivat vaikuttaa käytetyt laitteet, hoitomenetelmät ja lääkehoito. (yleSHarviointi-blogi 2019.) Potilaan näkökulmaa ajatellen potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan saamaa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla sekä hoidosta aiheutuvaa mahdollisimman vähäistä haittaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019c).

6.3 Hoidon laadun varmistaminen

Hoidon laadun varmistaminen tarkoittaa hoitajien jatkuvaa tiedon päivittämistä. Sitä voidaan tulosten mukaan saavuttaa työkierrolla, ohjaamisella, asiantuntijuuden hyödyntämisellä, muistilistoilla, koulutuksilla sekä asettautumalla potilaan tai omaisen asemaan.

Työkierto on henkilöstön ja organisaation kehittämistä. Työkierto tuo uutta osaamista, vertaiskokemusta ja osaamisen jakamista. Työkiertoa voidaan käyttää myös hoitoprosessien kehittämiseen, osaamisen siirtoon ja työhyvinvoinnin edistämiseen. (Osaamista kehittävä työnkierto 2011.) Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat pitävät työkiertoa merkittävänä keinona oppia uutta, koska kokevat tekemisen kautta ymmärryksen lisääntyvän.

Sairaanhoitajan ohjausosaaminen kuuluu sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen (yleSHarvointi-blogi 2019). Sen voidaan ajatella kuuluvan myös uusien hoitajien perehdyttämiseen ja konsultointiapuun. Opinnäytetyön tuloksissa ohjaaminen koettiin tärkeäksi. Ohjaamista voidaan antaa asiantuntijan roolissa puhelimitse tai siellä, missä potilas on. Asiantuntijan käyttö nousi tuloksissa esiin. Asiantuntijan tulisi olla aina käytettävissä ja konsultoitavissa, jos avun tarvetta tulee. Asiantuntijuus tulee korostumaan lähitulevaisuudessa, jotta saadaan turvattua potilaille laadukkaat ja oikea-aikaiset palvelut (Kotila ym. 2016, 48).

Mentorointi on menetelmä, jossa tavoitteena on ammatillisen kehityksen tukeminen ja uudistuminen työssä. Mentorointi on hedelmällistä silloin, kun mentori ja mentoroitava ovat tasavertaisessa suhteessa ja käyvät yhdessä dialogia kohti uuden oppimista. Mentori on asiantuntija, joka luo luottamusta mentoroitavaan, lisää osaamista ja vahvistaa hoitotyötä. (Korhonen ym. 2018, 88–89.)

Muistilistat koettiin tuloksissa hyväksi työvälineeksi, koska lonkkamurtumapotilaan hoidossa on hyvin paljon asioita muistettavaksi. Muistilistan tulisi olla lyhyt, ytimekäs mutta kattava tietopaketti. Siinä ei saisi olla tulkinnanvaraa, vaan kaikki tieto tulisi olla selkeästi ilmaistuna.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) edellyttää, että terveydenhuollon ammattilainen on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään toiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja. Jo senkin vuoksi koulutusten järjestäminen ja niihin hakeutuminen on tärkeää. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokevat koulutukset hyväksi keinoiksi saada lisää tietoa ja taitoa. Sairaanhoitajan työ on elinikäistä oppimista (yleSHarvointi-blogi 2019).

Potilaan tai omaisen rooliin asettautuminen tuo tulosten mukaan ymmärrystä potilaan tarpeisiin ja niihin vastaamiseen. Hoitajan tulee ymmärtää potilaan tarpeet potilaan näkökulmasta, jotta voisi potilasta parhaiten auttaa. Tämän sisäistäminen auttaa potilaan hoidossa erikoisalasta riippumatta.

7 EHDOTUKSET HOIDON LAADUN VARMISTAMISEEN PÄIVYSTYS- JA INFEKTIO-OSASTOLLE

Pelkkä tutkitun tiedon kerääminen ei vielä ole vastaus osaamisen vahvistamiseen. Tarvitaan myös suunnitelma, kuinka tutkittua tietoa voitaisiin hyödyntää henkilöstön osaamisen vahvistamisessa. Työntekijöille on tärkeää perustella, miksi kyseinen tieto on olennaista ja miksi sitä on hyvä viedä käytäntöön. (Holopainen ym. 2013, 83.) Olennaista onkin ottaa työntekijät mukaan suunnitteluun, jotta sitoutuminen olisi parempaa. Lisäksi on ehdottoman tärkeää edetä yhteisesti sovittujen käytänteiden mukaisesti, jotta mahdollisuus myös toiminnan seuraamiseen ja arviointiin olisi olemassa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019a.)

Hynnisen (2016, 49) mukaan hoitohenkilökunta tarvitsisi muistisairaana potilaan hoidosta koulutusta, koska se on koettu hoitajien toimesta puutteelliseksi. Muistisairaana kirurgisen potilaan hyvää hoitoa edistäviä tekijöitä ovat hoitomyönteisen ilmapiirin rakentaminen, työparityöskentely, työhyvinvoinnin tukeminen, ammatillinen kohtaaminen, edunvalvojana toimiva omainen sekä potilaan ja myös omaisen tarpeiden huomiointi. (Hynninen 2016, 53.)

Tämän opinnäytetyön aineistosta nousee ehdotuksia osaamisen vahvistamiseksi. Ehdotuksia ovat

- 1) Työkierto. Hoitajat kokevat tämän tärkeäksi keinoksi oppia, tekemällä oppii.
- 2) Ohjaaminen ja ohjaamisen vastaanottaminen. Hoitajat kokevat ohjaamisen luonnollisena osana työtään. Konsultointia voidaan antaa aina, kun sille on tarvetta.
- 3) Asiantuntijan meneminen sinne, missä potilas on. Asiantuntijahoitaja voisi tarvittaessa mennä potilaan luokse konsultoimaan potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

- 4) Muistilistat. Erilaiset muistilistat koetaan toimiviksi, ja ne tuovat apua, koska kaikkea ei voi eikä tarvitse muistaa. Muistilistojen tulisi olla tas-kuun sopivia, lyhyitä ja ytimekkäitä sekä helposti ymmärrettäviä.
- 5) Koulutus. Kirurgiselta osastolta voisi asiantuntijasairaanhoidaja käydä kouluttamassa hoitajia päivystys- ja infektio-osastolla.
- 6) Asettautuminen potilaan tai omaisen asemaan. Hoitajien on helpompi tunnistaa potilaan tarpeet ja kohdata potilas arvokkaasti, jos hän aset-tautuu potilaan tai hänen omaisensa asemaan.

8 POHDINTA

8.1 Eettinen näkökohta

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön tapoja, opinnäyte-työn tekijä on ollut opinnäytetyössään rehellinen, huolellinen ja tarkka. Tiedon-hankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmät toteutettiin eettisesti ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti. Aiheen valinta oli työelämälähtöinen ja tar-peellinen. Haastattelu tehtiin sen vuoksi, että saataisiin hoitajien kuvailemaa tie-toa. Opinnäytetyötä varten kerätty materiaali eli haastattelu ei vahingoittanut tutkittavia. Opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja raportointi tehtiin avoimesti ja yksityiskohtaisesti, jolloin luotettavuus ja eettisyys varmistuivat. Opinnäytetyön tekijä otti huomioon muut tutkijat ja antaa kunnian heidän tekemälle työlle viit-tauksin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–9.) Kirjallinen ulkoasu teh-tiin Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaisesti.

Tutkimusta aloitettiin tekemään vasta, kun tutkimuslupa oli myönnetty. Eettisyy-den ja luotettavuuden varmistaminen aloitettiin heti alusta alkaen tutkimussuun-nitelmaa tehdessä, jolloin sitä käytettiin useaan otteeseen asiantuntijoilla kysy-mällä heidän mielipiteitään. Tutkimuslupaa haettaessa tutkimussuunnitelman liitteeksi tehtiin tietosuojaseloste, jonka mukaan aineistoa hallitaan ja hävite-tään. Tutkimuslupa haettiin ja saatiin Keski-Suomen keskussairaalan toimilu-pahjeiden mukaisesti.

Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti, kaikki allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 2). Haastateltaville kerrottiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja he voivat keskeyttää haastattelun halutessaan. Heille

kerrottiin, mikä tutkimus on kyseessä, mihin aineistoa käytetään ja miten aineisto säilytetään ja käsitellään (liite 1). Vastaajien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa. Tulokset käsiteltiin luottamuksellisesti eikä vastaajia pysty tunnistamaan. Haastateltavat saivat lukea opinnäytetyön ennen julkistamista. Haastateltaville kerrottiin myös, että haastattelumateriaalia käytetään vain ja ainoastaan tämän opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen vastaukset hävitettiin deleteimalla ja kirjalliset materiaalit polttamalla. Opinnäytetyön tekijän ja tutkimuksen tilaajan sekä koulun kesken tehtiin myös tarvittavat sopimukset, jolla jokaisen oikeudet varmistettiin.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin mukaan. Reliabiliteetti ilmaisee, miten toistettavuus lisää luotettavuutta. Validiteetti tarkoittaa varmistumista siitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu. (Tuomi & Sarajärvi 2017.) Kuitenkin näillä kriteereillä luotettavuutta voidaan arvioida parhaiten määrällisessä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Luotettavuutta on arvioitu koko prosessin ajan. Opinnäytetyön tekijä työskentelee itse sairaanhoitajana kirurgialla ja on pyrkinyt olemaan ulkopuolinen tutkija, jotta omat tiedot ja asenteet eivät vaikuttaisi luotettavuuteen. Tämä on kuitenkin voinut olla vaikuttava tekijä opinnäytetyötä tehtäessä. Haastateltavat ovat opinnäytetyön tekijän kollegoja, joten se on voinut vaikuttaa haastateltavien vastauksiin.

Opinnäytetyö on selostettu vaihe vaiheelta luotettavuuden lisäämiseksi (Hirsjärvi ym. 2007, 227). Yksityiskohtainen ja avoin raportointi onkin laadullisen tutkimuksen yksi luotettavuuden kulmakivistä. Opinnäytetyön teossa tehdyt valinnat ja ratkaisut ovat raportoitu. (Eskola & Suoranta 2001, 227.) Opinnäytetyön teko on ollut avointa, ja sitä on lukenut prosessin aikana sekä haastatteluun osallistuneita henkilöitä että organisaation asiantuntijoita useita kertoja lisäten näin luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018). Haastatteluun osallistuneet henkilöt vahvistivat opinnäytetyön tulkinnan ja kuvauksen oikeaksi lukemalla opinnäytetyön (Kananen 2015, 113).

Haastattelun aikana haastateltavilta kysyttiin tarkentavia kysymyksiä, jotta ei jäisi epäselväksi, mitä haastateltavat haluavat kertoa. Haastattelussa saavutettiin saturaatio, sillä haastateltavat alkoivat toistamaan jo kerrottuja asioita.

Analysoinnissa alkuperäiseen tekstiin palattiin useita kertoja, jotta tulokset olisivat luotettavasti ja totuudenmukaisesti raportoitu. Analysointi on tehty mahdollisimman tarkasti. Analysoinnissa apuna olivat tutkimuskysymykset, joihin esitettiin vastauksia ryhmittelyn avulla. Opinnäytetyön tulokset vastasivat tutkimuskysymyksiin, joten opinnäytetyön tekijä kokee tutkineensa oikeita asioita saavuttaen näin validiteetin.

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan luotettavuutta arvioida myös tulosten uskottavuudella, yleistettävyydellä ja siirrettävyydellä (Jyväskylän yliopisto 2010). Uskottavuuteen on kiinnitetty huomiota tekemällä aineistolähtöinen sisällönanalyysi sekä tämän pohjalta esitetty tulokset mahdollisimman tarkasti. Opinnäytetyössä on esimerkkejä ja suoria lainauksia hoitajilta, myös analysointia on avattu opinnäytetyössä. Haastateltavat lukivat raportin ennen sen julkistamista ja vahvistivat tutkijan saamaa käsitystä aineistosta. Haastateltavilla oli kaikilla kokemusta lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja tällä saadaan opinnäytetyöhön yleistettävyyttä. Haastatteluun osallistuneita hoitajia oli määrällisesti niukka otos, mutta laadullisessa tutkimuksessa tämä ei ole olennaista. Tämän opinnäytetyön siirrettävyyttä lisää tarkka kuvaus sekä aineiston keräämisestä että toimintaympäristöstä.

8.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Tuloksia voidaan hyödyntää lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessissa. Tulosten perusteella kehittämistarpeita nousee moniammatillisen yhteistyön sujuvuudessa. Yhteistyö fysioterapeuttien kanssa vaatii kehittämistä. Sen lisäksi yhteistyö kirurgien, varsinkin päivystävien lääkärin, kanssa vaatii kehittämistä. Toki päivystäjillä on erittäin laaja alue tiedon hallinnan kannalta jo muutenkin, mutta esimerkiksi deliriumin hoitoon toivottiin parempaa paneutumista. Geriatriin osallistumista potilaiden hoitoon sai runsaasti kiitosta, ja yhteistyön hänen kanssaan toivottiin jatkuvan myös uudessa sairaalassa.

Kivun tunnistamisessa toivottiin osastolle muistisairaille suunnattua PAINAD-mittaria. Ikääntyneet, muistisairaavat harvoin pystyvät sanallisesti kivusta kertomaan luotettavasti. Kivunhoidon koettiin olevan keskeisessä asemassa lonkkamurtumapotilaan hoitoa, siihen tulisi kiinnittää huomiota jokaisessa hetkessä, kun potilaan kanssa toimitaan.

Päivystyksen toivottiin kiinnittävän huomiota kivun hoitoon. Useimmiten potilaalle on laitettu Fascia iliaca -puudute, mutta sen koetaan ajoittain olevan riittämätön ja kipua täytyy ehdottomasti arvioida puudutteen laitosta huolimatta. Päivystyksen toivottiin kiinnittävän huomiota myös potilaan hygieniaan. Hoitajat kokevat potilaiden tulevan usein virtsaisissa housuissa sekä petivaatteissa osastolle, ja tämä ei kuulu potilaan laadukkaaseen ja arvokkuutta vaativaan hoitoon.

Tuloksia voidaan hyödyntää päivystys- ja infektio-osastolla. Tämä opinnäytetyö sisältää runsaasti tärkeää tietoa lonkkamurtumapotilaan hoidosta. Opinnäytetyöstä voi havaita, kuinka monipuolisesti hoitajan täytyy lonkkamurtumapotilaan hoidossa huomioida asioita. Tuloksia voidaan hyödyntää myös ehdotuksilla siitä, kuinka päivystys- ja infektio-osastolla voidaan saavuttaa osaaminen lonkkamurtumapotilaiden hoidossa. Tuloksissa kiteytyy myös erittäin tärkeä sanoma: osaamista ei ole koskaan huono vahvistaa. Uutta tietoa tulee jatkuvasti. Sitä tulisi hoidossa hyödyntää ja toiminnassa käyttää uutta tutkittua tietoa.

Jatkotutkimusaiheena erittäin mielenkiintoinen tutkimuskohde olisi potilaan saama hoito perusterveydenhuollossa hänen siirtyessään erikoissairaanhoidosta. Kuinka potilasta kuntoutetaan perusterveydenhuollossa ja voisiko sieltä nousta kehittämiskohteita? Vaikuttavatko hoitajamitoitukset potilaiden saamaan kuntouttamiseen?

Mielenkiintoista olisi myös tutkia, miten lonkkamurtumapotilaan kuntoutuminen kotona etenee, voitaisiinko tuloksia parantaa. Erittäin tärkeä näkökulma olisi myös lonkkamurtumapotilaan näkökulma laadukkaasta hoidosta, kuinka lonkkamurtumapotilaat kokevat saamansa hoidon ja olisiko siinä heidän mielestään kehitettävää.

LÄHTEET

- Abrahamsen, B., Van Staa, T., Ariley, R., Olson, M. & Cooper, C. 2009. Excess Mortality Following Hip Fracture: A Systematic Epidemiological Review. *Osteoporosis International* 20, 1633–1650. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00198-009-0920-3> [viitattu 5.10.2019].
- Ahonen, H., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitajat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/> [viitattu 25.12.2019].
- Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2018. Oireista työdiagnoosiin. Helsinki: Sanoma Pro.
- Alexander-Magalee, M. 2013. Addressing pharmacology challenges in older adults. *Nursing* 43, 58–60.
- American Association of Colleges of Nursing. 2010. Older adults: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for geriatric nursing care. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.aacnnursing.org/> [viitattu 16.1.2020].
- Auvinen, S. 2015. Lonkkamurtumien (yli 65v.) keskitetty kuntoutus. Pilotti 1-8/2015. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.google.com/search?q=LONKKAMURTUMIEN+\(YLI+65V\)+KESKITETTY+KUNTOUTUS+%E2%80%93+PILOTTI+1-8/2015&tbm=isch&source=univ&sa=X&ved=2ahUKEwjtoLI7KbnAhUE0qYKHbC4AM8QsAR6BAgGEAE&biw=1229&bih=603#imgrc=6pKmh6NFIfHPoM](https://www.google.com/search?q=LONKKAMURTUMIEN+(YLI+65V)+KESKITETTY+KUNTOUTUS+%E2%80%93+PILOTTI+1-8/2015&tbm=isch&source=univ&sa=X&ved=2ahUKEwjtoLI7KbnAhUE0qYKHbC4AM8QsAR6BAgGEAE&biw=1229&bih=603#imgrc=6pKmh6NFIfHPoM): [viitattu 4.10.2019].
- Center, I., Tang, V., Boscardin, W. J., Smith, A., Ritchie, C., Wallhagen, M., Espaldon, R. & Covinsky, K. 2016. One-Year Mortality After Hip Fracture: Development and Validation of a Prognostic Index. *Journal of the American Geriatrics Society* 64, 1863–1868. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.14237> [viitattu 27.10.2019].
- Cheung, W. H., Shen, W. Y., Dai, D., Lee, K., Zhu, T., Wong, R. & Leung, K. S. 2018. Evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme for elderly patients with hip fracture: a prospective cohort study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 50, 285–291.
- Chin, P. H., Ho, C. H. & Cheung, L. P. 2013. Scheduled Analgesic Regimen Improves Rehabilitation After Hip Fracture Surgery. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 471, 2349–2360.
- Clemens, K., Ouedraogo, A., Speechlay, M., Richard, L., Thain, J. & Shariff, S. 2019. Hip Fractures in Older Adults in Ontario, Canada--Monthly Variation, Insights, and Implications. *Canadian Geriatrics Journal* 22, 148–164.

Duodecim terveyskirjasto. 2019a. Lääketieteen sanasto. Nestetasapaino. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt02275&p_hakusana=nestetasapaino [viitattu 30.12.2019].

Duodecim terveyskirjasto. 2019b. Alkoholi ja terveys. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120 [viitattu 15.1.2020].

Erdal, A., Flo, E., Selbaek, G., Aarsland, D., Bergh, S., Slettebo, D. & Husebo, B. 2017. Associations between pain and depression in nursing home patients at different stages of dementia. *Journal on Affective Disorders* 218, 8–14. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271730352X?via%3Dihub> [viitattu 1.1.2019].

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Kirjapaino Oy, Gummerus.

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisuja 20. Vantaa. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf> [viitattu 1.11.2019].

ETENE 2001. Terveystenhuollon yhteinen arvopohja, yhteisen tavoitteet ja periaatteet. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystenhuollon+yhteisen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisuja+1+Terveystenhuollon+yhteisen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf> [viitattu 13.1.2020].

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:02005L0036-20140117&from=EN> [viitattu 8.12.2019].

Fimlab 2019. Verensiirtotoiminnan yleisohjeet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://fimlab.fi/yleisohje/verensiirtotoiminnan-yleisohjeet> [viitattu 30.12.2019].

Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälän ja sala-poliisin sarkaa. *Sic!* 4, 32–33.

Frisch, A., Miller, T., Haag, A., Martin- Gill, C., Guyette, F. & Suffoletto, B. 2013. Diagnostic Accuracy of a Rapid Checklist to Identify Delirium in Older Patients Transported by EMS. *Prehospital Emergency Care* 17, 230–234.

Fry, M. & Elliot, R. 2018. Pragmatic evaluation of an observational pain assessment scale in the emergency department: The Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Australasian Emergency care* 21, 131–136.

Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidajat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/> [viitattu 28.12.2019].

Haines, L., Dickman, E., Ayvazyan, S., Pearl, M., Wu, S., Rosenblum, D. & Likourezos, A. 2012. Ultrasound-Guided Fascia Iliaca Compartment Block for Hip Fractures in the Emergency Department. *Journal of Emergency Medicine Home* 43, 692–697.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.

Hautamäki, R. 2006. Tehohoitopotilaan delirium. *Finnanest* 39, 309.

Heikkilä, A., Junttila, K. & Torppa, K. 2011. Tiedolla johtaminen ja sen rakenteet hoitotyön henkilöstövoimavarojen kohdentamisessa. Henkilökunnan päivittäinen resursointi osastoryhmän sisällä - loppuraportti. Raportti R16b. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011 (VeTe). Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta -hanke. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kehittämistehtävä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.vete.fi/Raportit/HH/Loppuraportit/HH_Raportti_R16B.pdf [viitattu 4.1.2020].

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hietanen, H. & Kuokkanen, O. 2018. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V., Hietanen, H. (toim.) 2018. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2019a. Näyttöön perustuva toiminta. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.hotus.fi/sdm_downloads/nayttoon-perustuva-toiminta-kuvio-hotus-2019/nayttoon-perustuva-toiminta/ [viitattu 7.10.2019].

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2019b. Näyttöön perustuva toiminta organisaation tasolla. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/materiaaliapankki/> [viitattu 4.1.2020].

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf> [viitattu 6.1.2020].

Hoitotyön suositus. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf> [viitattu 2.10.2019].

Hoitotyön suositus. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kivunhoito-hs-lyh.pdf> [viitattu 16.10.2019].

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Fioca Oy, Bookwell Oy.

Huttunen, M. 2018. Sekavuustila (Delirium). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357 [viitattu 13.11.2019].

Huusko, T. 2018. Lonkkamurtuman hoitosuositus uudistui. Luustoliitto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://luustoliitto.fi/wp-content/uploads/Lonkkamurtuman-hoitosuositus-uudistui.pdf> [viitattu 4.10.2019].

Huusko, T. 2003. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen liittyvät ongelmat. *Suomen lääkirilehti* 12, 58.

Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>. [viitattu 8.10.2019].

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P., Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Inouye, S., Marcantonio, E. & Metzger, E. 2014. Doing damage in delirium: the hazards of antipsychotic treatment in elderly people. *The Lancet Psychiatry* 1, 312–315.

Jeong, E. & Chang, S. 2018. Exploring nurses' recognition of delirium in the elderly by using Q-methodology. *Japan Journal of Nursing Science* 15, 298–308.

Jyväskylä. 2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.jyvaskyla.fi/> [viitattu 25.9.2019].

Jyväskylän yliopisto. 2010. Koppa. Tutkimuksen toteuttaminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen> [viitattu 17.10.2019].

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Suomen lääkirilehti* 14-15, 977–983.

Kaipainen T, Tiihonen M, Hartikainen S & Nykänen I. 2015. Prevalence of risk of malnutrition and associated factors in home care clients. *The Journal of Nursing Home Research* 1, 47–51.

Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell, M. s.a. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. Lääkelaitos. 2. uudistettu painos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf [viitattu 1.1.2020].

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan laadullisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.

Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2018. Haavainfektio ja sairaalahygieniset näkökohdat. Teoksessa Juutilainen, V., Hietanen, H. (toim.) 2018. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro.

Karttunen, M. 2019. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa hoitohenkilöstön arvioimana. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526223421.pdf> [viitattu 3.12.2019].

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoityö. Helsinki: Sanoma pro.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2019a. Osaston esittely. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Yhteystiedot/Osastot/Operatiivinen_osasto_21\(34927\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Yhteystiedot/Osastot/Operatiivinen_osasto_21(34927)) [viitattu 29.9.2019].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2019b. Uusi sairaala, Keski-Suomen sairaala Nova. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Uusi_sairaala_projekti [viitattu 25.9.2019].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2019c. Lonkkamurtuman hoitoketju. https://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01283/ETUSIVU_LONKKAMURTUMA.html [viitattu 6.10.2019].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2019d. Kaatumisten ehkäisy. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.ksshp.fi/dule-kartta/KAATUMISTEN_EHKAISY.html [viitattu 20.11.2019].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2019e. Estä painehaava. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ksshp.fi/painehaava/EstapainehaavaA4_Vuodeosasto\(2\).pdf](https://www.ksshp.fi/painehaava/EstapainehaavaA4_Vuodeosasto(2).pdf) [viitattu 18.10.2019].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2019f. Potilasohjeet leikkaukseen tulevalle. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Leikkaukseen_tulevalle_opas\(56147\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Leikkaukseen_tulevalle_opas(56147)) [viitattu 22.12.2019].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2018. Potilas ensin toimintatapa. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Strategia/Potilas_ensin [viitattu 27.9.2019].

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. s.a. NRS 2002 -menetelmä vajaaravitsemusriskin seulonnassa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ksshp.fi/tuleskartta/NRS_lomake.pdf [viitattu 11.11.2019].

Kettunen, R. 2014. Diureetit sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.6.2014. Saatavissa: https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00149 [viitattu 8.10.2019].

Koivisto, K. 2019. Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 65. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/> [viitattu 15.1.2020].

Koivunen, M., Luotola, E., Hjerpe, A., Kauko, T. & Asikainen, P. 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintention merkitys osaamiselle. *Hoitotiede* 29, 51–63.

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivunhoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 131, 1923.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Saksa: Skhole Oy.

Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2016. Lean ja näyttöön perustuvan toiminnan vaatimus. *Tutkiva hoitotyö* 14, 48–50.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf> [viitattu 28.12.2019].

Kuntaliitto. 2019. Laitoshoidon maksut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmaksut/laitoshoidon-maksut> [viitattu 31.12.2019].

Käypä hoito. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/khp00072> [viitattu 15.1.2020].

Käypä hoito. 2018. Lonkka murtui– tavoitteena takaisin kotiin. WWW-dokumentti. Päivitetty 31.1.2018. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/khp00055> [viitattu 13.11.2019].

Käypä hoito. 2017a. Lonkkamurtuma. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.10.2017. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50040#s2> [viitattu 4.10.2019].

Käypä hoito. 2017b. Kipu. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.8.2017. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s8> [viitattu 16.10.2019].

Käypä hoito. 2017c. Virtsan karkailu (naiset). WWW-dokumentti. Päivitetty 5.9.2017. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50050#readmore> [viitattu 3.12.2019].

Käypä hoito. 2017d. Eteisvärinä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50036#s16> [viitattu 15.1.2020].

Käypä hoito. 2014a. Leikkausta edeltävä arviointi. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.6.2014. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50066#T2> [viitattu 16.10.2019].

Käypä hoito. 2014b. Varfariinin keskeyttäminen ja siltahoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak06013> [viitattu 15.1.2020].

Käypä hoito. 2011. Lonkkamurtuma. WWW-dokumentti. Päivitetty 19.5.2011. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/imk00004> [viitattu 28.9.2019].

Lagus, H. 2018. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V., Hietanen, H. (toim.) 2018. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro.

Lahtinen, A. 2019. Rehabilitation after hip fracture comparison of physical, geriatric and conventional treatment. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526222158.pdf> [viitattu 26.10.2019].

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. 28.6.1994/559. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P15> [viitattu 7.10.2019 ja 28.12.2019].

Laurila, J. 2005. Vanhuspotilaan delirium. *Suomen lääkärilehti* 46, 60.

Leer-Salvesen, S., Dybvik, E., Dahl, O., Gjertsen, J. E. & Engesæter, L. 2017. Postoperative start compared to preoperative start of low-molecular-weight heparin increases mortality in patients with femoral neck fractures. An observational study of 20,241 hemiprostheses reported to the Norwegian Hip Fracture Register. *Acta Orthopaedica* 88, 48–54.

Luukkonen, P. & Hillilä, M. Vaikean ummetuksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo10499.pdf> [viitattu 1.1.2020].

Lyytikäinen, O., Jalkanen, M., Ratia, M., Hellsten, S., Kujala, P., Rantala, A. & Ruutu, P. 2003. Sairaalainfektioiden torjunta Suomen sairaaloissa. *Lääkärilehti* 58, 2623–2626.

Medanets. 2019. Digital Care & Human touch. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://medanets.com/fi/ratkaisut/ominaisuudet/#ews> [viitattu 17.10.2019].

Mielenterveystalo. s.a. Ikääntyminen ja alkoholi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa-ikaihmissen-mielenterveydesta/psykiatriset-ja-neuropsykiatriset-ongelmat/Pages/ikaantyminen-ja-alkoholi.aspx> [viitattu 15.1.2020].

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 28.12.2019].

Mustajoki, P. 2019. Osteoporoosi (luukato). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00053 [viitattu 27.10.2019].

Mustajoki, P. 2019. Ummetus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092 [viitattu 1.1.2020].

Mustajoki, S. 2018. Verenohennuslääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00007 [viitattu 10.11.2019].

Muistiliitto. 2017. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksia/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen> [viitattu 13.1.2020].

Newman, B., McCarthy, L., Thomas, B. W., May, P., Layzell, M. & Horn, K. 2013. A comparison of pre-operative nerve stimulator-guided femoral nerve block and fascia iliaca compartment block in patients with a femoral neck fracture. *Anaesthesia* 68, 899–903.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S.E. 1999. Ihmisen anatomia ja fysiologia. Helsinki: WSOY

Nurminen, M.L. 2012. Hyvä paha Parasetamoli. *Sic!* 2, 37–38.

Nykänen I, Lönnroos E, Kautiainen H, Sulkava R. & Hartikainen S. 2013. Nutritional screening in a population-based cohort of community-dwelling older people. *Eur J Public Health* 23, 405–409.

Osaamista kehittävä työkierto. 2011. eOsmo. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.eosmo.fi/tyokirja/tyonkierto/index.html> [viitattu 28.12.2019].

Pajulammi, H. 2017. Hips fracture patients' care and predictors of outcomes during orthogeriatric collaboration a population-based study. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144073/Dissertation_Anna-lesD1315Hanna%20Pajulammi.pdf?sequence=5&isAllowed=y [viitattu 6.10.2019].

Pesonen, A. 2011. Pain measurement and management in elderly patients. Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. Helsingin yliopisto. Department of Anaesthesiology and Intensive Care. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda-helsinki-fi.ezproxy.xamk.fi/bitstream/handle/10138/28175/painmeas.pdf?sequence=1> [viitattu 29.9.2019].

Piirtola, M. 2011. Fractures in older people- incidence, predictors and consequences. Turun yliopisto. Institute of Clinical Medicine, Family Medicine. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/69682/Annales%20D%20966%20Piirtola%20DISS2.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 26.10.2019].

Portegijs, E. 2008. Asymmetrical Lower-limb Muscle Strength Deficit in Older People. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/18621/9789513932923.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 19.11.2019].

Rantala, M. 2014. Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1448-4/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf [viitattu 29.9.2019].

Rautava-Nurmi, H., Sjövall, S., Vaula, E., Vuorisalo, S., Westergård, A. 2010. Neste- ja ravitsemushoito. Helsinki: Wsoy.

Royal College of Physicians. 2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> [viitattu 17.10.2019].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html [viitattu 18.1.2020].

Saarelma, O. 2019a. Leikkaushaavatulehdus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.6.2019. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00293 [viitattu 8.10.2019]

Saarelma, O. 2019b. Virtsaumpi. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.6.2019. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00346 [viitattu 12.11.2019].

Saarelma, O. 2019c. Turvotus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00338 [viitattu 30.12.2019].

Salonoja, M., Sjösten, N., Salminen, M., Aarnio, P. & Kivelä, S. R. 2010. Kaatumisvammojen sekundaarisessa ehkäisyssä on puutteita. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/kaatumisvammojen-sekundaarisessa-ehkaisyssa-on-puutteita/> [viitattu 22.12.2019].

Salpakoski, A. 2014. Mobility Recovery after Hip Fracture and Effects of a Multi-component Home-based Rehabilitation Program. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa:

https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/44459/978-951-39-5873-2_vaitos31102014.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 18.11.2019].

Saunders, H. 2016. Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice: Implementing the Paradigm Shift of Transforming Evidence for Clinical Practice. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2167-3/urn_isbn_978-952-61-2167-3.pdf [viitattu 5.10.2019].

Schiltz, A. 2019. Asiaa eri kiputyypeistä ja puudutuksista Irlannin maisemissa. *Finnanest* 52, 167.

Servan, P., Poyatos, R., Rodriguez, J., Gomez-Candela, C., Luna, P. & Serra-Majem, L. 2015. Special considerations for nutritional studies in elderly. *Nutrition Hospitalaria* 3, 84–90. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.nutricion-hospitalaria.com/pdf/8756.pdf> [viitattu 8.10.2019].

Silen-Lipponen, M. 2018. Yleissairaanhoidajan (180 op) ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittäminen (yleSHarviointi) hanke 1.3.2018-31.12.2020. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://amkterveysala.files.wordpress.com/2018/09/10-9-2018-ylesharviointi-esittelydiat.pdf> [viitattu 8.12.2019].

Sinisalo, L. 2009. Ruokavalion koostaminen. Ikääntyneet ja vanhukset. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H., Sinisalo, L. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravinnon täydentäminen kliinisillä ravintovalmisteilla. Teoksessa Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R., Sinisalo-Ojala, L. Ravitsemushoito-opas. Jyväskylä: Duodecim.

Soppi, E. 2014. Painehaavojen ehkäisyyn pitää panostaa. Potilaan lääkärilehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/painehaavojen-ehkaisyyn-pitaa-panostaa/> [viitattu 22.12.2019].

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 2009. 30.3.2009/298. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298> [viitattu 17.10.2019].

Suhonen, R. 2007. Lääkärikirja Duodecim-kuvat. WWW.dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00141 [viitattu 2.10.2019].

Suominen, H. 2002. Kehon rakenne ja koostumus. Jyväskylän yliopiston julkaisu. PDF-tallenne. Saatavissa: https://www.jyu.fi/sport/fi/hae-opiskelemaan/gerontologia_luvut_12-17.pdf [viitattu 27.10.2019].

Terveydenhuoltolaki. 2010. 30.10.2010/1326. WWW.dokumentti. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [viitattu 16.10.2019].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Laatu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu> [viitattu 30.12.2019].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Palvelujärjestelmä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma> [viitattu 15.1.2020].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019c. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus> [viitattu 15.1.2020].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa> [viitattu 12.12.2019, 14.1.2019].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Perfect- hanke. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit> [viitattu 28.10.2019].

Terveyskylä. 2018. Lääkkeettömät keinot lievittää kipua. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-ja-lakkeettomien-keinojen-ohjeet> [viitattu 12.12.2019].

Tiainen, A. M. 2009. Kliiniset ravintovalmisteet. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Helsinki: Edita.

Timonen, L. 2007. Group-Based Exercise Training in Mobility Impaired Older Women Effects of an Outpatient Multi-Component Training Program on Physical Performance, Mood, Functional Abilities, and Social Welfare and Healthcare Costs After Acute Hospitalization. Kuopion yliopiston julkaisuja D. lääketiede 406. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0743-0/urn_isbn_978-951-27-0743-0.pdf [viitattu 7.10.2019].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 29.9.2019].

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. E-kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 5.10.2019, 6.10.2019, 8.10.2019].

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. E-kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 19.12.2019, 20.12.2019, 21.12.2019, 14.1.2020, 16.1.2020].

Tuuliranta, M., Pihlainen, V. & Solonen, U. 2017. Painehaavojen riskin tunnistamisen ja ennaltaehkäisyyn tehostamisen hanke Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2015 – 2016 Selvitysraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 136/2017.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. 2003. 15.5.2003/352. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030352> [viitattu 26.10.2019].

Valvira. 2019a. Kivun hoito. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito> [viitattu 16.10.2019].

Valvira. 2019b. Elämän loppuvaiheen hoito. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito [viitattu 23.12.2019].

Valvira. 2018. Lääkehoidon toteuttaminen. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen [viitattu 13.11.2019].

Vilka, H. 2017. Tutki ja kehitä. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 10.1.2020, 14.1.2020]

Warden, V., Hurley, A-C. & Volicer, R. 2003. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association* 4, 9–15.

YleSHarvointi-blogi 2019. Yleissairaanhoidajan (180 op) ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittäminen (yleSHarvointi) hanke 1.3.2018-31.12.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://blogi.savonia.fi/ylesharvointi/2019/01/31/yleissairaanhoidajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/> [viitattu 8.12.2019].

Saatekirje 1.12.2019

Arvoisa sairaanhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on perehtyä lonkkamurtumapotilaan hoitoon. Tieto viedään Päivystys- ja infektio-osastolle, jonne lonkkamurtumapotilaat uudessa sairaalassa sijoitetaan.

Opinnäytetyössäni teen haastattelun ryhmähaastatteluna teemahaastattelun runkoa käyttäen. Haastattelun kesto on noin 30-45 min. Haastattelu on 16.12.2019 klo 14 osastolla 15, huoneessa 8. Haastattelu nauhoitetaan. Osallistuminen perustuu täysin vapaaehtoisuuteen ja siitä on mahdollisuus kieltäytyä ja osallistujilla on milloin tahansa mahdollista keskeyttää haastattelu. Pyydän teiltä kirjallisen suostumuksen haastatteluun ja sen nauhoittamiseen juuri ennen haastattelua. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on myöntänyt opinnäytetyölleni luvan.

Vastaajien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajia pysty tunnistamaan. Tulokset esitellään ryhmätasolla, joten yksittäistä vastaajaa ei pysty tunnistamaan. Haastattelun tallenteen haastattelijä säilyttää lukollisessa kaapissa, samoin kirjalliset suostumukset. Kirjallinen muoto haastattelusta on sähköisenä haastattelijan tietokoneella ja sisäänpääsy on suojattu salasanalla. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastattelumateriaali hävitetään deletoimalla digitaalinen äänitallenne sekä sähköinen materiaali ja lisäksi kirjallinen materiaali poltetaan.

Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen opinnäytetyö on luettavissa sähköisesti Theseus – tietokannassa.

Vastaan mielelläni mahdollisiin kysymyksiin liittyen opinnäytetyöhöni.

Marika Puttonen
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
bmapu005@edu.xamk.fi

SUOSTUMUS

Lonkkamurtumapotilaan laadukas hoito hoitajien näkökulmasta.

Olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoitus on löytää tietoa lonkkamurtumapotilaan laadukkaasta hoidosta. Minulle on tarjottu mahdollisuutta esittää kysymyksiä liittyen opinnäytetyöhön.

Ymmärrän, että haastatteluun suostuminen on täysin vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä ja muuttaa mieltäni missä tahansa vaiheessa. Ymmärrän, että haastatteluni nauhoitetaan.

Olen ymmärtänyt, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä minua voida tunnistaa opinnäytetyössä.

Suostun haastatteluun:

Paikka ja aika

Haastateltava

Opinnäytetyön tekijä

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Teemahaastattelun runko

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
Sairaalapalvelut
Kirurgisen osaston sairaanhoitajat

Haastattelija:
Marika Puttonen,
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakouluopiskelija
Kliininen asiantuntija

16.12.2019 klo 14:00

Haluaisin Teidän keskustelevan vapaasti seuraavista aiheista:

1. Lonkkamurtumapotilaan hoito
 - Jos mietitte koko potilaan hoitopolkua (heräämö, osasto 1pop, jatko-hoito) mitkä asiat hoidossa nousevat esille?
 - Mitä tarpeita lonkkamurtumapotilailla on?
 - Mitkä asiat hoidossa ovat tärkeimmät?

2. Uusi osasto
 - Miten tietoa voitaisiin viedä osastolle?
 - Miten osaamista voidaan vahvistaa osastolla?

NRS 2002 -menetelmä vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹

Päiväys _____

POTILAAN PERUSTIEDOT

Potilaan nimi		Henkilötunnus	
Pituus (cm)	Nykypaino (kg) <input type="checkbox"/> punnitus <input type="checkbox"/> ilmoitus	Painoindeksi BMI (kg/m ²)	Paino 3 kk sitten (kg)

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

BMI	Laihtuminen edeltävän 3 kuukauden aikana	Ruonan määrä edeltävällä viikolla
<input type="checkbox"/> Yli 20,5 = 0 p.	<input type="checkbox"/> Ei ole laihtunut = 0 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt normaalin määrän = 0 p.
	<input type="checkbox"/> 5–10 % = 1 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt yli puolet = 1 p.
<input type="checkbox"/> 18,5–20,5 = 2 p.	<input type="checkbox"/> 10–15 % (yli 5 % / 2 kk) = 2 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt noin puolet tai alle = 2 p.
<input type="checkbox"/> Alle 18,5 = 3 p.	<input type="checkbox"/> Yli 15 % (yli 5 % / 1 kk) = 3 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt erittäin vähän = 3 p.
Merkitse tähän suurin pistemäärä kohdista BMI, laihtuminen ja ruoan määrä		

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
Vaikeusaste	Normaali tilanne	Lievä <ul style="list-style-type: none"> • heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jalkeilla oleva potilas • kroonisesti sairas potilas, joka on sairaalassa liittämissairauden vuoksi • krooninen haava alle 25 cm² • paikallinen syöpä • alkoholi- tai huumeongelma 	Kohtalainen <ul style="list-style-type: none"> • vuodepotilas • liikkuva potilas, jolla esim. levinnyt syöpä, vaikea suoliston tulehdussairaus, äskettäinen suuri vatsan alueen leikkaus, toistuvat leikkaukset, äskettäinen aivohalvaus, vaikea tulehdus, palovamma, painehaava, laaja krooninen haava, lonkkamurtuma, monivamma, akuutti leukemia 	Vakava <ul style="list-style-type: none"> • tehohoito • pään alueen vammat • kantasolusiirto • laihuushäiriö 	

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE

--	--

SEULONTAPISTEET YHTEENSÄ (laske yhteen pisteet kohdista 1, 2 ja 3)

--	--

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

<input type="checkbox"/> 0 pistettä: <u>Ei</u> vajaaravitsemuksen riskiä <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 1–2 pistettä: <u>Vähäinen</u> vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 3–4 pistettä: <u>Kohtalainen</u> vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 5–7 pistettä: <u>Vakava</u> vajaaravitsemuksen riski <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

¹ Mukailtu Kondrupin ym. (2003) julkaisusta sekä Tampereen yliopistolaisen sairaalan (2007) lomakkeesta.



Hoivapalvelut ja sairaala					
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)					
Nimi:					
Syntymäaika:					
Osoite / osasto / huone:					
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti					
			Arvioinnin tekijän nimikirjaimet		
			Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)		
			ARVIOINTIPISTEET		
KAATUMISHISTORIA					
Kaatumiset edeltävän 12 kuukauden aikana	Ei yhtään kaatumista		(2 p.)		
	Yksi tai useampi kaatuminen viimeisen 12 kuukauden aikana		(4 p.)		
	Yksi kaatuminen viimeisen 3 kuukauden aikana		(6 p.)		
	Useampia kaatumisia viimeisen 3 kuukauden aikana		(8 p.)		
LÄÄKITYS					
Rauhoittavat, mielialalääkkeet, Parkinson-lääkitys, nesteenpoistolääkkeet, verenpainelääkkeet, uni- tai nukahtamislääkkeet	Ei mitään mainittujen lääkeryhmän lääkkeitä		(1 p.)		
	Yksi lääke		(2 p.)		
	Kaksi lääkettä		(3 p.)		
	Useampi kuin kaksi lääkettä		(4 p.)		
HENKINEN TILA					
Onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikaatio- ja yhteistyökyvyssä, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä	Ei mitään mainituista		(1 p.)		
	Vähäisesti yksi tai useampia oireita		(2 p.)		
	Kohtalaisesti yksi tai useampia oireita		(3 p.)		
	Vaikea-asteista ongelmaa yhdellä tai useammalla osa-alueella		(4 p.)		
KOGNITIO/MUISTI					
Pisteytys joko MMSE*-testi-pisteiden tai kysymyksen mukaan	MMSE		Onko muistivaikeuksia?		
	24–30	(1 p.)	Ei vaikeuksia	(1 p.)	
	18–23	(2 p.)	Vähäisiä muistivaikeuksia	(2 p.)	
	12–17	(3 p.)	Kohtalaisesti muistivaikeuksia	(3 p.)	
* Mini-Mental State Examination		0–11	(4 p.)	Etenevä muistisairaus	(4 p.)
PISTEET YHTEENSÄ (max. 20 p.)					

Hoivapalvelut ja sairaala
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Kaatumisvaara:	Pisteet	Toimenpiteet
Lievästi kohonnut kaatumisvaara	5–11 p.	Tasapainokyvyn ylläpitäminen. Liikuntakyvyn ylläpitäminen.
Kohonnut kaatumisvaara	12–15 p.	Kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytoimien toteuttaminen.
Erittäin korkea kaatumisvaara	16–20 p.	Välitön kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytoimien aloittaminen pikaisesti. Säännöllinen seuranta.

Lähde: Falls Risk Assessment Tool (FRAT-screening component)
 Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service, <http://www.health.vic.gov.au/agedcare>.
 Suomenkielisen käännöksen © THL, IKINÄ, www.tapaturmat.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.

Estä painehaava

Arvioi painehaavariski 2–4 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta hoitoon tai viimeistään 8 tunnin kuluessa. Uudelleenarvioi riski aina potilaan tilan muuttuessa, kuitenkin vähintään kerran viikossa.

1

Arvioi riskiluokka liikuntakyvyn ja ihon kunnon mukaan

Voimakkaasti rajoittunut liikuntakyky tai painehaava

suuri riski

Minimipaineinen ilmakennopaja tai suuren riskin istuinalusta

Rajoittunut liikuntakyky tai hauras iho tai tuntopuutos *

keskisuuri riski

Vähintään vaahtogeelipatja tai -istuinalusta

* Jos potilaalla kaksi kolmesta oireesta → suuri riski

Ei liikuntarajoitetta ja hyväkuntoinen iho

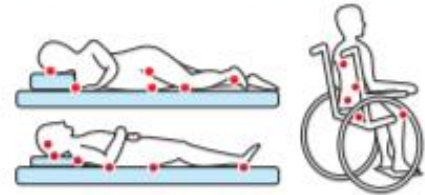
matala riski

Uusi arvio tilan muuttuessa tai vähintään kerran viikossa

2

Tarkista ihon kunto

- **Tarkista** iho erityisesti luu-ulokekohdilta, letkujen ja katetrien tms. kohdalta.
- **Arvioi** ihon kuivuus/kosteus, värimuutokset, kudoksen kovettuminen, turvotus, hiertymät, rakkulat ja lämpötilaerot.
- **Arvioi mahdolliset painehaavat:** luokka ja sijainti.
- Tarkista ihon kunto vähintään kerran vuorossa (8 h) – riskipotilaan iho useammin.



3

Huolehdi ihon ja inkontinenssin hoidosta

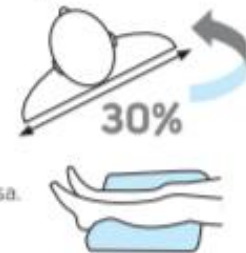
- **Pidä iho** puhtaana ja kuivana.
- **Vaihda** kosteat vuodevaatteet ja asusteet.
- **Rasvaa** kuulva iho.
- **Huomioi pidätyskyky:** tarkista vaippa 2–3 tunnin välein ja käytä ihoa suojaavia tuotteita.



4

Kevennä painetta ja mobilisoi

- **Kevennä painetta istuvalla potilaalla** vähintään kerran tunnissa, **vuodepotilaalla** 2–4 tunnin välein alustasta riippuen.
- **Käytä painetta keventäviä** asentoja/asentohoitoa: suosi 30° kallistettua kylkiasentoa ja huomioi erityisesti kantapäät.
- **Estä** luisten ulokkeiden suora kontakti toisiinsa.
- **Pidä sängynpäät** potilaan voinnin sallimassa alimmassa asennossa.
- **Vältä** kitkaa ja hankausta nostoissa ja siirroissa.
- **Ohjaa ja kannusta** omatoimisuuteen.



5

Arvioi vahaaravitsemuksen riski

- **Noudata** sovittua menetelmää vahaaravitsemusriskin arvioinnissa.
- **Huolehdi** ravitsemuksesta ravitsemusohjeiden mukaisesti.

6

Kirjaa

- **Kirjaa** riskiluokka, painehaavan luokka ja sijainti, ennaltaehkäisy- ja hoitosuunnitelma sekä toteutetut toimenpiteet.