



MUISTISAIRAAN POTILAAN KUN- TOUTUMISPROSESSI LONKKA- MURTUMAN JÄLKEEN

Kirsi Kouhi-Lehtinen

Opinnäytetyö
Syyskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto-
ehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KIRSI KOUHI-LEHTINEN:

Muistisairaahan potilaan kuntoutumisprosessi lonkkamurtuman jälkeen

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Syyskuu 2012

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi toteutuu hoitajien kokemana Rauhaniemen sairaalan lonkkakuntoutusosastolla. Opinnäytetyön tuottaman tiedon tavoitteena oli selkiyttää muistisairaahan lonkkakuntoutujan kuntouttamisessa jo käytössä olevia hyviä toimintatapoja. Lähestyin opinnäytetyötä yhden tehtävän avulla: miten muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi toteutuu lonkkakuntoutusosastolla.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Tiedonhankintamenetelmänä oli ryhmähaastattelu. Opinnäytetyön aineisto muodostui lonkkakuntoutusosaston hoitohenkilökunnalle tehdystä ryhmähaastattelusta, johon osallistui viisi henkilöä. Ryhmähaastattelu toteutui keväällä 2012. Ryhmähaastattelun analysoin sisällönanalyysillä. Käsittelin teoriaosuudessa muistisairasta lonkkamurtumapotilaana ja miten hänen kohdallaan kuntoutumisprosessi etenee.

Muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin toteutumisen haasteiksi nousee aineiston perusteella kommunikoinnin ja kivunhoidon onnistuminen. Lisäksi varausrajoitusten noudattaminen ja apuvälineiden käyttö koetaan haasteelliseksi. Vaaratilanteet, joita syntyy varausrajoitusten noudattamatta jättämisestä ja apuvälineiden väärästä käytöstä, nousevat esiin kuntoutumista heikentävinä tekijöinä. Omaisten osallistumista kuntoutumisprosessin kulkuun pidetään tärkeänä ja samalla haasteellisena.

Muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi tulee toteuttaa moniammatillisen tiimin avulla, jolla on tietämystä muistin huononemista aiheuttavista sairauksista ja erityistarpeista. Henkilökunnalla pitää olla myös asiantuntemusta lonkkaleikkauksen jälkeisestä kuntouttamisesta. Jatkotutkimusaiheena voisi olla kuntoutumisprosessin toteutuminen muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan näkökulmasta.

Asiasanat: muistisairas potilas, kuntoutumisprosessi, lonkkamurtuma

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

KOUHI-LEHTINEN KIRSI:

A Rehabilitation Process of a Memory Disorder Patient with a Hip Fracture

Bachelor's thesis 55 pages, appendices 10 pages
September, 2012

The purpose was to study how the rehabilitation process of a memory disorder patient with a hip fracture was carried out from the nurses` point of view in the hip rehabilitation department at Rauhaniemi Hospital. The information is aimed at clarifying the good practices that are already in use in the rehabilitation of memory disorder patients.

The research method was qualitative. The research material was collected in the group interview in which five nurses participated. The group interview results were analysed by using content analysis.

The key challenges in the rehabilitation process of a memory disorder patient with a hip fracture seem to be how to succeed in communication and pain treatment. In addition, how to follow the weight bearing restrictions and how to use the assistive devices are considered challenging. Dangerous situations, which occur because of ignoring the weight bearing restrictions and not using the assistive devices correctly, seem to be the factors that reduce the effect of rehabilitation. The relatives` participation in the rehabilitation process is considered important and, at the same time, challenging.

A theme for further research could be the realisation of the rehabilitation process from the point of view of a memory disorder patient with a hip fracture.

Keywords: memory disorder patient, rehabilitation process, hip fracture

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 6 |
| 2 | MUISTISAIRAAN LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTUMISPROSESSI | 7 |
| 2.1 | Muistisairaahan potilaan lonkkamurtuma..... | 7 |
| 2.2 | Muistisairaahan kuntoutumista edistävä hoitotyö | 10 |
| 2.3 | Lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin eteneminen..... | 11 |
| 2.3.1 | Kuntoutumisen tarve, tavoitteet ja keinot | 13 |
| 2.3.2 | Kuntoutumisen toteutuminen | 14 |
| 2.3.3 | Kuntoutumisen arviointi | 19 |
| 3 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE..... | 21 |
| 4 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN | 22 |
| 4.1 | Kvalitatiivinen menetelmä..... | 22 |
| 4.2 | Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä..... | 22 |
| 5 | MUISTISAIRAAN LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTTAMISESSA MUKANA OLEVIA HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ KUNTOUTUMISPROSESSIN TOTEUTUMISESTA | 25 |
| 5.1 | Haastateltavien taustatiedot | 25 |
| 5.2 | Erytyiskysymykset muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kuntouttamisessa/kuntoutumisessa | 25 |
| 5.3 | Kommunikoinnin toteutuminen | 26 |
| 5.4 | Ruokahaluttomuus | 27 |
| 5.5 | Kivunhoidon onnistuminen..... | 28 |
| 5.6 | Varauslupien toteutuminen | 29 |
| 5.7 | Apuvälineiden käyttö | 30 |
| 5.8 | Liikkumisen estäminen | 31 |
| 5.9 | Vaaratilanteet | 32 |
| 5.10 | Omaisten osallistuminen..... | 33 |
| 5.11 | Kotiutus omaan kotiin tai jatkohoidon hakeminen | 34 |
| 5.12 | Työn kehittäminen | 35 |
| 5.13 | Tulosten yhteenveto | 36 |
| 6 | JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 38 |
| 6.1 | Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset | 38 |
| 6.2 | Opinnäytetyön eettiset kysymykset | 41 |
| 6.3 | Opinnäytetyön luotettavuus | 42 |
| 6.4 | Jatkotutkimusehdotukset..... | 43 |
| | LÄHTEET..... | 44 |
| | LIITTEET | 46 |

| | |
|--|----|
| Liite 1. Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku Rauhaniemen sairaalassa..... | 46 |
| Liite 2. Lonkkamurtumat ja reisiluun murtumat | 47 |
| Liite 3. Tarkastuslista kotitapaturmien ehkäisemiseksi..... | 51 |
| Liite 4. Ryhmähaastattelussa käytetyt kysymykset | 52 |
| Liite 5. Saatekirje haastateltaville..... | 53 |
| Liite 6 Suostumuslomake | 54 |
| Liite 7 Sisällönanalyysin eri vaiheet..... | 55 |

1 JOHDANTO

Tarkastelen tässä opinnäytetyössäni muistisairaahan potilaan kuntoutumisprosessia ja sen toteutumista lonkkamurtuman jälkeen. Erityisesti haluan pohtia, miten haasteellista muistisairaahan potilaan kuntoutumisprosessin toteuttaminen on. Opinnäytetyön tehtävänä on kartoittaa, miten hoitajat kokevat muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin toteutuvan lonkkakuntoutusosastolla. Aihe kiinnostaa minua, koska työskentelen lonkkakuntoutusosastolla. Opinnäytetyöni käsittelee aihetta hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tuottaman tiedon tavoitteena on selkiyttää muistisairaahan lonkkakuntoutujan kuntoutumisprosessissa jo käytössä olevia toimintatapoja. Opinnäytetyössäni tulen käyttämään potilaasta käsitettä muistisairas lonkkamurtumapotilas.

Aihe on ajankohtainen, koska muistisairaille vanhuksille sattuu kaatumistapaturmia valitettavan usein. Muistisairaiden osuus lonkkamurtumapotilaista on arvioitu olevan 50 % (Huusko & Piirtola 2011). Kun muistisairas vanhus on kaatunut ja saanut lonkkamurtuman, hänet pitää leikata mahdollisimman pian. Leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen tulee alkaa heti seuraavana päivänä. Lonkkamurtuman käypä hoito suosituksen (2011, 13) mukaan, liikkuminen heti seuraavana päivänä edistää liikkumis- ja toimintakyvyn palautumista.

Muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntouttaminen on haastavaa, mutta mielenkiintoista. Muistisairaahan kuntoutujan jokainen päivä on erilainen. Ensimmäisenä päivänä kaikki sujuu oppikirjojen mallin mukaisesti, kun taas toinen päivä voi olla ”mielen vuoristorataa” ja kuntoutuminen haasteellista.

Muistisairaille lonkkamurtumapotilailla on oltava ammattitaitoinen hoitopaikka, jossa on asiantuntemusta niin muistisairaahan kuin lonkkamurtumapotilaan hoitamisesta. Kuten lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksessa (2011) mainitaan, vuosittain tapahtuu noin 7000 lonkkamurtumaa. Joukossa on moni muistisairas vanhus, ja Käypä hoitosuosituksen mukaan muistisairaahan lonkkamurtumapotilaat hyötyvät keskitetyissä geriatrisissa kuntoutusyksiköissä annettavasta kuntoutuksesta. Lonkkakuntoutusosaston moniammatillinen työryhmä tekee arvokasta työtä muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kuntouttamiseksi. Tarkoituksena on saada kuntoutujan toimintakyky vastaamaan samaa kuin ennen kaatumista.

2 MUISTISAIRAAN LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTUMIS-PROSESSI

2.1 Muistisairaahan potilaan lonkkamurtuma

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistitoimintoja. Kielelliset toiminnot, näönvarainen hahmottaminen ja toiminnanohjaus ovat myös osia muistisairaahan heikkenevistä toiminnan osa-alueista. (Erkinjuntti 2010). Käsitteet muistisairas ja dementia eri muodoissaan kulkevat opinnäytetyössäni rinnakkain, koska muistisairas kärsii jostakin dementiaa aiheuttavasta sairaudesta. Dementia on oire, joka tarkoittaa laaja-alaista henkisten kykyjen heikentymistä. Dementiaa aiheuttavia sairauksia ovat Alzheimerintauti, vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale -tauti ja frontaaliset dementiat. (Viramo ym. 2001, 5.)

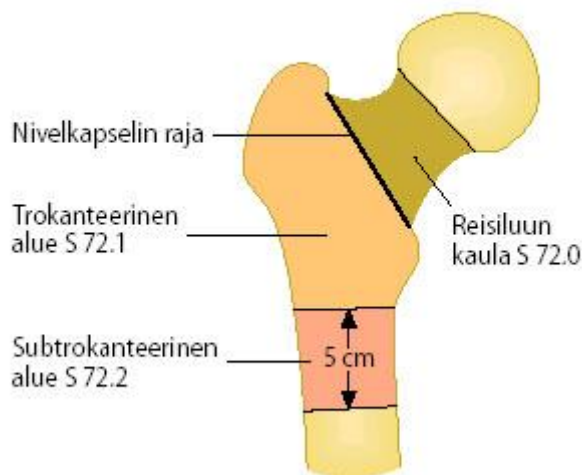
Muistisairauksien Käypä hoito – suosituksen (2010) mukaan muistisairautta pidetään kansantautina, koska joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa kärsivänsä muistioireista. Suomessa on 85 000 henkilöä, jotka kärsivät keskivaikeista dementiaoireista. Uusia dementia – asteisia muistisairaustapauksia esiintyy Suomessa vuosittain jopa 13 000, joista merkittävä osa jää ilman diagnoosia. Muistisairauksia aletaan usein tutkia omaisten pyynnöstä, kotona pärjäämisessä havaittujen ongelmien myötä. Muistisairauksia voisi todennäköisesti ehkäistä huolehtimalla sydämen terveydestä, koska tällöin huolehditaan myös aivojen terveydestä. (Muistisairaudet Käypä hoito 2010.)

Muistisairaahan potilaan hoitotyön keskeisimpänä kokonaistavoitteena on psyykkisen toimintakyvyn heikentymisen hidastaminen. Tuettavia toimintoja ovat muistin ja tarkkaavaisuuden ylläpitäminen ja harjoittaminen, puheen ja äidinkielen säilyttäminen, sekä tarkoituksenmukaisen ja orientoituneen käyttäytymisen ylläpitäminen. (Suvikas ym. 2009, 330–331.)

Muistisairaalla ovat samat oikeudet, kuin kenellä tahansa ihmisellä. Suomessa säädettiin ensimmäisenä Euroopassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992). Siinä määritellään potilaan oikeus hyvään kohteluun ja hoitoon, sekä periaatteet potilaan hoitoon ottamisesta.

Lain mukaan potilasta on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Asianmukaiset tutkimukset on tehtävä tarpeeksi aikaisin hyvän hoidon saavuttamiseksi. Potilaan on saatava riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Potilaan ollessa kykenemätön ottamaan tietoa vastaan, tieto annetaan hänen läheiselleen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 3§– 5§.)

Opinnäytetyössäni tarkoitan lonkkamurtumalla traumaa, joka tulee muistisairaalle kaatumisen tai putoamisen yhteydessä ja joka operoidaan leikkauksella. Syynä on yleensä luuaineksen, lihasvoiman, tai tasapainon heikkeneminen. Olen rajannut lonkkamurtuma-alueeksi reisiluun yläosan murtumat. Näitä ovat reisiluun kaulan-, trokanteeriset-, ja subtrokanteeriset murtumat. Kuvassa 1 nähdään reisiluun yläosien jaottelu. (Lonkkamurtuman Käypä hoito 2011, 7).



KUVA 1. Reisiluun yläosan murtumien jaottelu. Kuva edestä. (Lonkkamurtuman Käypä hoito 2011, 7.)

Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksen (2011) tietojen mukaan Suomessa lonkkamurtumia tapahtuu noin 7000 ihmiselle. Vuonna 2008 valtakunnallisen hoitoilmoitusrekisteriin tallennettujen tietojen mukaan lonkkamurtumia tapahtui 7 226. Lonkkamurtuman saaneista 80-vuotiaista tai sitä vanhemmista ihmisistä naisten osuus oli 64 % ja miesten osuus 39 %. Muistisairaiden osuus lonkkamurtuman saaneista arvioidaan olevan 50 %. Näistä 28 %:lla oli diagnosoitu muistisairaus ennen kaatumista. (Huusko & Piirtola 2011.)

Kuolleisuus lonkkamurtumapotilailla on suuri. Vuosina 2002 ja 2003 yli 70-vuotiaista keskisuomalaisista lonkkamurtumapotilaista 15 % kuoli kuukauden kuluttua traumasta ja 33 % ensimmäisen vuoden aikana. Ensimmäisen vuoden jälkeen lonkkamurtumasta potilailla oli kaksin- tai kolminkertainen riski kuolla verrattuna samanikäisiin vertailukohteena oleviin henkilöihin. (Lönneros 2009, 40)

Lonkkamurtuman tärkeimpinä riskitekijöinä mainitaan muun muassa korkea ikä, heikentynyt liikuntakyky ja lihasheikkous, muistisairaus sekä laitoksessa asuminen. Käypä hoito -suositusten (2011, 2) mukaan näiden potilaiden hoitoon kuluu keskimäärin 46 vuorokautta. Leikkaavan sairaalan osuus tästä on noin seitsemän vuorokautta. Lonkkakuntoutusosastolle potilaat voivat tulla jopa 2. postoperatiivisena päivänä, jolloin kuntoutuminen ja kuntouttaminen alkavat heti. Vuoden päästä lonkkamurtumista pitkäaikaiseen laitoshoitoon päättyy 29 % ennen murtumaa kotona asuneista (Huusko ym. 2006, 3025).

Lonkkamurtuman Käypä hoito suosituksen (2011,11) mukaan lonkkamurtuman leikkausmenetelmä riippuu murtumatyypistä, potilaan iästä ja yleiskunnosta, henkisestä tilasta sekä muista mahdollisista sairauksista. Leikkaushoidon jälkeen potilaat saavat eritasoisia varauslupia leikatulla jalalle astumiseen.

Kuntoutumisen hidasteena voivat olla muistisairaus, leikkauksen mahdollisesti aiheuttama sekavuus, korkea ikä, heikentynyt toimintakyky, ravitsemuksen heikkous sekä muut olemassa olevat sairaudet. Muistisairaana kaaduttua ja saatua leikkaushoitoa vaativan lonkkamurtuman hänen kuntoutumisensa kestää kauemmin kuin orientoituneen potilaan. Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin ja potilaan hyvän kokonaistilan hoidon on todettu nopeuttavan potilaan kuntoutumista (Huusko 2003, 1431).

Kivunhoito on haasteellista dementoituneilla lonkkamurtumapotilailla. He eivät aina osaa kertoa kipunsa, joten riskinä on saada kipulääkkeitä vähemmän kuin muistisairaudesta kärsimättömät potilaat. Ikääntyvillä heikentynyt lääkkeensietokyky vaikeuttaa tehokasta kivunhoitoa. Liikkumisen tehdessä kipeää on motivointi siihen haasteellista. Tämän seurauksena kuntoutuminen hidastuu. (Huusko 2003, 1431–1432.) Dokumentoimalla todistetaan tehdyt työt, jolloin toisten on helppo toteuttaa kivunhoitoa jatkossa. Dokumentoimatta jättäminen on sama kuin mitään ei olisi tehty. (Kankkunen 2011, 24.)

2.2 Muistisairaahan kuntoutumista edistävä hoitotyö

Määrittelyjä sanalle kuntoutus löytyy monenlaisia, ja ne ovat tulkinnanvaraisia ja riippuvaisia näkökulmasta. Kuntoutusta voidaan tarkastella niin kapealla kuin laajallakin tavalla. Kapealla tavalla tarkasteltuna kuntoutus nähdään vain fysioterapeutin suorittamana. Laajemmin tarkasteltaessa kuntoutus on monimuotoinen ja jatkuva prosessi, jonka päämääränä on ihmisen elämän mahdollisuuksien, itsemääräämisoikeuden ja itsetuntemuksen paraneminen. (Suvikas ym. 2009, 8.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö sisältää fyysisten harjoitusten lisäksi kivunhoidon, ravitsemuksen ja muistisairaahan potilaan omatoimisuuden tukemisen. Muistisairaahan potilaan kuntouttaminen on haasteellista. Kuntoutuksen tarkoituksena on voimavarojen vahvistaminen ja toimintakyvyn edistäminen. Toimintakykyyn kuuluu niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinen näkökulma. Kuntoutumisen tavoitteena on saada potilaan toimintakyky mahdollisimman nopeasti sellaiseksi, että hän pärjää entisessä elinympäristössään. Parhaimmillaan aktiivinen ja kuntoutumista edistävä hoitotyö auttaa kuntoutujaa saamaan laatua elämäänsä tukemalla hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä askareissa ja toimissa (Suvikas ym. 2009, 82).

Muistisairaahan, jolla on dementiaa aiheuttava sairaus, kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii hoitajilta erityisosaamista. Hoitajilta vaaditaan rauhallisuutta ja pitkäjänteisyyttä, sillä muistisairas elää omissa maailmassaan ja kärsii usein häiriökäyttäytymisestä. Hoitajalla on hyvä olla taito muuttaa nopeasti toimintamalleja ja toteuttaa toiminta tilanteen vaatimalla tavalla. (Suvikas ym. 2009, 328.) Jokainen päivä muistisairaahan kanssa on erilainen, se mikä toimi eilen, ei kenties toimi tänään.

Kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena on potilaan omatoimisen ihmisarvoisen elämän ja tyytyväisyyden mahdollistuminen. Tavoitteena on myös toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn ylläpitäminen mahdollisimman pitkään.

Lähtökohtana onnistuneelle kuntoutumista edistävälle hoitotyölle on tutustua muistisairaahan potilaan elämänsä historiaan ja menneisyyteen (Suvikas ym. 2009, 329–330; Heimonen & Voutilainen 2006, 62). Omaiselta on hyvä kysellä muistisairaahan aiemmista tavoista, sillä hän toimii hyvänä tiedonlähteenä.

On hyvä tietää, miten muistisairas on aiemmin liikkunut, syönyt, ulkoillut, tavannut ystäviään, osallistunut kodin ulkopuoliseen elämään ja käynyt kaupassa. Dementoituvan toimintakykyä voidaan tukea, kun toimintakykyä on vielä jäljellä (Heimonen ym. 2006, 57).

2.3 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin eteneminen

Opinnäytetyössä kuntoutumisprosessilla tarkoitan aikaa, joka alkaa lonkkaleikkauksen jälkeen potilaan tullessa lonkkakuntoutusosastolle ja joka päättyy potilaan kotiutuessa. Kuntoutuminen on yksilöllinen prosessi, joka etenee lonkkamurtumapotilaan omien voimavarojen mukaisesti. Muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi voi olla tavoitteista ja lähtökohdista riippuen pitkäaikainen tapahtuma. Yleensä kuntoutuja asettaa tavoitteet itse, mutta kun kyseessä on muistisairas, tavoitteet tehdään yhteistyössä kuntoutujan, omaisten ja moniammatillisen tiimin kanssa.

Potilaan tullessa lonkkakuntoutusosastolle kuntoutumaan, hän on kulkenut ennalta määriteltä hoitopolkua jo pitkän matkaa. Hoitopolkuna opinnäytetyössä tarkoitan muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kulkua kotoa eri organisaatioihin ja kuntoutumisen etenemistä lonkkakuntoutusosastolla kotiutumiseen asti (liite 1). Potilas kotiutuu joko omaan kotiinsa tai toiseen laitokseen. Määritelmät hoitoketju ja hoitopolku kulkevat työssäni rinnakkain. Hoitoketjuna tarkoitan valtakunnallista hoitosuositusta, joka on asiantuntijoiden laatima tieteelliseen näyttöön perustuva kannanotto määritellyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Hoitoketju määrittelee työnjaon eri organisaatioiden kesken. Siinä määritellään missä ja kuka tekee hoitosuositusten määrittämät asiat. (Vihtonen, Alijärvi, Mäkinen, Laine, Laitinen & Kyyhkynen 2012, 1.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on määritellyt lonkkamurtumapotilaan hoitoketjun hoitoketjutyöryhmän kanssa. Hoitoketjun tavoitteena on nopeuttaa ja saada lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessia sujuvammaksi. Hoitoketjulla pyritään parantamaan tiedonkulkua sekä yhteydenpitoa eri organisaatioiden välillä. Tavoitteena on myös yhtenäistää ohjeistus ja informaatio, joka annetaan potilaille ja omaisille. (Vihtonen ym. 2012, 1.)

Lonkkamurtuma tulee kaatumisen tai matalalta putoamisen yhteydessä, kotona tai kodin ulkopuolella. Lonkkamurtumapotilas on niin kivulias, että hänelle tilataan ambulanssi.

Ambulanssi kuljettaa potilaan lähimpään sairaalaan, missä röntgenkuvalla määritellään diagnoosi. Muistisairaalla lonkkamurtumapotilaalla on kotonaan kotisairaanhoidon hoitokansio, jonka ambulanssin henkilökunta ottaa mukaansa (Vihtonen ym 2012, 1). Hoitokansiossa on tietoa potilaan lääkityksestä ja läheisten yhteystiedot.

Lonkkamurtuman saaneen potilaan hoito on operatiivinen. Lonkkamurtumapotilas on leikattava viipymättä, jotta potilaan liikkuminen turvataan mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen. (Huusko ym. 2006, 3025.) Käypä hoito -suositusten (2011, 9) mukaan lonkkamurtumaleikkaus on hyvä tehdä ensimmäisen vuorokauden aikana tapaturmasta. Mitä nopeammin potilas pääsee leikkaukseen, sitä parempi on toipumisennuste.

Lonkkaleikkauksen jälkeen potilas on vuodeosastolla 1-2 päivää. Potilaat pyritään siirtämään nopeasti jatkohoitopaikkaan. Erikoissairaanhoidonjakso on lyhyt. Jatkohoitopaikassa aloitetaan suunnitelmallinen kuntoutus mahdollisimman pian. Käypä hoito -suositusten (2011, 19) mukaan tulevan jatkohoitopaikan valintaan vaikuttavat lonkkamurtumapotilaan aiempi fyysinen ja psyykinen toimintakyky ja kuntoutumisen tavoitteet. Leikkaushoidon jälkeisenä jatkohoitopaikkana voi olla laitoshoido, terveyskeskuksen vuodeosasto tai keskitetty geriatrinen kuntoutusyksikkö.

Huusko (2011) luennoi uudesta lonkamurtuman Käypä hoidosta. Luentomateriaalissa on maininta dementoituneista lonkkamurtumapotilaista, jotka hyötyvät erityisesti, jos heidän leikkauksen jälkeinen kuntoutuksensa keskitetään moniammatillisiin geriatrisiin kuntoutusyksiköihin. Keskittämällä kuntoutus vanhusten sairauksiin perehtyneisiin moniammatillisiin kuntoutusyksiköihin voidaan lyhentää sairaalassaolo aikaa, nopeuttaa toimintakyvyn palautumista ja vähentää pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumista. Oikein suunnatussa kuntoutusyksikössä korostuvat varhainen kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi, varhainen mobilisaatio, potilaan omatoimisuus ja yhteistyö avohoidon sekä potilaan itsensä ja hänen omaistensa tai läheistensä kanssa. (Huusko ym. 2006, 3026.)

Lonkkamurtumapotilaiden hoitoajat vaihtelevat suuresti, riippuen potilaan fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä ja siitä missä heitä hoidetaan. Vuonna 2007 hoitajakson pituus erikoissairaanhoidossa oli keskimäärin 6,8 vuorokautta. Lonkkamurtumapotilaiden kotiutuminen tapahtuu yleensä neljän kuukauden kuluessa hoidon alkamisesta. (Lonkkamurtuman Käypä hoito 2011, 18.)

Lonkkamurtuman hoito on kallista erikoissairaanhoidoa. Vuonna 2007 lonkkamurtumapotilaan potilaskohtaiset kustannukset olivat 20 800€. Potilaan jäädessä pysyvästi laitoshoitoon hoitokustannukset ovat suuremmat jo ensimmäisen vuoden aikana (Lonkkamurtuman Käypä hoito 2011, 11, 19). Kuntouttaminen on tärkeää niin taloudellisesti kuin myös yksilön kannalta.

2.3.1 Kuntoutumisen tarve, tavoitteet ja keinot

Kuntoutumisprosessi voi alkaa, kun diagnoosi on tehty. Kuntoutumistarpeeseen tarvitaan aina joku tai jokin ongelma, johon halutaan muutosta. Kuntoutumistarve on selkeä, kun kyseessä on lonkkaleikkauksen jälkeinen kuntoutuminen. Kuntoutujasta on hyvä tietää taustoja, jotta tiedetään, miten kyseisen kuntoutujan kanssa on mielekästä toimia. Lähettävä sairaala antaa potilaan mukaan epikriisin. Epikriisissä selvitetään potilaan perussairaudet, asuinpaikka ja asumisolosuhteet. Lisäksi siinä on maininta lonkkamurtumaa edeltävästä avuntarpeesta, liikkumisesta ja mahdollisista apuvälineistä, sekä kaatumissyy, jos se on tiedossa. Murtumadiagnoosi, miten hoidettu, varausluvut, mahdollinen röntgenkuvauskontrolli, ompeleiden poistoaika, kotilääkitys ja kipulääkitys ovat myös epikriisissä mainittuja tietoja (Vihtonen ym. 2012, 3).

Kuntoutujan tarpeet pyritään huomioimaan laajasti, ottaen huomioon myös kuntoutujan kokonaistilanteen, psyykkisten, sosiaalisten ja henkisten tarpeiden kannalta (Suvikas ym. 2009, 303.) Lonkkamurtumapotilaalla on kuntoutumistarve, joka tarvitsee kuntoutumissuunnitelman toteutuakseen. Kuntoutussuunnitelman tekee organisaatio, jossa potilasta hoidetaan (Atula 2011). Suunnitelma tehdään moniammatillisen työryhmän, kuntoutujan sekä hänen läheisensä kanssa. Kuntoutussuunnitelma tehdään keskustellen ja suunnitellen mitkä asiat ylläpitävät ja tukevat toimintakykyä. Suunnitelmassa sovitaan tavoitteista kuntoutujan toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. Lähtökohtana kuntoutumiselle on kuntoutujan elämäntilanne, kuntoutumistarve, voimavarat ja toimintakyky.

Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan keskeiset tavoitteet ja toimenpiteet, jonka jälkeen kuntoutussuunnitelma kirjataan potilaan sairauskertomukseen. Kuntoutussuunnitelma on yksilöllisesti tehty ja muuttuva kuntoutumisen edetessä. Jäljelle jää kuntoutuksen toteuttaminen, arviointi ja päättäminen. (Suvikas ym. 2009, 11.)

Muistisairaahan kuntoutumista tuetaan hyvällä ohjauksella, lempeällä huomioimisella ja kuntouttavalla työotteella.

Tavoitteet kuntoutumisessa vaihtelevat tarpeen mukaan. Niitä määrittävät toimintakyvyn palautuminen, ylläpitäminen tai toimintakyvyn heikkenemisen estäminen. Tavoitteena on kuntoutuminen, avun tarpeen vähentyminen ja itsenäisyyden tukeminen. Tavoitteiden asettamiseksi täytyy arvioida kuntoutujan toimintakyky. (Suvikas ym. 2009, 301.) Kuntoutujan ollessa jo aiemmin kävelytelineen käyttäjä, ei voida laittaa tavoitteeksi; ilman apuvälineitä kulkeva. Tavoitteeksi laitetaan, että kuntoutuja liikkuu itsenäisesti kävelytelineettä apuvälineenään käyttäen.

Kuntoutumissuunnitelmassa määritellään kuntoutumisen keinot. Keinoina kuntoutusyksikössä ovat varhainen geriatrinen arviointi, kuntoutuksen toteuttaminen kuntoutussuunnitelman mukaisesti yhdessä potilaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa, nopea mobilisointi ja hyvä yhteistyö potilaan sekä omaisten kanssa. Yhteistyö avohoidon kanssa ennen mahdollista kotiutumista on tärkeä keino. (Huusko ym. 2006, 3026.)

2.3.2 Kuntoutumisen toteutuminen

Kuntoutujan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky arvioidaan. Fyysinen toimintakyky on elimistön toiminnallista kykyä selviytyä fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä (Suvikas ym. 2009, 6). Fyysistä ponnistelua vaativia tehtäviä ovat nukkuminen, syöminen, juominen, pukeutuminen, peseytyminen, wc-käynnit ja liikkuminen. Liikkumisella tarkoitetaan esimerkiksi kotiaskareiden hoitamista ja kodin ulkopuolista asioimista. (Heimonen ym. 2006, 25). Lonkkakuntoutujan asuessa hissittömän kerrostalon 2. kerroksessa, on hänen kyettävä nousemaan rappuset ylös joko omatoimisesti tai avustettuna, jotta ulkoilu ja asioiden hoitaminen on mahdollista. Kun fyysinen toimintakyky heikkenee, tarvitaan konkreettista apua (Suvikas ym. 2009, 6). Avuntarve voi esiintyä pukeutumisen yhteydessä lonkkanivelen liikkumattomuuden vuoksi tai esimerkiksi portaita kuljettaessa.

Muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn säilyttämiseksi häntä on muistettava kannustaa ja tukea joka päivä. Henkilöä on ohjattava liikkumaan ja osallistumaan päivän toimintoihin (Suvikas ym. 2009, 330).

Toiminta- ja liikuntakyky heikkenevät nopeasti ilman omaa aktiivista harjoittelua, sekä tehokasta ja oikea-aikaista kuntoutusta (PSHP:n lonkkamurtumapotilaan hoidon kehittämisprojekti 2006). Muistisairaana ymmärryskyky ja puheen tuottaminen on usein heikentynyt, ja tästä syystä on ohjattaessa parempi käyttää lyhyitä kehotuksia. Kuntouttaja voi toimia itse mallina ja näyttää liikkeen, tai ohjata vaihtoehtoisesti kädestä pitäen, mahdollistaen samalla muistisairaana viestien vastaanottamisen monen eri kanavan kautta. (Suvikas ym. 2009, 303.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua älyllistä ja henkistä työskentelyä vaativista tehtävistä. Tarkennettuna se tarkoittaa ihmisen kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Psyykinen toimintakyky sisältää myös ihmisen taidon muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta, sekä kyvyn tuntea ja kokea. (Suvikas ym. 2009, 84.) Lisäksi psyykinen toimintakyky liittyy ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen terveyteen. Tähän kokonaisuuteen kuuluvat mieliala, itsearvostus, omat voimavarat sekä erilaisista haasteista selviytyminen. (Heimonen ym. 2006, 25.)

Muistisairaalla lonkkakuntoutujalla psyykinen toimintakyky tarkoittaa hänen kykyään havaita ympäröivää toimintaa. Muistisairas ei muista seuraavana päivänä edellisen päivän ohjauksia, vaan hänelle pitää toistaa ohjaukset uudelleen ja uudelleen. Muistisairaana oppiminen riippuu toistojen määrästä ja potilaan muistin tasosta. Muistin heikkeneminen aiheuttaa ongelmia arjessa selviytymisessä. Muistisairaalla lonkkakuntoutujalla muistin heikkeneminen voi vaikeuttaa erilaisten liikkumisrajoitusten noudattamista tai apuvälineiden käyttöä.

Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat luonnollinen vuorovaikutus, läheisyys, osallisuus yhteisölliseen elämään, kyky huolehtia itsestään ja tietoisuus oikeuksistaan. (Suvikas ym. 2009, 88.) Lisäksi sosiaalinen toimintakyky sisältää suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuuden, vastuun läheisistä sekä koetun elämän mielekkyyden. (Heimonen ym. 2006, 25.) Muistisairas voi asua paikassa, jossa hän ei kykene poistumaan kodistaan joko muistin tai liikuntakyvyttömyytensä vuoksi. Tällöin hän ei pääse osallistumaan sosiaaliseen elämään. Muistisairas ei välttämättä kykene pitämään yhteyttä omaisiinsa ja läheisiinsä, jolloin häneltä puuttuu perheen tarjoama tuki (Heimonen ym. 2006, 17). Sosiaalista toimintakykyä voidaan edistää huolehtimalla kuntoutujan yhteydenpidosta omaisiin ja läheisiin. Yhteistyö läheisten kanssa edistää kuntoutumista.

On myös tärkeää tukea kuntoutujan osallistumista ympäröivään toimintaan kertomalla päivän tapahtumista. Yhdessä tekeminen auttaa sosiaalisen toimintakyvyn edistämistä. (Suvikas ym. 2009, 97.) Toimivien sosiaalisten suhteiden luoma arvostetuksi tulemisen tunne on tärkeää dementoituvalle potilaalle (Heimonen ym. 2006, 17).

Muistisairaana lonkkamurtumapotilaan toiminta- ja liikkumiskyky heikkenevät, jos aktiivista kuntouttamista ei aloiteta nopeasti. Potilasta kannustetaan osallistumaan arki-toimiin. Häntä kannustetaan nousemaan ylös vuoteesta ja avustetaan tarpeen mukaan. Apuvälineen valinta ja kävelyn opettaminen apuvälineellä on myös aloitettava heti. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisen tavoitteena on saada potilas liikkumaan niin kuin ennen tapaturmaa ja estetään lisähaittojen tuleminen. Potilas pyritään kotiuttamaan kuntoutuneena tuttuun kotiympäristöön; kotiin tai laitospaikkaan. (PSHP:n lonkkamurtumapotilaan hoidon kehittämisprojekti 2006, 2.)

Lonkkamurtumapotilaalla on leikkauksen jälkeen kipuja leikatulla alueella ja se voi olla esteenä kuntoutumiselle. Kipuongelma on usein heti leikkauksen jälkeen, tai enintään vuotta myöhemmin leikkauksesta. Lonkkamurtuman jälkeen, kipu on syynä heikompaan toimintakyvyn palautumiseen, liikkumiseen ja lihasvoimaan. Lonkkamurtuman jälkeen potilaille voi kehittyä pelko kaatumisesta, joka vaikuttaa heidän liikkumiseensa. (Portegijis 2008, 18.)

Muistisairaalla lonkkamurtumapotilaalla on saattanut olla jo ennestään monenlaisia kiputiloja, muistisairaudesta johtuen. Dementiaan, joka on muistisairauden oire, liittyy lihasten jäykistymistä, erilaisia virheasentoja, vaeltelusta tai liikkumattomuudesta johtuvia kipuja. Muistisairas saa myös kolhuja törmäillessään. Tavoitteena kivunhoidossa on kivuttomuus. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2008, 298.)

Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksessa (2011), mainitaan kivun riittämättömän hoidon aiheuttavan lisää komplikaatioita ja hidastavan kuntoutumista. Kivun voimakkuuden ja kivuliaisuuden seuraaminen potilaan liikkuesssa ovat asioita, joiden kirjaaminen sairauskertomukseen säännöllisesti on tärkeää. Tietojen puuttuminen vaikuttaa potilaan kivunhoitoon negatiivisesti. Käypä hoidon (2011) mukaan säännöllinen kirjaamatta jättäminen on syynä muistisairaiden riittämättömän kivunhoidon saamiseen. Muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kohdalla ongelma on, ettei hän kykene ilmaisemaan kipua spontaanisti. Kivuista kysyminenkin ei välttämättä auta.

On olemassa erilaisia sanallisia ja kuvallisia kipumittareita, joiden käyttöä voi kokeilla, mutta usein kivun astetta joutuu arvioimaan potilaan käyttäytymistä ja ilmeitä seuraamalla (Vallejo Medina ym. 2008, 298). Vastustaessaan hoitotoimenpiteitä muistisairas saattaa yrittää ilmaista kipuaan. Omaiset voivat kertoa, miten potilas on aiemmin ilmaissut kipuaan. Potilaan tuntemuksia voidaan arvioida antamalla hänelle kipulääkettä. Potilaan rauhoittuessa voidaan olettaa hänen olleen kivulias ja lääkkeen auttaneen. Lähtökohtana muistisairaana kivunhoidossa on ennaltaehkäisy. Kipulääkettä tulisi antaa säännöllisesti ja tasaisesti ympäri vuorokauden, jolloin ehkäistään kivun muuttuminen voimakkaammaksi ja hallitsemattomaksi. (Kankkunen 2011, 22–24.)

Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksessa (2011) suositellaan kuntoutuksen ajan lääkitykseksi suun kautta annettavaa parasetamolia 1g x 2-3 tablettia päivässä säännöllisesti. Lisäkipulääkkeenä suositellaan suun kautta annettavaa oksikodonia.

Lonkkaleikkauksen jälkeen mobilisointi pyritään aloittamaan mahdollisimman nopeasti. Leikkaava ortopedi on antanut ohjeet potilaan mahdollisesta varausluvasta, asentohoidoista ja liikerajoituksista. Erilaiset rajoitukset eivät saa olla esteenä lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiselle. Liikkuvuuden rajoittaminen ja heikentynyt tasapaino ovat yleistä lonkkaleikkauksen jälkeen (Portegijis 2008, 20).

Lonkkaleikkauksessa murtuma voidaan korjata osteosynteesillä eli ruuveilla, puoli- tai kokoproteesilla, naulauksella tai levytyksellä. Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan ruuveilla korjatun lonkkamurtuman varausrajoituksilla ei ole tieteellistä näyttöä toipumisen suhteen. Sementoidulla proteesilla korjatut lonkkamurtumapotilaat saavat täyspainovarausluvan leikatulle jalalleen heti leikkauksen jälkeen. Jos potilaalle on laitettu sementitön proteesi, on ortopedi määrännyt jonkinasteisen varauskiellon 6-8 viikon ajaksi. Varauskielto määritellään vähintään 6 viikoksi, jos lonkkamurtuma on korjattu naulauksella tai levytyksellä. (Lonkkamurtuman Käypä hoito -suositus 2011, 12–13.)

Leikkaavan ortopedin määräämiä varauslupia on erilaisia; hipaisuvaraus, raajanpainovaraus, osapainovaraus, puolipainovaraus, täysipainovaraus ja varaus kivun sallimissa rajoissa. Liitteessä käydään läpi eri varausrajoitukset (liite 2).

Lonkkaleikatunpotilaan asentohoidossa pitää huomioida määrättyjä ohjeita, esimerkiksi vuoteessa kylkimakuulla ollessa jalkojen väliin laitetaan tyyny. Vuoteesta nousu tapahtuu terveen kyljen kautta. Tuolissa istuessa käytetään istuinkoroketta.

Moniammatillisessa geriatriisessa kuntoutusyksikössä tiimiin kuuluva fysioterapeutti valitsee lonkkaleikatulle potilaalle tarvittavat apuvälineet. Apuvälineenä voi olla kävelyteline, rollaattori tai pyörätuoli. Kuntoutukseen osallistuvan tiimin on tiedotettava kirjallisesti sovitusta potilaan asentohoitoon, varauslupa- ja apuvälineisiin liittyvistä asioista. Omaisten ja vierailijoiden on myös hyvä tietää rajoituksista (Lonkkamurtuman Käypä hoito -suositus 2011, 16).

Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksessa (2011) suositellaan lonkkasuojaimien käyttöä laitoksissa ja kotona asuville iäkkäille henkilöille, joilla on suurentunut riski kaatua ja saada lonkkamurtuma uudelleen. Vain käyttämällä lonkkasuojaimia jatkuvasti, voidaan ennaltaehkäistä lonkkamurtumia (Lonkkamurtuman Käypä hoito 2011, 6).

Ravitsemus on lääkehoidon ohessa tärkeä osa potilaiden kuntoutumista ja se vaikuttaa myös kuntoutumisen onnistumiseen (Pietikäinen, Karppi, Heinonen & Huusko 2003, 191–197; Haapaniemi, Arve & Routasalo 2006, 197–208). Muuttamalla ruokavaliota terveellisemmäksi, voidaan edistää kuntoutumista. Hyvällä ravitsemuksella voidaan siirtää tai estää monien sairauksien puhkeamista ja nopeuttaa mahdollisista sairauksista toipumista. (Hakala 2007.)

Ikääntyneen potilaan huono ravitsemustila ja siinä esiintyvät ongelmat voivat johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen ja potilaan laihtumiseen. Huono ravitsemustila voi myös hidastaa potilaan toipumista sairaudesta, pidentää sairaalassaoloaikoja, sekä vähentää hoitojen vaikutusta. Mieliala voi alentua huonon ravitsemustilan vuoksi, jolloin ruokahalut vähenevät. Ruokahalujen vähentyessä lihaskunto heikkenee ja heikentäen edelleen hengityksen ja sydämen toimintaa. (Hiltunen 2009, 3552.)

Hyvän ravitsemushoidon tavoitteena on korjata mahdollinen heikentynyt ravitsemustila ja estää vajaaravitsemuksen syntyminen. Tavoitteena on myös edistää paranemista ja parantaa vastustuskykyä. Hyvän ravitsemushoidon toteutustapoja on monia. Tavallinen, terveyttä ylläpitävä ja edistävä ruokavalio on helpoimmin toteutettavissa.

Hyvä ravitsemushoito koostuu ravitsemustilan arvioinnista, ravitsemushoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2009, 176.)

Lonkkamurtuman Käypä hoito (2011) suosituksen mukaan lonkkaleikkauksen jälkeen tulisi potilaille antaa lisäravinnevalmisteita, koska niiden käyttö voi vähentää komplikaatioita. Lisäksi Käypä hoidossa suositellaan annettavaksi D-vitamiinia 800IU/vrk ja kalsiumia 1g/vrk tai kalsium ja D-vitamiinin yhdistelmävalmisteita. D-vitamiinilisä parantaa lihaskuntoa. Kyseisiä lääkkeitä käyttävien potilaiden kuolleisuus oli neljänneksen pienempi, kuin niiden potilaiden, jotka eivät käyttäneet D-vitamiini ja kalsium valmisteita. Näillä valmisteilla saatiin parannettua lonkkamurtumapotilaiden ennusteita. (Lonkkamurtuman Käypä hoito 2011.)

2.3.3 Kuntoutumisen arviointi

Säännöllinen tavoitteiden saavuttamisen arviointi hoidossa olevan potilaan ja omaisten kanssa kuuluu tärkeänä osana kuntoutumista edistävän hoitotyön kokonaisuuteen (Heimonen ym. 2006, 7). Kuntoutumisen arviointia toteutetaan monella eri tavalla. Päivittäin kuntouttamiseen osallistuvat dokumentoivat arviointia kuntoutumisen onnistumisesta. Viikoittain pidetään kuntoutuspalavereja, jossa käydään lonkkamurtumapotilaiden tämän hetkinen tilanne kuntoutumisessa. Samalla mietitään tavoitteiden realistisuutta ja kuntouttamisen keinoja. Kuntoutumispalaveriin osallistuu potilaan kuntouttamisesta vastaava moniammatillinen tiimi. (Pietikäinen ym. 2003, 194.)

Muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisen kestänyt 6 viikkoa otetaan kontrolliröntgen lonkasta, samalla tehdään lonkan kliininen tarkastus (Lonkkamurtuman Käypä hoito 2011, 12–13). Tällä varmistetaan toivottu luutumisen. Lonkan luuduttua odotusten mukaisesti voidaan lonkan kuormitusta lisätä keventämällä varauslupia. Apuvälineenä rollaattoria tai kyynärsauvoja käyttävän, tulee jatkaa käyttöä ainakin kolmen kuukauden ajan. Apuvälineen käyttö voi jäädä pysyväksi. (PSHP:n lonkkamurtumapotilaan hoidon kehittämisprojekti 2006, 2.)

Kuntoutumisen edetessä ja varauslupien keventyessä, aloitetaan kotiuttamisen suunnittelu. Kotiutusta suunniteltaessa tehdään kotikäynti. Kotikäynnille lähtee tavallisesti fysioterapeutti, toimintaterapeutti, potilas ja hänen läheisensä. Sairaanhoidajan mukanaolo hyödyttää, kun arvioidaan hoidon ja kotisairaanhoidon tarvetta. Kotikäynnin tarkoituksena on kartoittaa potilaan selviytymistä päivittäisistä toimistaan kotona. Kotikäynnillä selvitetään myös apuvälineiden tarve ja mahdolliset muutostyöt. Muutostöinä voi olla tukikahvojen laitto, kynnysten poisto. Kynnysten poistamisella minimoidaan kaatumisen riskejä. (Lonkkamurtuman Käypä hoito 2011, 17; Pietikäinen ym. 2003, 195–196.) Kotikäyntejä varten on olemassa tarkastuslista, jossa luetellaan kotitapaturmien ehkäisyyn liittyviä asioita (liite 3).

Kuntoutumisprosessin ollessa siinä vaiheessa, että kotikäynti on tehty ja kotiutus näyttää toteutuvan, järjestetään hoitoneuvottelu. Hoitoneuvotteluun osallistuvat potilas, kuntoutumisprosessiin osallistuva tiimi, kotihoidon asiakasohjaaja ja potilaan läheinen. Hoitoneuvottelussa tehdään kotiutussuunnitelma, jossa käydään läpi potilaan tämän hetkinen toimintakyky, mahdollinen kotiutuspäivä, tarvittavat tukitoimet kotiin, seurantaikäynnit. (Pietikäinen ym. 2003, 195.)

Organisaation, josta potilas kotiutuu, vastuulla on tutkia potilaan kotiutumisen edellytykset. Kykeneekö potilas nousemaan rappusia tai onko kaatumiseen johtavia vaaratekijöitä havaittavissa? Onko hänellä auttajia lähellä tai kuka auttaa tarvittaessa? Miten hän voi ottaa yhteyttä ja mihin tarvittaessa? (Suvikas ym. 2009, 309–310.) (liite 3) Potilaan kotiutuessa on tärkeää, että tiedot siirtyvät kotihoitoon ja hoitavalle lääkärille. Potilas ja hänen läheisensä saavat tarvittavat kirjalliset toimintaohjeet. Potilaan kotiutuminen onnistuu kun hän on kotiutuskuntoinen ja tukitoimet järjestetty. (Huusko 2003, 1433.) Jos kuntoutujan toimintakyky ei ole riittävän hyvä kotiin palaamiseksi, jatkohoitopaikkana toimii vanhainkoti tai muu vastaava laitos. (Suvikas ym. 2009, 309–310.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi toteutuu hoitajien kokemana Rauhaniemen sairaalan lonkkakuntoutusosastolla.

Opinnäytetyön tehtävänä on:

Miten hoitajat kokevat muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin toteutuvan lonkkakuntoutusosastolla?

Opinnäytetyön tuottaman tiedon tavoitteena on selkiyttää muistisairaana lonkkakuntoutujan kuntoutumisprosessissa jo käytössä olevia toimintatapoja.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Opinnäytetyöni lähestymistapa on kvalitatiivinen – eli laadullinen menetelmä. Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään löydöksiin ilman tilastollisia menetelmiä. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ilmiön ymmärtäminen syvemmin. (Kananen 2008, 24.) Laadullisen tutkimuksen tarkastelun kohteena on merkitysten maailma, joka on sosiaalinen ja ihmisten välinen tapahtuma. Tavoitteena ovat ihmisten omat kokemukset ja niiden kuvaukset. Kuvaukset ovat niiden kokijoille merkityksellisiä ja tärkeitä. Ihmisten, joilta tietoa kerätään, toivotaan tietävän tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä paljon. Heillä voi olla myös kokemuksia tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. (Vilka 2005, 85, 97).

Laadullisella tutkimuksella ei pyritä löytämään totuuksia tutkittavasta asiasta, ihmisten kokemusten avulla voidaan tehdä tulkintoja (Vilka 2005, 98). Laadullista tutkimusta tehdessä ei saa olla mitään ennakko-oletuksia, vaan aloitetaan puhtaalta pöydältä (Kananen 2008, 28).

Vilka (2005) toteaa, että laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyllä tutkimuksella on tehtävänä vaikuttaa myönteisesti tutkittavien tutkittavaa asiaa koskeviin ajattelu- ja toimintatapoihin. Valitsin laadullisen menetelmän, koska kartoitan hoitajien kokemuksia muistisairaana potilaan lonkkakuntoutumisprosessin toteutumisesta.

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä

Opinnäytetyötäni varten kerään aineistoa hoitajien kokemuksista muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessista. Olen valinnut aineiston keräämisen kohderyhmäksi Rauhaniemen sairaalan lonkkakuntoutusosaston henkilökunnan. Valitsin tämän kohderyhmän, koska heidän osastollaan hoidetaan lonkkamurtumapotilaita ja potilaina on myös muistisairautta sairastavia. Tiedän heillä olevan asiantuntemusta opinnäytetyössäni käsiteltävään teemaan. Näin pystyn keräämään laadullisen tutkimusmenetelmän mukaista kokemustietoa.

Olin pyytänyt osastonhoitajaa valitsemaan henkilökunnasta 2 lähihoitajaa, 2 sairaanhoitajaa ja yhden fysioterapeutin. Tällä kokoonpanolla sain eri ammattiryhmien näkökantoja muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin toteutumisesta. Kanasen (2008) mukaan valitaan ihmiset, joilta saadaan parasta tietoa tutkimuksen kannalta.

Tiedonkeruumenetelmänä opinnäytetyössäni käytin ryhmähaastattelua. Haastattelu tehdään, kun halutaan tietää miksi joku toimii määrättyllä tavalla tai mitä hän ajattelee määrätystä asiasta. Haastattelun tekee joustavaksi se, että haastateltava voi toistaa kysymyksensä tarvittaessa. Kysymysten järjestyksen saa haastattelija itse päättää haastattelussaan. Tärkeintä on saada paljon hyvää tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 72–73.) Ryhmähaastattelu säästää haastateltavien ja haastattelijan aikaa, koska kokoontuminen on yhden kerran. Haastateltavan ryhmän erilaiset persoonalliset piirteet voivat olla vaikuttamassa haastattelun kulkuun ja tuloksiin. Haastattelu tapahtumana voi olla tietoa lisäävä tai tietoa vähentävä. (Kananen 2008, 75.) Haastattelin ryhmää ennalta määritellyn teeman mukaisesti. Valitsin ryhmähaastattelun, koska halusin saada aikaiseksi hyvää keskustelua eri ammattiryhmien kesken. Vilka (2005, 101) toteaa ryhmähaastattelun olevan soveltuva tutkittaessa yhteisön käsityksiä. Ryhmähaastattelussa käytän avoimia kysymyksiä (liite 4), joita ratkotaan ryhmässä.

Ennen haastattelun toteutumista olin antanut asianomaisille saatekirjeen (liite 5), jossa kerroin opinnäytetyön tarkoituksen, tehtävän ja tavoitteen. Lisäksi haastatteluun osallistuvat allekirjoittivat suostumuksen (liite 6) haastateltavaksi ryhtymisestä. Toimin itse ryhmähaastattelun toteuttajana eli haastattelijana. Ryhmähaastattelu toteutettiin 24.5.2012, Rauhaniemen sairaalassa. Haastattelu tehtiin osaston tiloissa, jotta haastateltavien oli helppo tulla kesken työvuoron paikalle. Haastattelu kesti 45 min, ilman taukoja. Haastattelu äänitettiin ja he olivat tietoisia tästä.

Olen valinnut opinnäytetyöni analyysimenetelmäksi sisällönanalyysin. Sisällönanalyysin tehtävänä on kuvata aineistoa sanallisesti ja tuloksena on selkeä kuvaus tutkittavasta asiasta. Jotta selkeä kuvaus tutkittavasta asiasta saadaan, täytyy aineistoa tiivistää ja laittaa uuteen muotoon. Sisällönanalyysi sisältää erilaisia vaiheita, joita ovat aineiston pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja luodaan teoreettiset käsitteet eli abstrahoidaan. Klusteroinnin tarkoituksena on löytää koodatusta aineistosta samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Tästä jatketaan ryhmittelemällä samaan asiaan liittyvät asiat uudeksi luokaksi. Luokalle pitää antaa sisältöä kuvaava nimi.

Epäoleellisen ja oleellisen tiedon erottamista kutsutaan abstrahoinniksi. Kun on saatu ryhmittelemällä useita luokkia, ne yhdistetään laajemmiksi käsitteiksi. Sisällönanalyysi voi olla aineisto- tai teorialähtöinen. (Kananen 2008, 94.) Itse toteutan sisällönanalyysin opinnäytetyössäni aineistolähtöisesti eli aineisto kertoo tarvittavan tiedon.

Sisällönanalyysin tekeminen alkoi haastattelun kuuntelemisella. Kuuntelin aineistoa muutaman kerran, koska ajattelin sen helpottavan itse kirjoitustyötä. Seuraava vaihe on nimeltään haastattelun auki kirjoittaminen sana sanalta eli litterointi. Oli hankalaa saada selvää kaikesta mitä haastattelun aikana puhuttiin, koska haastateltavat innostuivat välillä puhumaan päällekkäin toisen puhujan kanssa. Litterointi oli aikaa vievää työskentelyä, mutta palkinnoksi sain monta sivua hyvää aineistoa.

Vuorossa oli aineistoon perehtymistä lukemalla. Aluksi tuntui, ettei aineisto puhu minulle ollenkaan. Luettuani sitä useampaan kertaan, aineistosta alkoi nousta asioita joita etsin. Listasin aineistosta nousseet asiat ja pelkistin ne lyhyiksi ilmaisuiksi. Redusointi eli pelkistäminen tarkoittaa, että aineistosta poistetaan kaikki epäolennainen tiivistämällä tieto (Tuomi 2011, 109). Pelkistetyt ilmaukset listattiin ja aloin etsiä niistä samankaltaisuuksia. Yhdistin samankaltaiset ilmaukset, ja muodostin näistä alaluokkia. Tämän jälkeen yhdistin alaluokat ja muodostin yläluokat. Näin tekemällä sain aineiston tulokset, joita analysoin. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoituksena käsitteiden yhdistely ja siitä saadaan vastaus tutkimustehtävään (Tuomi 2011, 112). Olen tehnyt sisällönanalyysivaiheesta taulukon, jossa näkyvät prosessin kaikki osat. Taulukko on liitteenä opinnäytetyössäni (liite 7).

5 MUISTISAIRAAN LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTTAMIS- SESSA MUKANA OLEVIEN HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ KUNTOU- TUMISPROSESSIN TOTEUTUMISESTA

5.1 Haastateltavien taustatiedot

Opinnäytetyötäni varten haastattelin viittä lonkkakuntoutusosastolla työskentelevää henkilöä. Osasto on jaettu kahteen moduuliin, kummassakin moduulissa hoidetaan lonkkamurtumapotilaita. Lonkkamurtumapotilaissa on useita eritasoisia muistisairauksia sairastavia. Haastateltaviksi halusin kummastakin moduulista yhden sairaanhoitajan ja perus/lähihoitajan, näiden lisäksi halusin haastatteluun yhden fysioterapeutin. Pyysin osastonhoitajaa valitsemaan haastateltavat. Haastateltavat ovat työskennelleet useita vuosia lonkkakuntoutusosastolla muistisairaiden kanssa.

5.2 Erityiskysymykset muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kuntouttamis- sessa/kuntoutumisessa

Kuntouttava työ muistisairautta sairastavien kanssa oli haastavaa, aikaa vievää ja palkitsevaa. Haastateltavat kokivat haasteita olevan paljon, mutta työn haastavuus koettiin olevan myös työn rikkaus.

No, onhan ne päivät aina mielenkiintoisia, muistisairaana ihmisen kanssa, eikä tylsiä.

Siinä täytyy vähän heittäytyä.

Siinä täytyy hakea niitä keinoja, millä sä pystyt sitä työtä toteuttamaan.

Haasteellisen kuntoutumisprosessin toteuttamisesta teki muistisairaiden muistamattomuus. Heille opetettiin varauslupien toteuttamista ja apuvälineiden käyttöä päivittäin. Asioiden toistaminen ja aina uudelleen opettaminen olivat aikaavievää ja hidasta. Osastolla hoidettiin samaan aikaan orientoituneita lonkkamurtumapotilaita, jotka kokivat muistisairaat häiritsevinä.

Kun muistisairaansa kanssa toteutettiin kuntouttavaa hoitoa, jäivät orientoituneet vähemmälle hoidolle. Toisaalta orientoituneista potilaista tuli itsenäisempiä aiemmin. Käsitteiden seuraavissa kappaleissa kuntoutumisprosessin haasteita lähemmin.

5.3 Kommunikoinnin toteutuminen

Kuntoutumisen haasteeksi koettiin myös kommunikaation puute. Muistisairaalla potilaalla kuulolaitteen käyttäminen koettiin hankalaksi, jos muistisairas otti sitä itse pois jatkuvasti. Kommunikointiin vaikuttivat jopa muistisairaansa arkuus ja pelokkuus, se saattoi olla myös hoidon esteenä.

Yksittäisenä asiana mulle tulee mieleen tää kommunikaatio, jos lähetään kuntouttamaan ihmistä ja jos se meidän välinen kommunikaatio ei toimi hän ei ymmärrä, ja usein sillä on huonokuulo, mitä pyydetään tekemään ja taivutuksia ja muuta ni. Se asettaa vähän haastetta.

Sit voi olla joku pelko, arkuus, ei tiedä mitä tehdään. Kun tulee siihen vaikka ei olisi mitään kipuja tai muuta. Mut hän luulee, että hänelle tehdään jotain paha tai jotain ja sit pistää hanttiin sen takia.

Haastateltavat kertoivat kommunikaation apuna käytettävistä keinoista. Kuulolaite oli tavallisin. Afasiapotilaille voitiin käyttää kuvakortteja, kuitenkin niitä käytettiin harvoin. Muita apukeinoja olivat validaatio, laulaminen, tanssi, hymy, kosketus, silittäminen, aika, sekä rauhallisuus. Yksi suosituimmista apukeinoista oli huumorin käyttö, sitä käytettiin päivittäin. Validaatiota käyttivät he, jotka sen taidon osasivat.

Sitten voi olla jotkut, harvoin niitä käytetään, mutta on olemassa kovalaput mitä voi käyttää tai validaatio.

Sitten on laulu tai tanssimalla voi saada ihmisen liikkeelle.

Aikaa ja rauhallisuutta.

Kauheesti hymyä kasvoille.

Keskustelua herätti kovasti ajatus, että onko hoitaja huonompi jos ei tanssi tai laula potilaan kanssa. Keskustelijat päätyivät siihen, että hoitaja tekee työtään omalla persoonallaan, ovat keinot sitten mitä tahansa. Jokaisella oli omia hyviä keinoja saada muistisairas liikkeelle.

Olisinko mä parempi hoitaja jos mä vaikka laulaisin tässä, mutta jos ei oo semmonen mitä mä haluan tai osaan tehdä niin. Mutta onko sit huonompi hoitaja jos ei tee niin.

Mä meen ja näytän, tee näin.

Ja lyhkäsempiä käskyjä, esimerkiksi jos ihan konkretian tasolle mennään, niin parin sanan lauseita, enemmän käskymuotoja.

Muistisairasta potilasta ohjattiin lyhyillä käskymuodoilla, tämä auttoi ymmärtämisessä. Tekemisiä osittamalla potilas muisti tehdä annetun tehtävän helpommin.

5.4 Ruokahaluttomuus

Isona haasteena oli myös muistisairaana potilaan ruokahaluttomuus tai janon tunteen puuttuminen. Syynä saattoi olla myös, ettei muistisairas keskity syömään ja tämän takia jättää syömättä. Tämän koettiin hidastavan kuntoutumista.

Sit on toi, jos muistisairas tai usein ei maistu ruoka, ruokahaluttomuus. Ei halua juoda riittävästi, niin se taas ei pidä sitä kuntoa yllä.

Ruokahalu oli saattanut olla jo pitkään huono, jo ennen sairaalaan joutumista. Osastolla laitettiin potilaalle nestelistä, jolla pystyttiin kontrolloimaan hänen juomistaan. Jos juominen tai syöminen ei onnistunut potilaalta, täytyi hoitajien huolehtia ravinnon saamisesta. Potilaille annettiin herkästi lisäravinteita, jotka usein maittoivatkin potilaille.

Voi olla, että potilaalla on ollut ruokahalu huono jo pitkään.

Lisäravinteet on havaittu aika hyväksi, ne useinkin kelpaa sellaselle jolle ei maistu ruoka, niin aika usein joku maku kelpaa heille.

Hoitajan pitäis muistaa juottaa potilaita.

Mietitään niitä vaihtoehtoja, että potilas söis ja jois, kysellään omaisilta.

Osahan myös kieltäytyy näistä asioista.

Läheiset olivat tässä hyvänä tietolähteenä, kun mietittiin potilaiden ruokahaluttomuuden syitä. Läheiset osasivat myös kertoa mieliruoista ja ruokailutavoista kotona. Muistisairas potilas saattoi myös kieltäytyä syömästä ja juomasta. Ketään ei juotettu eikä syötetty väkisin. Asialle yritettiin löytää ratkaisua tiimin kesken.

5.5 Kivunhoidon onnistuminen

Muistisairaahan potilaan kivunarvioinnissa oli haastetta, potilas ei välttämättä osannut itse kertoa kivuntuntemuksistaan. Tällöin hoitajan tehtävänä oli kivun arvio. Kivunarvioinnissa voitiin käyttää hymynaama-asteikkoa tai kysymällä onko kipua kovaa vai kohtalaista. Kipua arvioitiin myös tarkkailemalla potilaan käyttäytymistä, kävelyä, ilmeitä tai kävelystä kieltäytymistä. Potilaan tunteminen pidemmältä aikaväliltä oli etu kivun arvioinnissa.

Sit yks erityispiirre tai haaste muistisairaiden kanssa on kivunhoito.

He eivät osaa tarkasti sanoa, että mitenkä sattuu, kuinka paljon ja mihinkä kohtaan, että sen joutuu usein päätteleen sitten muista asioista.

Keskusteluissa ilmeni, että muistisairaalle annettiin herkästi kipulääkettä, jos käytökselle ei löydy muuta selitystä. Koska lääke auttoi tilanteeseen, usein sekavuuteen syynä olikin kipua.

Mä itte noudatan kyllä semmosta, mikä vois aatella että kaikille muistisairaille, että jos ne on kauheen sekavia ja ahdistuneita. Sillon kun me tää lonkkahomma alotettiin, niin joku siitä luennoi, että niinkun muistisairaalle ihmiselle sekavuuteen ensimmäisenä kokeillaan kipulääkettä.

Tietysti sitten vasteesta voi päätellä oliko se kipua, kivun aiheuttamaa.

Kipua hoidettiin myös lääkkeettömästi, se oli yhtenä hyvänä vaihtoehtona kivunhoidossa.

Jos mää mietin lääkkeettömiä hoitoja, niin kylmäpussia voi laittaa ja kylmägeeliä, joissakin tapauksissa lämpöä, että voi hakee sillä keinoa.

Et sit tavallaan kun jos muisti, kun se on jo pitkällä, tulee kaikki käytösoireet ja muut. Ja niitä sitten hillitään lääkkeillä, rauhoittavilla lääkkeillä, niitten tuomat riskit.

Muistisairaalle potilaalle annettiin joskus rauhoittavia lääkkeitä, jos hänen käytöksensä ja rauhattomuutensa ei lieventynyt kipulääkkeellä. Potilaan rauhoituttua, tulivat uudet ongelmat. Rauhoittava lääke saattoi heikentää liikkumista, mistä seurasi kaatumisriski.

5.6 Varauslupien toteutuminen

Varausrajoituksia annettiin riippuen lonkkaan laitetusta materiaalista. Muistisairailta potilailta oli vaikeuksia varausrajoitusten noudattamisessa. Tämän johdosta muistisairaiden potilaiden rajoituksia kevennettiin nopeammin. Heille annettiin lupa varata kivun sallimissa rajoissa.

Sitten niissä varauksissa saatetaan mennä vähän nopeammin, niinkun kivun rajoissa.

Jos se ei ymmärrä sitä kivun tai siis varausta, niin sit kivun sallimissa rajoissa.

Varauskiellot eivät saaneet olla mobilisaation esteenä. Jos potilaan muistisairaus oli ollut tiedossa ennen leikkausta, ortopedin antoi luvan varata kivun sallimissa rajoissa.

Eks joskus oo sillain että ortopedi on jo valmiiks ilmottanu että se ei saa olla mobilisaation esteenä.

Leikkauksen jälkeen potilaalla saattoi olla ehdoton varauskielto. Muistisairaat potilaat eivät kyennyt noudattamaan varauskieltoa, joten heidät jouduttiin pitämään pyörätuolitasoisena siihen saakka kunnes lonkassa esiintyi luutumista.

Joskus on ihan käytännössä tehty sillä lailla, että potilasta kuntoutetaan esimerkiksi jonkun varauskiellon ajan ihan niinkun pyörätuolitasoisena.

No, näissä tilanteissa sitten usein, moniammatillisesti mietitään näitä asioita kuntoraportilla ja muutenkin päivän mittaan, ja ja ja.

Varausrajoituksiin liittyviä ongelmia esiintyi päivittäin ja niistä keskusteltiin muun muassa kuntoraporteilla. Siellä pohdittiin erilaisia ratkaisuja, miten saataisiin lonkan kuntoutuminen onnistumaan, vaikka potilas ei osaisikaan noudattaa varausrajoituksia.

5.7 Apuvälineiden käyttö

Muistisairaille lonkkamurtumapotilailla oli käytössään apuväline. Apuvälineenä voi olla kävelyteline, rollaattori, tai pyörätuoli. Haasteena apuvälineen käytössä oli niiden unohtelu. Jos muistisairas ei ollut aiemmin käyttänyt apuvälinettä, ei sen opettelu ja käyttö enää onnistunut helpolla.

Samoin se asettaa haastetta jos potilas ei ymmärrä niinku mistään apuvälineestä yhtään mitään ja se muistisairaus on edennyt esimerkiksi niin pitkälle, ettei sillä lailla opi enää uutta.

Jos toinen ei, toisella ei oo ikinä kävellyt fordilla tai pitäis kävellä rollaattorilla. Ja ei kerta kaikkiaan ymmärrä sen uuden asian päälle. Tai muista ottaa sitä mukaan tai muuta.

Muistisairaille tuli vaaratilanteita usein heidän unohtettua ottaa apuvälineensä mukaan huoneesta lähtiessä. He saattoivat kävellä ilman apuvälineitä, vaikka varauslupia ei olisi.

Ne on sitten ihan ilman apuvälineitäkin kulkenu ja kävellyt että, vaikkei ei olis sitä varauslupaa.

Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta, jos hän ei halua lonkkahousuhoitoa.

Kyllä varmaan jossain vaiheessa jos aiheuttaa niin suuren riskin, se riisuminen.

Jos on pitkällä dementia, ei ne niinku niitä vastustele.

Kaikille lonkkamurtuman saaneille potilaille suositeltiin lonkkasuojaimien käyttöä. Osa potilaista kieltäytyi niiden käytöstä. Muistisairaot potilaat riisuiivat itse niitä pois koettuun ne hankaliksi. Lonkkasuojaimien riisuminen aiheutti kaatumisriskejä. Potilaille, jotka jatkuvasti riisuiivat lonkkasuojaimia, ei jatkossa laitettu niitä enää. Potilaat, joiden muistisairaus oli jo pitkälle edennyt, eivät kieltäytyneet lonkkasuojaimien käytöstä.

5.8 Liikkumisen estäminen

Muistisairaot potilaat eivät aina ymmärtäneet varausrajoituksiaan, eivätkä osanneet tai muistaneet käyttää apuvälinettään. Potilas jouduttiin laittamaan pyörätuolitasoiseksi, jos hän jatkuen unohteli apuvälineen käytön ja kaatumisriski oli mahdollinen. Potilaita jouduttiin myös sitomaan turvavyöllä tai haaravyöllä pyörätuoliin, jotta vältettiin vaaratilanteita ja kaatumisia. Potilaan itsemääräämisoikeus puhutti kovasti. Usein tuli tilanteita, jolloin muistisairaon potilaan itsemääräämisoikeutta jouduttiin rajoittamaan.

Siihen liittyy myös tää sitominen, tähän myös tähän varausasiaan. Elikkä kun yritetään sitä turvallisuutta taata, ettei sais varata ja sitten joudutaan sitomaan ja sitä mukaan rajoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta, periaatteessa.

Täytyy miettiä myös sillain, että tota mikä on parempi että jätetäänkö laidat alas sängystä ja annetaan mennä.

Nää on niinkun kakspiippusia asioita. Tavallaan niissä asioissa otetaan aina jonkinmoinen riski.

Muistisairaat potilaat olivat taitavia kiipeämään vuoteen laitojen yli sängystä pois halutessaan. Lonkkaleikatulle potilaalle laitojen yli kiipeäminen oli aina riski, vaarana oli lonkan luksaatio eli sijoiltaanmeno tai kaatuminen. Vuoteen laitojen yli kiipeävien potilaiden hoidossa jouduttiin miettimään eri vaihtoehtoja ja riskejä. Vaihtoehtoina oli laitojen alas jättäminen, jolloin potilas sai liikkua itsenäisesti, tai potilas sitominen niin, ettei hän päässyt kiipeämään vuoteen laitojen yli. Päädyttiinpä vaihtoehtoista kumpaan vain, aina otettiin riski.

5.9 Vaaratilanteet

Vaaratilanteita esiintyi päivittäin, kun muistisairaahan potilaan kuntoutumisprosessia toteutettiin. Vaaratilanteet liittyivät varauslupiin ja apuvälineisiin; laitojen yli kiipeämiset ja ilman apuvälinettä liikkumiset aiheuttivat usein vaaratilanteita. Erilaiset sitomiset turvavöillä tai magneettivöillä saattoivat aiheuttaa vaaratilanteita, jos niistä yritettiin pyrkiä pois. Lonkkahousujen käytöllä pyrittiin lisäämään turvallisuutta, mutta jos niistä riisuutuminen aiheutti vaaratilanteita, niitä ei käytetty.

Ja vaaratilanteet tavallaan on suuremmat kun laidotaan tai tullaan muuten vaarallisesti. Vaaratilanteita tulee herkemmin.

Osasto ympäristönä koettiin ongelmaksi muistisairaille potilaille. Osastolla oli tilanahautta huoneissa ja käytävillä, jolloin kaatumisriskit olivat suuria. Osastolla oli hissi, jonka ovet aukesivat helpolla, näin osastolta poistuminen huomaamatta oli mahdollista. Muistisairaat oleskelivat usein hissien luona, joten heitä olisi pitänyt pystyä vahtia jatkuvasti. Iltavuoroissa kahden hoitajan oli hankala vahtia kaikkia itsenäisesti liikkuvia. Vaaratilanteita esiintyi jatkuvasti.

Mutta tota, joittenkin muistisairaitten kanssa ongelmana on ihan tää ympäristö.

Lukitus pitäis olla myös hissinovissa. Iltavuorossa ei millään pysty hahmottamaan koko osastoa tai kahta moduulia.

Se aiheuttaa stressiä kyllä, jos ne mahdollisesti menee pihalle asti. Se vie aikaa.

Täältä ihan pystyy poistuun osastolta.

Ja ylipäätään siitä, että se ihminen on turvallisessa ympäristössä, jossa se voi tehdä niitä omia hölmöilyjään.

Tärkeänä asiana pidettiin turvallisen ympäristön mahdollistamista muistisairaille potilaille.

5.10 Omaisten osallistuminen

Omaiset pyrittiin ottamaan mukaan muistisairaahan hoitamiseen. Omaisia haastateltiin, ja heiltä saatiin arvokasta tietoa, esimerkiksi muistisairaahan toimintakyvystä ennen leikkausta.

Että paljon joutuu tietysti omaisia haastatteleen ja sitten sen potilaan kanssa yrityksen kautta sitten hahmottaa sen potilaan niinku voimavarat ja haasteet ja sitten muokata se prosessin mukaseks.

Omaisten kanssa keskustelemalla.

Omaiset eivät aina olleet samaa mieltä hoitajien kanssa hoitolinjoista. Tällöin pyrittiin tekemään kompromisseja keskustelemalla omaisten kanssa. Lääkäri osallistui keskusteluun myös. Erimielisyydet koskivat yleensä muistisairaahan itsenäistä liikkumista, jos potilas liikkui kielloista huolimatta.

Tai sitten tulee ajoittain omaisia välillä väliin, jotka on kenties eri mieltä hoitajien kanssa siitä mikä on potilaalle parhaaks. Ni tässä jos on varauskieltoja ja potilas kävelee. Ja lähtee vaikkei sais, ohjeiden mukaan, niin. Enimmäkseen on niin, että omaiset haluaa sitä sitomista tai sitä pidättämistä, ettei vaan tulisi lisähaavereita.

Joskushan sitten ollaan hoitohenkilökunnan mielestä olis parempi, että se ihminen liikkuu, mutta omaiset haluaa, että ei. No, omaisia kuunnellaan.

Tottakai yritetään keskustella, mutta niinku musta tuntuu että tällä osastolla, meillä on nää osastonlääkärit on ollu sen verran napakoita ja vahvatahtoisia niinku pääasiassa, että aika paljon keskustelun jälkeen sitten tämmösissä tilanteissa lääkäri on ihan niillä lääketieteellisillä perusteilla saattanut sanoa, että nyt tämän potilaan kohdalla toimitaan näin.

Omaisiet olisivat halunneet potilaan sidottavan pyörätuoliin turvavöillä, välttääkseen vaaratilanteita. Lääkäri teki yleensä päätöksen perustelemalla asian lääketieteellisesti.

5.11 Kotiutus omaan kotiin tai jatkohoidon hakeminen

Osastolla saattoi olla dementiaosaston potilas, joka lonkkamurtuman ja leikkauksen jälkeen ei kuntoutunut halutulla tavalla tai hänen muistisairautensa on kuntouttamisen esteenä. Tällöin hän palautui nopeammin omalle kotiosastolleen dementiayksikköön.

Jonkun verran meillä on ollut näitä niinkun dementiaosastolta tulee niin kaatuneita, jotka tavallaan aika pian lähetetään kun ei pystytä antamaan mitään hyödyllistä apua.

Jos muistisairaspotilas oli asunut aiemmin tuetussa palveluasunnossa, hän kotiutui aikaisemmin kuin omassa kodissa asuva potilas. Hänellä oli tällöin turvaverkosto valmiina. Aiemmin yksin kotona asuva muistisairas piti saada parempikuntoiseksi, jotta hän kykeni kotiutumaan.

Meillä kuitenkin on paljon näitä jonkin sortin tuetussa asumisessa eläviä ihmisiä, niillä on niinkun aikasempi hoitopaikka, niin tota senkin takia kotiutuu aikasemmin.

Semmonen, joka asuu yksin saattaa olla pidempään täällä sen takia, että tarvii saada suhteessa jollain tapaan parempaan kuntoon somaattisesti, että pystyy sitten olemaan itseksensä siellä kotona.

Osastolla oli kuntoutumassa lonkkamurtumasta muistisairaita, joiden kotona pärjääminen oli ollut haasteellista jo ennen kaatumista. Heillä oli jo ennestään ongelmia. Kaatuminen ja sairaalaan joutuminen oli jollakin tapaa ”hyväksi” näille ihmisille.

Osastolla heidän kotona pärjäämättömyyteensä puututtiin ja aloitettiin ongelmien korjaus. He pääsivät tukien piiriin.

Sitten tietenkkin oma ryhmänsä on ne, jotka kotona on rimpuloinut tähän asti. Lonkkamurtuma on oire jostain laajemmista ongelmista, sitten todetaan ettei voi kotiutua.

Usein se on ollu sille ihmiselle jos aattelee, hyväksi. Hyväksi ja hyväksi, mut se voi usein olla myös viimeinen niitti jo pitkään jatkuneissa ongelmista. Ja sit tavallaan sen myötä, jää niin sanotusti ratsiassa kiinni.

Pääsee tukien piiriin.

Niin se muistisairaus on yks tekijä siinä, ettei voi turvallisesti kotiutua. Sit ne jää odottamaan hoitopaikkaa, niin sit ne on pidempiä.

Se on pitkälle vaan ylläpitävää kuntoutusta.

Ja hoitopaikan odottamista. Ja hoitajakso sinänsä venyy sen takia.

Muistisairaus oli usein syynä, kun päädyttiin hakemaan jatkohoitoa potilaalle. Tämä tarkoitti samalla kuntoutumisjakson pitenemistä. Kuntoutumisprosessi jatkui ylläpitävällä kuntoutuksella. Hoitajakso piteni aina potilaan odotellessa jatkohoitoa.

5.12 Työn kehittäminen

Haastattelun aikana kävi selväksi työn kehittämisen tärkeys ja ajankohtaisuus.

Ainahan on jotain kehitettävää.

Monet keskustelussa nousseet kehitettävät asiat liittyivät rakenteellisiin asioihin, kuten tilojen ahtauteen ja uudelleen järjestämiseen. Oman työn kehittämistarpeita oli vaikea nähdä omassa työskentelyssään. Se koettiin haastavaksi.

Mä luulen, että se aina vaikeinta omassa toiminnassaan nähdä kehittämistarpeita.

*Sit niinkun toisaalta niin just se, että se oman työn arviointi siinäkin mielessä on kaa-
heen haasteellista, koska itseään ei näe samallailla, mitä se ulkopuolinen tai vaikka ne
työkaverit näkee.*

Yksilövastuisen hoitotyön kehittäminen koettiin yhdeksi hyväksi keinoksi muistisaira-
potilaan kuntoutusta toteutettaessa. Se toisi turvallisuuden tunnetta muistisairaalle poti-
laalle, kun sama hoitaja hoitaisi koko vuoron ajan.

*Yksi asia minkä olis aika helpostikin tehtävissä niin mä ajattelin muistisaira-
kanssa se, että tota se yksilövastaisuus. Että se sama ihminen kokolailla olis sen yhden vuoron
siinä. Toisaalta mä ajattelin niin, että se saattas tuoda turvallisuutta siinä mielessä,
että joku tulis sua esimerkiks aamulla hakeen sulle tulee semmonen olo, että tää on tuttu
ihminen, kun se tulee toisen kerran.*

Ja tietysti toi, sen tiedon jakaminen, henkilökunnan kesken.

Voi olla, että suullisesti enemmän siirtyy semmonen tieto,

Haastattelun aikana keskusteltiin myös hyvien toimintatapojen ja hoitotyön keinojen
kiertoon laittamisesta. Tiedon jakaminen oli tärkeää niin kirjallisesti kuin suullisestikin.
Todettiin suullisen tiedon siirtymisen olevan helpommin toteutettavissa. Tiedon jakami-
sessa olisi näin ollen myös kehitettävää.

5.13 Tulosten yhteenveto

Kuntoutumisprosessi toteutui muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kanssa haasteis-
ta huolimatta hyvin. Kuntoutumisprosessia voitiin toteuttaa monella eri tavalla, muisti-
sairaiden päivät vaihtelivat ja sen mukaisesti myös hoitotyön keinot. Kuntoutusta ei aina
kyetty toteuttamaan täysin kirjan oppien mukaisesti.

Hoitajat joutuivat laittamaan persoonallisuutensa peliin ja heittäytymään tilanteisiin. Tilanteista selvittiin myös huumorin avulla. Huumoria käytettäessä piti tuntea potilas hyvin, jottei ketään loukattaisi. Kuntouttavan työn todettiin olevan raskaampaa, kun potilaina oli muistisairaita. Heidän kanssaan meni aikaa enemmän kuin orientoituneiden potilaiden kanssa. Osastolla oli paljon kuntoutettavia potilaita, ja aikaa yhden potilaan hoitamiseen oli rajoitetusti. Tietyissä ajassa hoitaminen toi omat haasteensa kuntouttamiselle. Muistisairaat tarvitsivat enemmän aikaa asioiden sisäistämiseen ja oppimiseen, jolloin se aika oli pois muilta potilailta.

Muistisairaiden kivunhoitoon oli perehdytty hyvin, mutta kehitettävää toki aina oli. Lonkkamurtumapotilaille oli määriteltynä hyvä kivunhoito heti leikkauksen jälkeen. Heidät pyrittiin pitämään kivuttomina, jotta kuntoutus onnistuisi mahdollisimman hyvin.

Muistisairaiden ravitsemukseen ja nesteytykseen kiinnitettiin huomiota, mutta parantamisen varaa oli. Monella muistisairaalla potilaalla esiintyi jo osastolle tullessaan ruokahaluttomuutta ja janottomuutta. Omaisilta kyseltiin muistisairaiden aiempia ruokailutottumuksia.

Muistisairaille potilaille tuli päivittäin erilaisia vaaratilanteita, niin apuvälineisiin kuin liikkumiseenkin liittyen. Heidän liikkumistaan jouduttiin välillä rajoittamaan, esimerkiksi sitomalla turvavyöllä pyörätuoliin. Toisaalta oli tilanteita, jolloin hoitajat olisivat sallineet muistisairaahan liikkua itsenäisesti, mutta omaiset halusivat rajoittaa liikkumista sitomalla, jotta välttyttäisiin uusilta loukkaantumisilta. Kompromisseja jouduttiin tekemään puolin ja toisin, asioista keskusteltiin omaisten kanssa ja keskusteluissa oli myös paikalla lääkäri. Lääkäri perusteli liikkumisluvat lääketieteellisin perustein ja varauskiellot eivät saaneet olla mobilisaation esteenä. Lonkkamurtumapotilaille suositeltiin lonkkasuojaimien käyttöä, mutta väkisin niitä ei kenellekään puettu.

Itsemääräämisoikeus puhutti paljon ja sitä valitettavasti jouduttiin rajoittamaan lonkka-leikkauksen jälkeisessä kuntouttamisessa, jos potilaan liikkuminen oli vaaraksi luutumiselle tai leikkausmateriaalien pettämiselle. Usein muistisairaille potilaille sallittiin varaus kivun sallimissa rajoissa jo heti leikkauksen jälkeen. Riskien ottaminen oli tavanomaista muistisairaita kuntoutettaessa. Loppujen lopuksi päivät muistisairaiden kanssa olivat mielenkiintoisia ja onnistumisen tunteita tuli päivittäin.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi toteutuu hoitajien kokemana Rauhaniemen sairaalan lonkkakuntoutusosastolla. Haastatteluiden perusteella kuntoutumisprosessin toteutumiseen vaikuttaa monta eri tekijää. Lonkkakuntoutusosasto on toteuttanut jo useamman vuoden muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kuntouttamista ja näin asiantuntijuus on vahvistunut. Opinnäytetyön avulla pyrin selkiyttämään muistisairaana lonkkakuntoutuksen kuntoutumisprosessissa jo käytössä olevia toimintatapoja.

Haastatteluaineiston analysoinnissa käytin apuna sisällönanalyysia. Aineistosta nousseet ilmaukset muodostivat alaluokkia ja yläluokkia. Yläluokkia eli tuloksia tuli runsaasti ja käsittelen niitä lähemmin seuraavissa kappaleissa. Yläluokista muodostui pääluokka, joka käsitti muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntouttamisessa mukana olevien näkemyksiä kuntoutumisprosessin toteutumisesta.

Aineistosta nousi paljon haasteita, jotka liittyvät muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kuntouttamiseen ja kuntoutumiseen. Haasteet johtuivat usein potilaiden muistamattomuudesta, jonka vuoksi kuntoutuminen saattoi hidastua. Kuten Erkinjuntti (2010) toteaa, että muistisairaudessa heikkenevät muistitoiminnot ja toiminnan ohjaus. Varausrajoitukset toteutuivat vaihtelevasti ja apuvälineiden käyttöä jouduttiin opettamaan päivittäin muistisairaille potilaille. Hoitajat kokivat asioiden toistamisen ja uudelleen opetuksen olevan hidasta ja vievän paljon aikaa.

Ensimmäisenä yläluokkana käsittelin aineistosta nousevaa kommunikoinnin haasteita. Hoitajien kokemuksen mukaan kommunikoinnin puute saattoi olla esteenä ohjauksen ymmärtämisestä. Erilaiset kommunikoinnin apuvälineet olivat hyvänä apuna kuntoutumisprosessin toteuttamisessa. Suvikkaan (2009, 303) mukaan muistisairaana ymmärtämisen kyvyn ja puheen tuottamisen heikentyessä on parempi käyttää lyhyitä kehoituksia ohjattaessa. Hoitajat käyttivät lyhyitä käskymuotoja ohjatessaan muistisairasta potilasta. Hoitajien kokemusten mukaan huumorilla, laulamisella, hymyllä ja kosketuksella saatiin arka ja pelokas muistisairas lonkkakuntoutuja osallistumaan kuntouttamiseensa.

Potilaan taustojen tunteminen auttoi ymmärtämään ja löytämään yhteisiä kommunikoinnin keinoja. Hoitajat kokivat saavansa tärkeää tietoa potilaan omaisilta ja läheisiltä, muistisairaahan lonkkakuntoutujan taustoista ja kommunikoinnin tavoista,.

Muistisairaahan lonkkakuntoutujan ruokahaluttomuuden ja janottomuuden hoitajat kokivat päivittäin haastavaksi. Hoitajien piti huolehtia muistisairaahan ruoan syömisestä monesti istumalla potilaan vierellä ruokailutapahtuman ajan. Näin varmistettiin ravinnon saanti. Juominen saattoi unohtua muistisairaalta kokonaan ja näin hoitajien piti huolehtia nesteiden antamisesta päivän aikana. Hoitajat kokivat, että muistisairaahan lonkkakuntoutujan ruokahaluttomuutta oli saattanut esiintyä jo pitemmän aikaa ennen kaatumista, ja nyt vasta sairaalassa puututtiin siihen. Hoitajat kokivat ongelmaksi muistisairaata, jotka kieltäytyivät kokonaan syömästä. Hoitajat eivät syöttäneet ketään väkisin. Hiltusen (2009, 3552) mukaan potilaan huono ravitsemustila voi johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen. Pietikäinen ym. (2003, 191) kirjoittavat ravitsemuksen olevan tärkeänä osana potilaiden kuntoutumisessa ja vaikuttaa näin myös kuntoutumisen onnistumiseen. Hoitajat antoivat potilaille lisäravinteita, jos muu ruoka ei maistunut. Lisäravinteet kelpasivat suurimmalle osalle muistisairaista potilaista.

Muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kivunhoidon hoitajat kokivat haasteelliseksi.

Muistisairaspotilas ei osannut aina kertoa kivuistaan. Hoitajien piti arvioida potilaan kipua käyttäytymisen, kävelyn sekä potilaan ilmeiden perusteella. Hoitajat antoivat kipulääkettä herkästi ja lääkkeen vaikutuksen näki tilanteen rauhoittumisena. Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksessa (2011) kerrotaan lääkehoidon tärkeydestä. Riittämätön kivunhoito aiheuttaa lisää komplikaatioita ja kuntoutuminen hidastuu. Lääkehoidosta lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumisen ajalta ei ole saatavissa tutkimustietoa.

Hoitajien kokemusten mukaan muistisairaahan potilaan oli vaikea noudattaa leikkauksen jälkeen ortopedin määräämiä varaussuosituksia. Varausrajoitukset ja –kiellot eivät saaneet olla kuitenkaan liikkumisen esteenä. Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan tehokas liikkuminen lievittää kivun oireita ja ylläpitää nivelten liikkuvuutta. Hoitajat keskustelivat päivittäin varauksiin liittyvistä haasteista.

Muistisairailta lonkkamurtumapotilailta oli käytössään jokin apuväline kuntoutumisprosessin toteutuessa. Hoitajat kokivat muistisairaiden potilaiden unohtelemaan apuvälineen käyttöä. Hoitajien mielestä muistisairaana potilaan oli vaikea oppia käyttämään apuvälinettä, jos sellaista ei ollut käytössä ennen kaatumista. Potilaille suositeltiin lonkkasuojaimien käyttöä, jos he liikkuvat itsenäisesti luvalla tai ilman sitä. Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksessa (2011) suositellaan lonkkasuojaimien käyttöä, jos kaatumisriski on suuri. Lonkkasuojaimia pitäisi käyttää koko ajan, jotta ne ehkäisisivät lonkkamurtumia.

Liikkumisen estäminen herätti hoitajissa paljon ristiriitaisia ajatuksia. Muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden liikkumista jouduttiin rajoittamaan tai estämään jos potilas lähti kävelemään varauskielloista huolimatta, ja hänellä oli suuri kaatumisriski. Hoitajat käyttivät liikkumisen rajoittamiseen erilaisia turvavöitä, joilla pidettiin potilas pyörätuolissa. Lonkkamurtuman Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan kaatumistapaturmat eivät vähentyneet vaikka potilaiden liikkumista rajoitettiin.

Hoitajat kokivat muistisairaiden potilaiden kuntoutumisen edetessä tulevan monia vaaratilanteita. Ne liittyivät usein apuvälineisiin ja varauslupiin. Hoitajien mukaan vaaratilanteita tuli myös liikkumisen rajoittamisen yhteydessä. Potilas saattoi yrittää pyörätuolista pois, vaikka oli kiinnitettyä turvavöillä. Hoitajat kokivat osaston ympäristössä olevan asioita, jotka koettiin mahdollistavan vaaratilanteiden syntymistä.

Tuloksista nousi omaisten osallistuminen kuntoutumisprosessin kulkuun. Hoitajat kokivat omaisten osallistumisen muistisairaana läheisensä kuntouttamiseen sekä hyvänä että huonona asiana. Hoitajien mukaan omaisilta saatiin tärkeitä tietoja liittyen potilaan aikaisempiin toimintatapoihin ja liikkumiseen. Omaiset saattoivat olla kovin kriittisiä kuntouttamisen toimintatavoista. He pelkäsivät omaisensa kaatuvan uudelleen ja halusivat hoitajien estävän liikkumisen sitomalla pyörätuolitasoiseksi.

Kotiuttaminen omaan kotiin tai jatkohoitopaikan hakeminen toiseen laitokseen koettiin päätöksenä kuntoutumisprosessille. Hoitajat kokivat muistisairauden olevan syynä siihen, jos potilas ei päässyt omaan kotiin hoitajakson päätyttyä. Laitoshoitoon jäämisen riski on suuri jos kyseessä on dementoitunut lonkkamurtumapotilas (Huusko 2003, 1431).

Työn kehittäminen koettiin erittäin tärkeäksi. Kehitettäviksi asioiksi nousivat hoitajien mielestä osaston rakenteelliset puitteet, kuten tilan ahtaus. Yksilövastuuisen hoitotyön kehittäminen koettiin tärkeäksi. Sen koettiin tuovan turvallisuuden tunnetta muistisairaalle potilaalle. Hoitajat kokivat hoitotyön kehittämisen kannalta hyvien toimintatapojen sekä hoitotyön keinojen kiertoon laittamisen tärkeäksi. Tiedon jakamisessa oli kehitettävää.

Opinnäytetyön tehtävänä oli tarkoitus selvittää miten hoitajat kokevat muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin toteutuvan lonkkakuntoutusosastolla. Toteuttamalla ryhmähaastattelun sain paljon aineistoa, josta nousi runsaasti tuloksia. Tuloksista nousivat esiin hoitajien näkemykset muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin toteutumisesta ja sen haasteista.

Kuntoutumisprosessin toteutumisen haasteiksi nousivat kommunikointi, ruokahaluttomuus, kivunhoito, varausrajoitukset, apuvälineiden käyttö, liikkumisen estäminen, vaaratilanteet sekä omaisten osallistuminen. Kuntoutumisprosessin koettiin toteutuvan moniammatillisen työryhmän yhteistyöllä muistisairaana lonkkakuntoutujan hyväksi. Tiedonkulkua toteutettiin kuntoutuspalaverissa ja päivittäisillä raportointihetkillä. Hyviä ja toimivia toimintatapoja vietiin suullisesti hoitajalta toiselle.

Työn tuloksia tarkastellessa voin todeta, ettei muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi toteudu aina kirjojen oppien mukaisesti. Hoitajilla täytyy olla vankka kokemus niin muistisairaana kuin lonkkamurtumapotilaan hoitotyön toteuttamisesta. Ryhmähaastattelun aineiston tuloksien perusteella voin todeta, että kuntoutumisprosessi on onnistunut kun kaikki osapuolet ovat tyytyväisiä ja potilas pääsee hoitojakson päätyttyä turvalliseen asuinympäristöön, omaan kotiin tai laitokseen.

6.2 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus ovat lähekkäin koko ajan. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen luo uskottavuutta. Rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus tutkimustyötä tehdessä kuuluvat hyvään tieteelliseen käytäntöön. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös muiden tutkijoiden töiden ja saavutuksien huomioiminen oikealla tavalla. (Tuomi ym. 2011, 132.)

Aineistoon pitää perehtyä huolella, jotta sitä voi hyödyntää. Tutkijan pitää käyttää muiden tutkimuksia, mutta niitä ei saa pitää omina tuotoksina. Kun käyttää toisen tuotoksia, pitää se tuoda julki lähdemerkinnöillä, jottei syyllisty plagiointiin. (Kananen 2007, 135.) Tämän opinnäytetyön lähteet ja eri vaiheet on kerrottu rehellisesti ja huolellisesti.

Opinnäytetyötä varten haastattelin henkilöitä. Hyvän tutkimusetiikan mukaisesti ennen haastatteluajankohtaa olin antanut heille saatekirjeen (liite 5), jossa kerroin opinnäytetyön tarkoituksen. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistumisen sai keskeyttää koska vaan. Haastateltavat saivat suostumuslomakkeen (liite 6), jonka pyysin palauttamaan allekirjoitettuna ennen haastattelua. Haastattelusta saadun aineiston käsittely tapahtui siten, että haastateltavien anonymiteetti eli nimettömyys säilyisi. Haastattelun nauhoitukset hävitin litteroinnin jälkeen. Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot olivat saatekirjeessä. Opinnäytetyön tekemiseen anoin luvan Rauhaniemen sairaalan päälliköltä. Lisäksi koulun ja lonkkakuntoutusosaston kanssa tehtiin sopimus opinnäytetyön toteuttamisesta.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusprosessin luotettavuus on sama kuin arviointi. Raportin lukemisen jälkeen on hyvä jos lukijalle jää tunne, että havainnot ovat todentuntuisia. Laadullisen tutkimuksen tutkija itse on pääasiallinen luotettavuuden kriteeri, joten luotettavuuden arviointi koskee koko työtä. (Eskola & Suoranta 2003, 210.)

Opinnäytetyön vaiheet selostin vaihe vaiheelta, näin tavoittelin luotettavuutta. Haastattelusta kerroin paikan ja olosuhteet, missä haastattelu toteutui. Ryhmähaastattelu tapahtui osastolla hoitajien työvuoron aikana, osaston ääniltä ei voinut välttyä. Haastattelu saatiin käytyä läpi keskeytyksettä, tästä suuri kiitos henkilökunnalle. Luotettavuuteen liittyi aineiston luokittelun muodostumisen ja tuloksien perusteltu kertominen. Tuloksia perusteltaessa nostin haastattelusta suoria lainauksia tekstiin, näin tekstin ymmärtäminen helpottui.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön avulla pystyin vastaamaan tehtävään, jonka olin asettanut. Haastatteluaineistosta nousi runsaasti hoitajien kokemuksia ja haasteita muistisairaana lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin toteutumisesta lonkkakuntoutusosastolla. Opinnäytetyötä tehdessä nousi paljon kysymyksiä, jotka liittyivät kuntoutusprosessin kulkuun muistisairaana potilaan näkökulmasta. Tämä olisi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

Yksilövastuinenhoitotyö tutkimuskohteena muistisairaiden potilaiden kanssa olisi mielenkiintoinen jatkotutkimuksia ajatellen. Aineistosta nousi, hoitajien kokemana, yksilövastuisen hoitotyön sopivuus muistisairaiden kuntoutusprosessin toteutukseen. Tällä saadaan parannettua muistisairaana potilaan turvallisuuden tunnetta.

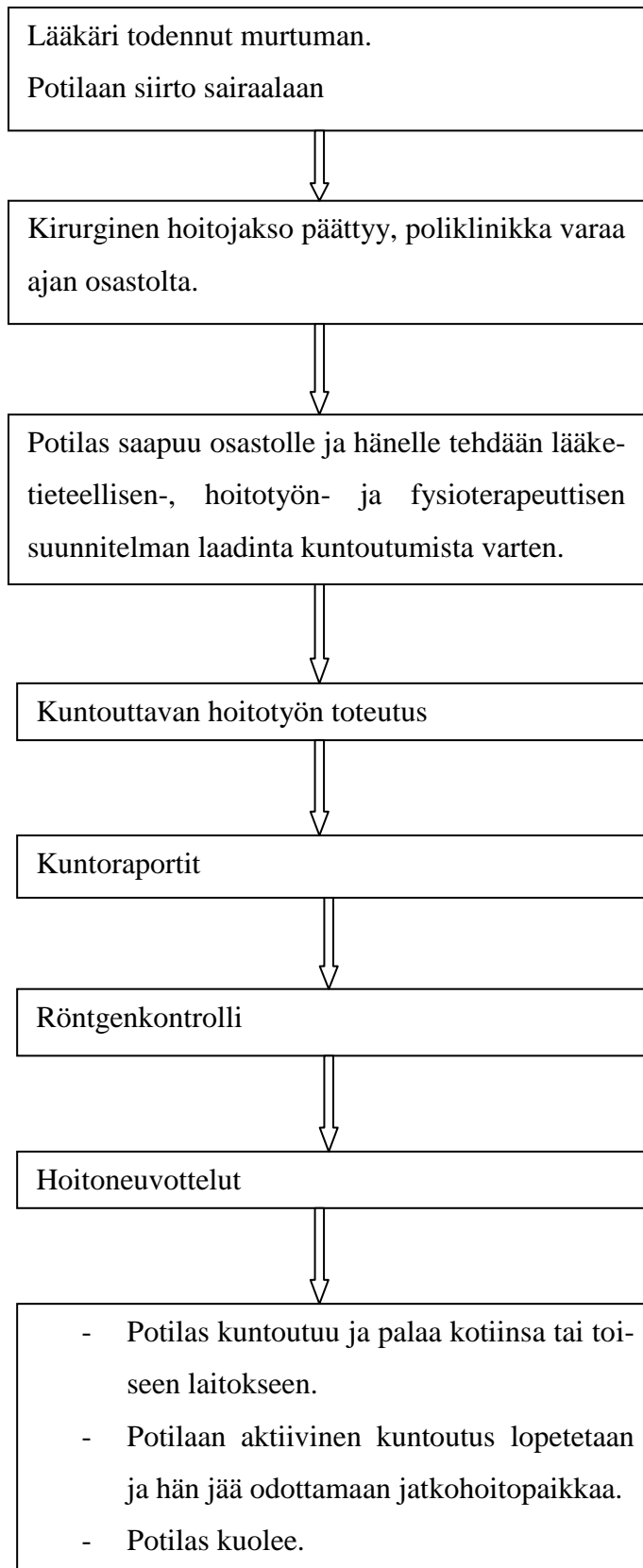
LÄHTEET

- Atula, S. 2011. Tietoa potilaalle: Kuntoutus muistisairauksissa. Lääkärikirja Duodecim. Tulostettu 11.4.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00860
- Bell, V. & Troxel, D. 1994. Dementoituneen oikeudet. Alzheimerin keskusliitto. Tulostettu 12.12.2011. <http://www.dementiayhdistys.fi/oikeudet.html>
- Erkinjuntti, T. 2010. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Lääkärin käsikirja. 21.9.2010. Tulostettu 11.4.2012.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Haapaniemi, H., Arve, S. & Routasalo, P. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjänä. *Hoitotiede* 18(4). 197–208.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A.-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2009. Ihmisen ravitsemus. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOY pro.
- Hakala, P. 2007. Ikääntyminen ja ravitsemus. Esitelmä. Helsinki 27.3.2007. Tulostettu 30.5.2012.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/251002155035PB?OpenDocument>
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.
- Hiltunen, P. 2009. Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. *Suomen lääkirilehti* 42, 3551–3554.
- Huusko, T. 2003. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen liittyvät ongelmat. *Suomen Lääkirilehti* 58(12), 1431–1433.
- Huusko, T. 2011. Mikä muuttui kun lonkkamurtuman käypä hoito uudistui. Luento. Luustotiedon ajankohtaispäivä 13.10.2011. Eteran auditorio. Helsinki. Tulostettu 12.12.2011. http://www.osteoporosiliitto.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=693
- Huusko, T., Arnala, I., Hirvensalo, E., Impivaara, O., Jäntti, P., Kovanen, J., Laukkanen, P., Lindahl, J., Lüthje, P., Pitkänen, M., Viinamäki, S., Välimäki, M. & Österman, H. 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 122 (24), 3025–3026.
- Huusko, T. & Piirtola, M. 2011. Muistisairaiden potilaiden kuntoutus lonkkamurtuman jälkeen. Näytönastekatsaus. Käypä hoito. 9.5.2011. Tulostettu 8.1.2012.
<http://www.kaupahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=nak05028>
- Kananen, J. 2007. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

- Kankkunen, P. 2011. Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuutta. *Sairaanhoitaja* (9), 22–24.
- Kotitapaturmien ehkäisykampanja. 2004. Ikäihmisten tarkistuslista.
http://www.kotitapaturma.fi/wp-content/uploads/2011/06/ikaihminen_tarkistuslista.pdf
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lonkkamurtuma. Käypä hoito-suositus. 2011. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Tulostettu 5.1.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50040.pdf>
- Lönneros, E. 2009. Hip fractures and medication-related falls in older people. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Geriatria. Väitöskirja.
- Muistisairaudet. Käypä hoito-suositus. 2010. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Tulostettu 20.1.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>
- Pietikäinen, S., Karppi, P., Heinonen, M. & Huusko, T. 2003: Lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus geriatrisella osastolla. *Hoitotiede* 15(4). 191–197.
- Porteqijis, E. 2008. Assymmetrical lower-limb muscle strength deficit in older people. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Tulostettu 7.8.2012.
- PSHP:n lonkkamurtumapotilaan hoidon kehittämisprojekti. 2006. Kuntoutuminen lonkkamurtumasta. Opas potilaalle ja hänen läheisilleen.
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2009. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, P. 2011. Lonkkamurtumat ja reisiluun murtumat. Rauhaniemen sairaala os.24.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S.-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: Wsoy.
- Vihtonen, K., Alijärvi, P., Mäkinen, S., Laine, H-J., Laitinen, M & Kyyhkynen, T. 2012. Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju. Hoitoketjut. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Viramo, P., Ahvo, L., Eloniemi-Sulkava, U., Helkala, E-L., Huusko, T., Käyhty, M., Semi, T., Sulkava, R., Valvanne, P. 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. 4. painos. Novartis Finland Oy.

LIITTEET

Liite 1. Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku Rauhaniemen sairaalassa.



Liite 2. Lonkkamurtumat ja reisiluun murtumat (Tuominen 2011)

1(4)

Rauhaniemen sairaala, osasto S24

© Pipsa Tuominen

Lonkkamurtumat ja reisiluun murtumat

HUOMIOITAVAA

- ◆ Ikääntyneiden murtumat syntyvät usein kaatumisen seurauksena luumineksen, lihasvoiman ja tasapainon heikkenemisen myötä.
- ◆ Käytettävä hoito ratkaistaan potilaskohtaisesti potilaan yleiskunnon ja -tilan, murtumatyyppin, luun laadun sekä potilaan aikaiseman liikkuisharrastuksen mukaan.
- ◆ Lonkkaoperaatiosta toipuminen riippuu paitsi murtuman sijainnista, käytetystä korjaustekniikasta, mahdollisesta osteoporoosista, ravitsemustekijöistä ja tarkoituksenmukaisesta kuntoutuksesta operaation jälkeen myös potilaan kognitiosta, mahdollisista aistivajeista ja lääkityksestä..
- ◆ Potilaan mobilisointi aloitetaan heti leikkauksen jälkeen ortopedin antamien ohjeiden mukaan.
- ◆ Potilaan kuntoutus sisältää muun muassa asento- ja liikehoidot, istumaan ja seisoomaan nousun harjoittelua, kävely- ja porraskävelyharjoituksia sekä omatoinisuuteen tähtääviä harjoituksia.
- ◆ Lihasvoiman ja tasapainon harjoittaminen on tärkeää uusien kaatumisten ehkäisemiseksi.
- ◆ Apuvälinetarpeen ja kotona selviytymisen kartoittaminen on osa lonkkamurtumapotilaan hoitoa ja kuntoutusta.

Lonkkamurtumat luokitellaan kolmeen pääkategoriaan: reisiluun pään murtumiin, reisiluun kaulan murtumiin ja trochanterisen alueen murtumiin (Association for the Study Internal Fixation -järjestön luokittelu). Reisiluun kaulan ja pään murtumat ovat intrakapsulaarisia murtumia ja sarvennoisten alueen murtumat ovat ekstrakapsulaarisia. Luokittelun ulkopuolelle jäävät subtrochanteriset murtumat, jotka sijaitsevat pienen sarvennoisen tasolla tai enintään 7,5 cm sen alapuolella. Tämän tason alapuoliset murtumat ovat reisiluun varren murtumia.

Reisiluun pään alue (head of femur)
Intrakapsulaarinen murtuma



Reisiluun kaulan alue (neck of femur)
Subcapitaalinen, transcervicaalinen murtuma
Intrakapsulaarinen murtuma



Sarvennoisten alueen murtuma (trochanter major & minor)
Intertrochanterinen, pertrochanterinen murtuma
Ekstrakapsulaarinen murtuma



Subtrochanterinen murtuma
< 7,5 cm sarvennoislinjan alapuolella



(jatkuu)

Rauhaniemen sairaala, osasto S24

© Pipsa Tuominen

HUOMIOITAVAA

♦ **SEMENTOIDULLA PROTEESILLA** saa yleensä varata täydellä painolla heti operationin jälkeen.

♦ **SEMENTÖIMÄTTÖMÄLLÄ PROTEESILLA** on yleensä käytössä jokin varausrajoitus ensimmäisten 6 - 8 viikon ajan.

♦ **POSTERIORISEN AVAUKSEN** jälkeen varottavat liikesuunnat ovat fleksio, sisäkierto ja adduktio, etenkin yhdistelmänä.

♦ **HARDINGEN AVAUKSEN** (lateraalisen avauksen) jälkeen varottavat liikesuunnat ovat ekstensio, ulkokierto ja adduktio, etenkin yhdistelmänä. Myös voimakkaita aktiivisia abduktio-liikkeitä on syytä välttää.

KUVA

Röntgenkuvaissa oikeanpuoleisen reisiluun kaulan ja pään korvaava Lubinus-sementiproteesi.

Lonkan protetisointi

Lonkan protetisointia käytetään esimerkiksi reisiluun pään ja kaulan alueen murtumien korjaamiseen. Käytettävä proteesi voi olla bipolaari-, totaali- tai pinnoitelonkaproteesi. Myös proteesin kiinnitystapa vaihtelee: kiinnitys voi olla sementillinen, sementitön tai luusiirteellä tehty.

Proteesin luksoituminen on riskinä ensimmäisten 4 - 6 viikon aikana operationin jälkeen. Luksaatiovaaraan vaikuttavat muun muassa käytetty leikkaustekniikka sekä lihasten, nivelkapselin ja luukudoksen paranemisenopeus.



© Pipsa Tuominen

Lonkan naulaus

Naulausta käytetään yleensä reisiluun trochanterisen alueen murtumien korjaamiseen. Naulauksessa käytetään DHS-liukuruuvia (Dynamic Hip Screw) yhdessä gammaanaulan kanssa tai PFNA-naulaa (Proximal Femoral Nail).

Murtuman operoinnin jälkeen ortopedi määrää usein varausrajoituksen vähintään kuudeksi viikoksi. Kuuden (ja kahdentoista) viikon kohdalla operaatiosta otetaan yleensä röntgenkuva murtuman paranemisen varmistamiseksi ja uusien varausrajoitusten määrittämiseksi.



HUOMIOITAVAA

- ♦ HIPAISUVARAUS tarkoittaa sitä, että potilas saa laskea jalan maahan, mutta kosketuksen lattiaan tulee olla höyhenehenkevyt (alle 5 kg).
- ♦ RAAJANPAINOVARAUS tarkoittaa, että alaraajalle voi varata raajan omaan painon verran eli 10 - 15 % kehon painosta (7 - 15 kg).
- ♦ OSAPAINOVARAUS voidaan määrittellä prosentuaalisesti kehon painosta (esimerkiksi 30 %) tai kiloina, jolloin maksimivaraus voi olla esimerkiksi 25 kg.
- ♦ PUOLIPAINOVARAUS tarkoittaa 50 % henkilön kehon painosta.
- ♦ TÄYSIPAINOVARAUS mahdollistaa alaraajalla seisomisen, painonsiirrot ja kävelyn.
- ♦ VARAUS KIVUN RAJOISSA on usein ongelmallinen, sillä kivun kokeminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat mm. potilaan kipuherkkyys ja -lääkitys.

KUVA

Röntgenkuva oikean reisiluun trochanterisen alueen murtumasta, joka on korjattu PFNA-naulalla.

© Pipsa Tuominen

HUOMIOITAVAA

- ♦ Vuoteessa kylkimakuulla on hyvä laittaa tyyny potilaan alaraajojen väliin. Lonkan naulauksessa operoidun kyljen puolelle voi kääntyä heti kivun salliessa. Lonkan protetisoinnin jälkeen tulee noudattaa liikesuuntarajoituksia ortopedin ohjeiden mukaan.
- ♦ Vuoteessa istumaan noussuissa suositellaan terveen kyljen kautta kääntymistä.
- ♦ Myös siirtymisessä vuoteesta pyörätuoliin varausrajoitus on helpompi toteuttaa terveen puolen suuntaan siirryttäessä.
- ♦ Lonkkapotilaalle suositellaan normaalia korkeampaa tuolia (istuinkorkeus vähintään 50 cm).
- ♦ Seisomään nousussa on syytä ohjata potilas ponnistamaan terveellä alaraajalla (operoitu alaraaja ohjataan jalkaterän puolelle terveen alaraajan etupuolelle).
- ♦ Kävelyharjoittelussa apuvälineen (korkea kävely-pöytä) käyttö on välttämätöntä operoidun alaraajan keventämiseksi.

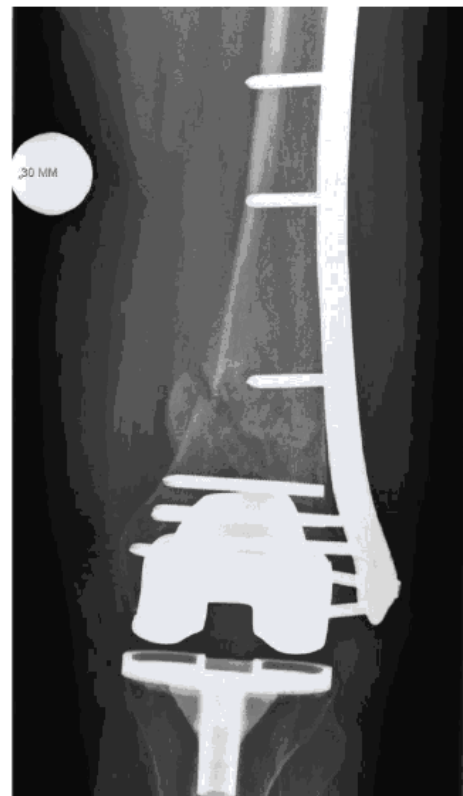
KUVA

Röntgenkuva vasemman reisiluun distaaliosan periproteettinen murtuma, joka on operatiivisesti korjattu LISS-levytyksellä. Kuva on näkyvissä myös aikaisempi polviproteesi sekä poikki mennyt viidenneksi alimmainen ruuvi.

Reisiluun levytys

Reisiluun levytystä käytetään esimerkiksi reisiluun varren murtumien ja periproteettisten murtumien korjaamiseen. Murtuman operoinnin jälkeen ortopedi määrää usein varausrajoituksen vähintään kuudeksi viikoksi murtuman parantumisen varmistamiseksi.

Proteesin, naulan/ruuvien ja levyjen lisäksi murtuneen luun korjaamisessa voidaan käyttää luusiirteitä ja/tai vaijereita. Tällöin varausrajoitukset saattavat jatkua useita kuukausia murtuman paranemisenopeuden mukaan. Revisioleikkauksia seuraa usein pitkä varaamiskielto ja mahdollisia liikesuuntarajoituksia.



Liite 3. Tarkastuslista kotitapaturmien ehkäisemiseksi. (Kotitapaturmien ehkäisykampanja 2004)

Tarkastuslista kotitapaturmien ehkäisemiseksi Ikkäihmiset

| | Kyllä | Ei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Onko puhelimen lähellä hätänumerot? | | |
| • yleinen hätänumero 112..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Myrkytystietokeskus (09) 4711 tai (09) 471 977 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko asunnossa toimiva ja oikein sijoitettu palovaroitin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko alkusammutusvälineet saatavilla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko saunan kiuas suojattu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko lieden ylikuumeneminen huomioitu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko sähkölaitteet ja -johdot kunnossa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko päivittäin tarvittavat käyttöesineet helposti saatavilla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko asunnossa tukevat taloustikkaat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko lattia liukastumaton? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko matoissa liukuesteet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko kulkureitit vapaat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko sähköjohdot kiinnitetty ja pois tieltä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko kynnykset tarpeeksi matalat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko wc- ja pesutilojen lattioilla ja ammeessa liukuesteet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko wc- ja pesutiloissa ja portaissa tukikahvat tai kaiteet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko valaistus riittävä ja valokatkaisimia tarpeeksi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko yövaloja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko portaikossa riittävästi valoa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko sisäjalkineet sopivat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko ulkojalkineet turvalliset ja kunnossa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko pihapiirin kulkuväylät kunnossa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko pihapiirin kulkuväylät talvella hiekoitettu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko pihapiirin valaistus riittävä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muuta huomioitavaa: | | |
| Onko päivittäistä yhteydenpitoa johonkin läheiseen tai tuttavaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hoidetaanko päivittäiset ostokset? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko tarvetta turvpuhelimeen tai hälyttimeen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko käytössä olevat apuvälineet riittävät ja asianmukaiset? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ovatko silmälasit kunnossa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onko kodin ensiapuvälineet riittävät? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

www.kotitapaturma.fi - tämä tarkastuslista ja paljon muuta tietoa tapaturmien ehkäisystä

Sosiaali- ja terveysministeriö
Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö
Kansanterveyslaitos
Punainen Risti

Sisäasiainministeriö
Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto
Terveyden edistämisen keskus



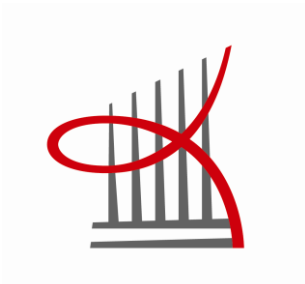
KOTITAPATURMIEN EHKÄISYKAMPANJA

Liite 4. Ryhmähaastattelussa käytetyt kysymykset

RYHMÄHAASTATTELUN KYSYMYKSIÄ

1. Miten muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi toteutuu osastolla?
2. Mitä erityispiirteitä/ ongelmia muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntouttamisessa on?
3. Miten mahdollisia kuntoutumisprosessin aikana ilmenneitä ongelmia ratkotaan?
4. Mitä hyvää muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntouttamisessa on?
5. Onko muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntouttamisessa kehitettävää?

Liite 5. Saatekirje haastateltaville



TIEDOTE

27.0202012

Hyvä muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen osallistuva!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää, miten muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi etenee, hoitajien kokemana.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen Kaupungin hyvinvointipalvelun, sairaalahoidolta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan, ryhmähaastattelemalla 5 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, jotka työskentelevät lonkkakuntoutusosastolla. Järjestän 1 tapaamisen, jonka aikana haastattelun teemaan liittyvillä kysymyksillä. Äänitän haastattelun kulun nauhurille, jos se sopii haastateltaville. Haastattelu toteutetaan osaston tiloissa työaikana. Haastatteluun kuuluva aika on tunti..

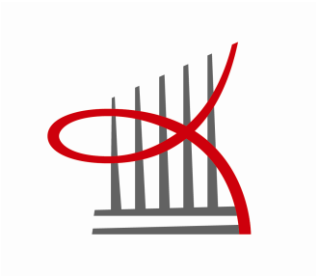
Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus- tietokannassa, ellei Tampereen kaupungin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Kirsi Kouhi-Lehtinen
Sairaanhoidtajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
kirsi.kouhi-lehtinen@piramk.fi, 0505947968

Tarvittaessa opinnäytetyöstäni lisätietoja antaa, ohjaajani Irja Murtonen, 050-3119673
irja.murtonen@tamk.fi

SUOSTUMUS**Muistisairaahan potilaan kuntoutumisprosessi lonkkamurtuman jälkeen**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää, miten muistisairaahan lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessi etenee, hoitajien kokemana, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 7 Sisällönanalyysin eri vaiheet

| ALKUPERÄISILMAUKSET | PELKISTETTY ILMAUS | ALALUOKKA | YLÄLUOKKA |
|---|--|---|--|
| Kyllä musta oikeestaan tuntuu että, tai ainakin on sellanen tuntuma. Että kyllähän me ollaan aika näitä dementeja niin saatu hyvin kuntoutuu siitä lonkkamurtumastaan. Ja ainahan on tietysti niitä välttämättä niitä varauksia, eivät tajua niin kuin, että mitä ne on mutta. | Dementoituneita on saatu kuntoutettua, vaikka eivät ymmärrä varauslupia. | Kuntoutus onnistunut Varausluvat eivät onnistu | Onnistuminen Haasteet Varausluvat Muistisairaus Apuvälineet Omaiset Vaaratilanteet |
| Ja useinkaan ei pysty niinku kirjan sääntöjen mukaan välttämättä yhtä paljon menemään niinku juurikin kaikkien varausten ja muitten kautta. Kanssa että usein sitten nää luvat tulee niinkun loppujenlopuks aikasemmin. Kun sitten semmosille joilla ei oo muistisairaus ainakaan kovinkaan pitkällä. | Kuntoutusta ei pystytä toteuttamaan täysin kirjan oppien mukaisesti. Varausluvat tulevat usein aiemmin muistisairaille. | Eri toteutustapoja Varausluvat aiemmin | Onnistuminen Varausluvat Vaaratilanteet |
| Samoin se asettaa haastetta jos potilas ei ymmärrä niinku mistään apuvälineestä yhtään mitään ja se muistisairaus on edennyt esimerkiksi niin pitkälle ettei sillä lailla opti enää uutta. | Haastetta kuntouttamiseen tuo, jos potilas ei ymmärrä apuvälineiden käyttöä. | Apuvälineiden käytön osaamattomuus | Apuvälineet Vaaratilanteet |
| Sit yks erityyppiire tai haaste muistisairaiden kanssa on kivunhoito | Kivunhoito on haaste | Kivunhoidon haasteet | |