

---

**LONKKAMURTUMAPOTILAAN KOKEMUKSIA  
HOIDOSTA JA HOIDON VAIKUTTAVUUDESTA**




Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 21.5.2013

Mervi Aunesneva  
Kati Vepsä



FORSSA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Aunesneva Mervi, Vepsä Kati	<b>Vuosi</b> 2013
<b>Työn nimi</b>	Lonkkamurtumapotilaan kokemuksia hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa lonkkamurtumapotilaiden omia kokemuksia hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta lonkkamurtuman jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkimustulosten avulla saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä lonkkamurtumapotilaan hoitopolkua ja hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi.

Opinnäytetyö on osa Hämeen ammattikorkeakoulun toteuttamaa projektia. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja vastausten analysoinnissa käytettiin deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimukseen osallistui neljä erään Etelä-Suomen terveydenhuollon kuntayhtymän kirurgisella vuodeosastolla jatkohoidossa ollutta lonkkamurtumapotilasta.

Opinnäytetyön tulosten mukaan lonkkamurtumapotilaan hoitopolun alkuvaiheessa potilaat joutuivat siirtymään monen hoitopaikan kautta ennen varsinaista leikkausta. Heidän hoitopolkunsa poikkesi käypä hoito -suosituksesta. Kuitenkin potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien kohteluun ja hoidon laatuun. Kivun arviointi jäi osittain puutteelliseksi, eivätkä haastateltavat saaneet kipulääkitystä ennen kuntoutusta. Kuntoutussuunnitelmaa ei laadittu, mutta hoitajat käyttivät kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Kotiutusohjeet olivat puutteellisia. Haastateltavat olisivat kaivanneet kirjallisia kotiutusohjeita suullisten ohjeiden tueksi.

Kehittämiskohteiksi tämän aineiston pohjalta nousevat potilaan hoitopolun selkeyttäminen ja nopeuttaminen eri organisaatioiden välillä, kuntoutuksen aikaisen kivunhoidon kehittäminen sekä kirjallisten potilasohjeiden laatiminen lonkkamurtumapotilaille.

**Avainsanat** Lonkkamurtuma, hoitopolku, kipu, kuntoutus, potilasohjaus

**Sivut** 35 s. + liitteet 4 s.

FORSSA  
Degree Programme in Nursing  
Registered Nurse

---

<b>Author</b>	Aunesneva Mervi, Vepsä Kati	<b>Year</b> 2013
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Hip fracture patient experiences of the care and treatment effectiveness	

---

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify hip fracture in the patients' own experiences of the care and treatment effectiveness after a hip fracture. The aim was to research to get the information that can be used in the development of hip fracture, the patient's treatment path and patient-centered care.

The thesis is a part of the HAMK University of Applied Sciences project of welfare supply chains. Our study is a qualitative study. The data was collected using theme interviews and the responses were analyzed by using deductive and inductive content analysis. The study involved four hip fracture patients who were getting further treatment in the Hospital surgical ward.

According to the results of the Bachelor's thesis, at the early stage of the hip fracture patient's treatment path, the patients were forced to move through a range of care facilities prior to the actual surgery. Their pathways differed from the fair treatment recommendation. However, the patients were satisfied with the treatment of nurses and quality of care. Pain assessment was partly defective, and the interviewees received pain medication before rehabilitation. A rehabilitation plan was not drawn up, but the nurses applied nursing that promotes rehabilitation. Discharge instructions were incomplete. The interviewees were yearning for written discharge instructions to support verbal instructions.

Development targets on the basis of this material will increase the patient's path to the clarity and speed of the various organizations, rehabilitation-term pain management, as well as the development of written patient guidelines for hip fracture patients.

**Keywords** Hip fracture, the treatment path, pain, rehabilitation, patient education

**Pages** 35 p. + appendices 4 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOIDON VAIKUTTAVUUDEN TARKASTELU .....	2
2.1	Asiakaslähtöisyys hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa.....	2
2.2	Potilaan hoitopolku .....	3
2.3	Suositus lonkkamurtumapotilaan hoitoketjusta .....	4
3	LONKKAMURTUMAPOTILAAN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITO .....	5
3.1	Lonkkamurtumapotilaan kivunhoito osastolla.....	5
3.1.1	Leikkauksen jälkeinen kivun arviointi .....	5
3.1.2	Leikkauksen jälkeinen kivunhoito.....	6
3.2	Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuminen .....	7
3.2.1	Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen aloitus .....	8
3.2.2	Toimintakyvyn vaikutus kuntoutumiseen .....	9
3.2.3	Kuntoutumista edistävä hoitotyö.....	10
3.2.4	Kuntoutussuunnitelman laatiminen .....	11
3.3	Lonkkamurtumapotilaan ohjaus.....	12
3.3.1	Asiakaslähtöisen ohjauksen tavoitteet ja merkitys.....	12
3.3.2	Suulliset ja kirjalliset potilasohjeet.....	13
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	14
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	15
5.1	Aineiston kerääminen.....	15
5.2	Aineiston analysointi.....	16
5.3	Opinnäytetyön luotettavuus.....	18
5.4	Opinnäytetyön eettisyys .....	19
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	19
6.1	Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku ja hoitoajat.....	20
6.2	Asiakaslähtöinen hoidon laatu .....	21
6.3	Kivun hoidon toteutuminen osastolla.....	22
6.4	Kuntoutuminen leikkauksen jälkeen .....	23
6.5	Potilasohjauksen toteutuminen.....	25
7	TULOSTEN TARKASTELUA JA POHDINTA .....	26
	LÄHTEET .....	30
Liite 1	Teemahaastattelurunko	
Liite 2	Saatekirje	
Liite 3	Luokittelu	
Liite 4	Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku	

## 1 JOHDANTO

Lonkkamurtumat heikentävät ihmisen elämänlaatua ja aiheuttavat ylimääräisiä kustannuksia yhteiskunnalle. Suomen väestön ikääntyessä lonkkamurtumista on tullut yhä merkittävämpi haaste suomalaiselle terveydenhuollolle. (Sund, Juntunen, Lüthje, Huusko, Mäkelä, Linna, Liski & Häkinen 2008.) Lonkkamurtumien esiintyvyys nousee 13-kertaiseksi 60–80 ikävuoden välissä. Valtakunnallisen hoitoilmoitusrekisterin mukaan Suomessa sattui 1996–2008 vuosittain yli 7 000 lonkkamurtumaa. (Hammer 2011 381–382.) Keskimääräinen hoitojakson pituus on 46 vuorokautta, josta leikkausjakson osuus on noin 7 vuorokautta (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 677).

Lonkkamurtumat ovat iäkkäille ihmisille tavallisia. Ne voivat johtua pienienergisistä tapahtumista kuten kaatumisista ja kompastumisista. Lonkkamurtumien lisääntyminen johtuu kaatumistapaturmien lisääntymisestä, luun mineraalitiheyden pienentymisestä ja luun hajoamisen kiihtymisestä. Keskimäärin 70 prosenttia lonkkamurtumapotilaista on 80-vuotiaita naisia. (Hammer 2011 381–382.)

Lonkkamurtumapotilaan hoito päättyy kotiutukseen 50 prosentilla, laitoshoidon siirtymiseen 30 prosentilla ja kuolemaan 12 prosentilla potilaista. Merkittävin kuolemaan vaikuttava tekijä on potilaan yleiskunto. Muita vaaratekijöitä on pitkäaikaissairaudet, anemia, yli kaksi vuorokautta viivästynyt leikkaus ja viivästynyt mobilisaatio. Vuoden kuluttua lonkkamurtumasta noin 30 prosenttia potilaista oli pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja noin 10 prosenttia vuodepotilaina pysyvästi. (Ahonen, ym. 2012, 681.)

Lonkkamurtuma on ennen leikkausta ja usein sen jälkeenkin hyvin kivulias. Riittävä kipulääkitys auttaa kivun hoidon lisäksi myös rauhoittavasti iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla. (Järvinen & Rautiainen 2008.) Lonkkamurtumapotilaan hoidon keskeiset periaatteet ovat varhainen mobilisaatio ja kuntouttava työote (Hurri 2006). Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen (Kuntoutusselonteko 2002). Asiakaslähtöinen potilasohjaus kulkee punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan. Riittävä ohjaus lisää potilaan omaan hoitoonsa sitoutumista ja sairauteensa sopeutumista. (Ohtonen 2006.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa lonkkamurtumapotilaan omia kokemuksia hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa hoitotyön palveluprosessin kehittämistä varten. Koska aihetta on tutkittu vähän, opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena potilaan näkökulmasta tarkasteltuna. Opinnäytetyöhön haasteltiin neljää lonkkamurtuman saanutta potilasta.

## 2 LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOIDON VAIKUTTAVUUDEN TARKASTELU

Terveydenhuollossa puhutaan toiminnan tehottomuudesta ja kalliista kustannuksista. Koska voimavarat ovat rajalliset, terveydenhuollossa joudutaan arvioimaan resursointia ja tuottavuutta erilaisin tiedoin ja perustein. Jotta käytännön valintaongelmia voitaisiin ratkaista tehokkuutta maksimoivaan suuntaan, pitää pyrkiä terveysvaikutusten eli vaikuttavuuden maksimointiin käytössä olevilla voimavaroilla. (Simonen 2012.)

Terveydenhuollon palvelujen ja vaikuttavuuden tasoja ja sisältöä on tärkeää tarkastella eri tasoilta esimerkiksi palveluja tuottavien organisaatioiden, lääketieteen ja potilaan kannalta. Potilaan kannalta tarkastellaan potilasvaikuttavuutta. Onko potilaan hoidolla ja hoitoon osallistuneella hoitoketjulla saavutettu tavoiteltua vaikuttavuutta. Terveyden- ja sairaanhoidon järjestelmä on aikanaan kehitetty vastaamaan potilaiden tarpeisiin. Sairanhoidon järjestelmässä tulisi olla olennaista hoidettava potilas ja se, että potilas tuntee ja kokee häneen kohdistuvat hoidot ja palvelut sekä niiden toimivuuden, vaikutukset ja kokonaisvaltaisuuden. (Silvennoinen-Nuora 2006, 16–17.)

Palvelua ja hoitoketjua käyttävän potilaan omaa tilanteen arviointia ohjaavat muun muassa sairaanhoitopalvelujen saatavuus, nopea hoitoon pääsy, oikea diagnoosi, oikea aikainen tehokas ja laadukas hoito, sairauteen liittyvät tuntemukset, tervehtyminen ja kuntoutuminen, sekä ammattilaisten kohtaamiseen, kohteluun ja ammattitaitoon sekä koko hoitoprosessiin liittyvät seikat. Potilaan kannalta tärkeää on hoidonjatkuvuus ja eri organisaatioiden saumaton yhteistyö. Edellä mainituista osioista koostuu asiakasvaikuttavuus eli vastaus kysymykseen mikä on palvelujärjestelmän kyky toteuttaa sille asetetut vaikuttavuustavoitteet. (Silvennoinen-Nuora 2006, 16–17.)

### 2.1 Asiakaslähtöisyys hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa

Terveydenhuollossa terveysvaikutuksia on perinteisesti mitattu vältetyillä sairaustapauksilla, lisäelinajalla sekä sairausspesifeillä fysikaalisilla, kemiallisilla ynnä muilla objektiivisilla mittareilla. Ne kuitenkin antavat ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista aivan liian suppean ja yhteismitattoman kuvan. Toiminnan arvioinnissa huomioidaan yleensä vain lukuihin perustuvaa tietoa, mutta potilaan näkökulma jää nykyisistä kustannuslaskelmista kokonaan huomioimatta. (Simonen 2012.)

Toimintaa pitäisi arvioida kriittisesti ja toimintamalleja kehittää niin, että myös potilaan subjektiivinen arvio hoitonsa vaikuttavuudesta olisi mukana toimintaa arvioitaessa. Potilaan subjektiivinen arvio hoidon vaikuttavuudesta tulisikin olla terveydenhuollon laadun perimmäisin kriteeri. Erilaisien mittareiden avulla voidaan arvioida ja tehostaa hoitotyön prosesseja ja saada potilaan ääni kuuluville. (Simonen 2012.)

Asiakaslähtöisessä ajattelussa hoitoa ja palvelua saava asiakas on kaiken lähtökohta. Hän on palvelun ja hoidon laatua kehitettäessä keskiössä, kos-

ka niitä tarkastellaan asiakkaan kannalta. Asiakaslähtöisen hyvän palvelun ja hoidon turvaamisen edellytyksenä on, että käytettävissä on tieto siitä mikä on asiakkaan mielestä hyvää ja tavoiteltavaa. Asiakaslähtöisen toiminnan edellytyksenä on asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen. (Voutilainen, Vaarama & Peipolainen 2002, 38–39.)

Saarinen (2007, 46) on tutkinut hoidon laatua päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan valtaosa potilaista oli vuorovaikutukseen hyvin tyytyväisiä. Vuorovaikutusta kuvailtiin mukavaksi, joustavaksi, ystävälliseksi, huolehtivaksi ja välittäväksi.

Eloranta, Katajisto ja Leino-Kilpi (2008, 115–125) ovat tutkineet kirurgisen potilaan hoidon laatua potilaan näkökulmasta. Tulosten mukaan potilaat arvioivat hoidon laadun kirurgisella vuodeosastolla keskimäärin hyväksi. Potilaiden mielestä parhaiten toteutuivat hoitoympäristöön liittyvät laatutekijät ja huonoiten yhteistyö omaisten kanssa. Suunnitellussa leikkauksessa olleet potilaat arvioivat hoidon laadun toteutuneen kiireellisesti leikattuja paremmin.

## 2.2 Potilaan hoitopolku

Potilaan hoitopolkua kuvailemalla saadaan tietoa parempien hoitokäytäntöjen ja hoidon organisoinnin kehittämiseksi (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 43). Hoitopolun päätavoitteena on luoda laadukas hoitokokonaisuus. Alueellisesti se on potilaan hoitamiseksi tarvittavien palvelujen muodostaman sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, yksilöllisesti toteutuvan hoitoprosessin kokonaisuus. Käytännössä se koskee yksittäisen potilaan tai tietyn sairauden potilasryhmän hoitoa ja määrittelee työnjaon terveydenhuollon eri portaiden välillä sekä määrää missä ja kuka hoidon tekee. Valtakunnallisesti on laadittu asiantuntijoiden laatimia hoitosuosituksia, jotka ovat tieteelliseen näyttöön perustuvia kannanottoja tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Hoitosuosituksia käytetään linjauksena potilasryhmien hoidosta ja hoitopäätösten tukena. (Suomen akatemia tutkii 2006.)

Hoitopolun tavoitteena on vastuunotto potilaan hoidon järjestämisestä. Siihen sisältyy myös lupaus yhteistyösopimusten pitämisestä ja tiedonkulun varmistamisesta, lisäksi sen tarkoitus on turvata hoidon laatu, saataavuus ja eri osapuolten työrauha. (Ketola, Mäntyranta, Mäkinen, Voipio-Pulkkila, Kaila, Tulonen-Tapio, Nuutinen, Aalto, Kortekangas, Brander & Komulainen 2006, 7, 23.)

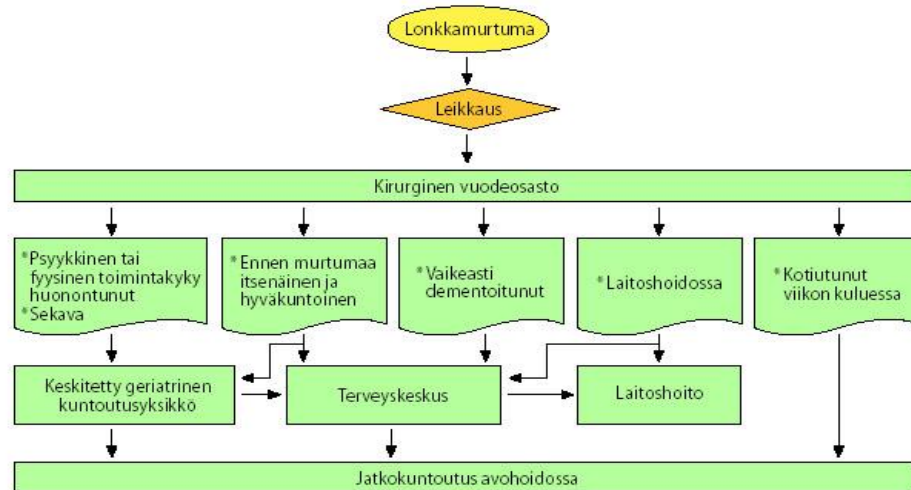
Hoitopolut ovat yleisesti hyväksytyjen kliinisten käytäntöjen toimintaohjeita. Niissä kuvataan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja tarvittaessa muiden tahojen tehtävät ja työnjako. Käytännössä vastuu jakautuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken eri tavalla riippuen siitä, missä potilaan asiaa ajallisesti eniten käsitellään ja kenen päätökset ovat hoidon kannalta kulloinkin ratkaisevia. Hoitoketju laaditaan aina moniammatillisessa yhteistyössä ja sille on nimetty vastuuhenkilö. (Ketola ym. 2006, 7, 23.) Asiakkaan pitää saada tarvitsemansa apu nopeasti turvallisesti ja joustavasti. Avun saaminen ei saa riippua hänen suku-

puolestaan, iästään, varallisuudestaan, ammatistaan eikä kotikunnastakaan. Hoitajan tulee hahmottaa jokaisen potilaan yksilöllinen hoitopolku, niin tarkasti, että hän pystyy osaltaan takaamaan hoidon jatkuvuuden. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2001, 42.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 2. luvun 3 § määrittelee, että kaikilla Suomessa vakituisesti asuvilla henkilöillä on oikeus ilman syrjintää oman terveydentilansa edellyttämään terveyden ja sairaanhoitoon, niiden voimavarojen rajoissa joita terveydenhuollolla on käytettävissä. Laissa määritellään myös, että potilaalla on oltava oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Häntä on hoidettava ja kohdeltava siten, ettei ihmisarvoa loukata. Myös potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

### 2.3 Suositus lonkkamurtumapotilaan hoitoketjusta

Käypä hoito -suosituksessa on kuvattuna suositus lonkkamurtumapotilaan hoitoketjusta. Kuvio 1 selviää, että lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeiseen kuntoutumispaikan valintaan vaikuttavat potilaan fyysinen ja psyykinen suorituskyky ennen murtumaa ja hänelle laaditut kuntoutumistavoitteet. Avohoitoon kotiutumisen edellytyksenä on tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, riippumatta kuntoutuspaikasta. (Käypä hoito -suositus 2011.)



Kuvio 1 Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju (Käypä hoito -suositus 2011)

Hoitoketjun tavoitteena on saada lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessi sujuvaksi ja nopeammaksi, siirtää potilas toisena postoperatiivisena päivänä suoraan terveyskeskussairaalaan, parantaa tiedonkulkua ja yhteydenpitoa organisaatioiden kesken sekä saada yhtenäistettyä potilaille ja omaisille jaettavaa informaatiota ja hoito-ohjeita. Lisäksi hoitoketjun tavoitteena on varmistaa terveyskeskussairaalassa kokonaisvaltainen osaava hoito: hyvä



ravitsemustila, varhainen mobilisaatio ja kuntouttava työote. (Vihtonen, Alijärvi, Mäkinen, Laine, Laitinen & Kyyhkynen 2012.)

### 3 LONKKAMURTUMAPOTILAAN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITO

Lonkkamurtuman toteaminen perustuu potilaan haastatteluun, tutkimiseen ja lonkan röntgenkuviin. Reisiluun kaulan murtumat hoidetaan yleensä ruuvi kiinnityksellä tai puoliproteesilla. Potilaan toipumisen kannalta varhainen mobilisaatio on oleellinen asia. Tällä saadaan vältettyä lihasvoiman ja luumassan menetystä sekä pitkällisen vuodelevon aiheuttamia komplikaatioita kuten painehaavoja, laskimotukoksia ja infektiota. Mobilisatiosta aiheutuva kuormitus edistää myös murtuman luutumista. (Hartikainen & Lönroos 2008, 304–308.)

Lonkkamurtumapotilaat ovat usein aliravittuja, joten he tarvitsevat sairaalassa oloaikanaan lisäravintovalmisteita kuntoutuksen alkuvaiheessa. Ravinnon tulee olla energia- ja proteiinirikasta, jotta elimistö ei joudu käyttämään omia proteiineja lihaksista. Elimistö tarvitsee proteiineja leikkaushaavan ja kudoksen paranemiseen. Liian vähäinen proteiinin saanti surkastuttaa lihaksia ja laskee lihasvoimaa. Tämä vaikuttaa potilaan sairaalassa oloaikaan pidentävästi ja heikentää kuntoutumisen edistymistä. Mobilisointi ja kuntoutus aloitetaan leikkauksen jälkeisenä päivänä. Potilas harjoittelee istumista, ylös nousua ja liikkumista. (Hartikainen & Lönroos 2008, 309.)

#### 3.1 Lonkkamurtumapotilaan kivunhoito osastolla

Lonkkamurtuma on ennen leikkausta ja usein sen jälkeenkin hyvin kivulias. Riittävä kipulääkitys auttaa kivun hoidon lisäksi myös rauhoittavasti iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla. (Järvinen & Rautiainen 2008.) Leikkauksen jälkeinen kipu koostuu leikkauksen aiheuttamasta kudoksen vauriosta ja sen seurannaisvaikutuksista. Silloin kivulla on selkeä syy ja se on usein lyhytkestoista. Hermopäätteet aistivat kipua samoin kuin kylmää, lämpöä, kosketusta ja painetta. Kun kudoksen vaurioituu, lähtee viesti keskushermostoon hermo-päätteiden kautta. Kivun lievityksen tavoitteena on estää viestin kulkua, vähentää kivun kokemista ja vaimentaa elimistön haitallisia reaktioita esimerkiksi verenpaineen ja pulssin nousu. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri n.d.). Lonkkamurtumapotilaan kivun riittämätön hoito lisää komplikaatioita ja hidastaa kuntoutumista (Käypä hoito -suositus 2011).

##### 3.1.1 Leikkauksen jälkeinen kivun arviointi

Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon perustana on potilaan oma arvio siitä, kuinka voimakasta kipu on. Potilasta voidaan pyytää arvioimaan leikkauksen jälkeen kivun voimakkuutta 2–3 tunnin välein, kahden ensimmäisen vuorokauden aikana. Kun kipu lievittyy, kipulääkitystä harvennetaan. Hoitoja voidaan ohjata ja yhtenäistää käyttämällä erilaisia vaihtoehtoisia nu-

meerisia, sanallisia tai graafisia mittareita esimerkiksi VAS (visual analogue scale). Lisäksi potilaan käyttäytyminen antaa viitteitä kivun voimakkuudesta. Koska kivun valittamisen syyt voivat olla hyvin erilaisia eri potilaille, auttaa kivun aktiivinen arviointi antamaan osuvampaa ja aktiivisempaa hoitoa. (Salomäki & Rosenberg 2006, 839–840.)

Kipua on arvioitava sekä liikkeessä että levossa, esimerkiksi yskiessä ja syvään hengittäessä. Jos lepokipu on toistuvasti lievää voimakkaampaa, on kipulääkitys riittämätöntä. Mitattaessa potilaan kipua, on samalla seurattava potilaan leikkausalueen tilaa ja yleisvointia. (Salomäki & Rosenberg 2006, 839–840.)

Hoitotyön tutkimussäätiön suositusten mukaan potilaalta tulee kysyä hänen omaa arviotaan kivun voimakkuudesta. Potilaan kivun voimakkuutta tulee arvioida kipumittarilla, käyttämällä ensisijaisesti potilaan itsensä valitsemaa kipumittaria. Tieto potilaan valitsemasta kipumittarista tulee kirjata potilasasiakirjoihin ja samaa mittaria tulee käyttää koko hoitojakson ajan. Kipua tulee arvioida erilaisissa tilanteissa sekä säännöllisesti että tarvittaessa. Arvioitaessa kipua, potilaalta tulee kysyä kivun laatua, sijaintia ja samalla pitää havainnoida potilaan kipukäyttäytymistä. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013.)

### 3.1.2 Leikkauksen jälkeinen kivunhoito

Leikkauksen jälkeen ensimmäisinä päivinä potilaat tarvitsevat usein opioidilääkitystä, muuten peruslääkkeeksi suositellaan paracetamolia (Hartikainen & Lönnroos 2008, 309). Käypä hoito -suosituksessa lonkkamurtumapotilaan kivun hoitoon suositellaan suun kautta säännöllisesti otettavaa paracetamolia (1 g x 2–3/vuorokausi) ja sitä täydennetään tarvittaessa suun kautta otettavalla oksikodonilla. Oksikodonin käyttö on vain tilapäistä, eli annosta pienennetään ja lääkityksestä luovutaan heti kun kipu helpottaa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Kivuntuntemuksesta huolimatta iäkkäät potilaat saattavat ottaa vähemmän kipulääkettä kuin heille on määrätty, koska potilaat pelkäävät yliannostusta sekä sivuvaikutuksia (Korpijärvi 2012, 7). Sairaanhoidajilla on vastuu potilaille annettavan kipulääkityksen toteuttamisesta. Kivunhoito on oleellisessa osassa hoitotyön auttamismenetelmistä, siksi hoitajan tulee kirjata potilastietoihin potilaan arvioimasta kivun vasteesta. Kivunhoidon seurannassa on oleellisessa osassa hoitosuunnitelmaan tehty kirjaukset. (Vartiainen 2000, 22.)

Lämpöä, sähköisiä hoitomenetelmiä ja kylmää käytettiin sairauksien ja kiputilojen ehkäisyyn jo antiikin lääketieteessä. Lämpökäsittely lisää lihasten ja jänteiden elastisuutta ja venyvyyttä. Lämpöhoito vähentää lyhytkestoista kipua. Lämpöpakkaukset ovat pintalämpöhoitomenetelmiä. Kylmänhoidon fysiologiset vaikutukset perustuvat kudosten lämpötilan laskemiseen, joka johtaa lihasten rentoutumiseen. Kylmä vaikuttaa kipua lievittävästi alentamalla hermojen johtumisnopeutta. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa tavallisimmin kylmäpakkauksella tai pyyhkeillä. Tunnottomalle iho-

alueelle tai huonon verenkierron ihoalueelle kylmähoitoa ei saa kuitenkaan käyttää. (Pohjolainen 2009, 237–238; Jäntti 2000, 125.)

Asentohoidon tarkoituksena on saada aikaiseksi mahdollisimman rento asento leikkausalueelle, näin edistetään leikkausalueen paranemista ja saadaan myös helpotusta potilaan kipuun. Lisäksi verenkierto saadaan pysymään normaalina. Asentohoidolla pystytään myös ennalta ehkäisemään uhkaavat painehaavaumat. Potilasta kehoitetaan liikuttamaan raajojaan vointinsa mukaan, tyynyillä tuetaan potilaan asento mahdollisimman hyväksi (Jäntti 2000, 124; Salanterä ym. 2013.)

Käypä hoito -suositusten mukaan lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen aikaisesta kivun hoidosta ei ole tutkittua tietoa. Kuitenkin työryhmä suosittelee lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen aikaiseen kivun hoitoon suun kautta säännöllisesti otettavia kipulääkkeitä. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Hoitajat vastaavat lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisprosessin toteutumisesta 24 tuntia vuorokaudessa ja mahdollistavat hoitotoimenpiteillä sen toteutumisen. Esimerkiksi kipulääkkeen antaminen riittävän ajoissa ennen aktiivista harjoittelua on tärkeää. (Lauri 2003, 129.) Hoitajien lähestyminen oikealla ja yksilöllisellä tavalla on kivunhoidon kantava voima. Jokainen potilas on kohdattava yksilönä joka kokee kivun omalla laillaan. Hoitajan kiireettömyys vuoteen vierellä, auttaa potilasta asennoitumaan tilanteeseensa luottavaisesti ja rauhallisesti. Hoitajan ja potilaan keskinäinen luottamus ja potilaan kokema turvallisuus kivunhoidossa auttavat potilasta pääsemään vaikeiden vaiheiden yli postoperatiivisessa hoidossa. Tiimityö ja hyvä henki osastolla yhdessä potilaan kanssa on ensiarvoisen tärkeää koko kivun hoitoprosessin ajan. (Jäntti 2000, 126.)

Hoitotyön tutkimussäätiön suositusten mukaan potilas tarvitsee tietoa kivusta sekä sen arvioinnista ja hoidosta, koska potilasohjaus vähentää leikkaukseen liittyvää ahdistusta ja pelkoa. Lisäksi potilasohjaus lisää potilaan tietoa kivusta, tyytyväisyyttä kivunhoitoon sekä edistää potilaan paranemista. (Salanterä ym. 2013.) Reynolds (2009, 76–84) on tutkinut kivun hoitoon liittyvää potilasohjausta. Tutkimuksen mukaan kivun hoitoon liittyvä potilasohjaus voi parantaa kivun hallintaa postoperatiivisesti. Potilasohjausta saaneet kokivat vähemmän kipua sekä vähemmän päivittäisiä aktiviteetteja häiritsevää kipua.

### 3.2 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuminen

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen. Kuntoutumisen näkökulmasta se voidaan määritellä ihmisen, tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on itsenäisen selviytymisen, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen. Kuntoutuksen tulee olla suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa ja sen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002.)

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutukseen osallistuu lääkäri, hoitaja ja fysioterapeutti sekä usein myös toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Poti-

laan ja omaisten osuus on myös oleellisessa osassa, sillä ilman heidän ponnastaan sekä motivoitumistaan kuntoutus ei tuota tulosta. Kuntoutuminen tuntuu potilaasta mielekkäämmältä, kun se on selvästi sidoksissa kotona arjessa selviytymiseen. Harjoittelun tulee olla aikataulutettua, tavoitteellista ja asteittain vaikeutuvaa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 310–311.)

### 3.2.1 Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen aloitus

Tehokas mobilisaatio lonkkamurtumapotilaalla ehkäisee kipua, parantaa liikkumis- ja toimintakyvyn palautumista sekä auttaa ylläpitämään nivelten liikkuvuutta. Kävelykyvyn nopealla palautumisella lyhennetään ihmisen sairaalaloaikaa ja parannetaan mahdollisuuksia palata takaisin omaan kotiin. Kuntoutuksen tulisi fyysisen suorituskyvyn lisäksi vaikuttaa potilaan elämänlaatuun, sosiaaliseen selviytymiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 279.) Lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisen tavoitteena on kävelykyvyn uudelleen oppiminen, vammautuneen lonkan liikelaajuuden palautuminen, lihaskunnan ylläpito ja muiden nivelten toimintakyvyn säilyminen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 713.)

Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutus ja mobilisointi tulee aloittaa jo leikkauksen jälkeisenä päivänä. Kävelykyvyn nopea palautuminen johtaa lyhempään sairaalahoitajaksoon ja suurempaan todennäköisyyteen palata omaan kotiin. Täyden kuormituksen sallimiseen vaikuttaa luun rakenne ja osteosynteesin tukevuus. (Käypä hoito -suositus 2011; Ahonen ym. 2012, 681.) Riippuen leikkaus- ja murtumatyyppistä vaurausluvut vaihtelevat. Täysipainovaraus sallitaan yleensä pirstaleissa murtumassa vasta 8–12 viikon kuluttua ja poikkimurtumassa 4–6 viikon kuluttua. (Hammar 2011, 384–286.)

Kuntoutuksella pyritään parantamaan yksilön omaa selviytymistä. Se voidaan jakaa erityiskuntoutukseen, jota toteuttavat fysioterapeutit ja yleiskuntoutukseen, jota toteuttavat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat hoitajat. Kuntoutuminen vaatii aina moniammatillista sitoutumista potilaan tukemiseen yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi ja potilaan omaa sitoutumista muutosprosessiin. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky 2010.)

Kuntoutuksen tavoitteena on auttaa ja tukea ihmisiä selviytymään omassa asuinympäristössään niin, että he pystyvät elämään mahdollisimman täysipainoista ja itsenäistä elämää. Toimintakyvyn ylläpitämisen tarpeellisuuden perustelu auttaa kuntoutumisen suunnittelussa. Toisinaan saatetaan tarvita asiakkaan pitkäaikaista motivointia, etenkin jos asiakas on jo menettänyt toivonsa. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on toimintatapa, toiminnassa kaikki tähtää potilaan itsenäiseen selviytymiseen. Omatoimisuuden ylläpitämisessä ja tukemisessa hoitotyötoimintatavat tukevat ja mahdollistavat jäljellä olevien voimavarojen käytön. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 48.)

### 3.2.2 Toimintakyvyn vaikutus kuntoutumiseen

Kaatumisen pelko ja kaatumisen aiheuttamat vammat ja kipu heikentävät elämänlaatua sekä toimintakykyä. Kaatumisvammoista erityisesti lonkkamurtumat lisäävät ennenaikaisen kuoleman vaaraa Alaraajamurtumat heikentävät ihmisen liikkumiskykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä jo lyhyellä aikavälillä. (Piirtola 2008.) Ihmisessä ovat erottamattomina psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus ja ne ovat toimintakyvyn osa-alueita. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 21–22.)

Ikäihmisen arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisissä perustoimissa ja arjen askareissa. Toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla, itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää. (Hägg, Ivanoff-Lahtela, Rantio, Suikki & Vuori. 2007, 70–71.)

Toimintakyky liittyy ikääntyneellä oleellisesti elämänlaatuun. Ikääntyneen omia kokemuksia toimintakyvystään ei tule väheksyä, koska ne ovat merkityksellisiä toimintakyvyn säilymisen kannalta. Ikääntyneen itse kokema terveys ja toimintakyky saattavat joskus poiketa paljonkin hoitoalan ammattilaisten asettamista kriteereistä. Tutkimuksissa on todettu ikääntyneiden arvioivan yleensä omaa terveyden tilaansa paremmaksi kuin objektiivisesti arvioituna olisi syytä. Ikääntyneillä toimintakykyyn vaikuttavat oleellisesti erilaiset sairaudet ja niistä johtuva fyysinen toimintakyvyn heikkeneminen. Myös mahdollinen unettomuus, kipu, huimaus ja eri syistä johtuva liikkumiskyvyn vaikeutuminen heikentävät elämänlaatua. (Aejmelaesus ym. 2007, 35–36.)

Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu ihmisen kyky suoriutua päivittäisistä toimista. Ikääntyminen ja pitkäaikaissairaus vaikuttavat toimintakyvyn heikkenemiseen useimmiten asteittain. (Hägg ym. 2007, 70–71.) Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ikääntyneiden kohdalla keskeisiksi tavoitteiksi edistää niitä toimia, jotka lisäävät ikääntyneen terveiden ja toimintakykyisten vuosien määrää ja elämänlaatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 10, 12–13.) Toimintakykyyn vaikuttaa myös hyvä ravitsemustila. Ikääntyneiden ravitsemuksen keskeisinä aiheina ovat ravitsemusongelmat, energiantarpeen sekä proteiinin riittävä saanti. Sairauden myötä proteiinin tarve lisääntyy. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14–21.)

Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu kyky laatia omalle elämälle suunnitelmia, tietoisia ja vastuullisia ratkaisuja sekä valintoja elämässä. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu kolme perusaluetta: tunne-elämä, ajattelu ja toiminta. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 84–87.) Sosiaalinen toimintakyky liittyy fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 59.)

Gröndahlin (2009,5–7) tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajien tekemä psykososiaalinen arvioiminen jää vähemmälle kuin fyysisen toimintakyvyn arviointi. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat harvemmin

päivittäiseen selviytymiseen liittyviä asioita, kuten esimerkiksi kaupassa käyntiä. Arvioimatta jäi usein myös masennukseen, pelkoihin ja unettomuuteen liittyvät tekijät.

### 3.2.3 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

Kuntoutumista edistävä hoitotyön tulee olla potilaslähtöistä yksilöllisyyden huomioivaa ja kunnioittavaa toimintaa. Kaiken toiminnan tulee olla potilaan itsenäistä selviytymistä tukevaa. Kuntouttavan työotteen tavoitteena potilaan perushoidossa on tunnistaa ja ehkäistä potilaan kuntoutumiseen liittyviä riskejä, esimerkiksi masennusta, painehaavaumia ja ravitsemusongelmia. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky 2010.)

Iäkkään henkilön kuntoutusprosessi on herkkä iästä, kuntoutustarpeen aiheuttamasta terveysongelmasta ja muista sairauksista johtuville muutoksille. Iäkkään henkilön kuntoutus on terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden yhtenäisiin päätöksiin perustuvaa toimintaa potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi, palautumiseksi ja huononemisen estämiseksi. Kuntoutus on tarpeen kun henkilö on toipumassa hoitoa vaatineesta toimenpiteestä. Kuntoutusta edistävän hoitotyön tavoitteena on tukea potilasta ehkäisemään toimintakykynsä aleneminen sekä saavuttamaan sellainen toimintakyky, että hän voi elää mahdollisimman täysipainoista ja itsenäistä elämää. (Lauri 2003, 117–118.)

Lonkkamurtumapotilaan hoidon keskeiset periaatteet ovat varhainen mobilisaatio ja kuntouttava työote. Kuntouttavan työotteen mukaan kaikki potilaan kanssa tehty on osa kuntoutusta. Potilaan puolesta ei saa tehdä asioita, vaikka hoitajasta tuntuisi, että itse olisi nopeampi. Mobilisointi täytyy aina tehdä potilaan voimien mukaan. (Hurri 2006.) Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen peruspilareihin kuuluu potilaan kannustaminen omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa. Omaisilta saatu tieto potilaan elämästä on tärkeää, siksi omaisia tulisikin haastatella jo kuntoutuksen alkuvaiheessa. Kuntoutumisen edistymistä on seurattava ja potilaalle tulee antaa palautetta kuntoutumisen edistymisestä. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Routasalo (2002, 109–119) on tutkinut sairaanhoitajien roolia iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjänä. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla oli selkeä käsitys omasta toiminnastaan kuntoutustiimissä, oman työn tavoitteellisuudessa ja potilaan motivoinnissa. He keskustelivat potilaan kanssa potilaan kuntoutumisen edistymisestä. Sairanhoitajat kokivat potilaan kuntoutumistavoitteet tärkeiksi. Kuntoutumistavoitteet eivät kuitenkaan aina olleet ajan tasalla, eivätkä kaikki sairaanhoitajat olleet niistä tietoisia. Sairanhoitajien käsitys kuntouttavasta työotteesta ei aina toteutunut heidän toiminnassaan.

### 3.2.4 Kuntoutussuunnitelman laatiminen

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutustiimissä tulisi laatia iäkkään henkilön kuntoutumisen pitkän ja lyhyen aikavälin tavoitteet. Kuntoutustiimi koostuu kaikista potilaan hoitoon osallistuvista henkilöistä esimerkiksi hoitajista, lääkäristä, fysioterapeutista ja sosiaalihoitajasta. Kotiutuksen suunnittelun tulisi alkaa jo hoidon alkuvaiheessa. Yhdessä laadittu kuntoutussuunnitelma takaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt ovat tietoisia toimintalinjoista ja tavoitteista. (Lauri 2003, 125; Routasalo & Lauri 2001, 207–216.)

Kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä on tärkeää ottaa omaiset mukaan heti alusta asti, koska he ovat tärkeä voimavara kotona selviytymisen tukemisessa. Hoitohenkilökunnan suhtautumistapa ja hoitoyhteisön ilmapiiri vaikuttavat suuresti siihen millaiset mahdollisuudet asiakkaalla ja omaisilla on vaikuttaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Hoitohenkilökunnan tulee käyttää selkokieltä, jota kaikki osapuolet ymmärtävät ja lääketieteellisiä termejä tulee välttää. Asianosaisille tulee antaa mahdollisuus toiveiden esittämiseen ja kysymyksiin. (Aejmelaeus ym. 2007, 64.)

Kuntoutustavoitteen saavuttaminen edellyttää sekä hoitajien että kuntoutujan sitoutumista tavoitteen saavuttamiseksi. Kuntoutujan osalta sitoutuminen tarkoittaa aktiivista ja itsenäistä kuntoutumiseen osallistumista. Sitä edistää kuntoutujan kokema tukea antava, myönteinen ja ymmärtävä hoitosuhde, tyytyväisyys hoitoon, ympäristöön ja hoitajiin sekä selkeä vuorovaikutus hoitajien kanssa. Kuntoutumiseen liittyy myös potilaan oma halu hoitaa itseään, vapaaehtoisuus ja vastuullisuus. Kuntoutumisprosessiin sitoutuminen on kuntoutujan ja hoitajien yhteistyötä, päätöksentekoa ja sopimista. (Lauri 2003, 126.)

Motivaatiota heikentävät hoitajien fyysisen, kipua tuottavan voiman käyttö auttamistilanteissa, henkilön tuntema kipu kuntoutuksen aikana, läheisten laatimat tavoitteet sekä hoitajien uskomus, ettei kuntoutus tuo toivottua tulosta. Hoitajan on tiedettävä iäkkään kuntoutujan kuntoutukseen sitoutuminen, jotta hän kykenee oikealla tavalla kannustamaan ja rohkaisemaan henkilöä tämän kuntoutumisprosessin aikana. Hoitajan on myös tunnistettava oma sitoutumisensa potilaan kuntoutumisen edistämiseen. (Lauri 2003, 127–128.)

Pietikäinen, Karppi, Heinonen ja Huusko (2003, 191–197.) ovat tutkineet lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeistä hoitoa ja kuntoutusta geriatriisella vuodeosastolla. Tutkimuksen mukaan lonkkamurtumapotilaan hoidossa korostuvat laaja-alainen potilaan tilan arviointi sekä eri ammattiryhmien säännöllinen yhteistyö. Kuntoutuksen tulee edetä johdonmukaisten realististen välitavoitteiden kautta kotiutumiseen. Tärkeää on saada potilas traumaosastolta mahdollisimman nopeasti kuntoutusosastolle ja saada hänet pian kävelemään. Lonkkamurtumapotilaan hoitoon tulee kuulua potilaan yksilöllisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu ja sen osa-aikaisen toteutuksen takaaminen. Eri ammattiryhmien välinen tiimityö yhdessä potilaan ja omaisten kanssa johti tutkimuksen mukaan hyvään vaikuttavuuteen, varsinkin lievästi muistihäiriöisen potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa.

### 3.3 Lonkkamurtumapotilaan ohjaus

Sairastuminen on ihmiselle outo ja uusi tilanne. Se voi aiheuttaa potilaalle ja hänen omaisilleen avuttomuuden, epävarmuuden ja turvattomuuden tunteita. Jotta potilas selviytyy tilanteesta on tärkeää, että hän saa riittävästi ymmärrettävää tietoa sairaudestaan, tutkimuksista ja hoidosta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 23–24.)

Potilasohjaus kulkee punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan. Ohjaus on sairaanhoitajien omaa ja vahvaa aluetta. Hyvän ja onnistuneen lopputuloksen takaavat sairaanhoitajien vankka teoriatieto, hyvä koulutus, hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustiedot. Ohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan luovuus ja persoonalliset taidot. Sairaanhoitajan pitää välttää sitä, että potilasohjauksesta ei tule rutiinia, vaan potilasohjaustilanteet ovat aina erilaisia ja hoitajan tulisi muistaa, että tilanne on potilaalle ainutkertainen ja jännittävä. Ohjaajan vastuulla on varmistaa, että potilas ymmärtää saamansa tiedon, siksi ohjaus kertoja tulee olla riittävän useita. Riittävä ohjaus lisää potilaan omaan hoitoonsa sitoutumista ja sairauteensa sopeutumista. Luottamuksellinen suhde hoitajan ja potilaan välillä lisää ohjauksen luotettavuutta, koska silloin potilas uskaltautuu tuomaan esiin sairauden tuoman epävarmuuden ja kertoo ääneen asiat jotka ovat hänelle epäselviä tai askarruttavat mieltä. (Ohtonen 2006.)

Potilasohjauksella on välitön yhteys laadukkaaseen hoitoon ja potilastyytyväisyyteen. Riittävällä ja laadukkaalla potilasohjauksella edistetään potilaan paranemista ja ennaltaehkäistään toipumista hidastavia tekijöitä. Lisätarvetta hyvälle potilasohjaukselle luo lyhentyneet hoitoajat. Onnistuneella ja laadukkaalla potilasohjauksella on myös kansanterveydellistä ja kansantaloudellista merkitystä. Potilasohjausta tulee kehittää ja arvioida suunnitelmallisesti ja sen merkitys on syytä ymmärtää. Uusien potilaanohjausmuotojen kehittäminen on myös tarpeellista, koska potilasohjauksella saadaan arvokasta asiakaspalautetta hoitotyön kehittämiseksi. (Ohtonen 2006.)

Laadukkaan potilasohjauksen tulee perustua tieteellisesti tutkittuun tietoon ja vankkaan kokemukseen kliinisestä hoitotyöstä. Se edellyttää, että hoitaja päivittää tietojään, voidakseen tarjota potilaalle asianmukaista tietoa päätöksenteon ja valintojen tukemiseksi. Lisäksi hoitajalla on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ohjaustaitojaan. Tähän kuuluu taito ylläpitää potilaan luottamusta, luoda hyvä vuorovaikutussuhde ja käyttää järkevästi eri ohjausmenetelmiä. (Kääriäinen 2008, 13–14.)

#### 3.3.1 Asiakslähtöisen ohjauksen tavoitteet ja merkitys

Asiakslähtöinen ohjaus on potilaan ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutusta. Se lähtee asiakkaan tarpeista ja tilanteesta, jolloin asiakas enemmän vaikuttaa omaan hoitoonsa. Asiakslähtöisessä ohjauksessa ei pelkästään edetä toisen ehdoilla, vaikka potilaan tarpeiden pitääkin olla ohjauksen lähtökohtana. Kun asiakkaan tarpeet ovat ohjauksen lähtökohtana, hakee potilas monesti hoitajalta jaettua asiantuntijuutta mahdollisten ongelmien ratkaisemiseksi. Potilas toimii aktiivisesti yhden-



vertaisena hoitajan kanssa. Yksilönä potilas on oman elämänsä asiantuntija, joka tekee henkilökohtaisesti omaa elämäänsä koskevat päätökset ja valinnat. On tärkeää muistaa, että ohjattava ei ole pelkästään sairauksia ja ongelmia, vaan hän on kokonainen ihminen kokemuksineen, tietoineen, tunteineen, taitoineen ja tarpeineen. Asiakaslähtöisessä ohjauksessa hoitaja asettuu potilaan asemaan kuunnellen, olemalla aidosti läsnä ihmisenä ja ammattilaisena korostamatta liikaa itseään. (Eloranta & Virkki 2011, 59–61.)

Hyttisen ja Kanervan (2011, 12–20.) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan lonkkamurtumapotilaiden ohjauksen tavoitteena oli ollut ehkäistä kaatumisia, edistää toimintakyvyn palautumista ja ehkäistä uusia lonkkamurtumia. Sisällöltään ohjaus oli käsitellyt murtumien ehkäisyä, kaatumisen riskitekijöitä, apuvälineiden käyttöä ja liikkumistekniikkaa sekä fyysisen harjoittelun vaikutusta terveyteen tai toimintakykyyn ja kuntoutumiseen. Ohjaus aloitettiin yleensä sairaalassa 1.–3. päivänä leikkauksesta. Yleisimmin käytetty ohjausmuoto oli henkilökohtainen ohjaus ja sen tukena käytettiin kirjallisia ohjeita. Hoitajat ovat hallinneet parhaiten suullisen yksilöohjauksen. Myös kirjalliset ohjeet ovat yleisesti käytettyjä potilaan ohjauksessa. Potilaan sitoutuminen jäi tutkimuksen mukaan usein puutteelliseksi, mikä näkyi sovitun hoitomuodon toteutumattomuutena kotihoidossa.

Laapotti-Salo ja Routasalo (2004, 23–27) ovat tehneet tutkimuksen, joka käsitteli iäkkään potilaan tietoa omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkimuksen mukaan potilailla oli tietoa omasta sairaudestaan ja saamiensa lääkkeiden tarkoituksesta, mutta lääkkeiden haittavaikutuksista tai hoitojaksolla tehdyistä lääkemutoksista he eivät tiedäneet. Heidän omat tavoitteensa, joista he eivät olleet keskustelleet hoitajien kanssa, liittyivät elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemiseen. Lisäksi heiltä puuttui tietoa omasta roolistaan hoidon aikana. Osalle potilaista oli kotiutussuunnitelma jo tehtynä, mutta joukossa oli niitä joilla ei ollut tietoa omasta kotiutusajankohdastaan. Tutkimus osoitti, että kun potilas saa riittävästi tietoa omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutuksestaan poistaa se epävarmuutta, auttaa potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa ja helpottaa kotihoidon suunnittelua.

### 3.3.2 Suulliset ja kirjalliset potilasohjeet

Neuvonta on keskeinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Sen tavoitteena on tukea potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin ja tukea häntä selviytymään kohdanneen sairauden kanssa. Joskus tavoitteen saavuttamiseksi riittää vain se, että potilas saa ohjeen siitä miten toimia tietyissä tilanteissa. Monesti ohjeen lisäksi tarvitaan suullista henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa. Onnistunut potilasneuvonta voi parhaimmillaan vähentää potilaan sairaalakäyntien määrää ja lyhentää hoitoaikoja. Koska hoitoajat ovat lyhentyneet, joutuvat potilaat ottamaan vastuuta itsenäisestä selviytymisestään ja hoidostaan. Siksi he tarvitsevat hyvää ohjausta ja täsmällisiä neuvoja. Potilasohjauksessa hoitajan tulee kysyä haluaako potilas omaisensa/ läheisensä mukaan ohjaukseen, varsinkin ikäihmiset ottavat läheisensä mielellään mukaan ohjaukseen, koska jatkohoidon onnistumi-

nen on monesti myös omaisten vastuulla. (Torkkola ym. 2002, 23–24, 31–36.)

Koska potilaiden hoitajat sairaaloissa ovat lyhentyneet huomattavasti, on aikaa ja mahdollisuuksia henkilökohtaiseen ohjaukseen yhä vähemmän. Kirjallisten ohjeiden käyttö on tärkeässä osassa, jotta potilas saa tarvittavat tiedot ennen hoitoa ja hoitokontaktin päättymisen jälkeen. (Alaperä, Anttila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinkoski, Konola, Leiviskä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen, Suominen 2006, 66.) Hyvä potilasohje antaa ohjausta ja neuvontaa sekä puhuttelee potilasta. Ohjeen lähtökohtana ovat potilaan tarpeet saada itselle oleellista tietoa ja ohjeen tulee olla kirjoitettu selvällä, helposti ymmärrettävällä tavalla. (Torkkola ym. 2002, 31–36.)

Pahikaisen (2000, 6) tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkemyksiä hyvän kotiuttamisen edellytyksistä ja niiden toteutumisesta käytännön hoitotyössä. Hoitajat pitivät tärkeinä kirjallisten jatkohoitohjeiden antamista ja sitä, että potilaat tietävät, minne ottaa yhteyttä, jos kotiutumisen jälkeen tulee ongelmia. Tutkimuksessa kävi myös esiin, ettei hoitajien mielestä hyvä kotiuttaminen toteudu hoitoaikojen lyhenemisen ja liian vähäisen ajan johdosta. Kotiuttamiseen ei ole aikaa ja ohjauskeskusteluun ei ole rauhallista paikkaa.

Oleennaista kirjallisissa ohjeissa on ohjeiden oikeellisuus ja se miten asiat kerrotaan. Kirjalliset ohjeet eivät voi olla vain käskynjakoa, vaan ohjeiden tulee tukea myös potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa. Kirjallisten ohjeiden tavoitteena on pyrkiä vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin. Antamalla potilaalle kirjalliset ohjeet hoitaja pyrkii välttämään ja korjaamaan väärinkäsitykset, vähentämään potilaan ahdistusta ja lisäämään tietoa. Kirjallisilla ohjeilla pyritään antamaan potilaalle ohjeita sairauteen liittyvissä asioissa sekä autetaan potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan omaa elämäänsä sairauden kanssa ja hoidon aikana. (Alaperä ym. 2006, 66.)

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005, 208–216) tutkimuksessa todetaan ohjauksen olevan olennainen osa hoitoa. Tutkimuksen mukaan ohjaus vaikutti positiivisesti muun muassa elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, terveydentilaan ja itsehoitoon. Tutkimuksen mukaan kirjallisen ohjausmateriaalin antaminen tuki suullista ohjausta. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen saadessaan riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta.

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lonkkamurtumapotilaan omia kokemuksia hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa asiakaslähtöisen hoitotyön kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten lonkkamurtumapotilaan hoitopolku etenee?
2. Miten lonkkamurtumapotilaat kokevat kivunhoidon toteutumisen osastolla?
3. Miten lonkkamurtumapotilaat kokevat kuntoutuksen ja kuntouttavan hoitotyön toteutumisen osastolla?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen, siihen sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Tutkimus on laadultaan kokonaisvaltaista tiedon etsimistä, siinä aineisto kerätään luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat tulevat esiin. Tällainen aineiston keruu menetelmä on esimerkiksi teemahaastattelu. Tutkimus toteutetaan joustavasti ja tutkimussuunnitelmaa muutetaan olosuhteiden mukaisesti. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157, 160.)

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisena tutkimuksena, koska laadullinen tutkimus oli hyvä vaihtoehto kartoittaa lonkkamurtumapotilaiden omakohtaisia kokemuksia murtuman jälkeisestä hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta. Kvalitatiivisella tutkimuksella päästiin lähelle lonkkamurtumapotilaiden omia kokemuksia hoidosta ja hoidonvaikuttavuudesta oman hoitoprosessinsa aikana. Kyseisestä aiheesta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa.

### 5.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyö toteutettiin erään terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle. Kohde-organisaation lupa-asiat huomioitiin. Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat lonkkamurtumapotilaat, jotka tulivat jatkohoitoon sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle keskussairaalaan sekä tekoniivelsairaalaan. Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Opinnäytetyöhön haastateltiin lonkkamurtumapotilaita (N=4), jotka olivat aikaan ja paikkaan orientoituneita. Kolme haastateltavista oli naisia ja yksi mies. Iältään he olivat 73–93 -vuotiaita. Tutkimukseen osallistujat olivat saaneet lonkkamurtuman kotona asuessaan ja heidän hoitonsa tavoitteena oli kotiutua. Haastateltavat olivat kotiutuneet yhtä lukuun ottamatta terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan kirurgiselta vuodeosastolta.

Haastattelut toteutettiin kahden viikon kuluttua kotiutumisesta, koska silloin lonkkamurtumapotilaan kokemukset hoidostaan olivat vielä tuoreessa muistissa. Haastatteluihin pyydettiin haastateltavilta kirjallinen suostumus etukäteen. Opinnäytetyön tekijät pyysivät kirjallisen luvan haastateltavilta heidän kotiutuessaan osastolta. Haastateltaviin otettiin yhteyttä puhelimitse tarkan haastatteluajankohdan sopimiseksi. Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Se toteutettiin yksilöhaastatteluna, kunkin

haastateltavan kotona. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja paikalla oli haastateltavien lisäksi opinnäytetyön tekijät. Haastattelut kestivät keskimäärin neljäkymmentäviisi minuuttia.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, joka muistuttaa syvähaastattelua. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten teemojen mukaan, jotka on valikoitu etukäteen. Niihin liittyy myös tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän itsensä asioille antamia merkityksiä sekä sitä kuinka merkitykset syntyvät erilaisista vuorovaikutuksista. (Tuomi & Sarajärvi. 2003, 75.)

Tässä opinnäytetyössä teemat ovat muotoutuneet teorian ja käypä hoito -suositusten mukaan (liite1). Opinnäytetyön lähtökohtana oli kolme tutkimuskysymystä, joihin etsittiin vastauksia teemojen avulla. Haastattelurungon pääteemat ovat lonkkamurtumapotilaan hoitopolku, lonkkamurtumapotilaan kivunhoito osastolla sekä lonkkamurtumapotilaan kuntoutus osastolla. Teemojen avuksi laadittiin apukysymykset ja lisäksi kaikilta haastateltavilta kysyttiin ikä ja hoitoaika.

Koehaastattelu toteutettiin yhdelle lonkkamurtuman saaneelle henkilölle ja haastattelua päätettiin käyttää myös varsinaisessa opinnäytetyössä, koska teemarunko toimi hyvin. Haastattelut nauhoitettiin. Toinen opinnäytetyön tekijöistä toimi haastattelijana ja toinen seurasi vierestä haastattelutilannetta. Haastattelijana pysyi samana kaikissa tapaamisissa, mikä lisäsi haastattelujen luotettavuutta

## 5.2 Aineiston analysointi

Opinnäytetyössä käytettiin deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää laadullisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 91.) Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja ja tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja sekä käsite-karttoja. Sisällönanalyysiin liittyy useita vahvuuksia ja se on saavuttanut tärkeän jalansijan hoitotieteessä. Sisällönanalyysin vahvuuksia ovat esimerkiksi sisällön sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. Se on enemmän kuin yksinkertainen tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia. Sillä tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.)

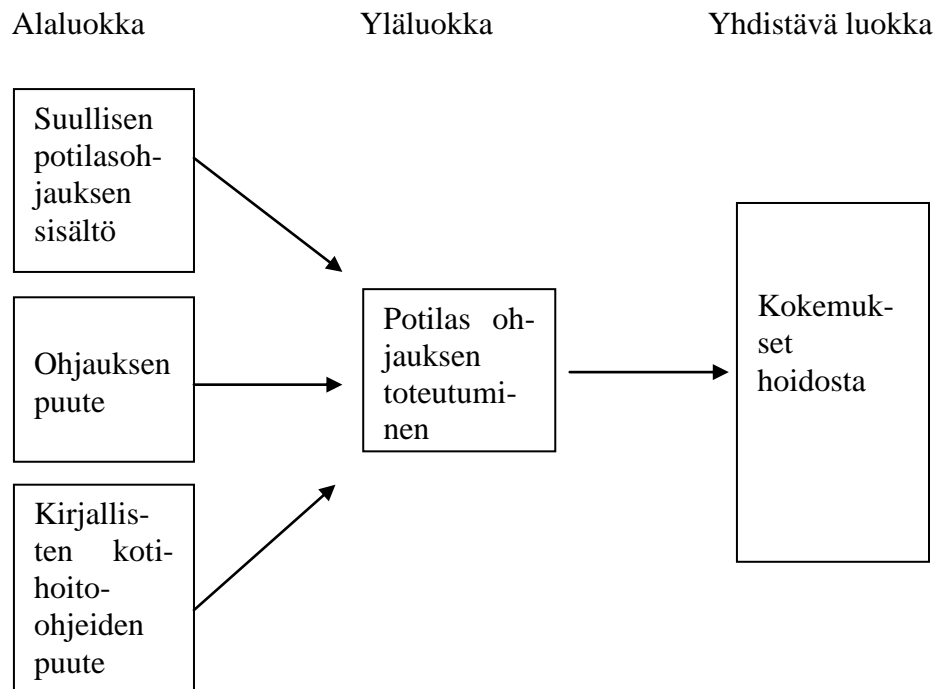
Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoria ja teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tutkitaan teoriassa. Tutkija käyttää yleensä loma-ketta tai analyysikehikkoa, johon teoreettinen lähtökohta on operationalisoitu aikaisemman tutkimuksen ja tiedon tarkoituksen suuntaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Päättely etenee yleiseltä tasolta yksityiskohtiin. Induktiivisella lähestymistavalla tarkoitetaan tieteenfilosofista päättelyä, joka etenee loogisesti yksityiskohdista yleistyksiin. Kun aineistoa tarkastellaan, tavoitteena on löytää yleinen malli tai piirre, joka liittyy aineiston eri osat toisiinsa. Kuvailevalla induktiolla pyritään kuvaamaan ilmiötä siinä muodossa ja järjestyksessä kuin ne esiintyvät todellisuudessa. (Grönfors 1985, 27, 30–31.)

Aineiston muodostivat haastattelut, jotka litteroitiin eli kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelurunko toimi deduktiivisena lähtökohtana. Analyysiä jatkettiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineistoa luettiin useaan kertaan ja siitä etsittiin alleviivaten ne lauseet, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Alleviivaukset tehtiin eri väreillä kunkin tutkimuskysymyksen mukaan. Tämän jälkeen tapahtui induktiivista analysointia jolloin asiakokonaisuudet yksinkertaistettiin eli pelkistettiin (taulukko 1), värikoodit säilyivät pelkistyneen ajan samoina. Pelkistyksestä etsittiin yhtäläisyyksiä, joista muodostettiin alaluokkia. Haastateltavilta kysytyt lisäkysymykset eli niin sanotut taustamuuttujat, esimerkiksi hoitoajat olivat ulkopuolella sisällön analyysin.

Taulukko 1 Esimerkki pelkistyksestä

Alkuperäinen lausuma	Pelkistys
”Sain aina joo, kaikki aina tietoo ihan...sen jälkeen ku oli leikkaus ollu.”	sai hyvin tietoa
”...kannustettiin juu, että omatoimisesti täytyy tehdä...”	kannustettiin omatoimisuuteen
”...sain, sain itte tehdä...”	potilas sai tehdä itse asioita

Alaluokista muodostuivat yläluokat ja yläluokista muodostui yksi yhdistävä luokka (kuvio 2).



Kuvio 2 Esimerkki analysoinnin etenemisestä

### 5.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiö koko moninaisuudessaan. Siksi on tärkeää valita tutkimusaineistoon vain niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät ilmaisemaan itseään. Aineiston valitsemisessa tulisi noudattaa tarkoituksenmukaisuusperiaatetta. Tutkimusraportista olisi hyvä ilmetä, minkä periaatteen mukaan tutkittavat on valittu. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216–217.) Opinnäytetyöhön valittiin haastateltaviksi aikaan ja paikkaan orientoituneita lonkkamurtumapotilaita. Potilaille annettiin saatekirje joka varmisti että haastateltavat olivat tietoisia tästä tutkimuksesta. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, toteuttamisesta ja ajankohdasta. Haastateltavien oma tietoisuus tutkimuksesta lisäsi tämän opinnäytetyön luotettavuutta.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään haastatteleamalla, siksi haastatteluteemoja tulee olla riittävästi. Jos haastattelijan esittämät kysymykset ovat liian suppeita ja kapealle alueelle suuntautuneita kärsii tutkimuksen luotettavuus. Liian suppeat haastatteluteemat voivat myös vaikeuttaa tutkittavan oman näkemyksen esiintuloa. Myöskään liian väljät haastatteluteemat eivät ole suositeltavia, koska silloin tutkimusaineistoa kertyy ja siitä joudutaan osa jättämään raportin ulkopuolelle. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216–217.) Vaikka haastateltavien määrä oli pieni, luotettavuutta lisäsi teemahaastattelurunko, jonka toimivuus varmistettiin koehaastattelun avulla. Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta voi vähentää se, että yksi haastateltava vastasi kysymyksiin hyvin lyhyesti. Luotettavuutta lisäsi tässä kohtaa kuitenkin teemahaastattelurunko, joka antoi vastaukset tutkimuskysymyksiin

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen aineiston kerääminen ja aineiston analysointi sekoittuvat usein toisiinsa. Laadullisen tutkimuksen arviointi perustuu raportin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Arvioitavuus tarkoittaa, että lukijan on mahdollista seurata tutkijan päättelyä ja arvioida sitä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216–220.)

Suorien lainauksien tavoitteena on lisätä aineiston luotettavuutta. Tutkijan pitää varmistua siitä, ettei tutkittavia voida tunnistaa suorista lainauksista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisää myös se, että litteroidusta tekstistä otettiin suoria lainauksia tuloksiin.

Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut olettamuksia tutkimustuloksista, jotka olisivat voineet vaikuttaa haastatteluaineiston analysointiin. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi myös se, että tekijöitä oli vain kaksi. Luotettavuutta lisäsi, että haastateltavia kohdeltiin kunnioittavasti. Haastattelu tilanne oli rauhallinen ja paikalla olivat vain haastateltava ja haastattelijat. Haastateltaville kerrottiin jo etukäteen, että haastattelut tullaan nauhoittamaan. Koska tutkimukseen osallistuvat lonkkamurtuman saaneet ihmiset ovat yleensä ikäihmisiä, oli tärkeää kertoa etukäteen tutkimuksesta ja sen toteuttamisesta.

## 5.4 Opinnäytetyön eettisyys

Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat aina henkilöllisyyden suojaaminen, tiedonantajan vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus. Lisäksi on tärkeää, että tutkija ei tutkimuksellaan aiheuta vahinkoa tiedonantajaan niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikaan. Tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään eli tutkimuksen hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan. Vaikka tiedonantajat eivät välttämättä hyödy tutkimuksesta, voi tutkimus silti parhaimmillaan edistää heidän tietoisuuttaan tutkittavasta asiasta. Eettisesti keskeistä on, että tutkimus on osallistujalle vapaaehtoista ja hän saa koska tahansa keskeyttää sen. Laadullisen tutkimuksen eettisiin kysymyksiin kuuluu pohtia tutkijan roolia suhteessa tiedonantajiin. (Janhonen & Nikkonen 2001, 39; Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 26–27. )

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulee lähtökohtana olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisille annetaan mahdollisuus päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen, näin kunnioitetaan ihmisen itsemääräämisoikeutta. Tutkijoiden on selvitettävä, kuinka he hankkivat ihmisten suostumuksen, minkälaista tietoa tutkittaville tulee antaa ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa liittyy. Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23–25.)

Opinnäytetyön tekijät kertoivat etukäteen avoimesti tutkimuksen toteuttamisesta ja sen eri vaiheista. Haastateltaville korostettiin vapaaehtoisuutta ja että heillä on mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta halutessaan. Haastateltaville kerrottiin selkeästi opinnäytetyöntekijöitä sitovasta vaitiolovelvollisuudesta ja siitä, että tutkimusaineisto hävitetään tutkimusraportin valmistuttua. Haastateltaville annettiin etukäteen saatekirje, johon haastateltavat saivat rauhassa tutustua. Opinnäytetyöntekijät pysyivät haastateltavilta suostumuksen etukäteen ja sen jälkeen täytettiin suostumuskaavake. Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot olivat saatekirjeessä (liite 2).

Tutkittava aihe ei ole arkaluontoinen, eikä aiheuta haittaa tutkittaville. Haastattelut toteutettiin tutkittavan kotona. Läsnä olivat vain opinnäytetyön tekijät ja haastateltava. Ulkopuoliset eivät pystyneet kuuntelemaan keskustelua. Tutkimustulos toi esiin lonkkamurtumapotilaiden kokemuksia, joita voidaan hyödyntää jatkossa.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Ensimmäiseksi tuloksissa esitetään lonkkamurtumapotilaiden hoitopolut ja hoitoajat (taulukko 2, sivu 21). Sisällönanalyysin perusteella muodostui ala- ja yläluokkia sekä niitä yhdistävä luokka (liite 3). Yläluokiksi muodostuivat asiakaslähtöinen hoidon laatu, kivunhoidon toteutuminen osastolla, kuntoutuminen leikkauksen jälkeen ja potilasohjauksen toteutuminen. Yhdistävä luokka on kokemukset hoidosta. Tulokset esitetään yläluokkien jäsentelyn mukaisesti.

## 6.1 Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku ja hoitoajat

Yksi tutkimuskysymys opinnäytetyössä oli miten lonkkamurtumapotilaan hoitopolku etenee. Olemme tehneet jokaisen haastateltavan hoitopolusta oman kaavion Microsoft Visio-ohjelman avulla (liite 4). Näin pystymme tarkastelemaan konkreettisesti hoitopolun kulkua jokaisen haastateltavan kohdalla.

Potilas 1 kaatui kotonaan, hänet vietiin ambulanssilla keskussairaalan ensiapuun. Sieltä hän siirtyi kirurgiselle vuodeosastolle ja leikkaus tapahtui seuraavana päivänä. Potilas oli keskussairaalassa kaksi vuorokautta, sieltä hän siirtyi terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle jatkohoitoon. Terveydenhuollon kuntayhtymän kirurgiselta vuodeosastolta hän kotiutui kahden viikon kuluttua.

Potilas 2 kaatui terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan sisätautiosastolla, kaatumisen jälkeen hänet siirrettiin saman sairaalan kirurgiselle osastolle. Seuraavana päivänä potilas siirrettiin keskussairaalan ensiavun kautta kirurgiselle vuodeosastolle. Leikkaus tapahtui samana päivänä. Potilas oli keskussairaalassa kolme vuorokautta, sieltä hän siirtyi terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle jatkohoitoon. Terveydenhuollon kuntayhtymän kirurgiselta vuodeosastolta hän kotiutui kolmen viikon kuluttua.

Potilas 3 kaatui kotipihallaan, hänet vietiin ambulanssilla terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan ensiavunkautta kirurgiselle vuodeosastolle. Terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalasta hänet vietiin samana päivänä keskussairaalan ensiavun kautta kirurgiselle vuodeosastolle. Leikkaus tapahtui seuraavana päivänä. Potilas oli keskussairaalassa kaksi vuorokautta, sieltä hän siirtyi terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle jatkohoitoon. Terveydenhuollon kuntayhtymän kirurgiselta vuodeosastolta hän kotiutui kahden ja puolen viikon kuluttua.

Potilas 4 kaatui kotonaan, hänet vietiin ambulanssilla terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan ensiavun kautta tekonivelsairaalaan. Seuraavana päivänä hänet siirrettiin yliopistolliseen sairaalaan, jossa leikkaus tapahtui kolmantena päivänä. Yliopistollisessa sairaalassa hän oli neljä vuorokautta, sieltä hän siirtyi terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle jatkohoitoon. Terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalasta hän siirtyi kolmen ja puolen viikon kuluttua yksityiseen hoivakotiin odotamaan kuntoutuspaikkaa.

Seuraavassa taulukossa esitetyn mukaisesti (taulukko 2, sivu 21) haastateltavien hoitoajat vaihtelivat ja niissä oli jonkin verran poikkeavuutta

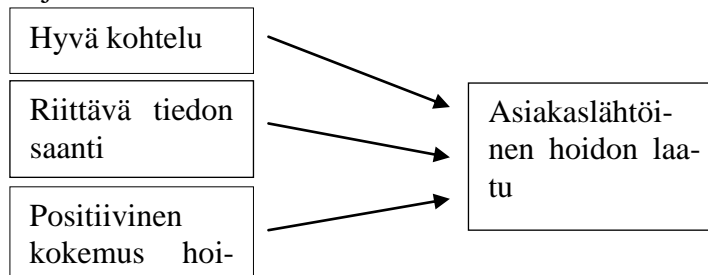


Taulukko 2 Haastateltavien hoitoajat

Haastateltavat	Leikkauspäivät	Hoitopäivät leikkaavassa sairaalassa	Hoitopäivät terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalassa	Hoitopäivät yhteensä
Haastateltava 1	1.	2	14	16
Haastateltava 2	1.	3	21	24
Haastateltava 3	1.	2	18	20
Haastateltava 4	3.	4	25	29

## 6.2 Asiakaslähtöinen hoidon laatu

Hoidon laadun alle muodostui kolme alaluokkaa, jotka ovat hyvä kohtelu, riittävä tiedonsaanti, positiivinen kokemus hoidosta (kuvio 3). Tulokset kirjoitetaan auki alaluokkien mukaan.



Kuvio 3 Asiakaslähtöinen hoidon laatu

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että hoitohenkilökunnan vastaanotto terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalassa oli hyvää. Jokaisen haastateltavan mielestä hoitajat olivat mukavia ja ystävällisiä ja antoivat aikaa. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että saivat hyvän vastaanoton myös muissa sairaaloissa.

*”Oli oikein hyvä vastaanotto, ei täällä ollu mitään, kaikki oli niin ystävällisiä.”*

Suurin osa haastateltavista koki saaneensa terveydenhuollon kuntayhtymän sairaalassa tarpeeksi tietoa oman hoitonsa etenemisestä. Haastateltavien mukaan myös lääkäri kävi keskustelemassa potilaan kanssa, jota he pitivät tärkeänä asiana. Haastateltavat kertoivat saaneensa riittävästi tietoa hoidostaan myös muissa sairaaloissa.

*”...keskusteltiin aina lääkärin kanssa, keskusteltiin...”*

*”Sain aina joo, kaikki aina tietoo ihan...sen jälkeen ku oli leikkaus ollu...kyl se aika hyvin menee, nenästä näkee...”*

Haastateltavat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Heidän mielestään henkilökunta oli ystävällistä. Hoitajat huomioivat poti-

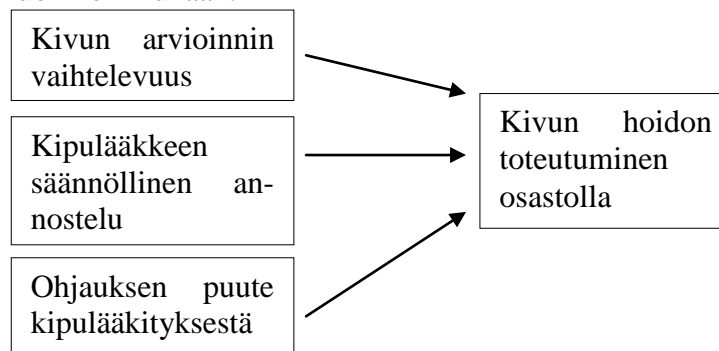
laan yksilönä ja olivat kiinnostuneita heidän voinnistaan. Haastateltavat kokivat saaneensa sairaalassa hyvää kohtelua ja hoitoa. Päälimmäisenä heille jäi mieleen positiivinen kokemus hoidosta.

*”Kaikki hoitajat oli oikein mukavii ja piti huolta ja tuli kyssyyn, et kummonen vointi ja sillai...”*

*”Mukavat muistot jäi juu, ei mittään, et jos seuraavan kerranki rypäsee, ni jot hyvällä mielellä voi mennä uudelleen sairaalaan, sanoin ystävättäreleniki, et siel ol ni hyvä hoito jot...”*

### 6.3 Kivun hoidon toteutuminen osastolla

Kivunhoidon toteutumisen alle muodostui kolme alaluokkaa, jotka ovat kivun arvioinnin vaihtelevuus, kipulääkkeen säännöllinen annostelu ja ohjauksen puute kipulääkityksestä (kuvio 4). Tulokset kirjoitetaan auki alaluokkien mukaan.



Kuvio 4 Kivun hoidon toteutuminen osastolla

Haastateltavat eivät joutuneet itse pyytämään ylimääräistä kipulääkettä, vaan hoitajat kysyivät kipulääkkeen tarvetta yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta säännöllisesti. Yksi haastateltavista kertoi hoitajan kysyneen antamansa kipulääkkeen vaikutuksesta. Muiden haastateltavien kohdalla kipulääkityksen vaikuttavuuden arvioinnissa oli puutteita. Hoitajat eivät kysyneet kipulääkkeen vaikutuksesta ja sen tuomasta avusta.

*”Juu kyllä kysyttiin aina, ei sitä ilman annettu, en mä pyytäny, mut ne kysy aina sitte.”*

*”Ei ne semmossikaan kyselly... mittään mistään vaikutuksist...”*

Vaikka hoitajat kysyivät kipulääkkeen tarvetta säännöllisesti, silti haastateltavat kertoivat, että hoitajien toteuttamassa kivun arvioinnissa oli hajanaisuutta. Joidenkin henkilöiden kohdalla kivun voimakkuutta arvioitiin säännöllisesti, toisien kohdalla siinä oli puutteita. Kahden haastateltavan kohdalla hoitajat käyttivät kivun arvioimiseen kipumittaria ennen ja jälkeen kipulääkkeen antamisen. Kipumittarin avulla arvioitiin kivun voimakkuutta. Haastateltavien mielestä mittarin käyttö ei ollut vaikeaa.

*”...ei siinä mittään mittareita käytetty...”*

*”...juu kyl ne sitäki miittarii käytti, juu semmosta...arvioitiin mimmosta se kipua oli, ei se mikkään vaikee ollu käyttää...”*

Haastatteluissa kävi ilmi, että kivun kokeminen oli yksilöllistä. Toisilla kipua ei ollut lainkaan, joidenkin kohdalla se vaihteli lievästä merkittävään. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että kipulääkettä annettiin osastolla säännöllisesti. He kokivat, että kipua hoidettiin. Kuitenkin haastateltavista kukaan ei saanut kipulääkettä ennen kuntoutusta.

*” ...ne ihmettel vaan ku ei satu ollenkaan...kivut jäi leikkauspöydälle...”*

*”...juu, kipulääkettä ennettiin aika usein, annettiin aika paljoni oikein alkuun ensin...”*

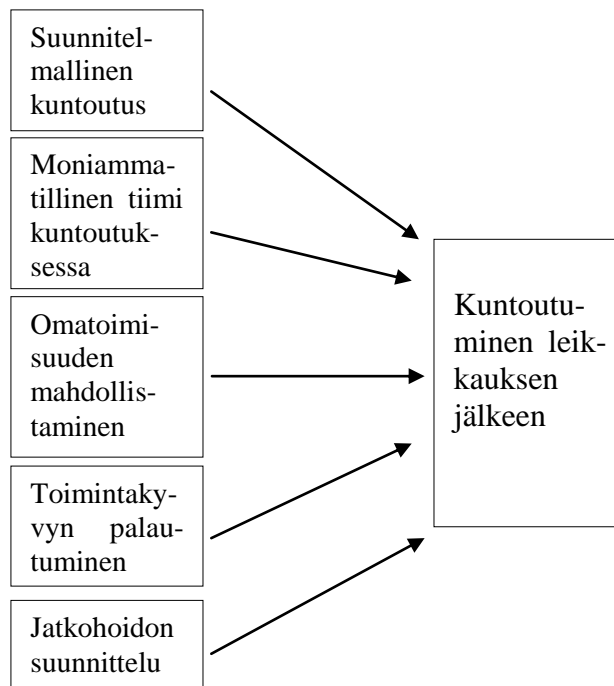
*”ei sitä annettu ennen kuntoutusta...”*

Suurimmalle osalle haastateltavista hoitajat eivät kertoneet kipulääkityksestä, lääkkeitä vain tuotiin potilaalle. Haastateltavat eivät tieneet mitä lääkkeitä he saivat. Ohjaus oli haastateltavien mielestä puutteellista.

*”... ei kerrottu mitään, se tuotiin se satsi vaan aina...”*

#### 6.4 Kuntoutuminen leikkauksen jälkeen

Kuntoutuksen alle muodostui viisi alaluokkaa, jotka ovat suunnitelmallinen kuntoutus, moniammatillinen tiimi kuntoutuksessa, omatoimisuuden mahdollistaminen, toimintakyvyn palautuminen sekä jatkohoidon suunnittelu (kuvio 5). Tulokset kirjoitetaan auki alaluokkien mukaan.



Kuvio 5 Kuntoutuminen leikkauksen jälkeen

Haastateltavien kuntoutus aloitettiin heti leikkauksen jälkeisenä päivänä, jolloin heidät autettiin istumaan vuoteen reunalle. Yhden haastateltavan ensimmäinen ylös nousu tapahtui vasta Forssan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Kirjallista kuntoutussuunnitelmaa hoidon alussa ei tehty kenellekään haastateltavista.

*”Nousin jo siellä leikkauksen jälkeen seuraavana päivänä, ku autettiin, ei sieltä muuten päässy”*

*”Ei täällä mitään suunnitelmaa laadittu...”*

Haastateltavat kertoivat hoitajien kuntouttaneen ja ohjanneen. Kahden haastateltavan mielestä kuntoutuksessa oli kuitenkin puutteita ja he kokivat kuntoutuksen olevan heidän itsensä varassa. Haastateltavien kuntoutukseen osallistui myös fysioterapeutti, joka ohjasi liikkumisessa. Lähes kaikki haastateltavat olivat tyytyväisiä hänen ohjaukseensa. Yksi haastateltavista kuitenkin koki fysioterapeutin ohjauksen puutteelliseksi.

*”Juu, se oli sitä et me käveltiin hoitajien kans joka päivä...juu ohjas juu...”*

*”Ei siellä mitään kuntoutettu...mitä mää itte kävelin...”*

*”Fysioterapeutti tuli ja sano, et ny lähetään mut ei se sen paremmin mitään ohjannu...”*

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että hoitajat kannustivat omatoimisuuteen eivätkä tehneet kaikkea potilaiden puolesta. Potilaille annettiin aikaa ja mahdollisuus omatoimiseen tekemiseen. Kahden haastateltavan kohdalla hoitajat eivät kuitenkaan antaneet mahdollisuutta peseytyä suihkussa omatoimisesti, vaan pesivät puolesta

*”...kannustettiin juu, että omatoimisesti täytyy tehrä...hyvin kannusti ja kannustettiin...”*

*”Kyllä ne hoitajat melkein pesi, hyvä ku pallilla pysy, ei ne mitään kysely...”*

Haastateltavia pyydettiin kertomaan omasta toimintakyvystään ennen ja jälkeen lonkkamurtuman. Osa haastateltavista arvioi toimintakykynsä hyväksi ennen murtumaa. Muiden kohdalla toimintakyky oli kohtalainen ja he liikkuivat vain jonkin verran. Haastattelu hetkellä haastateltavat kokivat liikkumisensa jo aika hyvästä paljon huonompaan, kuin ennen murtumaa. Muutamalla ei ollut vielä täysiä varauslupia.

*”Mie olin liian hätähi ja kaikkea piti tehdä...silittänyt...lämmittänyt ruoat ja sitte se joulusiivo...ulkonaki oon pystynyt menemään.”*

*”Minust on jo aika hyvä, mut ei oo ihan niin hyvä ku ennen...Kävellen sujuu jo aika hyvin...”*

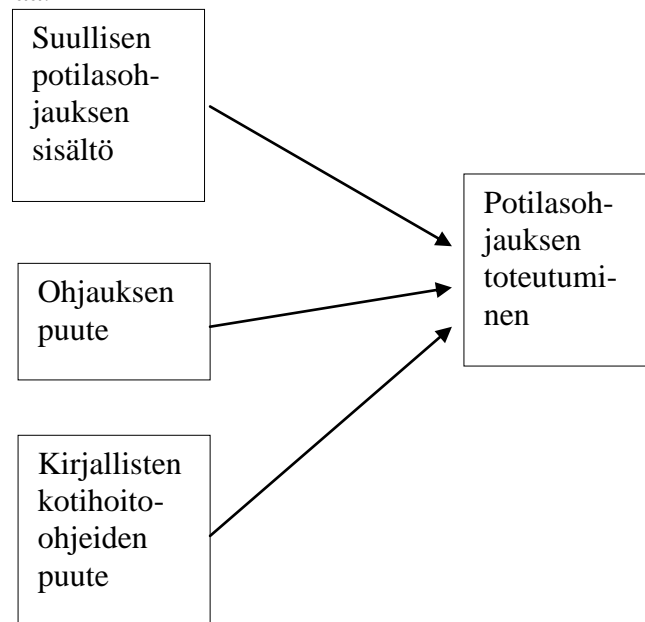
Lähes kaikilta haastateltavilta kysyttiin potilaan omaa mielipidettä jatkohoidosta ja kotiutuksen ajankohdasta. Se myös huomioitiin haastateltavan kotiutumista suunniteltaessa. Yksi haastateltava kertoi, että kuntoutuksen jatkuvuudessa olisi kehitettävää.

*”...kotia olin tulossa nii, enkä mihinkään muualle, mie päätin sen et mie tuun kotio...”*

*”...ei kysytty, sanottiin vaan juu...ja si se et kuntoutus olis jatkunu, sitä olisin toivonu edelleen, sitte sitä ohjattua...”*

## 6.5 Potilasohjauksen toteutuminen

Potilasohjauksen toteutumisen alle muodostui kolme alaluokkaa, jotka ovat suullisen potilasohjauksen sisältö, ohjauksen puute ja kirjallisten kotihoito-ohjeiden puute (kuvio 6). Tulokset auki kirjoitetaan alaluokkien mukaa.



Kuvio 6 Potilasohjauksen toteutuminen

Haastateltavat kertoivat saaneensa kotiuttavalta sairaanhoitajalta suullisia kotihoito-ohjeita, ruokavaliosta, liikkumisesta ja lääkkeiden otosta. Kuitenkin jokainen haastateltavista koki puutteita kotiutustilanteessa saamaansa suullisessa ohjauksessa ja sen sisällössä.

*”...juu ohjattiin kaikkee...muistakaa syödä monipuolisesti... liikuntaa sitte voimien mukkaan vaan...”*

Haastateltaville ei kerrottu mihin ottaa yhteyttä, jos toipumisessa tulee ongelmia. Haastateltavat olisivat kaivanneet enemmän ohjausta myös liikkumisesta lonkkamurtuman jälkeen sekä liikuntarajoitteista. Lisäksi he olisivat kaivanneet enemmän tietoa siitä, kuinka toimia hakasten poiston jälkeen ja mitä monipuolisella ruokavaliolla tarkoitetaan.

*”...ei muuta ku, että monipuolisesti pitäs kuulemma syödä, sen verran mainittiin juu...”*

Haastateltavat eivät saaneet mukaansa kirjallisia kotihoito-ohjeita, lääkelistaa lukuun ottamatta. Heille ei missään vaiheessa osastolla oloaikana annettu kirjallisia ohjeita haavanhoidosta, ravitsemuksesta ja liikkumisesta. Kuitenkin haastateltavat olisivat kaivanneet muistinsa tueksi ohjeet kirjallisena.

*” Ei antanu mittään, paitsi mitä mun päähän jäi...muistin perusteella oon tehny...”*

*”...juu mitäköhän me oikein juteltiin, ei tuu kyl yhtään mittään mieleen...”*

## 7 TULOSTEN TARKASTELUA JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lonkkamurtumapotilaiden omia kokemuksia hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tulosten mukaan lonkkamurtumapotilaan hoitopolun alkuvaiheessa haastateltavat joutuivat siirtymään monen hoitopaikan kautta ennen varsinaista leikkausta. Haastateltavat olivat tyytyväisiä hoidon laatuun sekä hoitajien kohteluun. Kivun arvioinnissa oli osittain puutteellisuutta, eikä ennen kuntoutusta annettu kipulääkitystä. Hoitajat käyttivät työssään kuntouttavaa työtettä, vaikka kirjallista kuntoutussuunnitelmaa ei laadittu kenellekään haastateltavista. Kotiutusohjeissa oli puutteita.

Opinnäytetyössä tuli esiin, että hoitopolun alkuvaiheessa haastateltavat joutuivat kulkemaan monen eri hoitopaikan kautta ennen varsinaista leikkauksosastoa. Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju suosituksessa on kuitenkin tavoitteeksi asetettu hoitoprosessin sujuvuus ja nopeus sekä kokonaisvaltainen hoito. (Vihtonen, Alijärvi, Mäkinen, Laine, Laitinen & Kyyhkyinen 2012; Käypä hoito -suositus 2011.) Kun lonkkamurtumapotilaan hoitopolku on hoidon alkuvaiheessa laaja, vaarantaa se helposti tiedonkulun eri organisaatioiden välillä. Potilas saattaa kokea turvattomuutta, koska monista siirroista johtuen yksilöllinen ja asiakaslähtöinen hoidon toteutuminen voi jäädä puutteelliseksi

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92). on säädetty potilaan oikeus omaa terveydentilaansa koskevien tietojen saantiin. Tämän lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa esimerkiksi sellaisista asioista, joilla on merkitystä hänen hoidostaan päätettäessä sekä hoitovaihtoehtoista. Tärkeää on myös, että potilas ymmärtää saamansa tiedon haastatteluissa selvisi, että suurin osa haastateltavista koki saaneensa riittävästi tietoa siitä miten heidän hoitonsa etenee. Myös lääkäri oli käynyt keskustelemassa haastateltavien kanssa.

Tässä opinnäytetyössä tuloksista ilmeni, että haastateltavat olivat tyytyväisiä henkilökunnan kohteluun. Heidän mielestään hoitajat olivat ystävällisiä ja mukavia sekä antoivat aikaa. Haastateltavien saama vastaanotto eri sairaaloissa koettiin hyväksi. Myös Saarisen (2007) pro gradu -tutkimuksessa

päivystyspoliklinikalla potilaan ja hoitajien väliseen vuorovaikutukseen oli valtaosa potilaista tyytyväisiä. Vuorovaikutusta kuvattiin joustavaksi, mukavaksi, välittäväksi, huolehtivaksi ja ystävälliseksi kanssa jonka he kokivat tärkeäksi. Elorannan, Katajiston ja Leino -Kilven (2008) tutkimuksessa tuli esiin, että potilaat arvioivat hoidon laadun kirurgisella vuodeosastolla keskimäärin hyväksi. Potilaiden mielestä parhaiten toteutuivat hoitoympäristöön liittyvät laatutekijät. Myös tämän opinnäytetyön tulos oli samansuuntainen. Tuloksissa ilmeni, että potilaat arvioivat saamansa hoidon laadun hyväksi. Tärkeimpänä korostui positiivinen kokemus hoidosta. Hyvällä ja laadukkaalla hoidolla saatiin potilaille positiivinen kokemus hoidosta, vaikka hoitopolku olikin hyvin laaja.

Hoitotyön tutkimussäätiön suositusten mukaan potilaalta tulee kysyä omaa arviotaan kivun voimakkuudesta. Potilaan kivun voimakkuutta tulee arvioida potilaan itsensä arvioimana kipumittarin avulla. Samaa kipumittaria tulee käyttää koko hoitajakson ajan ja tieto potilaan valitsemasta kipumittarista tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Kipua tulee arvioida erilaisissa tilanteissa säännöllisesti. (Salanterä ym. 2013.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa oli hajanaisuutta. Suurimmalla osalla haastateltavista kipulääkkeen tarvetta kysyttiin säännöllisesti, vaikka kivun arvioinnissa oli vaihtelevuutta. Tuloksissa tuli ilmi myös se, että osalla haastateltavista kivun arvioimiseen käytettiin kipumittaria, osan kohdalla sellaista ei erikseen käytetty. Lisäksi hoitajien toteuttama kipulääkkeen vaikutuksen arviointi jäi lähes kaikkien haastateltavien kohdalla tekemättä. Tutkimustuloksia tarkastellessamme pohdimme, miksi kipumittaria käytetään niin harvoin, vaikka se helpottaisi osaltaan kivun arviointia. Kokevatko hoitajat kipumittarin käytön liian työlääksi? Voisiko osastolla järjestää osastotunti, jossa käytäisiin läpi kipumittarin käyttöä ja sen tarpeellisuutta?

Lonkkamurtumapotilaiden käypä hoito -suosituksen mukaan kuntoutusenaikaisesta kivun lääkehoidosta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Työryhmä kuitenkin suosittelee potilaalle säännöllistä suun kautta otettavaa kipulääkitystä. (Käypä hoito -suositus 2011.) Haastatteluissa ilmeni, että kipulääkettä annettiin säännöllisesti. Kuitenkaan kenellekään potilaalle ei annettu kipulääkettä ennen kuntoutusta, eikä sen tarvetta kysytty. Potilaan sitoutumista omaan kuntoutumiseensa voidaan lisätä, kun hoitajien huolehtima riittävä kivunhoito ennen kuntoutusta toteutuu.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että haastateltavien saamassa hoitajien toteuttamassa kivunhoidon ohjauksessa oli puutteita. Hoitajat eivät olleet kertoneet haastateltaville kipulääkityksestä, eikä siitä mitä lääkkeitä he antavat. Reynolds (2009) on käsitellyt tutkimuksessaan kivun hoitoon liittyvää potilasohjausta. Tutkimuksessa ilmeni, että kivun hoitoon liittyvä potilasohjauksella voidaan parantaa postoperatiivista kivun hallintaa. Potilasohjausta saaneet kokivat vähemmän päivittäisiä toimintoja häiritsevää kipua.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että suurin osa haastateltavista autettiin ylös heti leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tulos on yhtenevä Käypä hoito -suosituksen kanssa, jonka mukaan lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutus ja mobilisointi tulee aloittaa jo leikkauksen jälkeisenä

päivänä. Varhaisella mobilisaatiolla ja tehokkaalla fyysisellä harjoittelulla saadaan parannettua liikkumis- ja toimintakyvyn palautumista sekä ehkäistä komplikaatiota. Kävelykyvyn nopea palautuminen johtaa lyhempään sairaalahoitajakseen ja suurempaan todennäköisyyteen palata omaan kotiin. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Pietikäinen, Karppi, Heinonen ja Huusko (2003) ovat käsitelleet tutkimuksessaan lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeistä hoitoa ja kuntoutusta geriatrisella vuodeosastolla. Lonkkamurtumapotilaan hoitoon tulee kuulua potilaan yksilöllisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu ja sen osaikaisen toteutuksen takaaminen. Opinnäytetyössämme kävi ilmi, ettei kenellekään haastateltavista laadittu kirjallista kuntoutussuunnitelmaa. Kuitenkin potilaan kanssa yhdessä laaditulla kirjallisella kuntoutussuunnitelmalla saataisiin potilas ehkä paremmin sitoutumaan omaan kuntoutumiseensa. Osa haastateltavista koki puutteita hoitajien toteuttamassa kuntoutuksessa. Heidän mielestään kuntoutus oli heidän itsensä varassa. Haastateltavien kuntoutukseen osallistui myös fysioterapeutti osana moniammatillista tiimiä. Kirjallisella suunnitelmalla saataisiin myös hoitohenkilökunta sitoutumaan potilaiden yksilölliseen ja tavoitteelliseen kuntouttavaan hoitotyöhön, jolloin potilaiden hoitoajat voisivat lyhentyä.

Routasalon (2002) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla oli selkeä käsitys omasta toiminnastaan kuntoutustiimissä, oman työn tavoitteissa ja potilaan motivoimisessa. Sairanhoitajat keskustelivat potilaan kanssa potilaan kuntoutumisen edistymisestä ja kokivat potilaan kuntoutumistavoitteet tärkeiksi. Sairanhoitajien käsitys kuntouttavasta työotteesta ei aina toteutunut heidän toiminnassaan. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat joiltakin osin eriävät. Haastateltavat kokivat hoitajien kannustavan omatoimisuuden sekä kuntouttava työote näkyi heidän työskentelyssään. Potilaat saivat aikaa itsenäiseen tekemiseen. Vaikka haastateltaville ei laadittu kirjallista kuntoutussuunnitelmaa, potilaiden omatoimisuuden tukeminen ja hoitajien kuntouttava työote edesauttoivat potilaan kuntoutumista.

Hyttisen ja Kanervan (2011) mukaan yleisimmin käytetty ohjausmuoto lonkkamurtumapotilaalle oli henkilökohtainen suullinen ohjaus ja sen tukena käytetään kirjallisia ohjeita. Hoitajat ovat hallinneet parhaiten suullinen yksilöohjauksen. Tämän opinnäytetyön tulokset poikkesivat aiemmista tuloksista. Haastateltavat kokivat puutteita kotiutustilanteessa hoitajan antamassa suullisessa ohjauksessa, haastateltaville ei esimerkiksi kerrottu kuinka toimia, jos kotona tulee ongelmia. Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) tutkimuksen mukaan kirjallisen ohjausmateriaalin antaminen tuki suullista ohjausta. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, saadessaan riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta.

Pahikaisen (2000) tekemän tutkimuksen mukaan, hoitajat pitivät tärkeinä kirjallisten jatkohoito-ohjeiden antamista ja sitä, että potilaat tietävät minne ottaa yhteyttä jos kotiutumisen jälkeen tulee ongelmia. Tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi ettei haastateltaville annettu lainkaan kirjallisia kotihoito-ohjeita. Haastateltavat kaipasivat kirjallisia ohjeita suullisen ohjauksen tueksi. Suurin osa lonkkamurtumapotilaista on ikäihmisiä ja he tarvitsevat selkeät kirjalliset potilasohjeet muistinsa tueksi. Ohjeet on käy-



tävä potilaan kanssa läpi ja hoitajan on varmistettava, että potilas ymmärtää ne oikein. Näin välttyään mahdollisilta väärinkäsityksiltä, jotka voivat vaarantaa potilaan kuntoutumisen kotona.

Kehittämisehdotuksiksi tämän aineiston pohjalta nousivat

1. Potilaan hoitopolun selkeyttäminen ja nopeuttaminen eri organisaatioiden välillä. Olisi sovittava yhteiset hoitokäytännöt, jotka voisivat selkeyttää hoitopolun muodostumista asiakaslähtöisemmäksi.
2. Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeisen kivunhoidon kehittäminen. Kivunhoitoa voisi kehittää esimerkiksi koulutusten kautta. Niissä käsiteltäisiin kivun arviointi, kipumittarin käyttöä, potilas ohjausta ja kuntoutuksen aikaista kivunhoitoa. Yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatiminen jokaiselle lonkkamurtuman takia jatkohoitoon tulevalle potilaalle olisi tärkeää. Osastolla järjestettäisiin asiasta koulutus. Kouluttajalla pitäisi olla omakohtaista kokemusta kuntoutussuunnitelman käytöstä.
3. Suullisen potilasohjauksen kehittäminen ja kirjallisten potilasohjeiden laatiminen lonkkamurtumapotilaille. Hoitajien suullisen ohjauksen tueksi kehitettäisiin lista, jossa olisi koottuna asiat, jotka potilaan kanssa on käytävä läpi. Osastolle pitäisi laatia myös kirjallinen ohje, jonka voi antaa lonkkamurtumapotilaalle tämän kotiutuksessa. Ohjeen tulee olla selkeä ja helposti ymmärrettävä.

## LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1. painos Helsinki: Sano-maPro.
- Aejmelaeus, R. Kan, S. Katajisto, K-R & Pohjola, L. 2007. Erikoistu van-hustyöhön. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honka-nen, R., Holtinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teok-sessa: Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Potilasohjauksen haas-teet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopis-topaino.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2001. Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: WSOY.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoi-don laadun arvioitsijana. Hoitotiede. Vol. 20 (3), 115–125.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Kustannusosa-keyhtiö Tammi.
- Gröndahl, W. 2009. Sairaanhoidajan arvio iäkkään kotiutuvan potilaan toimintakyvystä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätö menetelmät. Juva: WSOY.
- Hammer, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria arvioinnista kun-toutukseen. Helsinki: Edita.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kivunhoito leikkauksen jäl-keen. Viitattu 23.2.2013.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13–14. osin uud. painos. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätai-tien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4–5 uud. Painos. Porvoo: Ws Bookwell Oy.

Hurri, S. 2006. Liike on lääke lonkkamurtumassakin. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 12.4.2013.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaa\\_nhoitaja-lehti/6-7\\_2006/kaypa\\_hoito/liike\\_on\\_laake\\_lonkkamurtumassak/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaa_nhoitaja-lehti/6-7_2006/kaypa_hoito/liike_on_laake_lonkkamurtumassak/)

Hyttinen, H. & Kanerva, A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus: systematisoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 9 (2), 12–20.

Hägg, T. Ivanoff-Lahtela, P., Rantio, M., Suikki, P & Vuori, A. 2007. Hoitotyö kotona. 1 painos. Porvoo. WSOY. Oppimateriaalit Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa: Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Järvinen, L. & Rautiainen, S. 2008. Hoitoprosessin kulku TAYSin ORTO-osastolla. Viitattu 14.4.2013.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaa\\_nhoitaja-lehti/6-7\\_2008/muut\\_artikkelit/hoitoprosessin\\_kulku\\_taysin\\_orto/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaa_nhoitaja-lehti/6-7_2008/muut_artikkelit/hoitoprosessin_kulku_taysin_orto/)

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy.

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, M-L., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P. & Komulainen, J. 2006. Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi-opas hoitoketjun laadin-taan. Viitattu 5.3.2013.

[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/arttunnus/33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas\\_2006.pdf](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/arttunnus/33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas_2006.pdf)

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A., Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: Ws Bookwell oy.

Korpijärvi, H. Lyhyen hoitoajan jälkeen kotiin-Miten selviytyy iäkäs polven tekonivelpotilas. Poliklinikka 2012, 2.

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.1.2013.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky. Kuntouttava hoitotyö. 2010. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 15.3.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01138](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01138)

- Käypä hoito -suositus. 2011. Lonkkamurtuma. Viitattu 10.10.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040?hakusana=lonkkamurtuma>
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 11(1), 3–11.
- Kääriäinen, M. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. 2008. Tutkiva hoitotyö vol.6 (4), 10–14.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995- 2002. Hoitotiede vol. 17 (5), 208–216.
- Laapotti-Salo, A. & Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkiva hoitotyö vol. 2 (1), 23–27.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.08.1992/785. Viitattu 6.4.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus-hoitotyön punainen lanka. Luettu: 12.3.2013.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10\\_2006/paakirjoitus/potilasohjaus\\_hoitotyon\\_punainen/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/)
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkimus.
- Pietikäinen, S., Heinonen, M., Karppi, P. & Huusko, T. 2003. Lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus geriatrisella osastolla. Hoitotiede Vol. 15 (4), 191–197.
- Piirtola, M. 2008. Kaatumiset ja murtumat kuriin - murtumat toimintakyvyn heikkenemisen ja kuoleman itsenäisinä vaaratekijöinä. Turun yliopisto, yleislääketiede. Viitattu 4.4.2013.  
[http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Kaatumiset\\_ja\\_murtumat\\_kuriin\\_24092008.pdf](http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Kaatumiset_ja_murtumat_kuriin_24092008.pdf)
- Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.). Kipu. 2009, 237–244 Keuruu: Otavan kirjapaino oy.
- Reynolds MAH. 2009. Postoperative pain management discharge teaching in a rural population. Pain Management Nursing 10(2), 76–84. Viitattu 15.4.2013.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904208001288>

Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Gerontologia* 3, 109–119.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* 3, 207–206.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Viitattu 15.4.2013.

[http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf)

Salomäki, T. & Rosenberg, P. 2006. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, R., Alahuhta, S., Lindgren, L. Olkkola, K. & Takunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Duodecim.

Silvennoinen - Nuora, L. 2006. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Esimerkkinä reumapotilaiden hoitoketju. Lisensiaatin tutkimus. Tampereen yliopisto. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta Tampere.

Simonen, O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Viitattu 5.3.2013.

<http://tampub.uta.fi/handle/10024/66852>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös. 2008. Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Esitteitä.

Sund, R., Juntunen, M., Lüthje, P., Huusko, T., Mäkelä, M., Liski, A. & Häkkinen, U. 2008. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Viitattu 1.10.2012.

<http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkajulkaisut/tyopapereita08/VT18-2008.htm?Description=abstract#abstract>

Suomen Akatemia tutkii. 2006. Hoitoketju toimivaksi terveydenhuollossa. Viitattu 23.2.2013.

[http://deski.fi/page.php?page\\_id=9&tiedote\\_id=3090](http://deski.fi/page.php?page_id=9&tiedote_id=3090)

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2005. Vanhusten hoito. Porvoo: WSOY Kirjapainoyksikkö.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki.

Vartiainen, A. 2000. Kivunhoidon historiasta. Teoksessa: Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peipolainen, A. 2002. Asiakslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, opas laatuun. Helsinki: Stakes, 38-42.

Vihtonen, K., Alijärvi, P., Mäkinen, S., Laine, H-J., Laitinen, M. & Kyyhkynen, T. 2012. Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju. Terveysportti. Viitattu 15.4.2013.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo96198&p\\_haku=lonkkamurtumapotilaan%20hoitoketju](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96198&p_haku=lonkkamurtumapotilaan%20hoitoketju)

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

### Taustatiedot

- Haastateltavan ikä
- Haastateltavan hoitoaika eri yksiköissä
- Haastateltavan kokonaishoitoaika

### 1.Lonkkamurtumapotilaan hoitopolun eteneminen

- Missä kaaduitte?
- Minkä hoitopaikkojen kautta kävitte ennen leikkausta?
- Miten koitte hoitohenkilökunnan ottavan teidän vastaan? Miten koitte tilanteen?
- Miten hoitonne eteni? Saitteko tarpeeksi tietoa hoitonne etenemisestä ja aikatauluista, minkälaista tietoa saitte?
- Miten yksilölliset toiveenne huomioitiin? Miten osallistuitte oman hoitonne suunnitteluun?
- Kertokaa kokemuksista jotka jäivät päällimmäisinä mieleenne?

### 2.Lonkkamurtumapotilaan kivunhoito osastolla

- Kertokaa kivunhoidosta?
- Miten kipuanne arvioitiin? Käytettiinkö jonkinlaista mittaria, millaista?
- Miten kipuamme hoidettiin?
- Miten teitä ohjattiin kivunhoidossa?
- Miten koitte saamanne kipulääkityksen? Oliko se riittävää? Saitteko kipulääkettä ennen kuntoutusta?
- Varmistettiinkö, että kipulääke auttoi?
- Mitä hoitajat kertoivat saamastanne kipulääkityksestä?

### 3.Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus kirurgisella vuodeosastolla

- Millainen oli toimintakykynne ennen lonkkamurtumaa?
- Miten kuntoutukseenne suunniteltiin, kun saavuitte osastolle? Saitteko itse osallistua suunnitteluun? Ketkä osallistuivat kuntoutukseenne?
- Kuinka nopeasti kuntoutus alkoi? Milloin nousitte ylös ensimmäisen kerran?
- Miten teitä kannustettiin omatoimisuuteen osastolla?
- Miten teitä ohjattiin ylös nousemiseen ja liikkumiseen osastolla?
- Millaista ohjausta saitte kotiutuessanne? Saitteko riittävät kotihoito- ohjeet? Mitä teille kerrottiin kivunhoidosta, liikkumisesta ja ravitsemuksesta? Saitteko ohjeet kirjallisena?
- Minkälainen on tämänhetkinen toimintakykynne?
- Miten mielestänne työtä voitaisiin kehittää?

Saatekirje

Liite 2

## HYVÄ HAASTATTELUUN OSALLISTUJA

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää lonkkamurtumapotilaiden omia kokemuksia ja mielipiteitä hoidosta ja sen vaikuttavuudesta osastolla. Kysymme teidän suostumustanne haastatteluun.

Tulemme haastattelemaan Teitä teille sopivana ajankohtana valitsemassanne paikassa. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimustulokset käsitellään luottamuksellisesti, eikä Teidän henkilöllisyytenne paljastu missään vaiheessa. Nauhoitamme haastattelun, nauhoituksen hävitämme opinnäytetyömme valmistuttua. Olemme vaitiolovelvollisia.

Tarvitsemme Teiltä kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta

Teidän kokemuksenne ja mielipiteenne ovat arvokasta tietoa opinnäytetyötä varten.

Ystävällisin terveisin.

Mervi Aunesneva

0400-484174

mervi.aunesneva@student.hamk.fi

Kati Vepsä

0408250741

kati.vepsa@student.hamk.fi

## SUOSTUMUSLOMAKE

Osallistun haastatteluun, jossa selvitetään lonkkamurtumapotilaiden omia kokemuksia ja mielipiteitä hoidosta ja sen vaikuttavuudesta osastolla. Haastattelijat ottavat Teihin yhteyttä ja sopivat tarkemman haastattelu ajankohdan.

Aika, paikka ja allekirjoitus/nimen selvennys



Alaluokka

Yläluokka

Yhdistäväluokka

