

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Päivi Johansen ja Meri Nieminen

OPAS LONKKAMURTUMAPOTILAALLE JA OMAISELLE

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

JOHANSEN, PÄIVI

Opas lonkkamurtumapotilaalle ja omaiselle

NIEMINEN, MERI

Opinnäytetyö

39sivua + 12 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Sari Virkki

Toimeksiantaja

Carea

Marraskuu 2014

Avainsanat

lonkkamurtuma, kuntoutuminen, potilasohjeet, omaiset

Lonkkamurtumia tapahtuu vuosittain Suomessa yli 7000 ja ne ovat yksi merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita. Iän myötä lonkkamurtuman riski moninkertaistuu. Yhden lonkkamurtuman ensimmäisen vuoden kustannukset vuonna 2010 olivat noin 19 000 euroa. Lonkkamurtumapotilaan kokonaishoitojakson keskimääräinen pituus oli 42,9 vuorokautta koko maan alueella vuosina 2008 - 2010.

Kymenlaakson keskussairaalassa on otettu käyttöön syyskuussa 2013 uusi toimintamalli, joka pohjautuu alun perin Espoossa käyttöönotettuun lonkkaliukumäkimalliin. Lonkkaliukumäkimallissa eri organisaatioiden ja ammattiryhmien välinen yhteistyö on tiiviimpää ja murtumapotilaan omaisia kannustetaan motivoimaan läheistään kuntoutumisen aikana. Uuden toimintamallin ansiosta lonkkamurtumapotilaiden kokonaishoitoajat ovat lyhentyneet ja kustannukset pienentyneet huomattavasti.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli laatia selkeä ja kattava opas, jonka avulla lonkkamurtumapotilas ja hänen omaisensa pääsevät tutustumaan edessä olevaan kuntoutumisprosessiin jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Opinnäytetyö on tehty projektityönä, jossa on menetelmänä käytetty sisällönanalyysia ja lonkkamurtumapotilaan hoitopolun kuvaamisen tueksi on haastateltu hoitoprosessiin osallistuvia asiantuntijoita.

ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care

JOHANSEN, PÄIVI

Guide to Hip Fracture Patients and Their Close Relatives

NIEMINEN, MERI

Bachelor's Thesis

39 pages + 12 pages of appendices

Supervisor

Sari Virkki, lecturer

Commissioned by

Carea

November 2014

Keywords

hip fracture, rehabilitation, patient guidelines, close relatives

Every year more than 7000 hip fractures occur in Finland and they are one of the most significant challenges in health care. With age, the hip fracture risk is multiplied. In 2010 the costs of the hip fracture for the first year were approximately EUR 19 000. The overall average length of treatment for a patient with a hip fracture was 42.9 days in the whole country for 2008 - 2010.

A new approach was introduced in September 2013 in Kymenlaakso Hospital, which is based on a hip slide model, which was originally introduced in Espoo. In the hip slide model, different organizations and professional groups have a closer cooperation and the close relatives of the fracture patient are encouraged to motivate the patient during the rehabilitation. Due to the new approach, the overall treatment time of hip fracture patients is shorter and the costs are reduced considerably.

The aim of this thesis was to develop a clear and comprehensive guide to help hip fracture patients and their close relatives to get to know the rehabilitation process as early as possible. The method used in the thesis was content analysis and also interviews were conducted with experts involved in the treatment process to describe the hip fracture patients care path.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	LONKKAMURTUMIEN RISKITEKIJÄT	7
3	LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOTYÖ	10
	3.1 Eri murtumatyyppeiden leikkaushoito	11
	3.2 Lonkkamurtumapotilaan hoito ennen leikkausta	12
	3.3 Leikkauksen jälkeinen hoitotyö ja komplikaatioiden ehkäisy	13
	3.4 Lonkkamurtumapotilaan kivunhoito	16
4	KUNTOUTUMINEN	16
	4.1 Kotiutuminen ja uusien murtumien ennaltaehkäisy	18
	4.2 Omaisen kuntoutumisen tukena	19
5	LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOPOLKU	20
	5.1 Ensihoito ja kuljetus	21
	5.2 Ensiapu ja tutkimukset	21
	5.3 Leikkaushoito	22
	5.4 Vuodeosasto 5	23
	5.5 Kymen hoito- ja kuntoutuskeskus	24
6	HYVÄ POTILASOHJE	26
7	PROJEKTINA TOTEUTETTAVA OPINNÄYTETYÖ	28
	7.1 Aikataulu ja yhteydenpito työelämäedustajien kanssa	29
	7.2 Sisällönanalyysi	30
8	POHDINTA	31
	8.1 Eettisyys, luotettavuus ja hyödynnettävyys	33
	8.2 Oppaan laatiminen	33
	LÄHTEET	35

LIITTEET

Liite 1. Potilasopas

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Kymenlaakson keskussairaalassa on otettu syyskuussa 2013 käyttöön uusi paranneltu lonkkamurtumapotilaan hoidon toimintamalli, joka on muokattu Espoon lonkkaliukumäki-mallista Kymenlaakson keskussairaalaan sopivaksi.

Lonkkaliukumäki on vuonna 2011 alun perin Espoossa käyttöön otettu Vuoden Laatuinnovaatio -palkinnon saanut toimintamalli. Toimintamalli on lyhentänyt huomattavasti lonkkamurtumapotilaiden hoitoaikoja, vähentänyt kustannuksia sekä tiivistänyt eri organisaatioiden ja ammattiryhmien välistä yhteistyötä.

(Lonkkaliukumäki on Vuoden Laatuinnovaatio 2012.)

Lonkkamurtumat eli reisiluun yläosan murtumat (fractura femoris) ovat Suomessa merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita. Vuonna 2008 lonkkamurtuman sai 7 200 henkilöä. Heistä suurin osa oli iäkkäitä naisia. Noin tuhannen henkilön kohdalla murtuma ei tullut ensimmäistä kertaa. (THL 2014.) Ruotsissa lonkkamurtumia on jostain syystä suhteellisesti paljon enemmän kuin Suomessa, myös leikkauskäytännöissä on eroja maiden välillä (Peltola 2013). Lonkkamurtumista yli 90 % syntyy liukastumisen, kaatumisen tai vuoteesta putoamisen seurauksena. Suurin osa murtumista syntyy sisätiloissa kotona tai palvelutalossa. (Lönnroos 2008, 302.)

Useimmat lonkkamurtuman saaneet eivät palaudu murtumaa edeltäneeseen toimintakuntoon, vaan joutuvat laitoshoitoon. Kolmannes murtuman saaneista ikäihmisistä kuolee vuoden sisällä murtumasta. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007, 9.)

Vuonna 2000 kustannukset akuuttia sairaalahoitoa vaativien kaatumisvammojen osalta olivat 39 miljoonaa euroa. Lonkkamurtumien osuus oli tästä summasta 82 %. Jos kotona asuva henkilö joutuu lonkkamurtuman takia laitoshoitoon, ovat kustannukset ensimmäisenä vuotena noin 38 500 euroa. (Mänty ym. 2007, 10.) Lonkkamurtuman ensimmäisen vuoden kustannukset vuonna 2010 olivat noin 19 000 euroa (Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus 2011).

Lonkkanivel on reisiluun pään ja lonkkamaljan muodostama pallonivel. Sen liiketaajuus on pienempi kuin olkanivelen. Vakaiden lonkkanivelten ansiosta kehon paino pysyy hyvin tasapainossa alaraajojen päällä. (Sand, Sjaasdat, Haug & Bjälle 2011, 229 - 230.)

Luunmurtuma voi syntyä esimerkiksi luun taipuessa tai sen altistuessa repäisylle, kiertymälle tai paineelle. Kaatuminen tai auton töytäisy voivat kertoa ulkoapäin luuhun kohdistuneesta väkivallasta. Itsestään syntyvään spontaaniin murtumaan taas ovat usein syynä luun sairaus esimerkiksi luutulehdus, luusyöpä, luukato, luun synnynnäinen heikkous tai liikkumattomuudesta johtuva luun heikkeneminen. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 661.)

Lonkkamurtuman oireina voivat olla mustelmat, turvotus ja lonkan seudun aristus. Raajan aktiivinen liikuttelu ei onnistu, eikä siihen pysty varaamaan. Oireet diagnosoidaan kliinisellä tutkimuksella sekä röntgenkuvauksella. Hoitosuunnitelma tulee tehdä mahdollisimman nopeasti. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 262 - 263.) Lonkkamurtumista noin 62 % sijaitsee reisiluunkaulan alueella, trokanteerisia murtumia on noin 30 % ja subtrokanteerisia noin 8 %. Lonkkamurtumapotilaan kokonaihoitajakson, eli leikkaushoitajakson ja sitä seuraavan sairaala- ja laitoshoidon, keskimääräinen pituus oli 42,9 vuorokautta koko maan alueella vuosina 2008 - 2010. (THL 2012.)

Ikävuosien 60 - 80 välillä lonkkamurtuman riski kasvaa 13-kertaiseksi. Osa selittyy mineraalitiheyden pienenemisellä ja luun hajoamisen kiihtymisellä. Osa taas selittyy kaatumatapurmien lisääntymisellä. Laitoksissa asuvilla iäkkäillä on kotona asuviin verrattuna kaksinkertainen riski lonkkamurtumaan. (Lonkkamurtuma 2011.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on luoda koko lonkkamurtumapotilaan hoitoprosessin kattava opas potilasta ja hänen omaistaan varten. Opas tulee Kymenlaakson keskussairaalan käyttöön ja se jaetaan mahdollisuuksien mukaan jo ensiavussa Kotkan, Haminan ja Pyhtään alueen lonkkamurtumapotilaille. Oppaan avulla potilas ja omaiset pääsevät tutustumaan edessä olevaan hoito- ja kuntoutumisprosessiin. Hoitoaikoja lyhentänyt uusi toimintamalli on vasta käyttöön otettu Kymenlaakson keskussairaalassa, joten aihe on ajankohtainen ja siksi mielenkiintoinen. Idea opinnäytetyöhön tuli keskussairaaltalta.

2 LONKKAMURTUMIEN RISKITEKIJÄT

Suurimmat riskitekijät lonkkamurtumiin ovat korkea ikä, lihasheikkous, heikentynyt liikuntakyky, heikentynyt näkö, aiempi murtuma, perimä, D-vitamiinin puute, tupakointi, puutteellinen ravitsemus, pieni painoindeksi, puutteet liikkumisen

apuvälineissä, halvaus, Parkinsonin tauti, muistisairaudet, lääkkeiden käyttö, nivelreuma, alkoholi sekä laitoksessa asuminen (Lonkkamurtuma 2011).

Lonkkamurtumien riskitekijät voidaan jakaa kahteen eri ryhmään, luun lujuutta heikentäviin ja kaatumavaaraa lisääviin. Luun määrän ja rakenteen muutokset alkavat selvimmin ilmetä 50 ikävuoden jälkeen. Luun lujuuteen vaikuttaa luun koko, sisäinen rakenne sekä mineraalitiheys. Elämänsä aikana naisten arvioidaan menettävän 30 - 50 % ja miesten 20 - 30 % luumäärästään. (Mänty ym. 2007, 9.)

Kaatumavaaraa lisäävät tekijätkin voidaan jakaa kahteen eri ryhmään, ulkoisiin ja sisäisiin vaaratekijöihin. Kaatumiset ovat yleensä sekä ulkoisten, että sisäisten vaaratekijöiden vuorovaikutuksesta johtuvia. Vaaratekijöiden kasvaessa kasvaa kaatumisriskikin. Iäkkäiden yleisimmät kaatumisen vaaratekijät ovat: aikaisemmat kaatumiset, lihasvoiman ja liikuntakyvyn heikkeneminen, tasapainon hallinnan puutteellisuus, sairaudet, lääkitykset, korkea ikä sekä liikkumisen apuvälineiden käyttö. (Mänty ym. 2007, 11.)

Ulkoisiin vaaratekijöihin kuuluvat asuin- ja lähiympäristön kaatumavaaraa lisäävät tekijät. Niitä voivat olla huono valaistus, tukikaiteiden puute, apuvälineiden puute tai niiden väärä mitoitus, epätasaiset pinnat, sängyn väärä korkeus tai tilanpuute. Myös kiire ja sääolosuhteiden muutokset voivat toimia vaaratekijöitä. (Mänty ym. 2007, 16 - 17.)

Sisäiset vaaratekijät lisäävät kaatumisriskiä heikentämällä henkilön toiminta- ja liikkumiskykyä. Korkea ikä ei yksin lisää kaatumisriskiä, vaan siihen vaikuttaa myös yksilölliset ikääntymismuutokset sekä sairaudet. Myös aikaisempi kaatuminen sekä pelko uudesta kaatumisesta lisäävät kaatumisriskiä. Tasapainon hallinta on olennaista, jotta pystyy selviytymään päivittäisistä askareista. (Mänty ym. 2007, 16 - 17.)

Yli 65-vuotiaista kotona asuvista joka kolmas kaatuu vähintään kerran vuodessa. Laitoksissa asuvilla kaatumiset ovat sitäkin yleisempiä. Vain joka neljäs kaatuminen tulee terveydenhuoltohenkilökunnan tietoon. Kaatumisista olisi aina osattava erikseen kysyä, sillä taustalta löytyy aina jokin syy, joka tulisi selvittää. Iäkäs henkilö alkaa helposti rajoittaa liikkumistaan, vaikkei kaatumisella välttämättä olisi mitään fyysistä seurausta. (Lönnsroos 2008, 288.)

Lihassoiman heikkeneminen ja liikuntakyky. Iäkkäillä henkilöillä lihassmassan väheneminen ja liikehermojen toiminnan heikkeneminen vaikuttavat negatiivisesti suorituskykyyn. Lihassoiman heikkeneminen vaikeuttaa tasapainon hallintaa sekä liikkumiskykyä. (Mäntä ym. 2007, 9.) Jalkaterien ongelmat, kuten vaivaisenluu ja vasaravarpaat, sekä nivelkulumat heikentävät tasapainoa ja haittaavat pystyssä pysymistä. Myös oikeanlaiset kengät ovat tärkeitä. (Lönnroos 2008, 293.)

Näkö. Iän myötä niin näkö kuin kuulokin heikkenevät. Näkökyvyllä on suuri merkitys tasapainon hallinnassa. Ympäristön hahmottaminen sekä esteiden havaitseminen ajoissa pienentävät kaatumisriskiä. Iän lisääntyessä kasvaa näkökyvyn merkitys tasapainonsäätelyssä. (Mäntä ym. 2007, 12.) Olisikin aina huolehdittava, että iäkkään silmälasit ovat puhtaat ja oikean vahvuiset. Myös mahdolliseen kaihileikkaukseen tulisi päästä ajoissa. (Lönnroos 2008, 292.)

Sairaudet. Myös erilaiset sairaudet voivat vaikuttaa iäkkään henkilön liikkumiskykyyn ja terveyteen. Etenkin halvaukset, virtsainkontinenssi, Parkinsonin tauti, diabetes sekä mielenterveyden häiriöt lisäävät kaatumisriskiä. Huimaus on myös yleistä iäkkäiden henkilöiden keskuudessa. Huimaus kestää yleensä 30 - 60 sekuntia ja tavallisesti sen aiheuttaja on jokin lääke. Syy huimaukseen selvitetään haastattelun ja huimauksen keston perusteella. Kyse on useimmiten hyvänlaatuisesta asento- huimauksesta. (Mäntä ym. 2007, 14.)

Aliravitsemus. Länsimaissa 5 - 10 % yli 65-vuotiaista esiintyy aliravitsemusta. Vastaava luku on sairaalassa olevilla 30 - 60 %, ja laitoksissa asuvilla 28 - 85 %. Aliravitsemuksen ehkäiseminen on helpompaa kuin hoito, ja siksi se tulisikin tunnistaa ajoissa. Iän myötä ruokahalun sekä janon tunteen aistiminen heikentyy. Olisikin tärkeää seurata iäkkään henkilön painoa, sillä kuolleisuuden ja sairastavuuden on huomattu lisääntyneen, jos painoindeksi laskee alle 24. (Mäntä ym. 2007, 15.) On laskettu, että lonkkamurtumia esiintyy 7 % vähemmän, jos väestön painoindeksi nousee yhden yksikön verran (Tilvis 2010, 305).

Lääkitys. Tuoreen kotimaisen tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista vain 2 % ei käytä minkäänlaista lääkitystä. Monella iäkkäällä on runsaasti erilaisia lääkkeitä yhtä aikaa käytössä, toisilla määrä on yli kymmenen. Lääkkeiden haittavaikutuksia, jotka lisäävät kaatumisriskiä ovat muun muassa suojarefleksien hidastuminen, näön sumumentuminen, lääkkeiden väsyttävä vaikutus, liikkeiden hallinnan heikkeneminen,

matala verenpaine sekä ortostaattinen hypotonia. On pystytty osoittamaan, että lääkkeiden käyttö on osasyynä joka kolmanteen kaatumiseen. (Mänty ym. 2007, 15 - 16.)

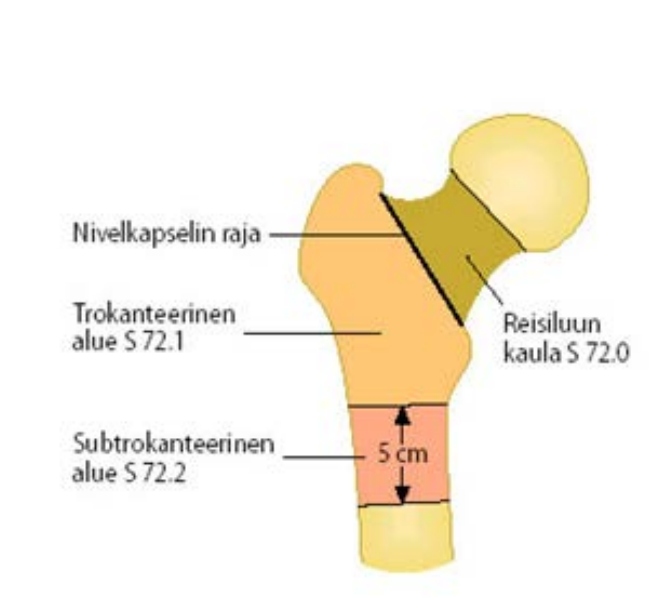
Alkoholi. Alkoholi heikentää tasapainon hallintaa, tarkkaavaisuutta sekä reaktiokykyä. Tämän vuoksi se on riskitekijä kaatumisille ja muille tapaturmille. Yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa voivat olla yllättäviä ja vakavia. Etenkin uni- ja rauhoittavien lääkkeiden, verenpainelääkkeiden, nitraattien sekä vahvojen kipulääkkeiden kanssa tulisi noudattaa erityistä varovaisuutta. Alkoholin ja lääkkeiden yhteensopivuudesta kannattaisikin aina keskustella oman lääkärin kanssa tai tiedustella yhteisvaikutuksista apteekin henkilökunnalta. (Mänty ym. 2007, 16.)

3 LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOTYÖ

Lonkkamurtuman toteamiseksi potilas tutkitaan ja haastatellaan, lisäksi lonkasta otetaan röntgenkuvat. Murtunut lonkka on kivulias eikä käveleminen yleensä onnistu. Leikkaukseen tulisi päästä nopeasti, mieluiten vuorokauden sisällä murtuman synnystä, mikäli potilas on leikkauskelpoinen. (Lönnsroos 2008, 304 - 305.) Mahdollisimman nopea leikkaukseen pääsy vähentää kuolleisuutta, sekä komplikaatioita, kuten keuhkokuumeen ja painehaavojen syntyä (Vierula 2010). Erityisesti reisiluun kaulan ja reisiluun pään (caput) rajalla oleviin murtumiin liittyy luukuolion ja luutumisongelmien riski, koska reisiluun pään verenkierto kulkee reisiluun kaulan kautta (Nyyssönen 2005, 8).

Kuvassa 1 näkyvät lonkkamurtuman tyypilliset sijaintipaikat:

- reisiluun kaulan alue (fractura colli femoris)
- trokanteerinen (fractura trochanterica femoris) eli sarvennoisten välinen alue tai
- subtrokanteerinen alue (fractura subtrochanterica femoris) eli alue pienimmän sarvennoisen alapuolella.



Kuva 1. Reisiluun yläosan murtumien jaottelu ja luokitus (ICD 10). Kuva edestä. (Lonkkamurtuma 2011)

Reisiluun kaulan murtumat jaetaan dislokoituneisiin ja dislokoitumattomiin. Dislokoituneessa murtumassa jalkaterä osoittaa sivulle, jalka on lyhentynyt ja röntgenlöydöksessä luunmurtuma on selvästi havaittavissa. Dislokoitumatonta murtumaa ei välttämättä heti näy röntgenkuvassa eikä ulkoisesti. Epäiltäessä silti lonkkamurtumaa, on diagnoosi varmistettava magneettikuvauksella tai uudella röntgenkuvauksella 1-2 vuorokauden kuluessa. (Lönnsroos 2008, 304 – 305; Tilvis 2010, 306.)

3.1 Eri murtumatyyppien leikkaushoito

Leikkausmenetelmän valintaan vaikuttaa moni asia. Potilaan iän, perussairauksien ja toimintakyvyn lisäksi murtuman sijainti, murtumafragmentin pirstaleisuus sekä dislokaation aste, jotka määritellään röntgenkuvista. (Lönnsroos 2008, 305.)

Leikkausmenetelmän pitäisi olla sellainen, että liikuntakyvyn nopea palautuminen on mahdollista (Lonkkamurtuma 2011).

Reisiluun kaulan dislokoitumattoman murtuman hoidossa käytetään tavallisesti kanyloituja ruuveja. Tällöin varhainen mobilisaatio on mahdollinen ja varauskieltoa ei tarvita. **Dislokoituneen murtuman** leikkausmenetelmä valitaan potilaskohtaisesti. Useimmiten ne hoidetaan sementtikiinnitteisellä puoliproteesilla. Kokoproteesia suositellaan käytettäväksi runsaasti liikkuvilla henkilöillä, joilla on odotettavissa

paljon elinvuosia. Myös osteosynteesiä, eli ruuvikiinnitystä voidaan käyttää.

Trokanteerista murtumaa hoidetaan yleensä erilaisten liukuruuvi-sivulevy yhdistelmien avulla, murtumatyypistä riippuen. **Subtrokanteerinen murtuma** operoidaan ensisijaisesti pitkällä ydinaulalla. Tähän menetelmään suositellaan 6-8 viikon pituista raajan varausrajoitusta. (Lonkkamurtuma 2011.)

3.2 Lonkkamurtumapotilaan hoito ennen leikkausta

Potilaan tullessa sairaalaan on selvittävä huolellisesti esitiedot. Tapaturmaa edeltänyt toimintakyky, aiemmat sairaudet, lääkitykset ja mahdolliset muistisairaudet on tultava ilmi esitiedoista. Murtumaa edeltävän toimintakyvyn kartoittaminen on tärkeää, jotta potilaan kuntoutumiselle pystytään laatimaan sopivat tavoitteet. (Lonkkamurtuma 2011.)

Potilaan psyykinen tila on myös huomioitava. Suunniteltuun leikkaukseen tuleva potilas ehtii valmistautua tulevaan operaatioon kotona, kun taas lonkkamurtuma tulee yllättäen. Akuutissa sairaalaan tulovaiheessa potilas voi olla kivulias, pelokas ja hätäntynyt vieraassa ympäristössä, jolloin potilaan ja omaisen rauhoittaminen ja tukeminen ovat tiedonantoa tärkeämpää. Edessä olevat tutkimukset ja toimenpiteet usein jännittävät ja pelottavat potilasta. Siksi onkin tärkeää huolehtia, että potilas huomioidaan yksilöllisesti kertomalla mitä hänelle tehdään ja miksi. Kuuntelemalla ja tukemalla potilasta luodaan turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri. Kun potilas on rauhallinen, hänen on helpompi vastaanottaa tietoa tulevasta toimenpiteestä. Tällöin potilas pystyy henkisesti valmistautumaan edessä oleviin toimenpiteisiin. Hoitajan täytyy myös kartoittaa potilaan kotiolot. Kotona voi olla esimerkiksi muistisairas puoliso tai lemmikki, joiden hoito täytyy järjestää. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 711; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 474; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 12 – 13, 16.)

Ennen leikkausta arvioidaan potilaan ravitsemustila, nestetasapaino ja lämpö. Aliravitsemus heikentää haavan paranemista ja lisää infektoriskiä. Huolehditaan potilaan rakon toiminnasta ja riittävästä kivun hoidosta. Muistisairaiden kivunhoitoon on kiinnitettävä erityistä huomiota, koska he eivät välttämättä ymmärrä kipumittareiden käyttöä tai eivät osaa kuvailla kipuaan. (Lonkkamurtuma 2011.) Tästä syystä muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden kivunhoito voi olla riittämätöntä.

Kipu voi ilmetä verenpaineen nousuna, ihon kalpeutena, ärtyneisyytenä, tuskaisuutena, kylmän hikisyytenä tai vetäytymisenä. (Jäntti 2000, 123.)

Iivanaisen (2007, 74 - 75) tutkimuksessa todettiin, että noin yhdeksällä prosentilla lonkkamurtumapotilaista oli painehaava sairaalaan tullessa. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää tutkia potilaan iho, jotta haavojen syveneminen voidaan estää.

Painehaavariskiä minimoidaan käyttämällä pehmusteita kantapäiden ja lantion suojana ja tarvittaessa käytetään erikoispatjaa. Elektrolyyttitasapainon häiriöt ja merkittävä anemia korjataan ennen leikkausta. Jos potilas sairastaa diabetesta tai sydämen vajaatoimintaa, hoidetaan ne ennen leikkausta tasapainoiseen tilaan.

Hoitotoimenpiteillä ei kuitenkaan turhaan viivästytetä leikkausta. Ensimmäisen vuorokauden aikana tehty leikkaus vähentää komplikaatioita ja toipumisennuste on parempi. Leikkausta suositellaan käytettäväksi kivunhoitokeinona, vaikka eliniän ennuste olisi lyhyt ja potilas olisi liikuntakyvytön. Jos taas leikkausriskit ovat suuremmat, voidaan käyttää konservatiivista hoitoa huolehtien riittävästä kivunhoidosta. Konservatiivisessa hoidossa komplikaatoriski on suurempi. (Lönroos 2008, 308; Lonkkamurtuma 2011.)

Ennen leikkausta potilaalle on hyvä opettaa hengitysharjoitukset ja nilkkojen pumppausliikkeet. Hengitysharjoituksilla ehkäistään hengitysteihin liittyviä komplikaatioita, kuten keuhkokuumetta ja nilkkojen pumppausliikkeillä laskimotukoksen syntyä. Lisänä tukosten ehkäisyssä käytetään ihon alle pistettävää tromboosiprofylaksiaa, joka aloitetaan sairaalahoidon alussa ja sitä jatketaan yleensä neljän viikon ajan. (Lonkkamurtuma 2011.)

3.3 Leikkauksen jälkeinen hoitotyö ja komplikaatioiden ehkäisy

Leikkauksen jälkeen lonkkamurtumapotilasta tarkkaillaan ja hoidetaan yleisen leikkauksen jälkeisen hoitokäytännön mukaisesti. Hoitotyön tavoitteena on, että potilas toipuu leikkauksesta ilman komplikaatioita, ottaen huomioon potilaan kivut, sekä yksilölliset seikat, kuten esimerkiksi aikaisempi toimintakyky ja sairaudet. (Holmia ym. 2004, 712.) Potilaan voinnin seurannan kirjaaminen on myös tärkeää, jotta tiedetään, onko esimerkiksi lääke auttanut tai vuoto haavasta lisääntynyt.

Tarkkailtaviin asioihin operaation jälkeen kuuluu tajunnantason tarkkailu silmiä, puhetta ja liikkumista seuraamalla. Ihon ja huulien väriä tarkkailemalla saadaan

viitteitä hengityksen ja verenkierron riittävydestä, lisäksi mitataan verenpainetta ja pulssia. Kysytään potilaan kivuista ja huolehditaan ohjeen mukaisesta ja riittävästä kipulääkityksestä ja sen vaikuttavuuden seurannasta. Huomioidaan mahdollinen pahoinvointi. Lonkkaleikkauksen jälkeen leikatun raajan väriä, asentoa, tuntorajaa, lämpöä ja turvotusta seurataan. (Holmia ym. 2004, 712.)

Hengityksen tehostamiseksi ja yleistilan kohentamiseksi kannattaa potilaalle opastaa pep-pullon, eli puhalluspullon käyttö. Puhalluspullon käyttö poistaa myös limaa keuhkoista, mikä vähentää leikkauksen jälkeistä komplikaatioriskiä. (Jäntti 2000, 122, 124 - 126.)

Haavan paranemista edistävät potilaan hyvä ravitsemustila, hyvä terveys, haavan puhtaus ja haava-alueen hyvä verenkierto. Leikkaushaavan tarkkailussa kiinnitetään erityisesti huomiota infektiioireisiin. Niitä ovat haavaympäristön punoitus, kuumotus, turvotus ja kipu. Lisäksi haava voi erittää märkäistä eritettä. Potilaalla voi olla kuumeilua ja kohonnut CRP -arvo. Haavainfektio pidentää hoitoaikaa ja hoitamattomana se voi aiheuttaa sepsiksen eli verenmyrkytyksen. (Iivanainen ym. 2006, 501, 505 - 506.) Leikkaushaavasta tulevan vuodon määrää seurataan. Jos leikkaushaavasta tulee ensimmäisen vuorokauden aikana runsaasti vuotoa, tehdään sidosvaihto steriilisti. Haavalle on voitu leikkaussalissa asentaa dreeni, eli laskuputki, jonka kautta ylimääräinen veri ja kudokset poistuvat leikkausalueelta. Dreeni on yhdistetty keräyspussiin, josta haavalta tulevan erityksen määrää on helppo arvioida. Dreeni voidaan poistaa haavalta ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, jos haavaeritys ei ole runsasta. Haavaa tarkkaillaan ja hoidetaan aseptisesti. (Iivanainen & Syväoja 2011, 500 - 503.)

Lonkkamurtumapotilas avustetaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä vuoteesta ylös. Varhain aloitettu fyysinen kuntoutus nopeuttaa liikunta- ja toimintakyvyn palautumista. Harjoittelun tulee olla pitkäkestoista ja se toteutetaan potilaan omat lähtökohdat huomioiden. Liikunta edistää nivelten liikkuvuutta ja ehkäisee kipua. (Lonkkamurtuma 2011.)

Syvän laskimotukoksen ja keuhkoembolian riskiä voidaan pienentää varhaisella leikkauksen jälkeisellä mobilisaatiolla sekä lääkinnällisen hoitosukan (ns. tukisukka) käytöllä. Lonkkamurtumapotilaille aloitetaan myös vähintään neljän viikon ajaksi tukosta ehkäisevä profylaksilääkitys. Useimmiten lääkkeenä käytetään ihon alle

pistettävää pienimolekyylistä hepariinia (Fragmin, Innohep ja Klexane) tai fondaparinuksia (Arixtra). (Laskimotukos ja keuhkoembolia 2010.) Ruotsalaistutkimuksessa on todettu fondaparinuksien olevan enoksapariinia (Klexane) tehokkaampi lonkkaleikkauksen jälkeisen laskimotukoksen ehkäisyssä (Eriksson, Bauer, Lassen & Turpie 2011).

Painehaavojen syntyä ja infektioita voidaan ehkäistä riittävällä proteiinin saannilla. Usein tämä edellyttää runsasproteiinisten täydennysravintovalmisteiden käyttöä. Täydennysravintovalmisteiden avulla lonkkamurtumapotilaiden ravitsemustila paranee, sairaalapäivät vähenevät ja kuolleisuus alenee. (Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva, Soini & Suominen 2010.) Potilaan mahdollista aliravitsemusta ja kuivumista hoidetaan sekä kiinnitetään huomiota psyykkiseen tilaan (Holmia ym. 2004, 712).

Omaisien ei tule hätkähtää potilaan mahdollista sekavuustilaa eli deliriumia. Delirium on aivojen vajaatoimintatila, joka on elimellisten tekijöiden aiheuttama. Deliriumilla on yleensä jokin laukaiseva tekijä ja se alkaa äkillisesti. Yleisimpiä syitä siihen ovat infektiot, leikkaukset, lääkkeiden haittavaikutukset, aivoverenkierron häiriöt, sydäninfarkti, sydämen vajaatoiminta, neste- ja suolatasapainon häiriöt, anemia, aliravitsemus, sokeri- ja kilpirauhashormonitasapainon häiriöt, sekä vammat, jotka syntyvät kaatumisen seurauksena. Se voi ilmetä heti anestesian jälkeen, vuorokauden kuluttua tai vasta viikon päästä leikkauksesta. Erityisesti leikkauksen jälkeiselle deliriumille voivat altistaa kivut, ikä, stressaava tilanne, virtsavaivat, potilaan liikkumattomuus, lääkkeet, kuivuminen ja turvaton olo. Sekavuustila yleensä poistuu, kun sen syy saadaan poistetuksi, esimerkiksi anemian korjaaminen, varhainen mobilisaatio tai virtsatieinfektion hoito. (Holmia ym. 2004, 713; Iivanainen ym. 2010, 816, 820.) Yhdysvalloissa on tutkittu, että oikein kohdennetulla geriatrin konsultaatiolla voidaan ehkäistä leikkauksen jälkeistä deliriumia tehokkaasti (Marcantonio ym. 2001).

Virtsaneritystä seurataan ja kestokatettrin poiston jälkeen huolehditaan, että potilas saa virtsattua. Kestokateetri lisää infektioriskiä, joten se poistetaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Tarvittaessa potilas voidaan toistokattetroida, jos virtsaaminen on vaikeaa. (Ukkola ym. 2001, 264; Iivanainen & Syväoja 2011, 503.)

3.4 Lonkkamurtumapotilaan kivunhoito

Akuuttiin leikkaus- ja murtumakipuun suositellaan hoidoksi opioideja (oksikodoni) ja johto- tai epiduraalipuudutuksia, joilla voidaan vähentää sydäntapahtumia ja kipua. Vanhuksilla opioidien riskit on huomioitava, sillä ikääntymisen myötä lääkkeiden käyttäytyminen elimistössä muuttuu, jolloin opioidin vaikutus voimistuu ja se kestää pidempään. (Lonkkamurtuma 2011.) Opioidit voivat aiheuttaa monia haittavaikutuksia kuten hengityslamaa, ummetusta, pahoinvointia, virtsaamisongelmia, kaatumisriskin lisääntymistä, kognitiivisia häiriöitä ja sekavuutta, jolloin myös toipuminen saattaa hidastua (Hammar 2011).

Kivunhoidosta huolehtiminen on kuitenkin tärkeää, jotta potilas saadaan liikkeelle mahdollisimman nopeasti (Ukkola ym. 2001, 265). Erityisesti vanhemmat ihmiset voivat arastella varhaista liikkeelle lähtöä leikkauksen jälkeen hoitokäytäntöjen muuttumisen vuoksi. He voivat pelätä kipua tai uskoa liikkumisen hidastavan toipumista. Kipua voidaan lievittää myös lääkkeettömin keinoin. Potilas voi itse yrittää rentoutua ja vaihtaa asentoa riittävän usein tai tarvittaessa hoitajat voivat asettaa tyynyjä tukemaan mukavaa asentoa. Rentoutuminen ja asennon vaihtaminen edistävät toipumista, vähentävät kipua ja ehkäisevät painehaavaumien syntyä. Kylmäpakkauksen käyttö leikatulla alueella vähentää turvotusta ja kipua. Hoitajan suhtautuminen yksilöllisesti potilaaseen, potilaan kuuntelu ja keskustelu hänen kanssaan ovat myös tärkeitä asioita, jotka lisäävät turvallisuuden tunnetta ja voivat helpottaa potilaan oloa. (Jäntti 2000, 122, 124 - 126.)

Kuntoutumisvaiheen kivunhoidoksi suositellaan parasetamolia 1 g x 2 - 3 vuorokaudessa säännöllisesti otettuna. Kipulääkityksen ollessa riittämätöntä voi lisäksi käyttää oksikodonia. (Lonkkamurtuma 2011.)

4 KUNTOUTUMINEN

Kuntoutuksen tavoitteena tulisi olla lonkkamurtumapotilaan toimintakyvyn palauttaminen mahdollisimman nopeasti sellaiseen kuntoon, joka mahdollistaa paluun entiseen elinympäristöön. Kuntoutuksen tulisi edistää terveyttä, kohentaa toimintakykyä, sekä antaa voimavaroja elämänhallintaan. Moniammatillisella kuntoutuksella voidaan tehokkaasti parantaa potilaan toipumisennustetta. (Tarnanen 2011.)

Kuntoutuminen kannattaa keskittää erityisesti vanhusten sairauksiin keskittyneisiin kuntoutumisyksiköihin. Näissä yksiköissä moniammatillinen työryhmä huolehtii geriatrisesta arvioinnista, kannustaa potilasta omatoimisuuteen ja varhaiseen mobilisaatioon ja he tekevät yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Tilvis 2010, 306.) Keskittämällä murtumapotilaiden kuntoutus moniammatillisiin yksiköihin voidaan lyhentää sairaalahoidon kestoa, vähentää pitkäaikaiseen laitoshoittoon joutumista sekä nopeuttaa toimintakyvyn palautumista. Kuntoutumisen tavoitteet asetetaan työryhmässä, ja sitä seurataan etukäteen sovituin toimintakyky mittarein. Potilasta kannustetaan mahdollisimman aktiivisesti osallistumaan päivittäisiin toimintoihin ja hänelle annetaan myös palautetta edistymisestä. Päivittäisissä hoito- ja harjoitustilanteissa havainnoidaan ja raportoidaan potilaan mahdollisesti kokemaa kipua. (Lonkkamurtuma 2011.) Iäkkäänkin ihmisen kuntoutumisessa on korostettava yksilöllisyyttä ja autonomiaa, eli oikeutta vaikuttaa omaan elämään liittyviin asioihin (Laurell, Nordman & Suvikas 2006, 296).

Geriatrinen arviointi toteutetaan moniammatillisena ryhmätyönä. Ryhmään kuuluvat potilaan ja hänen läheisensä lisäksi lääkäri, hoitaja, joka on perehtynyt geriatriaan, fysioterapeutti sekä usein myös neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. (Karppi & Nuotio 2008, 22.) Geriatrisessa arvioinnissa selvitettäviä asioita ovat mm. selviytyminen päivittäisistä toiminnoista, sairaudet, kuten kuulo- ja näköongelmat, liikkuminen, ympäristön turvallisuus, ravitsemus, mieliala, muisti, aloitekyky, rahatilanne sekä mahdollinen kaltoinkohtelu (Iivanainen ym. 2010, 813).

Toimintakykyä edistävät hyvä terveys, perhe, uskonto, hyvä toimeentulo, positiivinen elämänasenne, aktiivinen harrastustoiminta sekä tiivis yhteydenpito omaisten ja ystävien kanssa (Iivanainen ym. 2010, 814). Toimintakyvyn tavallisin jäsentelytapa on erotella se

- psyykkisiin osa-alueisiin: muisti, oppimiskyky, ajattelukyky, itsetuntemus, motivaatio, tunnesäätelyn taidot, maailmankatsomus sekä hengellinen vakaumus
- fyysisiin osa-alueisiin: palveluiden läheisyys ja saatavuus, kuntoutujan tai hänen perheensä varallisuus sekä kodin tilat ja varustus

- sosiaalsiin osa-alueisiin: tiedon saanti kuntoutumisen tai arkielämän asioissa, emotionaalinen tuki, kuten kannustus ja lohduttaminen sekä konkreettisen avun saaminen läheisiltä tai ystäviltä.

Lisäksi puhutaan älyllisestä eli kognitiivisesta osa-alueesta, joka käsittää oppimisen, kielellisen toimintakyvyn sekä tietojen käsittelyyn liittyviä asioita. Ihmisen toimintakyky olisi tärkeää mieltää kokonaisuudeksi, jossa sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky ovat riippuvaisia toisistaan. (Kettunen ym. 2009, 9, 66.)

4.1 Kotiutuminen ja uusien murtumien ennaltaehkäisy

Koko Suomen alueella lonkkamurtumapotilaan kotiutus tapahtuu yleensä neljän kuukauden kuluessa leikkauksesta. Ennen kotiutusta selvitetään potilaan kotioloit, kartoitetaan mahdolliset asuntoon tarvittavat muutostyöt sekä liikkumisen apuvälineiden tarve. Mahdolliset kaatumisen riskitekijät tulisi poistaa. Potilaan mukaan kotikäynnille lähtevät yleensä fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. (Lonkkamurtuma 2011.) Mahdollisimman varhainen tiedottaminen asiakkaasta kotihoitoon on koettu tärkeäksi hoitajien keskuudessa. Tiedonkulun kannalta kotiutuspalaverit on koettu hyväksi ja potilaan tilannetta selkeyttäväksi. (Salomaa 2004.)

Kuntoutuminen jatkuu potilaan kotiutumisen jälkeen. Potilaan tulee yhdessä läheisensä kanssa toteuttaa kotivoimisteluoohjelmaa. Tämän lisäksi toteutetaan kotikäynteinä fysioterapiajakso. Murtuman luuduttua ja pehmytkudosten parannuttua aloitetaan tasapaino- ja voimaharjoittelu, joka toteutetaan fysioterapeutin pitämässä kuntosaliryhmässä. (Lönnroos 2008, 312.) Säännöllinen kotona tai ryhmässä tehty lihasvoima- ja tasapainoharjoittelu vähentävät kaatumisia. Ikääntyneille suositeltavia liikuntamuotoja ovat kuntosaliharjoittelu, tanssi ja kävely tai sauvakävely. Tärähtelyä ja hyppyjä sisältävä liikunta vahvistaa luustoa. (Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisy fysioterapiasuositus 2011.) Tuoreen tutkimuksen mukaan pitkäkestoinen ja tehokas kotikuntoutus parantaa ja nopeuttaa lonkkamurtumapotilaan liikuntakykyä (Tehostetulla kotikuntoutuksella lonkkamurtumapotilaat jalkeille (Salpakoski) 2014).

Lonkkamurtuman ehkäisyssä on tärkeää huolehtia osteoporoosin ennaltaehkäisystä eli D-vitamiinin ja kalsiumin saannista. Luun murtuma on usein ensimmäinen oire osteoporoosista eli luukadosta, jonka toteamiseen, sekä hoitamiseen käytetään

luuntiheysmittausta. (Osteoporoosi 2014; Lonkkamurtuma 2011.) Vaikka osteoporoosi mielletään naisten sairaudeksi, esiintyy sitä myös miehillä. Luun määrä vähenee ikääntyessä jokaisella, mutta etenkin naisilla vaihdevuodet nopeuttavat sitä. Osteoporoosissa vanhaa luuta tuhoutuu enemmän, kuin luunmuodostajasolut ehtivät tuottaa uutta luuta. Osteoporoosista kärsivillä on usein luustoperäisiä kipuja sekä ryhtiongelmia. (Iivanainen ym. 2010, 631 - 632.)

Osteoporoosiriskiä lisäävät myös mm. laihuus, perintötekijät, varhainen vaihdevuosi-ikä, synnyttämättömyys, pitkäaikainen vuodelepo sekä eräät sairaudet, kuten kilpirauhasen liikatoiminta, krooninen munuaissairaus, keliakia ja laktoosi-intoleranssi. Myös sytostaattien, kortisonivalmisteiden, diureettien, sekä epilepsialääkkeiden käyttö saattavat altistaa osteoporoosille. Perushoitona on turvattava riittävä D-vitamiinin ja kalsiumin saanti. Lisäksi on olemassa lääkkeitä, joilla elvytetään luunmuodostajasolujen toimintaa tai vastaavasti rajoitetaan luunsyöjäsolujen toimintaa. Jotta hyöty olisi mahdollisimman suuri, tulisi lääkehoito aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Liikunnan lisääminen, tupakoinnin välttäminen, oikeanlainen ravinto sekä kaatumisten ennaltaehkäisy kuuluvat myös osteoporoosin hoitoon. (Iivanainen ym. 2010, 631 - 632.)

Ikääntyneille ihmisille on laadittu omat ravitsemussuositukset, joita tulisi noudattaa ja saattaa heidän itsensä tietoon. Oikeaoppisella ruokavaliolla on positiivinen vaikutus ikääntyneen elämänlaatuun, terveyteen ja toimintakykyyn. Lihaskadon ehkäisyssä riittävä proteiinin saanti on ehdoton, pelkkä voimaharjoittelu ei yksin riitä. Yli 80-vuotiaat ovat ravitsemusongelmien vuoksi riskiryhmässä, energiansaanti vähenee ja ihminen laihtuu. Ravitsemussuosituksista löytyy myös yli 65-vuotiaille tarkoitettu aliravitsemusriskiä kartoittava kysely. (Finne-Soveri ym. 2010.)

4.2 Omaisen kuntoutumisen tukena

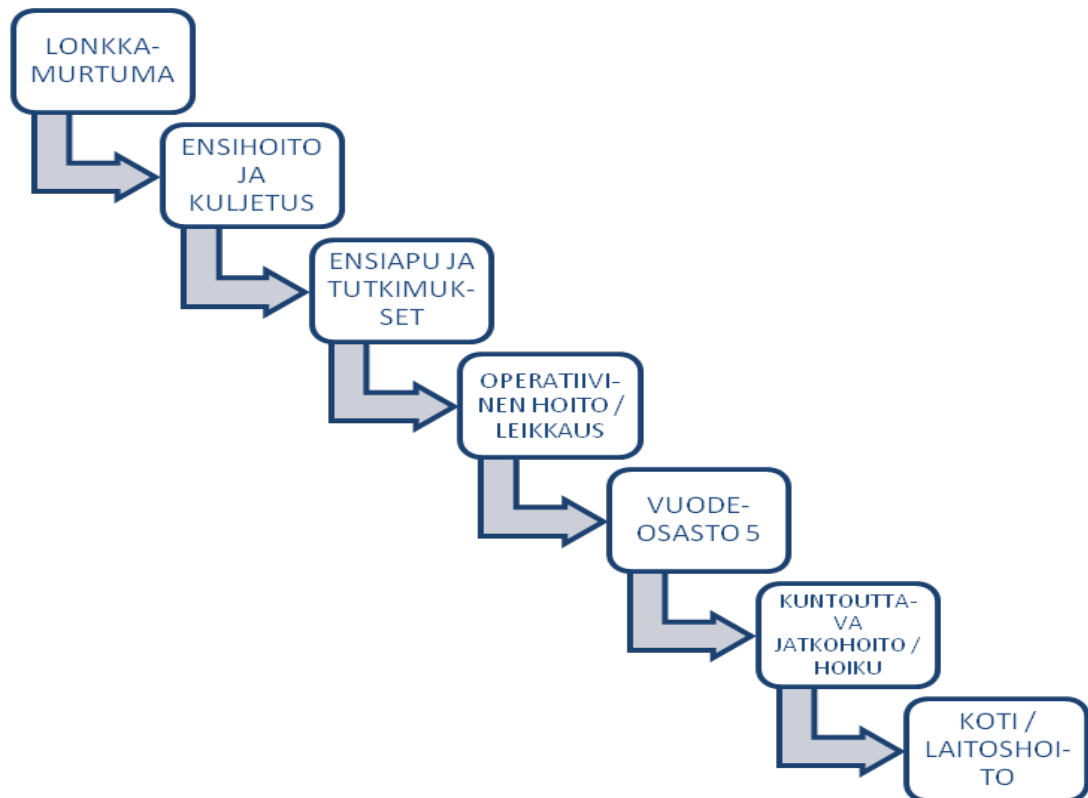
Alkuperäisessä Espoon lonkkaliukumäki-mallissa on ajatuksena omaisen tai ystävän sitouttaminen lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen. Hänen roolinsa on toimia kannustajana ja motivoijana etenkin kotiutumisen jälkeen kuntoutumisen jatkuessa. (Lonkkaliukumäki on Vuoden Laatuinnovaatio 2012.) Erityisesti vanhusten kohdalla omaisilta saa myös arvokasta tietoa potilaan aiemmasta tilanteesta. Hoitaja voi havainnoida, sekä kysyä potilaalta itseltään hänen tukiverkostostaan. Omaiset voivat olla suuressa roolissa potilaan jatkohoidon ja kuntoutumisen kannalta, siksi

hoitohenkilökunnan olisi tärkeää panostaa potilasohjauksen lisäksi myös omaisten ohjaukseen. Tämä on erityisen tärkeää silloin, jos potilas ei fyysisen ja psyykkisen tilansa takia pysty ottamaan vastuuta kuntoutumisestaan. (Anttila ym. 2006, 53; Kyngäs ym. 2007, 35 - 36.)

On huomattu, että tietojen keruuta selkeyttää strukturoitujen kyselylomakkeiden käyttö. Kyselylomakkeen käytön lisäksi olisi hyvä antaa potilaalle, sekä hänen omaiselleen tilaisuus vapaasti kertoa mahdollisista ongelmista, sekä tärkeistä asioista elämässä. Näiden keskusteluiden myötä potilaan tilanteen ymmärtäminen paranee ja hoito, sekä hoitotoimenpiteet pystytään näin kohdentamaan potilaan kannalta oleellisiin asioihin. Väärinkäsitysten välttämiseksi tulisi erityisesti muistihäiriöpotilaita haastatella niin yksin, kuin omaisen kanssa. Näin toimittaessa niin potilas, kuin omaisenkin saavat tilaisuuden tulla kuulluksi, sekä vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin. (Karppi & Nuotio. 2008, 18 - 19.) Myös Lipposen (2004, 52) mukaan omaiset mahdollistavat varhaisen kotiutumisen, joten potilasohjaukseen on panostettava, etenkin hoitoaikojen lyhentyessä. Kuntoutumisen tavoitteena on paluu entiseen asuinympäristöön ja siellä pärjääminen. Tämän vuoksi omaisen varhainen mukaanotto kuntoutumiseen on erityisen tärkeää. (Asiantuntijahaastattelut 2014.)

5 LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOPOLKU

Kuvassa 2 on lonkkamurtumapotilaan hoitopolku. Tämä hoitopolun malli on käytössä Kymenlaakson keskussairaalassa ja se koskee erityisesti jatkohoidon osalta Kotkan, Haminan ja Pyhtään kuntien lonkkamurtumapotilaita, jotka siirtyvät kuntoutumaan Kymen Hoito- ja Kuntoutuskeskukseen Haminaan (Hoiku). Eri yksiköiden välistä yhteistyötä on kehitetty, jolloin murtumapotilaan hoito ja kuntoutusyksikköön siirtyminen on aiempaa sujuvampaa. Kuvan jälkeisessä tekstissä on avattu hoidon vaiheita tarkemmin.



Kuva 2. Lonkkamurtumapotilaan hoitopolku

5.1 Ensihoito ja kuljetus

Tapaturman jälkeen ensihoidon yksikkö saa ilmoituksen tapahtuneesta ja saapuu tapaturmapaikalle. Potilaan tila tarkistetaan ja hänelle annetaan ensihoitoa tapaturmapaikalla. Potilas kuljetetaan ensiapuun ja hänestä annetaan raportti ensiavun hoitajalle. (Lonkkamurtumapotilas 2013.)

5.2 Ensiapu ja tutkimukset

Hoitaja tekee potilaasta ensiavussa kiireellisyysarvion, tarkkailee ja hoitaa potilasta sekä järjestää tarvittavat röntgen- ja laboratoriotutkimukset. Potilaasta otetaan EKG, eli sydänsähkökäyrä, mitataan pulssi, verenpaine ja lämpö. Potilaan kivuliaisuutta kysytään kipumittarin avulla ja asiat kirjataan potilastietojärjestelmään. Potilaan

omaisille tiedotetaan tilanteesta ja heitä motivoidaan osallistumaan aktiivisesti läheisensä kuntoutumiseen. Omaisten avulla hoitaja selvittää potilaan aiempaa toimintakykyä ja valmiuksia selviytyä jatkossa kotona. (Lonkkamurtumapotilas 2013.)

Ensiavussa potilas tapaa myös lääkärin, joka tekee laajemman kartoituksen potilaan toimintakyvystä, määrää jatkotutkimukset ja tarvittavan kipulääkityksen. Tutkimusten jälkeen lääkäri tarkistaa tutkimustulokset, joiden perusteella hän valitsee yksilöllisesti, potilaan taustat huomioiden, potilaalle sopivan hoitolinjan ja tiedottaa tästä potilaalle. Tavoitteena on, että potilas pääsee leikkaukseen vuorokauden kuluessa tapaturmasta. Ennen leikkausta arvioidaan vielä potilaan ravitsemustila, nestetasapaino, aiemmat sairaudet ja niiden tila, virtsarakon toiminta, lääkitykset, allergiat ja painehaavariski. Kun leikkauspäätös on tehty, annetaan potilaasta ennakkoraportti Hoikuun. Tarvittaessa potilas menee vielä ennen leikkausta osasto 5:lle tai päivystysosastolle odottamaan leikkaukseen pääsyä. Vuodeosaston hoitaja selvittää potilaan tulotilanteen, lääkitykset, kotiavut ja liikkumisen. Hän huolehtii potilaan tavaroista, kertoo potilaalle leikkausajankohdan ja esittelee osaston toiminnan. Potilasta ohjataan tekemään verenkiertoa edistäviä harjoituksia. Hoitaja valmistelee potilaan leikkauskuntoon huolehtimalla nesteytyksestä, ravinnosta olosta, laittamalla virtsakettrin, tarkistaa leikkausalueen ihon kunnon ja laittaa tukoksia ehkäisevän hoitosukan terveeseen jalkaan sekä huolehtii, ettei potilaalla ole kynsilakkaa tai koruja. (Lonkkamurtumapotilas 2013.)

5.3 Leikkaushoito

Leikkaussalin lääkärit ja hoitajat tekevät potilasta varten tarpeelliset ennakkovalmistelut. Anestesia- ja leikkauksilääkäri huomioi potilaan perussairaudet ja lääkitykset. Hän myös valitsee sopivan anestesia- ja leikkauksilääkityksen ja huolehtii leikkauksen kuluessa puudutuksen riittävydestä. Leikkaussalin hoitajat varaavat operaatiossa ja leikkausosaston laitossa tarvittavat välineet. Anestesiahoitaja ottaa potilaan vastaan leikkausosastolle, käy tarkistuslistan mukaiset tiedot läpi ja huomioi potilaan kertomalla hänelle mitä tapahtuu. Potilaalle laitetaan tavallisesti spinaalipuudutus ja kanyyli nesteytystä ja lääkkeenantoa varten. Leikkausalue pestään ja peitellään steriiliksi. Anestesiahoitaja huolehtii potilaan voinnin tarkkailusta ja kertoo potilaalle leikkauksen etenemisestä. Kun leikkaava ja avustava lääkäri ovat suorittaneet leikkauksen suunnitellusti, peitetään leikkaushaava ja poistetaan leikkauspeittelyt.

Tämän jälkeen potilas siirretään sänkyyn ja heräämään. Anestesiahoitaja antaa heräämöhoitajalle raportin potilaasta ja leikkauksen kulusta. Potilasta hoidetaan ja hänen tilaa tarkkaillaan heräämössä, kunnes vointi sallii siirron vuodeosastolle. Leikkaava lääkäri laatii leikkauskertomuksen, josta on tullava ilmi tehty toimenpide ja siihen johtanut syy, sekä erityisesti tärkeät jatkohoito-ohjeet, joista selviää mm. liikerajoitukset, varausohjeet, kipulääkitys, jatkokontrollit ja veritulppia ehkäisevän tromboosiprofylaksian tarve. (Lonkkamurtumapotilas 2013.)

5.4 Vuodeosasto 5

Leikkauksen jälkeen vuodeosastolla potilaasta otetaan laboratoriokokeita ja hänestä mitataan pulssia, verenpainetta, happisaturaatiota, lämpöä, hengitystiheyttä ja virtsaneritystä. Leikkaushaavaa ja haavaeritystä tarkkaillaan. Riittävä kivunhoito ja sen seuranta on tärkeää toipumisen kannalta. Hoitaja ilmoittaa lääkärille, jos potilaan tilassa ilmenee muutoksia. Kalsium + D-vitamiini -lääkitys pyritään aloittamaan jo sairaalassa, jos ne eivät ole aiemmin olleet potilaalla käytössä.

Osteoporoosilääkityksen tarve mietitään potilaskohtaisesti. (Lonkkamurtumapotilas 2013.)

Potilaalle ja omaiselle kerrotaan hoitosuunnitelmasta ja annetaan ohjausta kuntoutumisen tueksi. Tavoitteena on, että leikkauksen jälkeen potilas noudattaa hänelle annettuja kuntoutusohjeita sekä osallistuu hoitajan avustamana päivittäisiin toimiin ja hoitoonsa. Fysioterapeutti osallistuu alusta alkaen potilaan kuntoutumiseen. Hän opastaa potilasta oikeanlaisiin liikeharjoituksiin ja ottaa huomioon potilaan kyvyn oppia harjoitteet. Apuvälineiden tarve kartoitetaan ja ilmoitetaan omaisille, jotta tarvittavat välineet saadaan valmiiksi kotiin. Leikkauspäivän iltana potilas avustetaan istumaan sängyn laidalle. Seuraavana päivänä potilaan lonkasta otetaan kontrolliröntgenkuvat, jonka jälkeen hän nousee kokonaan vuoteesta ylös hoitajan ja apuvälineen turvin. Jatkokuntoutuksen tarve mietitään yhdessä lääkärin, hoitajan ja fysioterapeutin kanssa. Toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas siirtyy Hoikuun jatkokuntoutukseen yleensä paaritaksilla. Lääkäri tekee potilaalle sairaalahoidon päätteeksi jatkohoitosuunnitelman, josta selviää, mitä sairaalajakson aikana on tapahtunut ja miksi, varausohjeet, mahdolliset uudet lääkkeet, murtuman jatkokontrollit sekä muut suositellut jatkotutkimukset (esim. muistisairaudet,

osteoporoosi, asumisolosuhteet). Fysioterapeutti laatii potilaan kuntoutumisen tueksi jatkofysioterapian ja arvioi potilaan kuntoutumista. (Lonkkamurtumapotilas 2013.)

5.5 Kymen hoito- ja kuntoutuskeskus

Kymen hoito- ja kuntoutuskeskus, Hoiku, on Haminassa sijaitseva laadukkaita ja vaikuttavia kuntoutus- ja hoitopalveluita tuottava yksikkö. Hoitoyksikkö tarjoaa ympärivuorokauden turvallista, yksilöllistä ja toimintakykyä ylläpitävää hoitoa. Tavoitteellinen hoito ja fysioterapia takaavat potilaan turvallisen kuntoutumisen ja kotiutumisen. (Kymen hoito- ja kuntoutuskeskus.)

Kymen hoito- ja kuntoutuskeskus saa lonkkamurtumapotilaasta ennakkoraportin Kymenlaakson keskussairaalan ensiavusta faksilla, kun päätös leikkauksesta on tehty. Raportointi varhaisessa vaiheessa on tärkeää, koska potilas tulee Hoikuun keskimäärin 3,4 päivän kuluessa ensiapuun saapumisesta. Potilaasta saatujen tietojen perusteella Hoikun henkilökunta pääsee tutustumaan potilaan taustoihin. Potilaalle katsotaan valmiiksi omahoitaja sekä tehdään tarvittavat huonejärjestelyt infektioriski huomioiden. (Asiantuntijahaastattelut 2014.)

Potilaan saapuessa Hoikuun tarkastetaan potilaalta hänestä saatujen tietojen paikkansapitävyys. Heti hoidon alkuvaiheessa selvitetään potilaan fyysinen ja psyykinen tila, kivut, ravitsemustila, toimintakyky, liikuntarajoitukset sekä tarkistetaan leikkaushaava. Potilaan taustoja kartoitettaessa olisi hyvä jos myös omainen olisi paikalla, erityisesti jos kyseessä on muistisairas henkilö. Taustoista huolimatta Hoikussa tehdään jokaiselle lonkkamurtumapotilaalle MMSE-muistitesti potilaan iästä riippumatta. Potilaan lääkelista tarkistetaan ja hänestä otetaan tarvittavat laboratoriokokeet. (Asiantuntijahaastattelut 2014.)

Potilaasta saatujen esitietojen, alkututkimusten ja haastattelujen perusteella moniammatillinen työryhmä aloittaa yksilöllisen hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimisen potilaalle. Työryhmään kuuluvat erikoislääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosionomi ja tarvittaessa toimintaterapeutti ja psykologi. Alusta lähtien myös omaiset pyritään ottamaan tiiviisti mukaan potilaan kuntoutumisen ja kotiutumisen suunnitteluun. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelmasta löytyy tiedot mm. varausluvista, liikerajoituksista, liikkumisesta sekä potilaan ohjauksesta. Suunnitelma sisältää myös apuvälineiden tarvekartoituksen, esimerkiksi pyörätuoli, rollaattori, wc-

ja suihkutuolikorokkeet. Potilaan kuntoutumismotivaatiota ja hänen henkisiä sekä kognitiivisia voimavarojaan kartoitetaan, jotta voidaan laatia kuntoutumisen kannalta realistiset tavoitteet ja oikeanlaiset keinot potilaan ohjaukseen.

(Asiantuntijahaastattelut 2014.)

Varhainen mobilisaatio edistää toipumista. Kestokatetri pyritään poistamaan mahdollisimman aikaisin, jolloin liikkeelle lähtö on helpompaa ja infektioriski pienenee. Hoikussa fysioterapeutti yhdessä hoitajan kanssa avustaa potilaan vuoteesta liikkeelle. Fysioterapeutti tutkii potilaan liikuntakyvyn ja ohjaa häntä oikeaoppiseen liikkumiseen. Kuntoutumisvaiheen fyysinen harjoittelu on aktiivista ja säännöllistä. Toimintakyvyn ja avuntarpeen kartoittamiseen käytetään FIM-mittaria. Liikkumisen ja tasapainon arviointiin käytetään TUG-testiä ja VAS-mittarin avulla selvittää potilaan kokemaa kipua, jotta potilas saa tarvittavan kipulääkityksen. Potilas jatkaa Hoikussa puhalluspullo-harjoituksia ja hän saa opastuksen lääkärin ohjeen mukaiseen lonkkajumppaan. (Asiantuntijahaastattelut 2014.)

Riittävän nesteytyksen turvaamiseksi jokaisella lonkkamurtumapotilaalla pidetään nestelistaa Hoikussa vähintään kolmen päivän ajan ja tarvittaessa potilasta nesteytetään suonensisäisesti. Potilaan vatsantoimintaa tarkkaillaan erityisesti kipulääkkeiden ja liikkumattomuuden aiheuttaman ummetusriskin vuoksi. Tarvittaessa vatsan toimintaa tuetaan laksatiivien avulla. Säännöllinen ja riittävä uni edistävät toipumista. Vuorokausirytmä pyritään pitämään säännöllisenä, jotta voidaan minimoida nukahtamis- ja unilääkkeiden käyttö. Potilaan painehaavaumariski arvioidaan ja sen pohjalta laaditaan ohje asentohoitoa varten. Leikkaushaavasta tarkkaillaan säännöllisesti infektion merkkejä, kuten punoitusta, turvotusta, kipua ja eritystä. Haavaa hoidetaan aseptisesti ja hakaset poistetaan haavalta lääkärin ohjeistuksen mukaisesti. (Asiantuntijahaastattelut 2014.)

Hoikussa lonkkamurtumapotilailla on käytössä runsasenerginen ruoka. Ruokailu tapahtuu osaston päiväsalissa, jolloin potilas saa samalla toiminnallista kuntoutusta ja sosiaalisia kontakteja. Oikeanlainen ruokavalio edistää leikkaushaavan paranemista ja fyysistä kuntoutumista. Ruokavaliolla on suuri merkitys myös painehaavojen hoidossa ja ehkäisyssä asentohoidon lisäksi. Riittävän kalkan, vitamiinien ja valkuaisaineiden saanti turvataan tarvittaessa lisäravinteilla. Potilaan itsensä on myös tärkeää tiedostaa ravinnon merkitys kuntoutumiselle. (Asiantuntijahaastattelut 2014.)

Kuntoutumisen tavoitteena on aina potilaan paluu kotiin. Hoikusta kotiutuvan lonkkamurtumapotilaan keskimääräinen hoitoaika on 21 vuorokautta. Tarvittaessa ennen kotiutumista tehdään potilaan kotioloja ja avuntarvetta kartoittava kotikäynti. Kotikäynnillä kiinnitetään huomiota erityisesti siihen, onko asunnossa portaita, asuuko potilas yksin, onko apuvälineitä, mikä asumismuoto, saako apuja omaisilta ja millaiset peseytymis- ja wc-tilat asunnossa on. Kotikäyntiin osallistuu potilaan ja omaisen lisäksi Hoikun fysioterapeutti sekä tarvittaessa kotihoidon sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Kotihoidon sairaanhoitaja tekee palvelutarpeen arvion ja järjestää tarvittavat tukitoimet. Kotiin hankitaan tarvittavat apuvälineet ja tarvittaessa järjestetään kunnan tai omaisen kautta asunnon muutostyöt. Kun mahdolliset apuvälinehankinnat ja kodin muutostyöt tehdään ajoissa, ne eivät turhaan viivästytä kotiutumista. (Asiantuntijahaastattelut 2014.)

Kotiutuessa sairaanhoitaja huolehtii, että potilas on saanut mukaansa tarvittavat ohjeet, reseptit ja mahdolliset jatkokontrolliajat. Jos hoito jatkuu toisessa yksikössä, annetaan kyseiseen yksikköön kattava ennakkoraportti potilaasta. Kuukauden, neljän kuukauden ja vuoden kuluttua tapaturmasta sosiaalihoitaja soittaa potilaalle ja kysyy vointia, toimintakykyä ja kuntoutumisen edistymistä. Tarvittaessa sosiaalihoitaja antaa kuntoutumiseen liittyviä neuvoja ja kartoittaa lisätuen tarvetta. (Asiantuntijahaastattelut 2014.)

6 HYVÄ POTILASOHJE

Jokaisessa hoitajakson vaiheessa pitäisi määritellä sen hetkinen ohjaustarve. Määritelty ohjaustarve, annettu ohjaus ja jatko-ohjaustarve kirjataan potilastietojärjestelmään ja sitä täydennetään hoitajakson aikana. Potilasohjaukselle ei kuitenkaan yleensä ole riittävästi aikaa ja tilaa, jolloin ohjauksen laatu ja yksilöllisyys kärsivät. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11, 16.)

Potilasohje neuvoo ja ohjaa potilasta. Lähtökohtina ohjeen laadinnassa on hoitavan laitoksen tarve ohjata potilasta sekä potilaan tarve saada oleellista tietoa tilanteestaan. Vaikka ohjeessa olevat tiedot olisivat tutkittua tietoa, ei tieto välttämättä ole oikeaa. Tietojen voidaan sanoa olevan oikeita, silloin kun ne ovat ohjetta käyttävän organisaation hoitokäytännön mukaisia ja kun ohjetta lukeva potilas ne ymmärtää. Potilasohjetta kirjoittaessa on mietittävä, kenelle ohje on tarkoitettu. Hyvä potilasohje on kieliasultaan ymmärrettävä. Jotta ohjeesta tulisi selkeä, kannattaa miettiä kuinka

asiat kertoisi potilaalle suullisesti hyvää yleiskieltä käyttäen ja mitä kysymyksiä potilaalle mahdollisesti asiaan liittyen heräisi. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 13 - 15, 36.) Kirjallisessa potilasohjeessa tulisi olla kattavasti tietoa hoitoon liittyvistä asioista. Näin ollen sekä asiakas että omainen voivat ennakoida mitä kaikkea hoitajakson aikana tapahtuu, mitkä asiat vaikuttavat hoidon onnistumiseen ja mitä kotiutumisvaiheessa tulee huomioida. Kirjallisista ohjeista asiakkaan on myös helppo tarkistaa asioita myöhemmin itsekseen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124.)

Asiajärjestyksen on oltava potilaan tilanteen kannalta oleellinen ja tärkeimmät asiat tulisivat ilmetä heti ohjeen alussa. Ohjeen luettavuus lisääntyy, kun yhdessä kappaleessa käsitellään vain yhtä asiaa ja asiat ovat loogisessa järjestyksessä. Hyvällä otsikoinnilla ja aihetta täydentävillä kuvilla ohjeen kiinnostavuus ja luettavuus lisääntyvät. Lyhyet ja selkeät otsikot antavat potilaalle tietoa ja ne ohjaavat lukemista. Kuvia on hyvä käyttää tekstin tukena, muttei tyhjän tilan täyttäjänä. Ohjeen lopusta tulisi löytyä yhteystiedot, mihin voi ottaa yhteyttä, jos kysyttävää ilmenee tai ohjeet ovat epäselvät. Ohjeesta voisi ilmetä myös mistä on saatavissa ajankohtaista ja luotettavaa lisätietoa tilanteeseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39 - 44.)

Ohjeiden ja neuvojen noudattamisen kannalta on tärkeää perustella ohjeet. Ohjeiden noudattamisesta saatava omakohtainen hyöty motivoi tehokkaimmin noudattamaan ohjeita. Mitä enemmän vaivaa ohjeiden noudattamisesta on potilaalle, sitä paremmin ne on perusteltava. Perusteluista tulisi ilmetä se, miten potilas hyötyy niistä itse. Myös konkreettiset esimerkit helpottavat ohjeen ymmärtämistä. (Hyvärinen 2005, 1770; Kyngäs ym. 2007, 126.) Kun annetut ohjeistukset ovat hyvin perusteltuja, on potilaalla mahdollisuus toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan eikä vain ylhäältä tulevia käskyjä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 38).

Teksti on helpompi ymmärtää kun ohjeen ulkoasu on selkeä. Kuvat ja tekstit olisi hyvä asetella ilmeisesti, jolloin ohjeen yleisilme on rauhallinen. Reunamarginaalit, fontti ja tekstin tasaus kannattaa huomioida ohjeen laadinnassa. Paperiksi kannattaa valita mattapintainen valkoinen ja fontin väriksi musta. Mattapintainen paperi ei heijasta valoa, joten sitä on helpompi lukea. (Iivanainen, Grek-Stjernberg, Kallio, Korhonen, Korhonen, Pukki 2013, 20.)

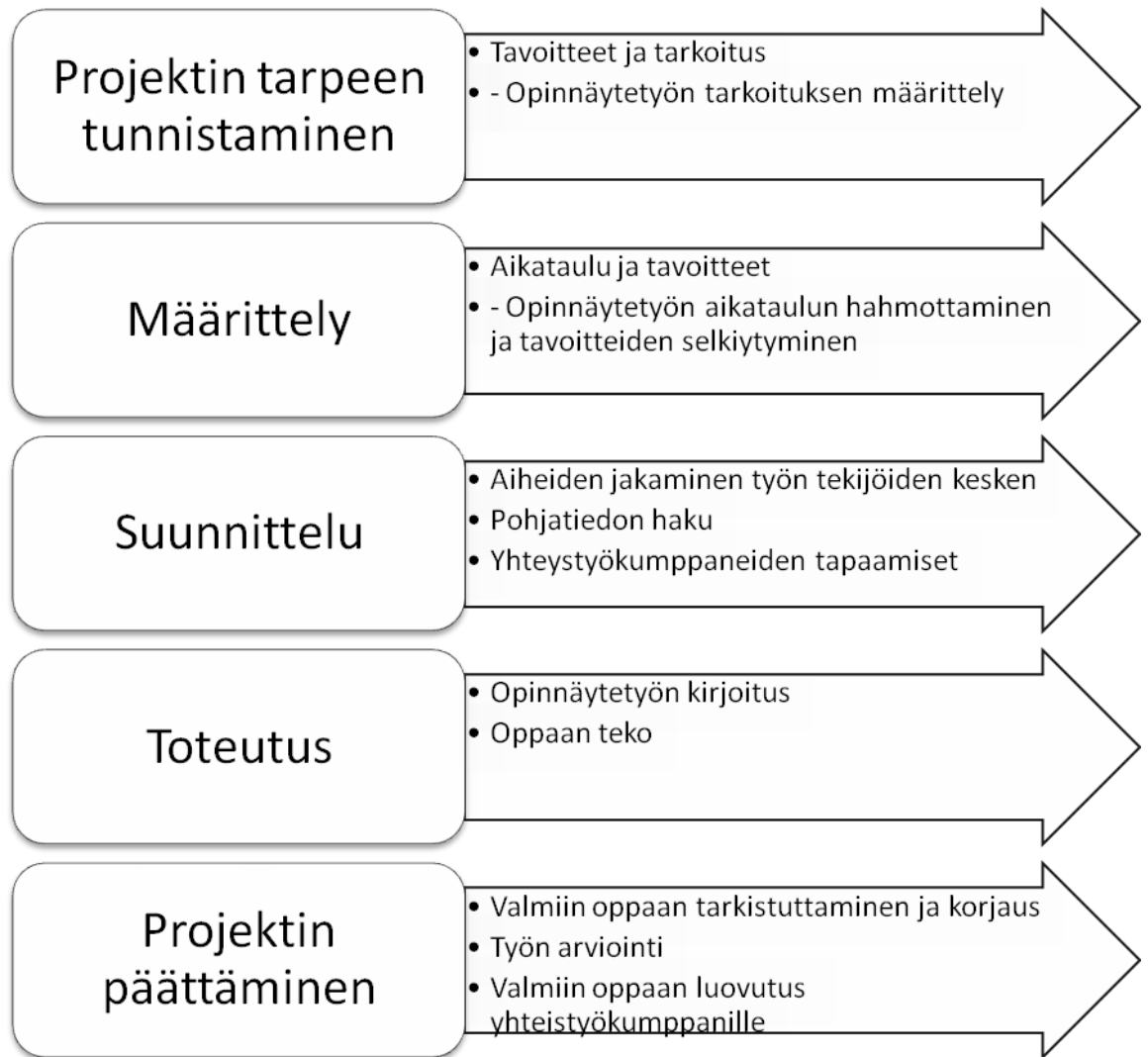
7 PROJEKTINA TOTEUTETTAVA OPINNÄYTETYÖ

Kun opinnäytetyö tehdään projektityönä, on työlle jo olemassa tunnistettu tarve tai idea. Ulkopuolisen tilaamasta projektista pitää laatia kirjallinen sopimus sekä suunnitelma, josta käy ilmi muun muassa työn valmistumisaikataulu, projektin tavoite ja sopimuksen osapuolet. Selkeät tavoitteet ja hyvä suunnittelu ovat edellytykset projektin onnistumiselle. Yleensä työn pienet yksityiskohdat tarkentuvat projektin edetessä. Projekti päättyy työn tulosten esittelyyn. (Kettunen 2003, 41, 76 - 77, 83, 169.)

Teimme kirjallisen sopimuksen työn tilaajan, Carean kanssa. Laadimme opinnäytetyöstämme suunnitelman, josta kävivät ilmi työmme kannalta oleelliset asiat. Hyväksytimme suunnitelman tilaajalla. Tutustuimme ensin yhdessä työn teoriataustaan ja pohdimme sopivaa menetelmää, jota käyttäisimme työssämme. Päädyimme tekemään työmme projektityönä, sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Jaoimme työhömmme liittyviä aihealueita keskenämme ja välillä tarkastelimme tuotostamme, jotta työssä säilyisi selkeä linja eikä siitä tulisi kokonaisuutena rikkonaista. Yhteistyökumppaneina meillä on Kymenlaakson keskussairaalan osasto 5 ja Haminassa sijaitseva Kymen Hoito- ja kuntoutuskeskus (Hoiku), jotka ovat olennaiset yksiköt lonkkamurtumapotilaan hoitopolussa eteläisen Kymenlaakson alueella. Kuvassa 3 on Kettusen (2003) mukaiset projektin vaiheet, jotka olemme avanneet kuvaamaan omaa työtämme.

Työmme tavoitteena on sisällönanalyysiä apuna käyttäen

1. Kuvata lonkkamurtumapotilaan hoitopolku ja teoriataustaa
2. Laatia kattava ja selkeä potilasopas



Kuva 3. Projektin vaiheet (Kettunen 2003, 41)

7.1 Aikataulu ja yhteydenpito työelämänedustajien kanssa

Opinnäytetyömme aihe vahvistettiin lokakuussa 2013. Sopimuksen opinnäytetyöstä teimme marraskuussa 2013. Tammikuussa 2014 aloitimme tiedon haun ja teoriaan tutustumisen ja jaoimme aihealueita keskenämme. Olemme käyneet keskustelemassa työelämänedustajien kanssa Kymen Hoito- ja Kuntoutuskeskuksessa (Hoiku) Haminassa ja Kymenlaakson keskussairaalan osasto 5:llä. Olemme olleet myös sähköpostitse yhteydessä Jorvin sairaalaan, josta saimme tietoa siitä, kuinka he toteuttavat lonkkaliukumäkimallia. Ideaseminaarin pidimme helmikuussa 2014 ja suunnitelmaseminaarin huhtikuussa 2014. Toukokuussa kävimme toistamiseen Hoikussa tutustumassa lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisvaiheeseen. Kesän aikana työt hidastivat opinnäytetyömme edistymistä, mutta syksyllä saimme työtämme taas hyvin etenemään. Loppusyksystä oppaan hahmottuessa lähetimme työn ja oppaan

hahmotelman työelämänedustajille tarkistettavaksi ja kommentoitavaksi.

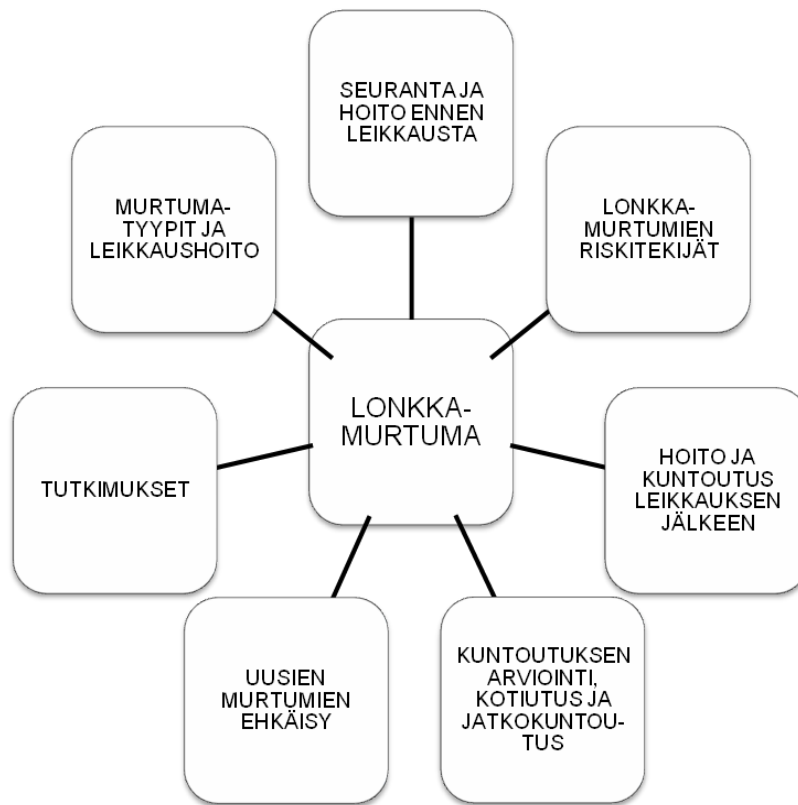
Päättöseminaarimme on aikataulun mukaisesti marraskuussa 2014.

7.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jota voidaan käyttää monenlaisten dokumenttien analysointiin. Menetelmää käyttämällä saadaan koottua tutkittavasta asiasta selkeä ja tiivis yleisluontoinen kuvaus, josta ei yleensä kuitenkaan saada merkittäviä johtopäätöksiä aikaiseksi. Sisällönanalyysin tarkoituksena onkin käsitellä tutkittava aineisto ja koostaa se uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Ensin aineisto pelkistetään, sitten se ryhmitellään, jonka jälkeen luodaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 103, 108.)

Teorialähtöinen, eli deduktiivinen, sisällönanalyysi pohjautuu johonkin olemassa olevaan malliin, teoriaan tai ajattelutapaan. Tämä toimintamalli kuvataan ja sen avulla määritellään työssä esiin tulevat oleelliset käsitteet. Analyysirunkoon voidaan toisaalta poimia pelkästään tietyt aineistot ja rakentaa se väljään muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 97,113.) Työssämme keskeinen lonkkamurtumapotilaan hoitopolku on kuvattu Kymenlaakson keskussairaalassa noudatettavan käytännön mukaisesti, eli se nousee olemassa olevasta käytännöstä.

Olemme käyttäneet sisällönanalyysiä myös tekemällä aiheeseen liittyviä hakuja internetin luotettavista lähteistä, tutkimuksista sekä ammattikirjallisuudesta. Näistä esiin nousseista asioista teimme käsitekartan, jonka perusteella kirjoitimme teoriaosan työhömmme. Käsitekartan (ks. kuva 4.) kokoamiseen käytimme Lonkkamurtuman käypä hoito -suosituksen potilasversiota (Tarnanen, Huusko & Sipilä 2011) sekä Geriatria-kirjan (Lönnroos 2008) lonkkamurtumapotilaan hoito ja kuntoutus -osiota. Poimimme lähteistä otsikkotasoilta käsitekarttaan potilaan kannalta oleellisimmat aiheet.



Kuva 4. Käsitekartta (Tarnanen ym. 2011; Lönnroos 2008)

Käsitekartassa olevien asioiden lisäksi olemme huomioineet omaisen roolin lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisessa, koska teemme potilasoppaan, joka on tarkoitettu potilasta ja hänen omaistaan varten.

8 POHDINTA

Valitsimme työmme aiheen sen ajankohtaisuuden ja käytännönläheisyyden vuoksi. Riski saada lonkkamurtuma suurenee ikävuosien 60 - 80 välillä 13-kertaiseksi (Lonkkamurtuma 2011). Väestön ikääntyessä todennäköisesti myös lonkkamurtumien määrä lisääntyy.

Espoossa alun perin kehitetty lonkkamurtumapotilaan tehostettu hoitopolku, eli lonkkaliukumäki on ollut menestyksekkäästi toiminnassa muutaman vuoden ajan. Eteläisen Kymenlaakson alueelle muokattu toimintamalli on ollut käytössä reilun vuoden. Hoitoajat on saatu puolitettua niin Espoossa kuin eteläisen Kymenlaaksonkin alueella. Tällä alueella lonkkamurtumapotilaalle hoitopäiviä kertyy keskimäärin 21. Tulos on hyvä, kun ajatellaan valtakunnallista keskiarvoa, joka on 46 hoitopäivää.

(Lonkkamurtuma 2011). Tuoreen kotimaisen tutkimuksen mukaan oikein kohdistettu, riittävän pitkäkestoinen ja yksilöllinen kotikuntoutus voi parantaa lonkkamurtumapotilaan liikuntakykyä jopa paremmaksi kuin ennen murtumaa (Tehostetulla kotikuntoutuksella lonkkamurtumapotilaat jalkeille (Salpakoski) 2014).

Opinnäytetyömme tavoitteena oli sisällönanalyysiä apuna käyttäen koota kattava ja selkeä opas lonkkamurtumapotilasta ja omaista varten sekä kuvata lonkkamurtumapotilaan hoitopolku ja teoriataustaa. Mielestämme saavutimme työllemme asetetut tavoitteet. Työssämme kuvasimme lonkkamurtumapotilaan hoitopolun olemassa olevan käytännön mukaisesti ja siihen liittyvää teoriataustaa, joiden pohjalta saimme koottua selkeän ja kattavan potilasoppaan. Opinnäytetyöprosessin aikana meitä motivoi se, että valmis tuotos tulee työelämän käyttöön jaettavaksi lonkkamurtumapotilaille jo hoidon alkuvaiheessa. Teoriataustaa kootessamme haastattelimme työelämätahoja, jotta hahmottaisimme lonkkamurtumapotilaan hoitopolun eri vaiheet paremmin. Lopuksi lähetimme valmiin työmme sekä hahmotelman oppaasta työelämätahoille tarkastettavaksi, että niiden sisältö vastaisi todellisuutta, eikä valmiiseen työhön jäisi asiavirheitä. Palautteessa saimme joitakin korjausehdotuksia, jotka muokkasimme oppaaseen sopiviksi.

Työmme valmistui lopulta noin vuoden aikana aloittamisesta, eli pysyimme suunnitellussa aikataulussa. Opinnäytetyöprosessin aikana koimme monenlaisia haasteita. Tiedonhaku osoittautui yllättävän haastavaksi, vaikka olimmekin siihen saaneet opastusta kirjaston tiedonhakuinfoista. Oikeiden tietokantojen ja monipuolisten hakusanojen käyttö tiedonhaussa auttoivat meitä löytämään tietoa laajemmin. Alussa myös aiheen sisäistäminen ja rajaaminen tuntuivat haastavilta. Yhteydenotto Espoon Jorvin sairaalaan, jossa varsinainen lonkkaliukumäki-malli on kehitetty ja käyttöönotettu, selkeytti meille lonkkaliukumäen ajatusta ja lonkkamurtumapotilaan kuntoutusprosessia. Aiheeseen tutustuttuamme päätimme jakaa keskenämme aihealueita, mikä osoittautui hyväksi ratkaisuksi. Näin työmme edistyi hyvin ja ajoittain kokoonnuimme yhdistämään tekstejämme ja kävimme samalla läpi toistemme tuotokset, jotta työssämme säilyy yhtenäinen linja, eikä päällekkäisyyksiä pääsisi syntymään. Ennen lopullista versiota työn teoreettinen sisältö on muuttanut muotoaan ja hakenut paikkaansa moneen otteeseen, vaikka meillä aluksi olikin selkeä hahmotelma sisällöstä otsikkotasolla. Oppaan laatimisessa haastavaa oli sisällön tiivistäminen niin, että oleellinen tieto välittyi iäkkäälle

kohderyhmälle mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi. Haasteeksi koimme myös aikataulujen yhteensovittamisen erityisesti keväällä 2014 ollessamme työharjoitteluissa sekä kesällä molempien ollessa työelämässä. Jälkeenpäin ajatellen opinnäytetyön tekeminen olisi kannattanut aloittaa aikaisemmin.

8.1 Eettisyys, luotettavuus ja hyödynnettävyys

Potilaan turvaksi on tehty laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava potilaalle riittävän selkeä ja ymmärrettävä kuvaus hänen terveydentilastaan ja hoitoonsa liittyvistä asioista. Laki antaa potilaalle itsemääräämisoikeuden hoitoon tai hoidosta kieltäytymiseen. Laki takaa myös oikeuden saada hyvää kohtelua ja hoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Terveystieteiden asiakkaalla on oikeus saada tutkittua ja luotettavaa tietoa tilanteestaan (Kyngäs ym. 2007, 154).

Kootaksemme laadukkaan ja helppolukuisen potilasoppaan, olemme käyttäneet työssämme luotettavia ja tuoreita lähteitä. Lähteinä olemme käyttäneet lonkkamurtumapotilaan hoitopolkuun osallistuvien asiantuntijoiden haastatteluja, alan kirjallisuutta ja tutkimuksia. Ohjeen lopullinen toimivuus mitataan vasta käytännössä, mutta sen ymmärrettävyyttä voi etukäteen testata esimerkiksi jollakin läheisellä. (Torkkola ym. 2002, 14.) Oppaan toimivuutta ei ole testattu käytännössä lonkkamurtumapotilaille, mutta olemme luettaneet opasta muutamilla henkilöillä, jotka ovat arvioineet oppaan helppolukuisuutta ja selkeyttä.

Tekemäämme opasta voidaan hyödyntää jo hoitopolun varhaisessa vaiheessa jakamalla se luettavaksi lonkkamurtumapotilaalle ja omaiselle. Oppaan avulla he pystyvät ennakoimaan mitä seuraavaksi tapahtuu ja miten kuntoutumisprosessi tulee etenemään. Uskomme, että työmme teoriasisällöstä ja oppaasta on hyötyä myös lonkkamurtumapotilaiden parissa työskenteleville hoitajille varsinkin perehdytysvaiheessa.

8.2 Oppaan laatiminen

Valmiiseen oppaaseen tiivistimme työmme teoriaosuuden. Kerroimme aluksi lonkkamurtumasta yleisesti sekä riskitekijöistä, jotka murtumalle altistavat. Kävimme läpi lonkkamurtumapotilaalle tehtäviä tutkimuksia, leikkaushoidon, leikkauksen

jälkeisen vuodeosastojakson sekä kotiutumiseen tähtäävän kuntoutumisjakson Kymen hoito- ja kuntoutuskeskuksessa (Hoiku) Haminassa. Oppaassa oleva tieto pohjautuu siis olemassa olevaan käytäntöön. Oppaassa huomioimme myös kuntoutumisvaiheen tärkeyden sekä omaisen tuen merkityksen. Lisäksi oppaasta selviää kuinka uusien murtumien syntymistä voi ehkäistä.

Mielestämme oppaasta on myös tärkeää löytyä kaikki murtumapotilaan mahdollisesti tarvitsemat yhteystiedot, jotta niiden etsimiseen ei tarvitse nähdä erikseen vaivaa. Oppaan loppuun laitamme apuvälinelainaamon yhteystiedot ja aukioloajat, koska useimmat lonkkamurtumapotilaat tarvitsevat kuntoutumisensa tueksi kotiin erilaisia apuvälineitä, kuten wc-istuimen korokkeen, tarttumapihdit ja kyynärsauvat. Lisäksi laitoimme oppaaseen myös yhteystiedot, mihin voi ottaa yhteyttä, jos jokin asia ohjeissa tai toipumisessa mietityttää.

Teimme oppaasta A5-kokoisen vihkosen. Iivanaisen ym. (2013, 20) suosituksen mukaan käytimme materiaalina mattapintaista valkoista paperia ja fontin väriksi valitsimme mustan. Ulkoasultaan oppaasta oli tarkoitus tehdä selkeä, jotta sitä on helppo lukea ja ymmärtää.

LÄHTEET

Anttila, M., Kukkola, L., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T., Haapsaari, N., Koivikko, S. & Verronen, T. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino, s. 44 – 56.

Asiantuntijahaastattelut. 21.1.2014 & 12.5.2014. Hamina: Kymen hoito- ja kuntoutuskeskus.

Eriksson, B., Bauer, K., Lassen, M. & Turpie, A. 2001. Fondaparinux compared with enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism after hip-fracture surgery. *New England Journal of Medicine*. 2001 Nov 1;345(18):1298-304. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11794148> [viitattu 25.8.2014].

Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva, S., Soini, H. & Suominen, M. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Saatavissa: <http://www.evira.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf> [viitattu 27.8.2014].

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim* 2005;121:1769–73, katsaus. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/xmedia/duo/duo95167.pdf> [viitattu 14.1.2014].

Iivanainen, A. 2007. Painehaavojen riskitekijät ja esiintyvyys lonkkamurtumapotilailla. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto.

Iivanainen, A., Grek-Stjernberg, P., Kallio, H., Korhonen, A., Korhonen, S. & Pukki, T. 2013. Kirjavuutta haavanhoito-ohjeissa. *Haava-lehti* 3/2013, s. 20 - 22.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2011. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Tammi.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino, s. 10 - 18.

Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, s. 118 - 126.

Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. 2011. Päivitetty: 18.11.2011. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003 [viitattu 9.10.2014].

Karppi, P. & Nuotio, M. 2008. Geriatriinen arviointi. Teoksessa Hartikainen, S & Lönnroos, E (toim.). Geriatria: Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, s. 15 - 30.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Kettunen, S. 2003. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOY.

Kymen hoito- ja kuntoutuskeskus. Esite.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laskimotukos ja keuhkoembolia. 2010. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 28.6.2010.

Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50022&suositusid=hoi5004#s10> [viitattu 28.4.2014].

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

Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Lonkkaliukumäki on Vuoden Laatuinnovaatio. 2012. Espoon kaupungin internetsivut. Päivitetty 8.11.2012. Saatavissa: http://www.espoo.fi/fi-FI/Lonkkaliukumaki_on_Vuoden_Laatuinnovaati%2825432%29 [viitattu 10.1.2014 ja 10.10.2014].

Lonkkamurtuma. 2011. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 10.6.2011. Saatavissa:

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50040#s8_1 [viitattu 15.1.2014, 20.1.2014, 9.10.2014 ja 3.11.2014].

Lonkkamurtumapotilas. 2013. Toimintamalli-ehdotus. Carea.

Lönroos, E., Jäntti, P. & Sulkava, R. 2008. Kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönroos, E. (toim.) . Geriatria: Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, s. 277 – 320.

Marcantonio, E.R., Flacker, J.M., Wright, R.J. & Resnick, N.M. 2001. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society 2001;49:516-22 PubMed. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380742>

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Helsinki: Edita Prima Oy.

Nyysönen, T. 2005. Lonkkamurtuma – se tavallinen tapaus. Pinsetti-lehti 4/2005, s. 8 - 9.

Osteoporoosi. 2014. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 24.4.2014. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi24065 [viitattu 30.4.2014].

Peltola, M. 2013. Lonkkamurtuma-potilaiden leikkauskäytännöissä eroja Suomen ja Ruotsin välillä. Päivitetty 27.5.2013. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2013/lonkkamurtumapotilaiden-leikkauskaytannoissa-eroja-suomen-ja-ruotsin-valilla> [viitattu 7.10.2014].

Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa –hoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Sand, O., Sjaastad, Q., Haug, E. & Bjälje, JG. 2011. Ihminen fysiologia ja anatomia. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sund, R., Juntunen, M., Lüthje, P., Huusko, T., Mäkelä, M., Linna, M., Liski, A. & Häkkinen, U. 2008. Perfect - lonkkamurtuma. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Stakesin työpapereita 18/2008. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75717/T18-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>

Tarnanen, K., Huusko, T. & Sipilä, R. 2011. Lonkkamurtuman käypä hoito -suosituksen potilasversio. Päivitetty 22.8.2011. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00055> [viitattu 4.2.2014].

Tehostetulla kotikuntoutuksella lonkkamurtumapotilaat jalkeille (Salpakoski). 2014. Jyväskylän yliopisto ajankohtaista. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2014/10/tiedote-2014-10-23-10-37-03-339879> [viitattu 3.11.2014].

THL. 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Tuloraportti. Lonkkamurtumapotilaiden 1. hoitokokonaisuuden hoitopäivät, vakioitu (ka). Saatavissa:

http://www.terveytemme.fi/perfect/atlas/lonkka_table/report_Sairaanhoitopiirit_i2.html [viitattu 11.2.2014].

THL. 2014. Lonkkamurtuma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect/lonkkamurtuma [viitattu 15.1.2014].

Tilvis, R. 2010. Hauraat luut ja luunmurtumat. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, s. 301 – 307.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Vierula, H. 2010. Lonkkamurtumat pitäisi leikata heti. Lääkärilehden uutisia.

Saatavissa:

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=9402/type=1 [viitattu 23.3.2014].

OPAS

LONKKAMURTUMAPOTILAALLE

JÄ OMAISELLE



Kymenlaakson sairaanhoito- ja
sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

SISÄLTÖ

LONKKAMURTUMA JA SEN RISKITEKIJÄT	3
LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOPOLKU	4
ENSIAPU JA TUTKIMUKSET	5
LEIKKAUS.....	5
VUODEOSASTO 5	6
JATKOKUNTOUTUS HOIKUSSA HAMINASSA	7
LEIKKAUSKOMPLIKAATIOIDEN EHKÄISY	8
OMAINEN KUNTOUTUJAN TUKENA.....	9
UUSIEN MURTUMIEN EHKÄISY.....	9
YHTEYSTIEDOT	10

LONKKAMURTUMA JA SEN RISKITEKIJÄT

Lonkkamurtumat eli reisiluun yläosan murtumat ovat Suomessa merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita. Suomessa lonkkamurtuman saa vuosittain yli 7 000 henkilöä. Lonkkamurtumista yli 90 % syntyy liukastumisen, kaatumisen tai vuoteesta putoamisen seurauksena. Yli 65-vuotiaista kotona asuvista joka kolmas kaatuu vähintään kerran vuodessa. Eteläisen Kymenlaakson alueella lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista on tehostettu ja tällä alueella hoitojakson pituus on lyhentynyt puoleen aiempaan verrattuna.

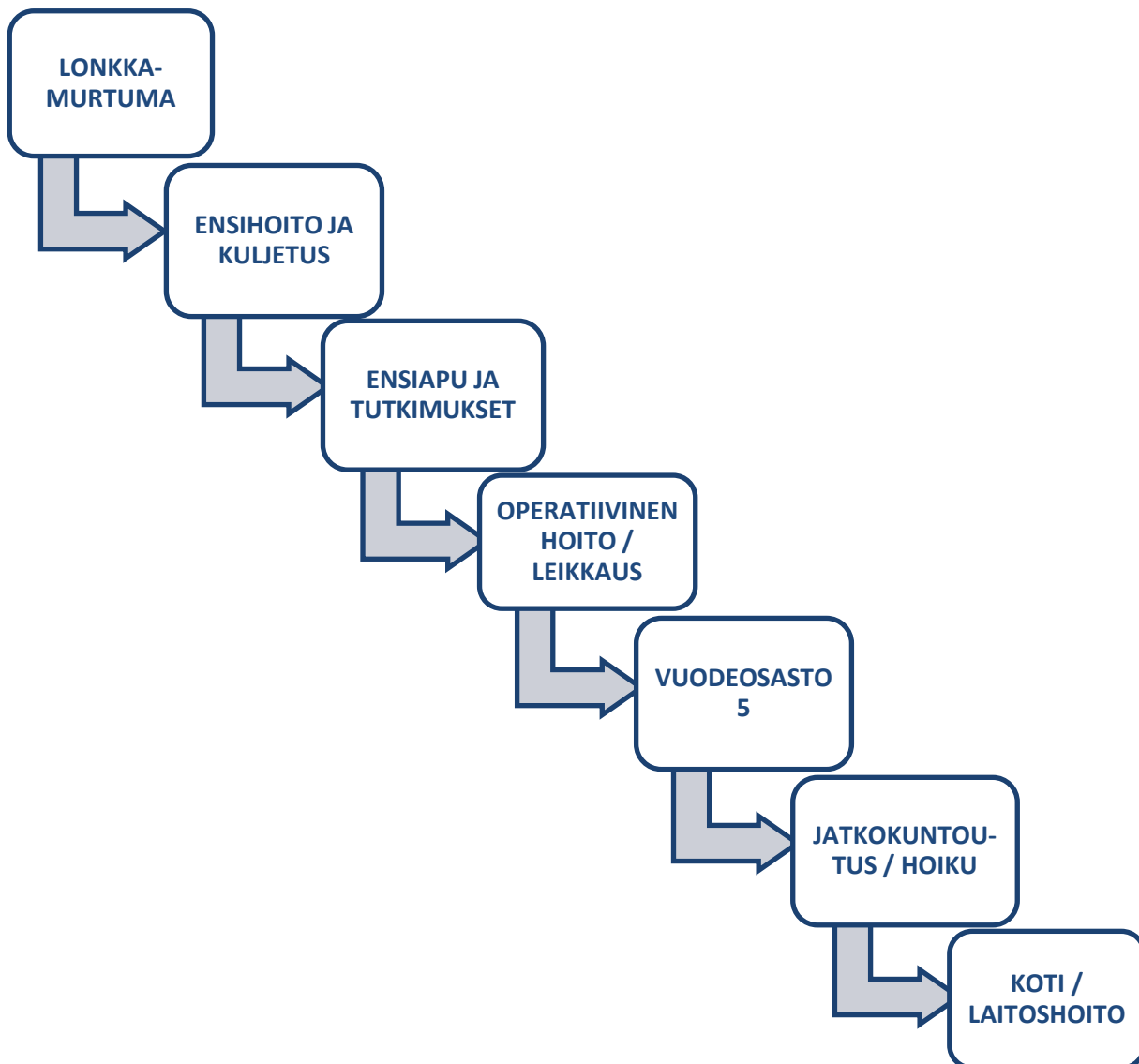
Lonkkamurtuman oireina voivat olla mustelmat, turvotus ja lonkan seudun aristus. Raajan liikuttelu ei välttämättä onnistu, eikä siihen pysty varaamaan. Lääkäri toteaa lonkkamurtuman tutkimuksen ja röntgenkuvauksen perusteella.

Ikävuosien 60 - 80 välillä lonkkamurtuman riski moninkertaistuu. Iän myötä luun määrä pienenee ja rakenne heikkenee. Lonkkamurtumien riskitekijät voidaan jakaa luun lujuutta heikentäviin ja kaatumavaaraa lisääviin tekijöihin.

Suurimmat riskitekijät lonkkamurtumiin ovat:

- korkea ikä
- heikentynyt liikuntakyky
- aiempi murtuma
- D-vitamiinin puute
- puutteellinen ravitsemus
- halvaus
- muistisairaudet
- laitoksessa asuminen
- lääkkeiden käyttö
- puutteet liikkumisen apuvälineissä
- lihasheikkous
- heikentynyt näkö
- perimä
- tupakointi
- pieni painoindeksi
- Parkinsonin tauti
- nivelreuma
- alkoholi

LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITOPOLKU



ENSIAPU JA TUTKIMUKSET

Hoitaja tekee teistä ensiavussa kiireellisyysarvion, tarkkailee ja hoitaa teitä sekä järjestää tarvittavat röntgen- ja laboratoriotutkimukset. Teistä otetaan EKG eli sydänsähkökäyrä, mitataan pulssi, verenpaine ja lämpö.

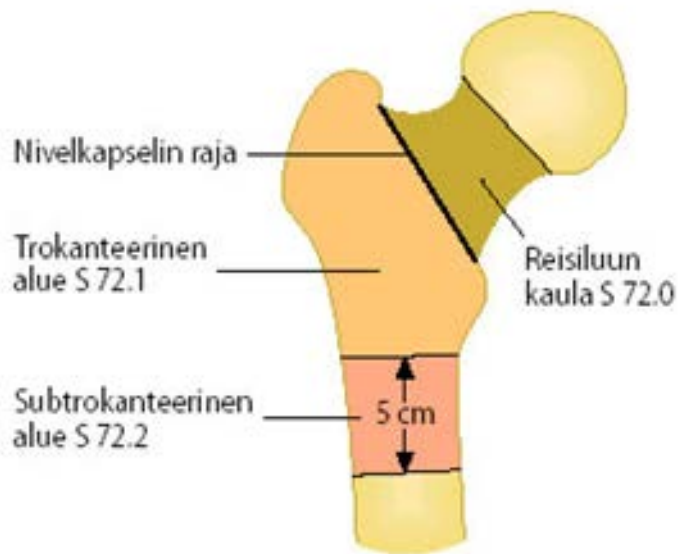
Ensiavussa tapaatte myös lääkärin, joka tekee kartoituksen toimintakyvystänne, määrää jatkotutkimukset ja tarvittavan kipulääkityksen. Lääkäri tarkistaa tutkimustulokset, joiden perusteella hän valitsee teille yksilöllisesti sopivan hoitolinjan ja tiedottaa tästä teille.

Ennen leikkausta selvitetään:

- aiempi toimintakyky
- ravitsemustila
- nestetasapaino
- aiemmat sairaudet
- lääkitykset
- kotiolot
- allergiat
- painehaavariski

LEIKKAUS

Mikäli vointinne sallii leikkauksen, pyritään leikkaus tekemään vuorokauden sisällä murtuman synnystä. Mahdollisimman nopea leikkaukseen pääsy vähentää kuolleisuutta, sekä keuhkokuumeen ja painehaavojen syntyä. Leikkausmenetelmä valitaan potilaskohtaisesti. Yleisimmin lonkkamurtuma korjataan joko ydin- tai liukunaulalla, ruuvikiinnityksellä tai lonkkaproteesilla. Operaation jälkeen leikkaava lääkäri laatii leikkauskertomuksen, josta tulee ilmi teille tehty toimenpide ja siihen johtanut syy, sekä jatkohoito-ohjeet joista selviää mm. liikerajoitukset, varausohjeet, jatkokontrollit ja lääkityksen tarve.



**Kuva 1. Reisiluun yläosan murtumien jaottelu ja luokitus. Kuva edestä.
(Lonkkamurtuma Käypä hoito -suositus 2011)**

VUODEOSASTO 5

Leikkauksen jälkeen teidät siirretään vuodeosastolle, jossa vointianne, leikkaushaavaanne ja kipujanne seurataan ja hoidetaan. Teille ja omaisellenne kerrotaan hoitosuunnitelmasta ja annetaan ohjausta kuntoutumisen tueksi. Hengityksen tehostamiseksi teille ohjataan pulloon puhallus -harjoitukset. Tavoitteena on, että leikkauksen jälkeen noudatatte annettuja kuntoutusohjeita sekä osallistutte hoitajan avustamana päivittäisiin toimiinne ja hoitoonne. Fysioterapeutti osallistuu alusta alkaen kuntoutumiseenne. Leikkauspäivän iltana teidät avustetaan istumaan sängyn laidalle. Seuraavana päivänä kontrollikuvan jälkeen teidät avustetaan ylös ja saatte liikkua lääkärin antamien ohjeiden mukaisesti. Kuntoutukseen siirrytte ensimmäisenä tai toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä vointinne mukaan. Siirtyessänne Kymen hoito- ja kuntoutuskeskukseen, mukaanne laitetaan tarkat lääkärin ja sairaanhoitajan tekemät jatkosuunnitelmat, jotta siirtyminen on turvallista.

JATKOKUNTOUTUS HOIKUSSA HAMINASSA

Haminassa sijaitseva Kymen Hoito- ja Kuntoutuskeskus, Hoiku, on laadukkaita ja vaikuttavia kuntoutus- ja hoitopalveluita ympärivuorokauden tuottava yksikkö. Toimintakykyä tukeva tavoitteellinen hoito ja fysioterapia takaavat potilaan turvallisen kuntoutumisen ja kotiutumisen. Hoikun tilat ja monipuoliset vapaa-ajantoiminnot kuntoutuksen aikana tukevat potilaan kokonaisvaltaista kuntoutusta.

Terveydenhoidon alan ammattilaisista koostuva työryhmä aloittaa yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisen teistä saatujen esitietojen, alkututkimusten ja haastattelujen perusteella. Työryhmään kuuluvat erikoislääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosionomi ja tarvittaessa toimintaterapeutti ja psykologi. Toimintakykyänne selvitetään laaja-alaisesti. Kuntoutumisvaiheessa toimintakykyänne tuetaan kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Fyysinen harjoittelu on aktiivista ja säännöllistä. Kuntoutumisenne ja kotiutumisenne suunnitteluun otetaan alusta lähtien myös omaisenne tiiviisti mukaan.

Kotikäynti tehdään tarvittaessa ja siellä ovat mukana teidän lisäksi omaisenne, Hoikun fysioterapeutti sekä kotihoidon sairaanhoitaja/fysioterapeutti. Kotikäynnillä selvitetään kodin mahdolliset muutostarpeet. Apuvälineiden tarve arvioidaan jokaisen kohdalla yksilöllisesti ja ne hankitaan ennen kotiutumista. Apuvälinelainaamojen yhteystiedot löydätte oppaan lopusta. Jatkofysioterapia varmistetaan yhteydenotolla oman alueen fysioterapeuttiin tai kotiutustiimiin. Kotiutuessanne sairaanhoitaja huolehtii, että saatte mukianne tarvittavat ohjeet, reseptit ja mahdolliset jatkokontrolliajat.

Kotiutumisenne jälkeen Hoikusta soitetaan teille kuukauden, neljän kuukauden ja vuoden kuluttua tapaturman tapahtumisesta. Soitolla selvitetään teidän sen hetkinen toimintakyky, kotona selviytyminen ja mahdollinen avuntarve.

LEIKKAUSKOMPLIKAATIOIDEN EHKÄISY

Riittävä kivunhoito

- Riittävä kivunhoito on tärkeää liikkeelle lähdön ja toipumisen kannalta.

Leikkaushaavan puhtaus ja seuranta

- Leikkauksen jälkeen turvotus ja kirkas erityis haavalta on normaalia. Haavaa tulisi hoitaa puhtain käsin ja sitä voi suihkutella päivittäin. Jos haava myöhemmin aukeaa, kipu/punoitus lisääntyy tai teille nousee kuume, ottakaa yhteyttä terveyskeskukseen.

Veritulppia ehkäisevä lääkitys

- Leikkauksen jälkeen teille aloitetaan 4-6 viikkoa kestävä pistoshoito veritulppien ehkäisyyn. Saatte ohjauksen pistämiseen ennen kotiutumista. Veritulppariskiä voitte pienentää myös tekemällä nilkkojen pumppausliikettä esim. vuoteessa ja käyttämällä tukisukkaa.

Liikkuminen ja säännöllinen lihasvoimaharjoittelu

- Varhainen aloitetulla fyysisellä kuntoutuksella nopeutatte liikunta- ja toimintakyvyn palautumista. Aluksi liikkumisessa käytetään tarvittavia apuvälineitä. Kuntoutuminen suunnitellaan teidän omat lähtökohdat huomioiden ja se jatkuu vielä kotiutumisen jälkeenkin. Saatte harjoitteluohjeet kirjallisena fysioterapeutilta. Liikkumalla säännöllisesti edistätte nivelten liikkuvuutta ja ehkäisette kipuja.

Puhalluspullon käyttö

- Saatte opastuksen puhalluspullon käyttöön, jonka avulla lima poistuu keuhkoista ja hengittäminen helpottuu. Puhallusharjoitusten avulla ehkäisette keuhkokuumeen syntyä.

Monipuolinen ravinto

- Oikeaoppisella ruokavaliolla on positiivinen vaikutus ikääntyneen elämänlaatuun, terveyteen ja toimintakykyyn. Monipuolisella ravinnolla edistätte haavan paranemista, sekä vähennätte infektioiden ja painehaavojen syntyä. Tarvittaessa teille annetaan proteiinipitoisia lisäravintovalmisteita.

OMAINEN KUNTOUTUJAN TUKENA

Lonkkamurtuman jälkeen tavoitteena on aina kotiutuminen ja kuntoutuminen murtumaa edeltäneeseen kuntoon. Murtumapotilaan kannalta olisi hyvä jos omainen tai ystävä voi sitoutua hoitoon ja kuntoutukseen omien voimavarojensa mukaan. Hänen tehtävänä on tukea ja kannustaa kuntoutumisprosessin aikana ja motivoida tekemään kotijumppaa potilaan kotiuduttua. Tämän vuoksi omaisen kanssa tehtävään yhteistyöhön panostetaan jo varhaisessa vaiheessa. Tarvittaessa kotiin voidaan järjestää kotihoidon palveluita.

UUSIEN MURTUMIEN EHKÄISY

Lonkkamurtuman ehkäisyssä on tärkeää huolehtia osteoporoosin ennaltaehkäisystä ja hoidosta, eli D-vitamiinin ja kalsiumin saannista. Luun murtuma on usein ensimmäinen oire osteoporoosista eli luukadosta, jonka toteamiseen, sekä hoitamiseen käytetään luuntiheysmittausta.

Säännöllinen kotona tai ryhmässä tehty lihasvoima- ja tasapainoharjoittelu vähentävät kaatumisia. Ikääntyneille suositeltavia liikuntamuotoja ovat kuntosaliharjoittelu, tanssi ja kävely/sauvakävely. Tärähtelyä ja hyppyjä sisältävä liikunta vahvistaa luustoa. Monipuolinen ravinto ja tupakoinnin välttäminen ovat olennainen osa osteoporoosin hoitoa.

YHTEYSTIEDOT

KYMENLAAKSON KESKUSSAIRAALA

Osasto 5, A-puoli

puh. 020 633 2323

Ensiapu

puh. 05- 2205 000

APUVÄLINELAINAAMOT:

Kotka

Kirkkokatu 21, 48100 Kotka

Esteetön sisäänkäynti Koulukadun parkkialueen puolelta.

puh. 020 633 6211

Soittoaika

ma-pe klo 12.00-13.00

Avoinna

ma-pe klo 9.00-11.00

lisäksi ke klo 15.00-17.00

Hamina

Haminan terveystakeskus
Reutsinkatu 3, 49400 Hamina
puh. 05- 749 3256

Avoinna:

ma-ti 12.00-14.00

ke-to 08.00-10.00

pe 11.00-13.00

Pyhtää

Pyhtään terveystakeskus
Siltakylän Palvelukeskus / Fysioterapia
Huutjärventie 14, 49220 Siltakylä

puh. 040 710 4745

Puhelin- ja apuvälinelainausaika arkisin klo 11.30-12.00

KYMEN HOITO- JA KUNTOUTUSKESKUS

Kokkokallionkatu 2
49400 Hamina

Puhelinvaihte 020 7761 700

fax : 020 7761 709

www.hoiku.fi

email: etunimi.sukunimi@hoiku.fi



Kymenlaakson sairaanhoito- ja
sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

HOIKU
KYMEN HOITO- JA KUNTOUTUSKESKUS

Päivi Johansen & Meri Nieminen
Kymenlaakson Ammattikorkeakoulu 2014