



Arviointimuistio

Tarkastuslautakunta 2.4.2020 § 17

Jenni Hämäläinen, Risto Roine, Pirjo Räsänen

Lonkkamurtuman hoitoa ja kuntoutusta koskevien suositusten toteutuminen HUSissa

Sisällys

1 Johdanto	2
2 Arvioinnin tavoite, arviointikysymykset ja aineisto	4
3 Lonkkamurtuman hoitoa ja kuntoutusta koskevat kansalliset suositukset.....	6
4 Tutkimuksia lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta.....	9
5 Kuntoutuksen järjestäminen HUSin alueella	14
5.1 Kuntoutus HUS-alueen järjestämissuunnitelmissa sekä HYKS-erva-alueen järjestämissopimuksessa	17
5.2 Ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen järjestäminen HUS- alueen kunnissa – kysely kunnille.....	20
5.3 HUSin asiantuntijoiden näkemyksiä lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta	22
6 Lonkkamurtumaleikkaukset HUSissa ja hoidon tulokset.....	26
6.1 Lonkkamurtumapotilaiden hoidon tuloksia – Perfect hanke.....	29
6.2 Palko ja Käypä hoito -suositusten toteutuminen lonkkamurtumapotilaan hoidossa HUSissa	33
7 Johtopäätökset	43
Lähteet.....	48
Liite 1. Tietolupahakemus HUSin toisiolakityöryhmälle	51
Liite 2. Kysely HUS-alueen kunnille ja kuntayhtymille lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen järjestämisestä	55
Liite 3. Haastattelurunko HUSin sairaanhoitoalueiden asiantuntijoille	58

1 Johdanto

Lonkkamurtuma on yleinen ja vakava tapaturma ikääntyneillä ihmisillä. Se johtaa usein liikunta- ja toimintakyvyn heikentymiseen ja lisää ikääntyneen riskiä joutua laitoshoitoon, pitkäaikaisen avun tarvetta sekä kuolleisuutta. Vuosittain Suomessa leikataan noin 6000 lonkkamurtumapotilasta, joista huomattava osa HYKS-erva-alueella. Ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoito ja kuntoutus vaativat huomattavia resursseja. Asianmukaisella kuntoutuksella voidaan pienentää potilaan riskiä joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon, mikä on sekä inhimillisestä että taloudellisesta näkökulmasta järkevää.

Lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta on olemassa kansalliset suositukset. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Palko) vuonna 2016 antaman suosituksen mukaan lonkkamurtuman leikkaushoidon jälkeinen kuntoutus on kustannusvaikuttavaa toimintaa. Kuntoutuksen tulee olla moniammatillista, potilasta aktivoivaa ja tavoitteellista. Sen tulee olla myös alueellisesti keskitettyä, koordinoitua ja suunnitelmallista.¹ Vuonna 2017 annetussa Käypä hoito -suosituksessa suositellaan niin ikään hoidon ja kuntoutuksen keskittämistä. Lisäksi suosituksessa otetaan kantaa muun muassa potilaan kivunhoitoon, ravitsemukseen ja liikuntaharjoitteluun.²

Suosituksissa otetaan kantaa myös erikoissairaanhoidossa annettavaan hoitoon. Vaikka ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuudesta vain pieni osa tapahtuu erikoissairaanhoidossa, on leikkaushoitojaksolla merkitystä sille, miten potilas kuntoutuu leikkauksen jälkeen. Iäkkään lonkkamurtuma-

¹ Lonkkamurtuman leikkaushoidon jälkeinen kuntoutus. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Palko) suositus 30.8.2016. Taustamuistio 30.8.2016.

² Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 16.10.2017. Duodecim.

potilaan tulisi esimerkiksi päästä leikkaukseen mahdollisimman pian, koska leikkaukselta odottaessa vanhuksen kunto heikkenee nopeasti. Tämä puolestaan vaikeuttaa toimenpiteistä kuntoutumista.

Tämän HUSin tarkastuslautakunnan arvioinnin tavoitteena oli selvittää, miten kansalliset Palveluvalikoimaneuvoston (Palko) ja Käypä hoito -suositukset toteutuvat lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa HUSin alueella. Lisäksi selvitettiin lonkkamurtumapotilaiden hoidon tuloksia perustuen THL:n Perfect (Performance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes) -hankkeessa julkaistuihin tuloksiin. Aineistona käytettiin myös HUSin tilastotietoja, asiantuntijoiden haastattelua sekä kunnille tehtyä kyselyä.

Tarkastuslautakunta sovelsi tehtävissään ensimmäistä kertaa nyt myös sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä annettua lakia (552/2019) (ns. toisiolaki). Lain mukaan potilastietoja voidaan hyödyntää muun muassa tietojohdamisessa (§41). Laissa todetaan, että ”sosiaali- tai terveydenhuollon palvelunantajalla on oikeus sallassapitovelvoitteiden estämättä käsitellä ja yhdistellä tunnisteellisesti asiakastietoja, jotka ovat syntyneet sen omassa toiminnassa tai ovat sen omiin rekistereihin tallennettuja, jos se on välttämätöntä palvelunantajan vastuulla toteutettavan palvelutoiminnan tuottamista, seuranta, arviointia, suunnittelua, kehittämistä, johtamista ja valvontaa varten.” Tämän perusteella arvioinnissa selvitettiin HUSin potilasasiakirjoista lonkkamurtumapotilaiden leikkausajankohta, kivun seurannan ja potilaan mobilisoinnin toteutuminen sekä ravitsemustilan ja kaatumisriskin arvioinnin kattavuus.

Arvioinnin tulokset on julkaistu tarkastuslautakunnan vuoden 2020 arviointikertomuksessa. Tässä muistiossa on esitetty yksityiskohtaisemmat tiedot arvioinnin toteutuksesta.

2 Arvioinnin tavoite, arviointikysymykset ja aineisto

Arvioinnin tavoitteena oli selvittää, miten ikääntyneiden (yli 65-vuotiaat) lonkkamurtumapotilaiden hoito ja kuntoutus on järjestetty HUS-alueella. Lisäksi selvitettiin Palko- ja Käypä hoito -suositusten toteutumista erikoissairaanhoidossa annetun hoidon osalta sekä hoidon tuloksia. Arviointi rajattiin potilaisiin, jotka olivat tulleet sairaalaan lonkkamurtuman vuoksi, ja joiden lonkkamurtuma oli seurausta kaatumisesta tai matalalta putoamisesta.

Arvioinnissa pyrittiin vastaamaan seuraaviin kysymyksiin

- 1) Miten lonkkamurtumapotilaiden hoito ja kuntoutus on järjestetty HUSin sairaanhoitoalueilla?
- 2) Miten kansalliset suositukset (Palko ja Käypä hoito) toteutuvat ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa erikoissairaanhoidon osalta HUSin alueella?
- 3) Millaiset ovat lonkkamurtumapotilaiden hoidon tulokset HUSin sairaanhoitoalueilla?

Arvioinnissa käytettiin aineistona

- HUSin tilastotietoja
- lonkkamurtumapotilaiden hoidosta vastaavien HUSin sairaanhoitoalueiden asiantuntijoiden haastatteluja
- THL:n Perfect (Performance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes, hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset) -hankkeen viimeisimpiä julkaistuja tuloksia, jotka ovat vuosilta 2013-2016
- HUSissa leikattujen 65-vuotta täyttäneiden lonkkamurtumapotilaiden potilasasiakirjoja.

Lisäksi tehtiin kysely lonkkamurtumapotilaiden jatkohoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä HUS-alueen kunnille ja kuntayhtymille (Liite 2). Kysely lähetettiin kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoimesta vastaaville viranhaltijoille (n=17) ja se oli avoinna vastattavaksi kahden viikon ajan 15.-31.10.2019. Vastaaminen oli kunnille vapaaehtoista. Kyselyyn vastasi 9 kunnan tai kuntayhtymän edustajaa (vastausprosentti 53).

Potilastietojen käyttöön pyydettiin lupa HUSin ns. toisiolakityöryhmältä (Liite 1), joka vastaa sosiaali- ja terveystietojen toissijaista käyttöä koskevien tietolupahakemusten käsittelystä ja lupien myöntämisestä HUSissa. Lupahakemus toimitettiin työryhmälle 10.9.2019 ja siihen saatiin myönteinen vastaus hallintojohtajalta 16.11.2019. Aineistoon poimittiin satunnaisotannalla 153 vuosina 2016-2018 HUSissa leikattua lonkkamurtumapotilasta, joiden potilasasiakirjoista selvitettiin kivunhoitoon, potilaan mobilisointiin ja jatkokuntoutuksen varmistamiseen liittyviä asioita sekä ravitsemustilan ja kaatumisriskin arvioinnin kattavuutta.

3 Lonkkamurtuman hoitoa ja kuntoutusta koskevat kansalliset suositukset

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Palko)³ antoi vuonna 2016 suosituksen lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen järjestämisestä. Suosituksen mukaan lonkkamurtuman leikkaushoidon jälkeinen moniammatillinen, potilasta aktivoiva ja tavoitteellinen kuntoutus on kustannusvaikuttavaa toimintaa ja vähentää potilaiden pitkäaikaisen avun sekä sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen tarvetta. Suosituksessa todetaan, että moniammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on saatu vahvaa tutkimusnäyttöä ja sen on suomalaisen tutkimustiedon perusteella osoitettu vähentävän ensimmäisen vuoden laskennallisia potilaskohtaisia kokonaishoitokustannuksia noin 5000 euroa. Kuntoutus tulisi järjestää keskitetysti ja siitä vastaava taho määrittellä selkeästi. Hyviä kokemuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen keskittämisestä ja hoitoketjun kehittämisestä on saatu muun muassa Lahdessa ja Espoossa, joissa lonkkamurtumapotilaiden kotiutuminen on nopeutunut ja potilaskohtaiset kustannukset laskeneet.⁴

Suosituksen taustamuistion mukaan ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan moniammatillinen kuntoutus tarkoittaa käytännössä potilaan tilanteen kokonaisvaltaista geriatrissa arviointia, jossa selvitetään, millainen potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky oli ennen tapaturmaa. Potilaalle tulee laatia moniammatillinen kuntoutusohjelma ja fyysisen harjoittelun tulee olla pitkäkestoista. Ennen kotiutusta on arvioitava mahdollinen apuvälineiden tarve ja tehtävä kotikäynti, jossa karotetaan asunnossa tarvittavat muutostyöt. Yhteistyö avohoidon, potilaan ja hänen omaistensa kanssa on tärkeää. Kuntoutuksen eri vaiheiden ja toimijoiden toiminnan

³ Palveluvalikoimaneuvosto antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut kuuluvat julkisesti järjestetyn tai rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Neuvosto toimii Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteydessä, ks. www.palveluvalikoima.fi.

⁴ Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suositus: Lonkkamurtuman leikkaushoidon jälkeinen kuntoutus <https://palveluvalikoima.fi/lonkkamurtumakuntoutus> (1.11.2019); Lonkkamurtuman leikkaushoidon jälkeinen kuntoutus, Taustamuistio 30.8.2016.

tulee olla koordinoitua ja suunnitelmallista ja tavoitteena pitää olla potilaan paluu kotiin tai tapaturmaa edeltäneeseen asuinpaikkaan. Kuntoutuksen edistymistä tulisi seurata vähintään vuoden ajan.

Palveluvalikoimaneuvoston suosituksessa otetaan kantaa myös erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan hoitoon. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan leikkauksen tulisi tapahtua 12 tunnin kuluessa tapaturmasta ja viimeistään 24 tunnin sisällä. Potilas tulisi auttaa liikkeelle heti leikkauksen jälkeisenä päivänä. Kuntoutumista voidaan edesauttaa ehkäisemällä ja hoitamalla mahdollinen äkillinen sekavuustila (delirium), huolehtimalla ravitsemuksesta, tarkistamalla lääkitys sekä hoitamalla mahdollinen päihdeongelma ja osteoporoosi. Riittävästä kivunhoidosta huolehtiminen on tärkeää, jotta kipu ei estä liikkumista.

Lonkkamurtumapotilaiden hoidosta on annettu myös Käypä hoito -suositus.⁵ Suositukseen sisältyy pitkälti samoja asioita, kun Palveluvalikoimaneuvoston suositukseen. Siinä otetaan kantaa muun muassa leikkausmenetelmän valintaan, leikkausajankohtaan, kivun hoitoon, uusien murtumien ehkäisyyn sekä hoidon ja kuntoutuksen keskittämiseen. Lisäksi suosituksessa on määritelty kriteerit, joiden perusteella lonkkamurtumapotilaan hoitoketjun toimivuutta ja tuloksia tulisi arvioida. Näitä ovat lonkkamurtumapotilaiden uudet hoitajakset (readmissio), hoitajakson kesto, pitkäaikaishoitoon siirtyminen, potilaiden kuolleisuus ja hoidon kustannukset. Näitä asioita on seurattu THL:n PERFECT -hankkeessa vuodesta 2001 alkaen.

Edellä mainittujen suositusten lisäksi Suomen Artroplastiayhdistys on antanut suosituksen lonkan ja polven tekonivelkirurgiasta. Leikkaushoitoon liittyvien asioiden lisäksi suosituksessa otetaan kantaa siihen, minkälaisissa sairaaloissa tekonivelleikkauksia tulisi tehdä ja miten leikkaavan yksikön toiminnan laatua, vaikuttavuutta ja potilastyytyväisyyttä tulisi dokumentoida ja raportoida. Suosituksen mukaan tekonivelleikkauksia tekevän erikoislääkärin tulisi tehdä vähintään 100 tekonivelleik-

⁵ Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 16.10.2017. Duodecim.

kausta vuodessa ja tavoitteena tulisi olla yli 200 leikkauksen suorittaminen. Yksikössä tulisi olla vähintään kolme tekonivelleikkauksiin keskittynyttä erikoislääkärinä, ja siellä tulisi tehdä vähintään 500 leikkausta. Leikkausten keskittämistä puoltaa paremmat hoidon tulokset; pienempi kuolleisuus ja vähäisempi potilasvahinkojen määrä, mutta myös se, että suurissa yksiköissä leikkauskohtaiset kustannukset ovat todennäköisesti pienemmät kuin pienissä yksiköissä. Vaikka täsmällistä raja-arvoa optimaalisille leikkausmäärille ei suosituksen mukaan ole voitu asettaa, tulisi tekonivelleikkauksia suosituksen mukaan tehdä vain niihin erikoistuneissa yksiköissä, joissa on moniammatillista osaamista ja standardoidut prosessit potilaan hoidolle. Lisäksi potilailta hoitavalla sairaalan osastolla tulisi olla mahdollisuus sisätautien, geriatrian, infektiotautien, gastroenterologisen kirurgian ja psykiatrian konsultaatioille. Suosituksessa peräänkuulutetaan tekonivelleikkauksia koskevan vaikuttavuustiedon julkisuutta. Mitattaviksi asioiksi suositellaan yksiköiden tekonivelleikkausten lukumäärää ja hoitoon pääsyn nopeutta, uusintaleikkausten syitä ja potilastyytyvyyttä (NPS, Net Promoter Score). Vaikuttavuusmittariksi suositellaan Oxfordin lonkka- ja polvipisteytysten OHS (Oxford Hip Score) ja OKS (Oxford Knee Score) tuloksia.⁶

⁶ Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. Suomen Artroplastia yhdistys. http://www.suomenartroplastia yhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf (1.11.2019).

4 Tutkimuksia lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntouksesta

Ikääntyneitä lonkkamurtumapotilaita koskevaa kansainvälistä tutkimusta on tehty jonkin verran ja aihetta on tutkittu myös Suomessa. Tutkimuksissa on selvitetty muun muassa lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuuden kehitystä viime vuosikymmeninä (Mundi ym. 2014), leikkausajankohdan vaikutusta potilaiden kuolleisuuteen (Sobolev ym. 2018) ja komplikaatioihin (Saul ym. 2019) sekä leikkauksen viivästymiseen liittyviä tekijöitä (Sheehan ym. 2017). Tutkimuksissa on myös selvitetty kokonaisvaltainen geriatrisen arvioinnin vaikuttavuutta hoidon tuloksiin, muun muassa kuolleisuuteen (Pajulammi 2017; Eamer ym. 2018).

Mundin ym. tutkimuksen (2014)⁷ mukaan lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuus vuoden kuluessa tapaturmasta ei ole merkittävästi muuttunut viimeisen 30 vuoden aikana intertrokanteerisia murtumia lukuun ottamatta. Sama koskee uusintaleikkausten määrää. Johtopäätös perustuu systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, jossa huomioitiin satunnaistetut tutkimukset (n=74) vuosilta 1950-2013. Toisaalta ensimmäisen kuukauden aikana tapahtuvan lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuuden on osoitettu olevan yhteydessä leikkausajankohtaan. Kanadalaisessa tutkimuksessa (Sobolev ym. 2018)⁸ selvitettiin 65-vuotta täyttäneiden lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuutta sairauskertomusten loppuarvioiden (n=139 119) perusteella. Kuolleisuutta tarkasteltiin sen mukaan, miten nopeasti potilas oli leikattu (1., 2., 3. tai tätä myöhempi sairaalassaolopäivä). Tutkimus kattoi 188 kanadalaista sairaalaa vuosilta 2004-2012. Lopputulosmuuttujana oli 30 vrk kuolleisuus 1000 leikkausta kohden. Tulosten mukaan sairaalaan tulopäivänä leikattujen potilaiden kuolleisuus oli pienempi (42,1/1000 leikkausta) kuin myöhemmin leikatuilla. Toisena sairaalassa-

⁷ Mundi ym. 2014. Similar mortality rates in hip fracture patients over the past 31 years. A systematic review of RCTs. *Acta Orthopaedica* 2014; 85 (1): 54–59.

⁸ Sobolev ym. 2018. Mortality effects of timing alternatives for hip fracture surgery. *CMAJ* 2018 August 7;190:E923-32. doi: 10.1503/cmaj.171512.

olopäivänä leikattujen kuolleisuus oli 53,1/1000 leikkausta, kolmantena päivänä leikattujen 57,0 ja tätä myöhemmin leikatuilla 69,1/1000 leikkausta kohden. Aineistosta jätettiin pois ne potilaat, joilla terveydentila oli syynä leikkauksen viivästymiseen sekä potilaat, jotka oli leikattu sairaalassa, jossa leikkauksia tehdään vain vähän. Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että potilas tulisi leikata jo sinä päivänä, kun hän tulee sairaalaan edellyttäen, että potilaan vointi sen sallii. Potilaiden pääsyä leikkaukseen tulisi nopeuttaa johtamisen keinoin, jos leikkaus viivästyy potilaasta riippumattomista syistä.

Katie Sheehan ja kumppanit tunnistivat kirjallisuuskatsauksen perusteella (2017)⁹ useita tekijöitä, jotka liittyvät lonkkamurtumapotilaiden leikkausajankohdan toteutumiseen sekä kuolleisuuteen. Tutkimuksessa todettiin, että lonkkamurtumapotilaiden selviytyminen liittyy hoitojärjestelmään, hoidon prosessiin sekä potilaaseen liittyviin tekijöihin ja niiden merkitystä leikkausajankohdan ja kuolleisuuden väliseen yhteyteen tulisi selvittää tarkemmin. Esimerkiksi viikonloppuna tulevat potilaat saattavat joutua odottamaan pidempään, koska päivystysaikana leikkaussaliresurseja on tavallisesti käytössä vähemmän. Leikkausajankohtaan vaikuttaa myös se, onko riittävän osaamisen omaavaa lääkäriä tai tarvittavaa välineistöä kyseisellä hetkellä saatavilla. Viive leikkaukseen pääsyssä voi liittyä myös siihen, joudutaanko potilasta siirtämään ennen leikkausta sekä siihen, salliiko potilaan kunto leikkauksen aloittamisen. Esimerkiksi veren hyytymiseen ja potilaan nestetasapainoon liittyvät ongelmat sekä perussairauksiin (mm. diabetes ja sydämen vajaatoiminta) liittyvät tekijät voivat viivästyttää leikkauksen aloitusta. Lonkkamurtumapotilaiden riski kuolla sairaalahoidon aikana liittyi tutkimuksen mukaan potilaan ikään, perussairauksiin sekä murtuman tyyppiin. Lisäksi siihen liittyy leikkaavan lääkärin osaaminen ja se, miten paljon lääkäri tekee vastaavia toimenpiteitä vuodessa. Riski kuolla liittyy myös siihen, missä sairaalassa potilas leikataan, koska sairaaloiden välillä on eroa hoidon

⁹ Sheehan K. ym. 2017. Mortality by Timing of Hip Fracture Surgery. J Bone Joint Surg Am. 2017;99:e106(1-9) d <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.17.00069>.

laadussa ja intensiteetissä, hoitoketjuissa ja hoitokäytännöissä sekä siinä noudatetaanko käytäntöjä vai ei. Esimerkiksi vuodelepo lisää riskiä useille komplikaatioille ja surkastuttaa nopeasti vanhuksen lihasvoimaa.

Dominik Saul ym. (2019)¹⁰ selvittivät leikkausajankohdan ja sairaalassaoloajan yhteyttä lonkkamurtumapotilaiden hoitoon ja komplikaatioihin. Tutkimusasetelma oli Saksassa vuosina 2008-2010 hoidettujen potilaiden retrospektiivinen kohorttitutkimus (n=358 potilasta). Potilaiden keski-ikä oli 75,5 vuotta. Hoidon tuloksia selvitettiin suhteessa komplikaatioihin, uusintaleikkauksiin, kuolleisuuteen sekä sairaalassaoloaikaan. Tutkimuksen mukaan leikkauksen tekeminen 24 tunnin sisällä lyhensi hoitoaika sairaalassa. Suurin osa kirurgisista ja ei-kirurgisista komplikaatioista ilmaantui 24 tunnin kuluessa toimenpiteestä eikä niiden ilmaantuvuudessa ollut merkittävää eroa sen suhteen, miten nopeasti potilas oli päässyt leikkaukseen.

Sekä kotimaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että geriatrian implementointi ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoitoon erikoissairaanhoidossa voi olla hyödyllistä. Hanna Pajulampi selvitti väitöskirjassaan (2017)¹¹ sairaalan ortogeriatriksen yhteistyön vaikuttavuutta. Tutkimus toteutettiin Seinäjoen keskussairaalassa ja aineistona oli sairaalan 65-vuotta täyttäneet lonkkamurtumapotilaat vuosina 2007-2015 (n=1756). Interventiona oli kokeilu, jossa potilaiden hoitovastuu jaettiin kirurgin ja geriatriin välillä. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että geriatri tutki potilaat ortopedian vuodeosastolla. Geriatri ei kuitenkaan ollut aina saatavilla, joten jälkikäteen potilaat jaettiin vertailuryhmiin sen perusteella, oliko geriatri osallistunut potilaan hoitoon vai ei. Ortogeriatriksen yhteistyön aikana potilaiden geriatriksen arvioinnin todettiin yleistyneen ja kuukauden seurannassa niiden potilaiden kuolleisuus oli pienempi, joiden hoitoon geriatri oli osallistunut. Kuolleisuutta alentava vaikutus tuli ilmi erityisesti korkean riskin potilailla, joilla oli munuaisten vaja-

¹⁰ Saul ym. 2019. Hip Fractures: Therapy, Timing, and Complication Spectrum. *Othropaedic Surgery* 2019. Doi: 10.1111/os. 12524.

¹¹ Pajulampi H. 2017. Hip fracture patients' care and predictors of outcomes during orthogeriatric collaboration: a population based study. *Annales Universitatis Turkuensis*.

toiminta, monilääkitys tai muistisairaus. Ortogeriatrinen yhteistyö paransi lonkkamurtumapotilaiden hoitoon annettujen ohjeiden noudattamista ja potilas leikattiin useammin 24 tunnin kuluessa silloin, kun geriatri osallistui hoitoon. Tutkimuksen johtopäätösten mukaan lonkkamurtumapotilaita hoitavissa sairaaloissa tulisi harkita standardoidun ja moniammatillisen ortogeriatrisen lonkkamurtumaohjelman perustamista. Hoitovastuun pitäisi siirtyä geriatrille pian leikkauksen jälkeen ja jatkokuntoutuksen tulisi tapahtua ortogeriatrisessa yksikössä silloin, kun tavoitteena on potilaan kotiutuminen. Lonkkamurtumapotilaiden hoidon keskittämisestä kuntoutukseen erikoistuneisiin yksiköihin on saatu hyviä kokemuksia myös muun muassa Lahdessa, jossa hoitoajat lyhentyivät ja kustannukset laskivat lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen keskittämisen myötä. Keskittämisellä ei havaittu olevan vaikutusta kuolleisuuteen tai kotona vietettyjen päivien määrään.¹²

Gilgamesh Eamer ym. (2018)¹³ selvittivät systemaattisella kirjallisuuskatsauksella (n=8, 1583 potilasta) kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin (CGA, comprehensive geriatric assessment) vaikuttavuutta leikkaushoidon tuloksiin yli 65-vuotiailla potilailla. Hoidon tuloksina tarkasteltiin kuolleisuutta sekä sitä, mihin potilas kotiutui sairaalahoidon jälkeen ja vastasiko se potilaan asumismuotoa ennen sairaalahoitoa (esim. palvelukoti, hoitolaitos). Toissijaisina hoidon tuloksina tarkasteltiin hoitoaika sairaalassa, uusintakäyntejä, hoidon kustannuksia sekä komplikaatioita. Tutkimuksessa saatiin kohtalaista näyttöä siitä, että geriatrinen arviointi voi vähentää kuolleisuutta ja lyhentää hoitoaika ikääntyneillä lonkkamurtumapotilailla. Lisäksi todettiin, että tutkimusnäyttö on vahvaa sen osalta, että geriatrinen kokonaisarviointi vähentää lonkkamurtumapotilaiden laitoshoidon. Intervention merkitys leikkaukskomplikaatioihin tai sekavuuden esiintymiseen on todennäköisesti vähäinen

¹² Hakala ym. 2014. Kuntoutusosaston perustamisen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden hoitotuloksiin. Suomen Lääkärilehti 5/2014, 319-323.

¹³ Eamer ym. 2018. Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1. Art. No.: CD012485. DOI: 10.1002/14651858.CD012485.pub2.

eikä geriatrisen kokonaisarvioinnin vaikuttavuutta ei ole voitu osoittaa, tai sitä ei ole riittävästi tutkittu, muilla potilasryhmillä kuin lonkkamurtumapotilailla.

Ikääntyneiden (>70 vuotiaat) lonkkamurtumapotilaiden hoidon järjestämisestä ortogeriatrisella vuodeosastolla on tutkimuksissa saatu myös lupaavia tuloksia. Anders Prestmo ym. (2015)¹⁴ vertasivat ortopedisellä ja ortogeriatrisella vuodeosastolla hoidettujen lonkkamurtumapotilaiden liikkumiskykyä yhden, neljän ja 12 kuukauden jälkeen leikkauksesta. Potilaat (n=397) jaettiin satunnaisesti jompaankumpaan ryhmään heidän tullessaan sairaalaan. Ortogeriatrisella osastolla hoidettujen potilaiden hoidosta vastasi leikkaustoimenpidettä lukuunottamatta geriatri ja ortopedisellä vuodeosastolla hoidettujen potilaiden hoidosta ortopedi. Ortogeriatrisella osastolla oli tavallista enemmän hoitohenkilökuntaa sekä fysio- ja toimintaterapeutteja. Neljän kuukauden seurannassa todettiin, että ortogeriatrisella osastolla hoidettujen potilaiden liikkumiskyky oli parempi kuin ortopedisellä vuodeosastolla hoidetuilla. Tämän lisäksi ortogeriatrisella osastolla hoidetut potilaat selviytyivät päivittäisistä toiminnoista paremmin ja heidän elämänlaatunsa oli parempi, kun ortopedisellä osastolla hoidetuilla potilailla. Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että lonkkamurtumapotilaiden hoidon järjestäminen ortogeriatrisella osastolla on todennäköisesti perinteistä toimintatapaa vaikuttavampaa, ja lisäksi kokokustannuksiltaan alhaisempaa, kun huomioidaan myös muiden hoitolaitosten kustannukset vuoden seurannassa. Ortogeriatrisella hoidetut potilaat olivat sairaalassa pidempään, mutta kotiutuivat useammin suoraan omaan kotiin kuin ortopedisellä osastolla hoidetut potilaat.

¹⁴ Prestmo ym. 2015. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomized, controlled trial. *The Lancet*; 385(25): 1623-33.

5 Kuntoutuksen järjestäminen HUSin alueella

Terveydenhuoltolain (1326/2010, § 29) mukaan kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta, kuntoutuspalvelujen ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää tarvittaessa potilaalle kuntoutuksen yhdyshenkilön. Lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Lain esitöiden mukaan kuntoutus on järjestettävä viivytyksettä siten, että sillä on vaikuttavuutta toimintakyvyn kannalta. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on tunnistaa sairauteen liittyvät kuntoutustarpeet ja -mahdollisuudet ja käynnistää viiveettä kuntoutuksen pääsyyn valmistelut jo hoidon aikana ja sen jatkeeksi. (HE 90/2010)

Useissa selvityksissä on todettu, että Suomessa ikääntyneiden kuntoutus ei toimi riittävän hyvin. Ensinnäkään Suomessa ei ole perustasolla alueellisesti toimivaa, tasa-laatuista ja yli 70-vuotiaisiin kohdistuvaa systemaattista kuntoutusjärjestelmää, joten kuntoutuksen järjestäminen vaihtelee kuntien välillä. Haasteita kuntoutukselle aiheuttaa myös se, että ikääntyneiden hoivaan tarkoitettut tilat ovat usein ahtaita^{15,16}. Pysyvien pitkäaikaishoidon päätösten tekeminen ei ole Suomessa riippumatonta, koska laitokset voivat tehdä niitä itse. Esimerkiksi Ruotsissa toimitaan toisin; päätös pysyvästä sijoittamisesta laitoshoitoon voidaan tehdä vasta kuntoutusjakson jälkeen riippumattoman tahon toimesta. On arvioitu, että Suomessa on noin 10 000 ikääntyntä palvelujärjestelmän piirissä sen vuoksi, ettei heitä ole kuntoutettu. Tämä kuntoutusvaje aiheuttaa yhteiskunnalle 0,5 miljardin ylimääräiset kustannukset¹⁷ sen lisäksi, että se laskee laitoshoitoon joutuneiden ihmisten elämänlaatua.

¹⁵ Hussi E, Mäkinieimi E, Vauramo E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Suomen Kuntaliitto.

¹⁶ Vauramo E. & Rynänen O-P. 2019. Sote- pyramidista palveluverkkoon. Ikääntyminen ja niukka tuloisuus. Kunnallissalan kehittämissäätöön Julkaisu 29.

¹⁷ Hussi E, Mäkinieimi E, Vauramo E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Suomen Kuntaliitto.

Myös HUSin alueen kuntoutusjärjestelmästä on tehty joitakin selvityksiä. Vuonna 2017 selvitettiin HUS-alueen kuntoutuspaikkoja ja niiden kapasiteetin hallintaa osana Juha Sipilän hallituksen sote- ja maakuntauudistuksen valmistelua. Selvityksen mukaan kuntien omia, jatkohoitoon ja kuntoutukseen soveltuvia vuodeosasto- paikkoja oli Uudellamaalla noin 1800, minkä lisäksi alueella on kuntoutusta antavia yksityisiä toimijoita. Kuntien välillä todettiin olevan huomattavia eroja kuntoutus- paikkojen määrissä. Kuntoutuksen vuodepaikkojen määrän katsottiin olevan HUS- alueella riittävä ja tulevaisuudessa niiden määrää voi olla mahdollista jopa vähentää, koska toiminnan painopiste tulee jatkossakin olemaan avohuollossa ja kotiin annettavissa palveluissa. Myös sähköisten palvelujen uskotaan jatkossa mahdollistavan aiempaa paremmin kuntoutuksen toteutumista kotona. Selvityksen mukaan tulevaisuudessa tarvitaan todennäköisesti kuntoutuspaikkoja päivystävien sairaaloiden yhteyteen ja aiempaa erikoistuneempia kuntoutusyksiköitä. Työryhmä suositteli, että kuntoutusyksiköt käyttäisivät koko maakunnan alueella GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling), tai muuta vastaavaa, kuntoutuksen tavoitteiden laatimisessa ja niiden toteutumisen arvioinnissa. GAS-menetelmällä kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista voidaan käsitellä sekä yksilö- että ryhmätasolla. Menetelmän integrointia potilastietojärjestelmiin pidettiin tärkeänä.¹⁸

Vuonna 2018 valmistui HYKS-erva-aluetta koskeva selvitys kuntoutuspalvelujen järjestämisestä.¹⁹ Selvityksessä on huomioitu erikseen useita potilasryhmiä, mukaan lukien lonkkamurtumapotilaat. Selvityksessä todetaan, että lonkkamurtuman jälkeinen kuntoutus on vaativaa somaattista kuntoutusta, joka tulisi järjestää keskitetysti akuuttisairaalan tai kuntoutussairaalan osastolla, joka on osa alueellista osaamiskeskusta. Kuntoutusosaston toiminta tulee huomioida hoitoketjuissa ja alueellisesti sopia yhteisten hoito- ja kuntoutusmittareiden käytöstä sekä kuntoutusjakson päättämistä koskevista kriteereistä. Selvityksen mukaan lonkkamurtumapotilaat tulisi hoitaa ja kuntouttaa ns. lonkkaliukumäki protokollan mukaisesti. Lonkkaliukumäki on

¹⁸ Louhija ym. 2017. Kuntoutuspaikkojen kapasiteetin hallinnan kehittäminen.

¹⁹ Kuntoutuspalvelujen järjestäminen HYKS-erva -alueella, 2018. HYKS-ervan kuntoutuksen alatyöryhmä.

toimintamalli, jossa potilas ”liukuu kotoa kotiin” mahdollisimman nopeasti. Hoidon prosessia on tehostettu muun muassa poistamalla lähetteet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliltä. Lisäksi selvityksessä on otettu kantaa lonkkamurtumapotilaiden avuntarpeiden arviointiin ja kuntoutumisen seurantaan; potilaiden avuntarpeet tulisi selvittää WHODAS 2.0 -mittarilla (World Health Organization Disability Assessment Schedule)²⁰ ja kuntoutumista tulisi seurata FIM (Functional Independence Measurement) -mittarilla. Jos potilas siirtyy sairaalasta kotiin, tulee kotiin järjestää monialaisesti kotikuntoutuspalvelut. Selvityksessä esitettyjä periaatteita on päätetty soveltaa HUSissa 1.1.2019 alkaen.²¹

Selvityksen mukaan ennen kuntoutuksen suunnittelua jokaisen iäkkään potilaan tulisi saada moniammatillinen geriatrinen arviointi (CGA, comprehensive geriatric assessment). Arvioinnin tavoitteena on tunnistaa kuntoutustarpeet, löytää sopiva kuntoutusmuoto, asettaa tavoitteet kuntoutukselle sekä saavuttaa mahdollisimman hyvä kuntoutumistulos. Geriatrinen moniammatillinen arviointi, hoito ja kuntoutus muodostavat kokonaisuuden, joissa osioita ei voida erottaa toisistaan. Se sisältää ikääntyneen terveydentilan (ml. vajaaravitsemustilan), kognitiivisen ja psyykkisen tilan sekä sosiaalisten elinolojen kartoituksen. Lisäksi arvioidaan kotiin annettavien palvelujen tarve, laatu ja määrä. Geriatrisen arvioinnin tekee moniammatillinen tiimi, johon geriatrin lisäksi tulisi kuulua ainakin kolme terveyden ja sosiaalihuollon ammattilaista; yleensä hoitaja, fysioterapeutti ja/tai toimintaterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. Tarvittaessa potilaan hoidossa tulee olla saatavilla myös puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, neuropsykologin sekä vanhuspsykiatrin palveluja. Vanhuksen oma mielipide tulee ottaa huomioon kuntoutusta koskevissa päätöksissä.

²⁰ WHODAS 2.0 on terveyden ja toimintarajoitteiden arvioinnissa käytettävä mittari. https://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=tmm00160, 18.11.2019.

²¹ HUS johtajaylilääkärin päätös 17.12.2018 § 104.

5.1 Kuntoutus HUS-alueen järjestämissuunnitelmissa sekä HYKS-erva-alueen järjestämissopimuksessa

Terveydenhuoltolain (§ 34) mukaan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista tulee sopia kuntien laatimissa järjestämissuunnitelmissa, joista niiden tulee neuvotella sairaanhoitopiirin kanssa. HUSin valtuusto hyväksyi sairaanhoitoaluekohtaiset järjestämissuunnitelmat 13.12.2018 (§ 38). Suunnitelmat on laadittu eri sairaanhoitoalueilla eripituisille ajanjaksoille. Ikääntyneiden kuntoutusta, ja tähän liittyvää kuntoutusjärjestelmää, järjestämissuunnitelmissa käsitellään vaihtelevasti. Kuntoutukseen ja kuntoutusjärjestelmän kehittämiseen liittyvät tavoitteet ovat pääsääntöisesti esitetty yleisellä tasolla, eikä niissä ole erikseen mainittu ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusta. Yleisesti järjestämissuunnitelmissa todetaan, että kuntoutuksen kehittämisen painopiste on kotiin annettavissa kuntoutuspalveluissa ja laitoshoidon vähentämisessä. Eniten konkreettisia toimia ikääntyneiden kuntoutuksen kehittämiseksi on esitetty Keski-Uudenmaan kuntien järjestämissuunnitelmassa. Suunnitelman mukaan Keski-Uudellamaalla on tarkoitus muun muassa profiloida terveystakeskusten toimintaa ja yhtenäistää potilaiden kuntoutustarpeen arviointi. Suunnitelmasta käy myös ilmi, että vaativa kuntoutus on keskitetty Kiljavan sairaalaan. Alla olevaan taulukkoon 1 on koottu ikääntyneiden kuntoutukseen ja sen järjestämiseen liittyviä asioita, jotka käyvät ilmi HUS-alueen kuntien järjestämissuunnitelmista.

Taulukko 1. Ikääntyneiden kuntoutuksen huomioiminen HUS-alueen kuntien järjestämissuunnitelmissa.

Järjestämissuunnitelma	Kuntoutusta koskevat huomiot ja asetetut tavoitteet
HYKS-alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Ikäihmisten alueellinen kotikuntoutusmalli yksi kehittämiskärki. • Ikääntyneet terveyden- ja sosiaalihuollon yhteinen asiakasryhmä, joiden osalta on sovitava yhteistyöstä niin, että asiakkaat saavat tarvitsemansa palvelut. • Kuntoutuksen yhteensovittamisen on perusterveydenhuollon vastuulla. • Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen kehittämisen ohjaus ja laadunvalvonta ovat erikoissairaanhoidon tehtäviä.
Itä-Uudenmaan alueen kuntien järjestämissuunnitelma 2018-2021	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutus yksi alueellisen kehittämisen painopistealue. • Laitostyypistä palvelua on tarkoitus vähentää kehittämällä mm. ikääntyneiden kotikuntoutusta. • Tarkoitus on käynnistää kuntoutuskoordinaattori-toiminta.
Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2018-2022	<ul style="list-style-type: none"> • Vaativaa kuntoutusta on keskitetty Kiljavan sairaalaan ja avokuntoutuskäytäntöjä on yhdenmukaistettu. • Ikääntyneiden kotikuntoutusta on tarkoitus kehittää ja laitoshoidon purkaa. • Kuntouttavasta osastohoidosta on tarkoitus tehdä mallinnus ja profiloita terveyskeskusten osastojen toimintaa. • Kuntoutuksen tulee olla tavoitteellista ja prosessinomaista toimintaa, jonka vaikutuksia seurataan systemaattisesti. • Tavoitteena on yhtenäistää potilaan kuntoutustarpeen arviointi. Kuntoutuksen tavoitteet tulee määrittellä kuntoutussuunnitelmissa. • Vuonna 2015 on perustettu alueellinen lääkinällisen kuntoutuksen kuntoutuskoordinaatioyöryhmä.
Lohjan sairaanhoitoalueen järjestämissuunnitelma vuosille 2017-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Tavoitteena, että ikäihmiset voivat tehostetun kotikuntoutuksen tuella jatkaa asumista kotona mahdollisimman omatoimisesti ja voimaantuneina.
Länsi-Uudenmaan kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2018-2021	<ul style="list-style-type: none"> • Tavoitteena, että kuntoutuspalveluja ja geriatriasia palveluja kehitetään. • Muutamien kuntien osalta tavoitteena on ikääntyneiden kotikuntoutuksen kehittäminen. • Geriatristen ja kuntoutuspalvelujen saatavuuden todetaan olevan haaste. Alueella ei ole kuntoutusyksikköä, ja sen suunnittelu pitäisi aloittaa välittömästi. Ongelmana on, ettei alueella ole riittävästi osaamista. • Suunnitelmassa todetaan, että pienten sairausryhmien ja vaativan kuntoutuksen keskitäminen on potilaan etu.

Kuntoutuksen järjestämisestä linjataan myös erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa, jota terveydenhuoltolaki (1326/2010 § 43) edellyttää erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymiltä. Sopimus tulee tehdä valtuustokausittain ja siinä

on sovittava yhteistyöstä ja työnjaosta muun muassa lääkinnällisen kuntoutuksen osalta. HYKS-erva-alueen järjestämissopimuksen²² sopijapuolia ovat HUS, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (Carea), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Eksote sekä Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä. Sopimuksessa on huomioitu kuntoutuksen yhteiset toimintamallit, apuvälineiden myöntämisen perusteet sekä selkäydinvammaisten potilaiden kuntoutus. Tavoitteena on, että lääkinnällisen kuntoutuksen toimintamallit erityisvastuualueella olisivat mahdollisimman yhdenmukaisia. Sopimuksessa on myös sovittu kehittämissuunnitelman perustamisesta, jonka tehtävänä on laatia yhteisiä käytäntöjä lääkinnällisen kuntoutuksen toiminnoille sekä erityisten potilasryhmien kuntoutuspalveluille. Sopimuksen mukaan yhteisesti kehitettäviä toimintoja ovat muun muassa vaativan erikoissairaanhoidon hoitoprosessiin liittyvän kuntoutuksen järjestäminen. Suunnitelmassa ei käsitellä yksittäisten potilas- tai väestöryhmien kuntoutusta erikseen muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Kuntoutuksen osalta sopimus vastaa edellisen valtuustokauden järjestämissopimusta.

Lonkkamurtumapotilaiden kirjalliset hoitoketjut HUS-alueella puuttuvat

Toimiva yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä edellyttää, että yhteistyön käytännöistä, hoidon porrastuksesta, eri toimijoiden rooleista ja vastuista on sovittu sairaanhoitopiirin ja kuntien kesken. Käytännössä tämä toteutuu hoitoketjuissa. Hoitoketjulla tarkoitetaan alueellista palvelukokonaisuutta sekä sopimusta työnjaosta terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. Hoitoketjun avulla voidaan yhtenäistää hoitokäytäntöjä, ohjata potilasvirtoja sekä vähentää päällekkäistä työtä ja siten vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin ja hoidon laatuun. Hyvä hoitoketju on potilaslähtöinen ja se palvelee käytännön toimintaa. Hoitoketjujen lisäksi puhutaan yleisesti palveluketjuista. Palveluketju huomioi myös sosiaalihuollon ja kolmannen sektorin palvelut sekä muut mahdolliset toimijat asiakkaan tarpeisiin

²² HUS Valtuusto 14.6.2018 § 15, Liite 10. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella.

vastaamisessa. Hoitoketjujen kehittäminen yhdessä perusterveydenhuollon kanssa on ollut jo pitkään yksi HUSin strategisista tavoitteista.²³

Hoitoketjut julkaistaan Duodecimin Terveysportti.fi -palvelussa ja HUSin ulkoisilla verkkosivuilla, josta ne ovat terveydenhuollon ammattilaisten käytettävissä. HUSissa hoitoketjut laaditaan pääosin sairaanhoitoalueittain. Toistaiseksi HUSin sairaanhoitoalueet eivät ole julkaissut lonkkamurtumapotilaita koskevia hoitoketjuja. Lonkkamurtumapotilaiden hoitoketjua eivät ole julkaisseet suurin osa muistakaan maamme sairaanhoitopiireistä. Kirjallisen lonkkamurtumapotilaan hoitoketjun ovat julkaisseet Eksote, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.²⁴

5.2 Ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen järjestäminen HUS-alueen kunnissa – kysely kunnille

Tarkastuslautakunta selvitti iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen järjestämistä HUS-alueella tekemällä kunnille ja kuntien perusturvasta vastaaville kuntayhtymille kyselyn. Kysely lähetettiin 17 HUS-alueen kuntaan ja kuntayhtymään ja siihen saatiin vastaus yhdeksästä kunnasta. Vastausprosentti oli 53. Kysely osoitettiin perusterveydenhuollosta vastaaville viranhaltijoille, joita pyydettiin tarvittaessa ohjaamaan kysely organisaatiossaan eteenpäin. Vastausaika kyselyyn oli 15.-31.10.2019. Vastaukset saatiin Hangosta, Helsingistä, Kauniaisista, Keravalta, Lohjalta, Loviisasta, Porvoosta, Raaseporista ja Sipoosta.

Kyselyn tulosten mukaan lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus oli kokonaan tai ainakin osittain keskitetty 78 prosentissa kunnista ja vain noin viidesosassa vastan-

²³ Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 116:1821-8.

²⁴ www.terveysportti.fi ja www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut, 18.11.2019.

neista kunnista kuntoutusta ei ollut keskitetty. Keskittämisen etuina useimmat vastaajista näkivät hoitoaikojen lyhentymisen ja kustannussäästön. Yksittäinen vastaaja totesi myös entistä suuremman osan potilaista kotituttuvan keskittämisen seurauksena aikaisempaan asuinpaikkaansa.

Kyselyyn vastanneiden mukaan lonkkamurtumapotilaiden hoitoketjusta oli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken sovittu valtaosassa kunnista. Kolmasosassa vastanneiden kunnista ei tällaista sopimusta kuitenkaan ollut. Se on selkeä puute, sillä kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa olevan, toimijoiden roolit määrittävän hoitoketjun puuttuminen saattaa horjuttaa kuntoutuksen sujuvaa toteutumista. On myös mahdollista, että vastaajat ovat ymmärtäneet kysymyksen eri tavoin kuin oli tarkoitettu. Tähän viittaa se, että kirjallisia hoitoketjukuvaavuuksia kuntien ja erikoissairaanhoidon välillä ei ole julkaistu eikä niitä HUSin asiantuntijoiden mukaan ole tällä hetkellä. Vastaajat ovat saattaneet mieltää yleisen käytännön hoitoketuksi.

Kuntoutuksen sujuvaa ja yhdenvertaista toteutumista tukee myös lonkkamurtumapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kirjallinen ohjeistus, joka kuitenkin oli laadittu vain kolmasosassa vastanneista kunnista. Osin kirjallisen ohjeistuksen puuttumista tosin kompensoinee lonkkamurtumapotilaille tehtävä kuntoutussuunnitelma, joka vastausten mukaan laaditaan kaikille potilaille 78 prosentissa vastanneiden kunnista ja ainakin osalle potilaista 11 prosentissa.

Kuntoutuksen tuloksellisuutta seurataan toimintakykymittarin avulla järjestelmällisesti vain kolmasosassa vastanneiden kunnista. Se ei sinänsä ole yllättävää, sillä terveydenhuollon vaikuttavuuden järjestelmällinen seuranta on muutenkin Suomessa vielä valitettavan vähäistä. Tuloksellisuuden seuranta on kuitenkin avain hoidon laadun ja vaikuttavuuden optimoimiseen, joten siihen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota ja varmistaa myös seurannan vaatimat resurssit.

Iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa tarvitaan myös geriatrasta asiantuntemusta, jota vastanneissa kunnissa on suhteellisen hyvin saatavilla. Useimmiten geriatrinen asiantuntemus on saatavilla konsultaatiomuodossa,

mutta joissain kunnissa kuntoutuksen vastuulääkäri on geriatri. Vain yksi vastaajista kertoi, ettei geriatriasta asiantuntemusta ole käytettävissä. Geriatriksen asiantuntemuksen ohella fysioterapian asiantuntemus on onnistuneen lonkkamurtumakuntoutuksen perusedellytys ja riittävä fysioterapian asiantuntemus onkin käytettävissä kaikkien vastaajien kunnissa.

Lonkkamurtumapotilaiden hoidon prosessia on valtaosassa vastanneiden kunnista pyritty kehittämään muun muassa alueellista yhteistyötä parantamalla. Vain kaksi vastaajaa totesi, ettei kehittämissuunnitelmia toistaiseksi ole. Kuntoutuksen haasteina mainittiin muun muassa kotikuntoutuksen toteutuminen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen rajapinnan toiminnan edelleen parantaminen, geriatriksen osaamisen puuttuminen sekä hauraiden ja muistisairaiden potilaiden lisääntyvä osuus.

Yhteenvedona kyselystä voidaan todeta, että ainakin valtaosassa kyselyyn vastanneista kunnista iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutukseen oli panostettu ja sitä oli pyritty kehittämään. Kuntoutusta ohjaava selkeä kirjallinen ohje puuttui useimmista vastaajien kunnista. Sellaisen laatiminen olisi suositeltavaa, sillä kirjallinen, internetin kautta saatavilla ohje on omiaan varmistamaan, että hoitoketjua koskevat päätökset ovat aina kaikkien asianosaisten, niin terveydenhuollon ammattilais- kuin potilaiden ja heidän omaistensakin, saatavilla.

Geriatrisen asiantuntemuksen saatavuuden varmistaminen on jatkossakin tärkeää kuntoutuksen asianmukaisen toteutumisen varmistamiseksi ja kuntoutuksen tuloksellisuutta tulisi arvioida toimintakykymittarein nykyistä järjestelmällisemmin.

5.3 HUSin asiantuntijoiden näkemyksiä lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta

Arvioinnissa haastateltiin Hyksin Sisätaudit ja kuntoutus sekä HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia tulosyksiköiden toimialajohtajia sekä Hyvinkään, Porvoon, Lohjan

ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueiden ortopediasta vastaavia ylilääkäreitä.²⁵ Sairaanhoitoalueiden asiantuntijoille esitetyt kysymykset ovat liitteessä 3. Raaseporin sairaalan vastaukset saatiin sähköpostitse.

Asiantuntijoiden mukaan lonkkamurtumapotilaat pääsevät leikkaukseen HUSin sairaaloissa pääsääntöisesti noin vuorokauden kuluessa. Leikkausajankohdassa on kuitenkin vaihtelua riippuen siitä, ajoittuuko leikkaus päivystysaikaan ja mikä on käytävissä oleva päivystysalikapasiteetti kyseisellä hetkellä. Esimerkiksi Lohjan sairaalassa, jossa hoidetaan myös synnytyksiä, lonkkamurtumaleikkauspotilaat voivat joutua odottamaan kiireellisten keisarinleikkausten vuoksi. Se, miten päivystyssaleja on käytössä, vaihtelee sairaaloittain. Lohjalla päivystyssali on käytössä kolmena päivänä ja Porvoossa kahtena päivänä viikossa. Raaseporin sairaalasta lonkkamurtumapotilas pyritään siirtämään Lohjan, Jorvin tai Töölön sairaalaan, jos hän tulee esimerkiksi perjantai-iltana, jolloin leikkausta joutuisi odottamaan maanantaihin.

Potilaat pyritään mobilisoimaan heti leikkauksen jälkeisenä päivänä eivätkä haastatellut asiantuntijat nähneet varhaisen mobilisaation toteutumista ongelmana. Poikkeuksena voi olla tilanteet, joissa potilaalla on jokin muu komplikaatio, esimerkiksi keuhkokuume, jonka vuoksi hän joutuu olemaan valvonnassa tai tehohoidossa leikkauksen jälkeen. Näissä tilanteissa potilas ei välttämättä voi nousta jalkeille heti leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Lonkkamurtumapotilaiden hoitoaika erikoissairaanhoidossa on yleensä melko lyhyt, noin 2-4 vuorokautta. Raaseporin sairaalassa hoitoaika oli hieman muita pidempi, noin 3-7 vuorokautta. Jatkohoitoon pääsee kaikilla sairaanhoitoalueilla varsin sujuvasti eikä siirtoviiveitä erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon juuri ole. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat siirtyvät pääsääntöisesti jatkohoitoon oman kuntansa terveyskeskukseen. Erikoissairaanhoidossa ei aina

²⁵ HYKS Tulielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikön toimialajohtaja 22.8.2019; HYKS Sisätaudit ja kuntoutus tulosyksikön toimialajohtaja 18.10.2019; Porvoon (23.9.2019), Hyvinkään (13.9.2019), Lohjan (19.9.2019) ja Raaseporin (7.10.2019) sairaaloiden ortopedian ylilääkärit.

ole tiedossa, miten potilaiden jatkohoito kunnissa on järjestetty ja onko jatkohoito keskitetty vai ei. Alueellisesta keskittämisestä esimerkkinä tuli ilmi Hyvinkään sairaanhoitoalue, jossa kaikki lonkkamurtumapotilaat ovat siirtyneet Kiljavan sairaalaan Nurmijärvelle kuntoutukseen vuoden 2019 alusta. Tämä on koettu parannuksena aiempaan käytäntöön verrattuna, vaikkakaan selvitystä tai tutkimusta muutoksen vaikutuksista ei ole tehty. Erityisesti Helsingissä, jossa toimijoita on paljon, on vaihtelua hoidon prosessissa. Kuntoutussuunnitelmat tehdään jatkohoitopaikassa eikä erikoissairaanhoidossa ole tietoa siitä, miten potilaiden kuntoutus perusterveydenhuollossa toteutuu.

Ajantasaista kirjallista hoitoketjukuvausta ei tällä hetkellä ole millään sairaanhoitoalueella. Hyvinkään sairaanhoitoalueella kirjallinen hoitoketjukuvaus on ollut, mutta se edellyttää päivittämistä. Haastatellut pitivät kirjallisten hoitoketjujen tekemistä tärkeänä.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan geriatrian asiantuntemus erikoissairaanhoidossa on ohutta. Sairaaloilla ei pääsääntöisesti ole omia geriatreja eikä geriatria ole yleensä mukana ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa. Tarvittaessa konsultoidaan sisätautilääkäreitä. Tarve geriatrian asiantuntemukselle on kuitenkin tunnustettu. Erikoissairaanhoidossa toimivan geriatriin rooliin voisi potilashoidon lisäksi kuulua henkilöstön kouluttamista vanhuspotilaiden hoitoon.

Lonkkamurtumapotilaiden hoidon laadun seuranta vaihtelee sairaanhoitoalueittain eikä yhtä yhteistä laaturekisteriä, jota käytettäisiin koko HUSin alueella, ole käytössä. Hyvinkään ja Porvoon sairaaloissa on käytössä tekonivelrekisteri. Porvoossa kerätään lonkkaproteesipotilailta PROM (patient measured outcome measures) -tuloksia. Lohjan sairaalassa totaaliproteesit kirjataan BCB-rekisteriin. Hyksissä ollaan ottamassa käyttöön ortopedian kliinistä laaturekisteriä, johon myös lonkkamurtumapotilaat sisältyvät. Raaseporin sairaalassa ei ole laaturekisteriä käytössä.

Sairaanhoitoalueiden asiantuntijoiden mukaan ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidon prosessiin tai hoitoketjuun liittyviä kehittämishankkeita ei ole tällä

hetkellä käynnissä tai suunnitteilla. Helsingissä potilaiden hoidon prosessia on kehitetty siten, että Hyksin ortopedi kiertää säännöllisesti kaupunginsairaaloissa. Lohjan sairaalalla puolestaan on oma kotiutustiimi, johon kuuluu sairaanhoitaja sekä fysioterapeutti ja tarvittaessa sosiaalityöntekijä. Tiimi tekee tarvittaessa myös kotikäyntejä ennen potilaan kotiutumista. Hyvinkään sairaalassa farmaseutit arvioivat vanhuspotilaiden kokonaislääkitystä.

Ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidon kehittämiskohteina haastatellut HUSin asiantuntijat toivat esiin tarpeen nopeuttaa potilaiden leikkaukseen pääsyä. Hyvänä tavoitteena pidettiin leikkaukseen pääsyä 12 tunnin sisällä. Kun leikkaukseen pääsy pitkittyi, potilaille voi tulla esimerkiksi sekavuutta. Tavoitteen toteutumisesta kuitenkin vaikeuttaa päivystysajan pienet leikkaussaliresurssit, minkä vuoksi ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat joutuvat usein odottamaan leikkaukseen pääsyä. Toinen vaihtoehto on perua ennalta suunniteltuja (elektiivisiä) leikkauksia, jotta lonkkamurtumapotilaan odotusaika leikkaukseen ei veny liian pitkäksi. Lohjan sairaalassa resurssipula liittyi hoitohenkilökunnan määrään ja Porvoon sairaalassa lääkäreihin ja käytettävissä oleviin leikkaussaleihin. Hyksissä potilaiden leikkaukseen pääsemisen viive liittyy kuormitustilanteisiin.

Espoossa lonkkamurtumapotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen on kehitetty ns. lonkkaliukumäki-malli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä. Lonkkaliukumäki-mallissa potilas, jolla epäillään lonkkamurtumaa, tuodaan suoraan Jorvin sairaalaan sen sijaan, että hänet ensin vietäisiin terveyskeskuksen päivystykseen. Lisäksi mallissa on luovuttu läheteistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.²⁶

²⁶ HYKS Sisätaudit ja kuntoutus tuloksetulosyksikön toimialajohtaja 18.10.2019.

6 Lonkkamurtumaleikkaukset HUSissa ja hoidon tulokset

Vuonna 2018 HUSissa leikattiin yhteensä 1600 lonkkamurtumapotilasta, joista noin 90 prosenttia oli yli 65 -vuotiaita. Lonkkamurtumapotilaalle asennetaan leikkauksessa joko tekonivel tai murtuman asento korjataan ja luut tuetaan erityisin kiinnityslaittein. Suurimmalle osalle potilaista murtuma korjataan asentamalla tekonivel; vuonna 2018 tekonivel asennettiin 66 %:lle potilaista. Lonkkamurtumapotilaita leikataan kaikilla HUSin sairaanhoitoalueilla, pääsääntöisesti seitsemässä sairaalassa. Lonkkamurtumaleikkauksia tehdään selvästi eniten HYKSin sairaaloissa, ja niistä eniten Töölön sairaalassa. Muilla sairaanhoitoalueilla leikkausten määrä vaihteli vuonna 2018 122-161 toimenpiteen välillä, mutta Raaseporissa (Länsi-Uusimaa) niitä tehtiin vain 38 eli vähemmän kuin yksi viikossa. Yksittäisiä lonkkamurtumapotilaita leikataan satunnaisesti myös Meilahden sairaalassa ja Uudessa lastensairaalassa. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Päivystyksenä tehdyt lonkkamurtumaleikkaukset HUSin sairaaloissa vuonna 2018. Lähde: HYKS Tuki- ja plastiikkakirurgian tulosityksikön toimialajohtaja 18.11.2019.

Sairaala	Lonkan tekonivel	Murtuman kiinnitys	Yhteensä
Hyvinkää	101	60	161
Lohja	92	42	134
Porvoo	81	41	122
Jorvi	143	102	245
Peijas	261	64	325
Töölö	314	261	575
Raasepori	23	15	38
Yhteensä	1051	585	1600

Vuonna 2018 yli 65-vuotiaiden lonkkamurtumapotilaiden hoitojakso HUSin sairaalassa oli keskimäärin 5 vuorokautta. Hoitojakson keskimääräinen pituus vaihteli 4-7 vuorokauden välillä (taulukko 3).

Taulukko 3. Yli 65-vuotiaiden lonkkamurtumapotilaiden keskimääräinen hoitojakson pituus (vrk) vuonna 2018. Lähde: HYKS Tuki- ja plastiikkakirurgian toimialajohto 21.10.2019.

Sairaala	Hoitojakson pituus (pv) keskiarvo
HUS yhteensä	5
Hyvinkää	5
Lohja	5
Porvoo	4
Jorvi	4
Peijas	6
Töölö	4
Raasepori	7

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämistä (582/2017, § 7) (ns. keskittämisasiasetus) edellyttää useiden toimenpiteiden, muun muassa lonkan ja polven teknonivelleikkausten, keskittämistä riittävän suuriin yksiköihin. Asetuksen mukaan lonkan ja polven teknonivelleikkaukset tulee keskittää yksiköihin, joissa niitä tehdään vähintään 600 vuodessa. Keskittämisasiasetuksen johdosta teknonivelleikkaukset on päätetty HUSissa lopettaa Raaseporin sairaalasta ja niiden määrää pitäisi lisätä noin 200 toimenpiteellä Hyvinkään ja Porvoon sairaaloissa, jotta niissä täyttyy 600 toimenpiteen ehto.²⁷

²⁷HUS toimitusjohtajan päätös 24.10.2017 § 158. Liite 2.

Raaseporin sairaalan toimintaprofilia ja sen kehittämistä selvitettiin HUSissa vuoden 2019 aikana.²⁸ Tarkoituksena on ollut määritellä alueen asukkaita parhaiten palvelevat lähipalvelut, selvittää vaihtoehdot, miten Raaseporin sairaala voisi parhaiten tukea alueen perusterveydenhuoltoa ja laatia esitys siitä, miten alueen kustannuksia voidaan laskea HUS-alueen keskimääräiselle tasolle. Selvitystä tehneessä työryhmässä oli edustettuna HUSin, Hyksin ja Länsi-Uudenmaan alueen kuntien sosiaali- ja terveystoimen johto ja sillä oli poliittinen ohjausryhmä. Työryhmän väliraportin mukaan ortopedian leikkausmäärät ovat Raaseporin sairaalassa vähentyneet huomattavasti viime vuosina. Vuonna 2018 ortopedian toimenpiteitä tehtiin yhteensä 327. Sairaalan tulevaan toimintaprofiiliin vaikuttaa työryhmän mukaan se, miten päivystyksellinen toiminta, ja siihen liittyen leikkaustoiminta, päätetään järjestää. Tämä vaikuttaa myös vuodeosasto- ja poliklinikkatoiminnan järjestämiseen.²⁹ Työryhmän loppuraportissa kuvataan kolme vaihtoehtoa päivystystoiminnan järjestämiselle jatkossa; 1) ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen jatkuminen 24/7, mikä tarkoittaa leikkaustoiminnan jatkumista sairaalassa 2) ympärivuorokautinen yleislääketieteen päivystys 24/7, mikä tarkoittaisi käytännössä leikkaustoiminnan päättymistä sekä 3) sairaalan profiilin merkittävä muuttaminen siten, että sairaalassa toimii kiirevastaanotto ja perusterveydenhuollon vuodeosasto. Loppuraportissa esitetään yhteispäivystyksen säilyttämistä, jolloin myös sairaalan anestesiaa edellyttävä leikkaustoiminta jatkuu. Tarkoitus kuitenkin on, että leikkaustoiminnassa tiivistetään yhteistyötä Lohjan sairaalan kanssa ja Raaseporin sairaala keskittyy jatkossa lyhytkirurgiaan.³⁰

²⁸ HUS hallitus 17.6.2019 § 77; HUS johtajaylilääkärin päätös 20.6.2019 § 96. Työryhmän asettaminen.

²⁹ Raaseporin sairaalan sairaanhoidollisen toimintamallin selvitysryhmän väliraportti 30.9.2019.

³⁰ Raaseporin sairaalan sairaanhoidollisen toimintamallin selvitysryhmän loppuraportti 31.1.2020.

6.1 Lonkkamurtumapotilaiden hoidon tuloksia – Perfect hanke

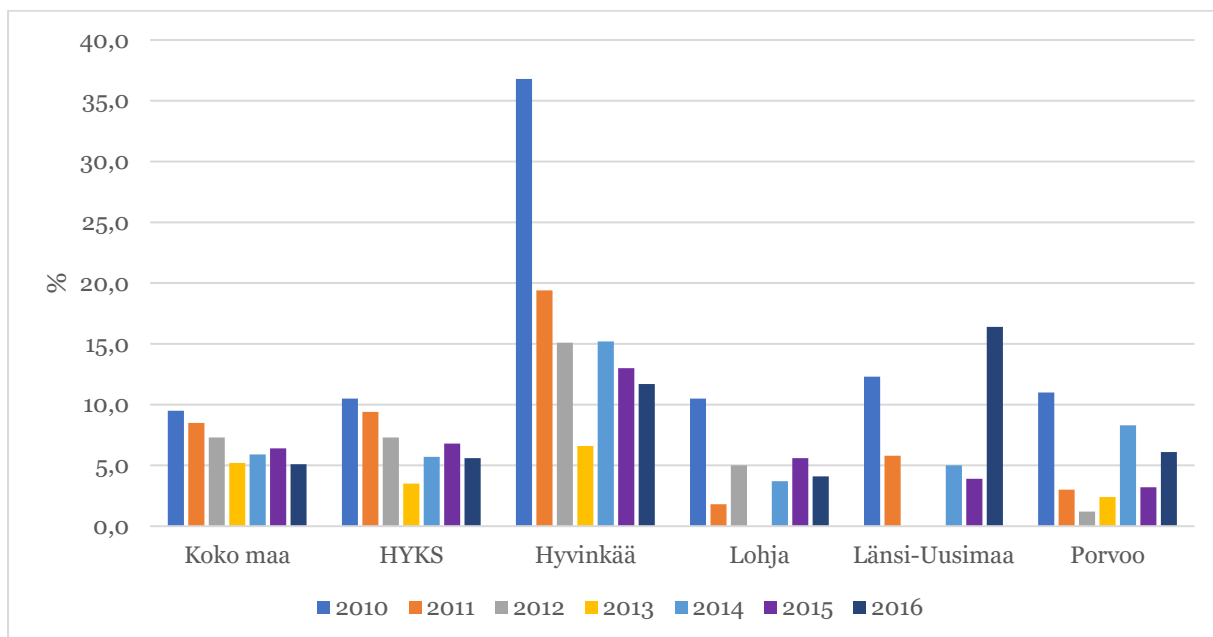
THL:n PERFECT (Performance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes) -hankkeessa on selvitetty lonkkamurtumapotilaiden hoidon tuloksia vuodesta 2001 alkaen. Tuloksia, joita hankkeessa raportoidaan, ovat muun muassa leikkausta yli kaksi vuorokautta odottaneiden potilaiden osuus, potilaiden kotiutuminen 30 päivän kuluessa, hoitopäivät, kotona vietetyt päivät vuoden aikana, kuolleisuus, ja kustannukset. Tulokset raportoidaan sairaanhoitopiireittäin ja sairaaloittain. Tosin Hyksin osalta tietoja ei ole saatavissa sairaaloittain vaan ne on raportoitu sairaanhoitoalue-tasolla. Raportoidut indikaattorit on riskivakioitu ja siten ne ovat vertailukelpoisia eri palveluntuottajien välillä. Viimeisimmät tulokset ovat vuodelta 2016.³¹

Hankkeen tulosten mukaan Suomessa on huomattavia alueellisia eroja lonkkamurtu-mapotilaiden hoidon tuloksissa ja kustannuksissa. Eroja on myös HUSin sairaanhoi-toalueiden välillä. Esimerkiksi ensimmäisen vuoden potilaskohtaiset hoitokustan-nukset vaihtelivat vuosina 2011-2013 HUSin sairaanhoitoalueilla noin 26 800–31 700 euron välillä.³²

Perfect-hankkeen tulosten mukaan leikkausta yli kaksi vuorokautta odottaneiden määrä näyttäisi vuosien varrella hieman pienentyneen, mutta on joillakin sairaanhoi-toalueilla ollut joinakin vuosina hälyttävän korkea. Vuonna 2016 Hyvinkään sairaan-hoitoalueella 11,7 ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella 16,4 prosenttia lonkka-murtumapotilaista odotti leikkaukseen kauemmin kuin kaksi vuorokautta. (kuvio 1)

³¹ THL. Perfect-hanke. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect>, 19.11.2019.

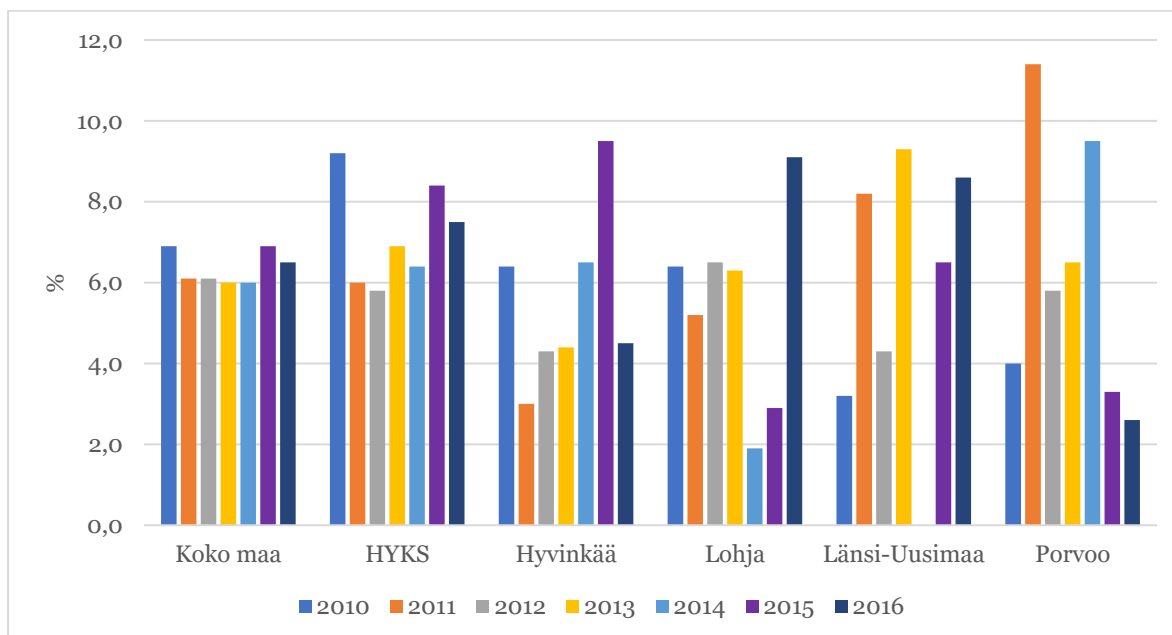
³² THL. Perfect-hanke. http://www.terveytemme.fi/perfect/atlas/lonkka_table/report_Sairaanhoi-topiirit_i5.html, 7.6.2019.



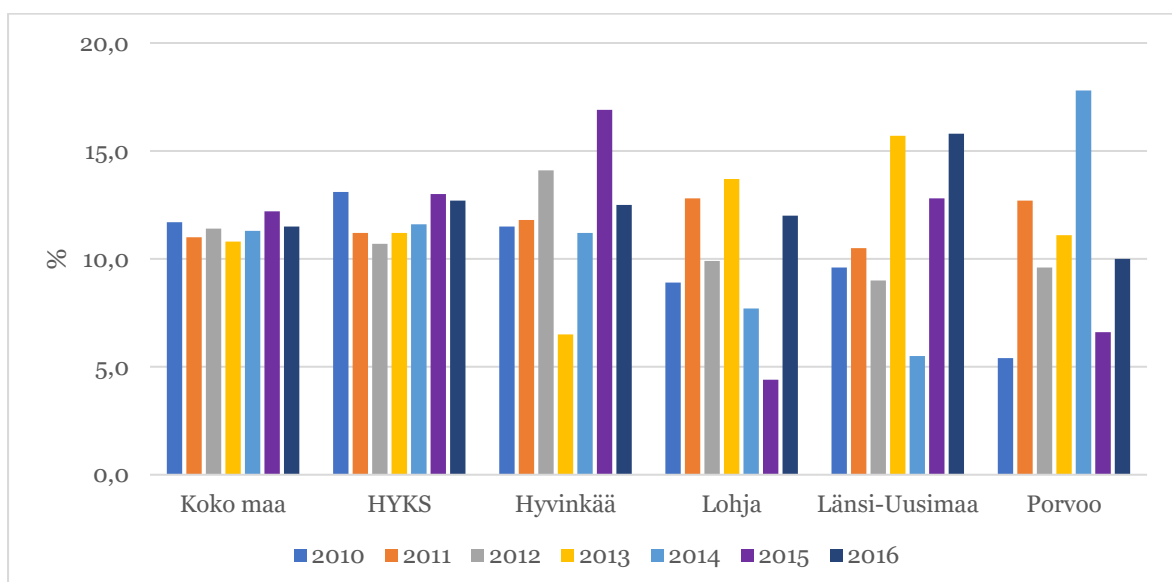
Kuvio 1. Yli 2 vrk lonkkamurtumaleikkausta odottaneiden potilaiden osuus HUSin sairaanhoitoalueilla 2010-2016. Lähde: THL Perfect, Pikaraportointi, poikkileikkaus-tarkastelu, Lonkkamurtuma alueittain, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit/21.10.2019>.

Kuvioissa 2-4 on esitetty lonkkamurtumapotilaiden 30, 90 ja 180 päivän kuolleisuus HUSin sairaanhoitoalueilla. Hyksissä leikattujen lonkkamurtumapotilaiden 30 päivän kuolleisuus on ollut useana vuonna korkeampi kuin keskimäärin Suomessa (kuvio 2). Myös 90 vuorokauden kuolleisuus on Hyksissä ollut useana vuonna hieman korkeampi kuin maassa keskimäärin (kuvio 3). Muilla HUSin sairaanhoitoalueilla vuosittainen vaihtelu on niin suurta sekä 30 että 90 päivän kuolleisuuden osalta, ettei lukujen perusteella ole mahdollista tehdä luotettavia johtopäätöksiä.

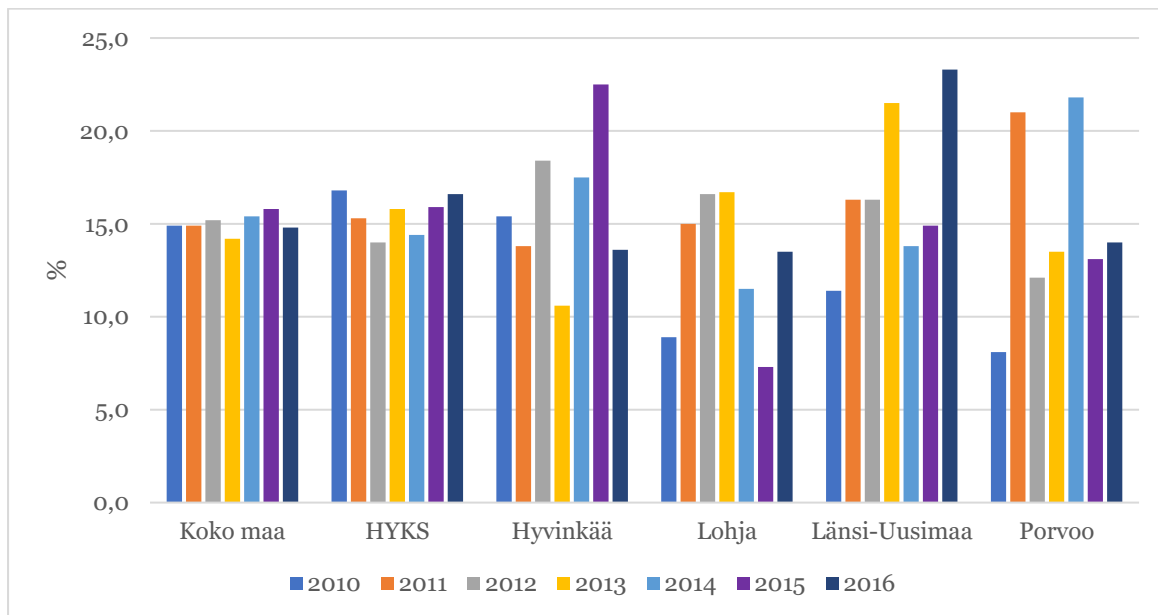
Hyksissä leikattujen lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuus puolen vuoden kuluessa leikkauksesta on suunnilleen samaa tasoa kuin keskimäärin Suomessa. Erityisesti Hyvinkään, Länsi-Uusimaan ja Porvoon sairaanhoitoalueilla kuolleisuus on joinakin vuosina ollut varsin suuri, mutta vuosittaista vaihtelua on paljon. (Kuvio 4)



Kuvio 2. Lonkkamurtumapotilaiden 30 pv kuolleisuus HUS-sairaanhoidoalueilla 2010-2016. Lähde: THL Perfect, Pikaraportointi, poikkileikkaustarkastelu, Lonkkamurtuma alueittain, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit> 21.10.2019.

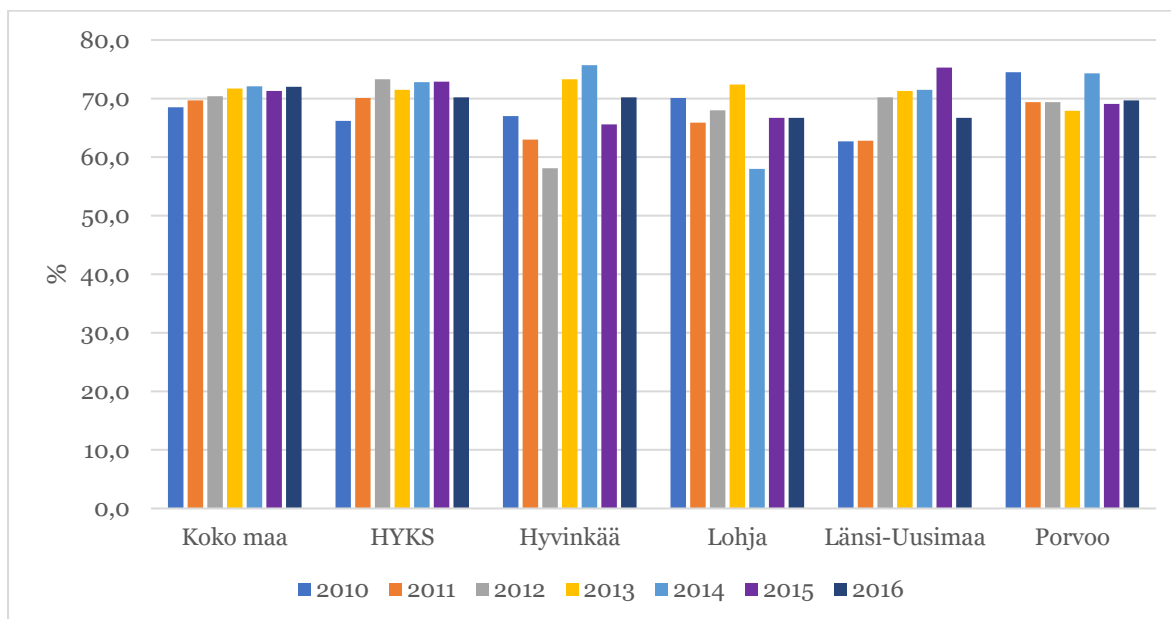


Kuvio 3. Lonkkamurtumapotilaiden 90 pv kuolleisuus HUS-sairaanhoidoalueilla 2010-2016. Lähde: THL Perfect, Pikaraportointi, poikkileikkaustarkastelu, Lonkkamurtuma alueittain, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit> 21.10.2019.



Kuvio 4. Lonkkamurtumapotilaiden 180 pv kuolleisuus HUS-sairaanhoitoalueilla 2010-2016. Lähde: THL Perfect, Pikaraportointi, poikkileikkaustarkastelu, Lonkkamurtuma alueittain, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit> 21.10.2019.

Lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen kolmen kuukauden kuluessa kotiutuneiden osuudet HUSin sairaanhoitoalueilla ja koko maassa keskimäärin on esitetty kuviossa 5. HYKSin luvut ovat suunnilleen samaa tasoa kuin keskimäärin Suomessa. Hyvinkään, Länsi-Uusimaan ja Lohjan tulokset ovat useana vuonna olleet huonompia kuin maassa keskimäärin, mutta vuosittaista vaihtelua on näissäkin luvuissa suhteellisen paljon.



Kuvio 5. Kolmen kuukauden sisällä kotiutuneiden ja elossa olevien potilaiden osuus lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen HUS-sairaanhoidoalueilla 2010-2016. Lähde: THL Perfect, Pikaraportointi, poikkileikkaustarkastelu, Lonkkamurtuma alueittain, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osa-hankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit> 21.10.2019.

6.2 Palko ja Käypä hoito -suositusten toteutuminen lonkkamurtumapotilaan hoidossa HUSissa

Lonkkamurtumapotilaiden hoitoon liittyvistä Palko- ja Käypä hoito -suosituksista osa koskee erikoissairaanhoidossa annettavaa hoitoa ja osa perusterveydenhuollossa tapahtuvaa kuntoutusta. Erikoissairaanhoidon osalta keskeisiä suosituksiin liittyviä asioita ovat leikkausajankohdan toteutuminen, potilaan nopea mobilisointi leikkauksen jälkeen, hyvä kivunhoito, riittävästä ravitsemuksesta huolehtiminen sekä uusien murtumien ehkäisy.

HUSilla on koko organisaatiota koskeva yhteinen ohjeistus leikkaukspotilaan kivun hoidosta sekä potilaan ravitsemustilan ja kaatumisriskin arvioinnista.³³ Ohjeistusten noudattaminen parantaa osaltaan ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidon laatua ja varmistaa kansallisten suositusten toteutumista. HUSin ohjeistuksien mukaan leikatulta potilaalta tulisi kysyä arviota kivusta vähintään kerran kahdeksassa tunnissa. Potilaan vajaaravitsemusriski tulee arvioida vuorokauden kuluessa sairaalaan saapumisesta tiettyjen kriteereiden täytyessä, esimerkiksi silloin, jos potilaalla on alhainen painoindeksi tai hän on joutunut hoitoon vakavan sairauden vuoksi. Kaatumisriskin arviointi tulisi tehdä kaikille yli 65-vuotiaille potilaille. Riskiarvion perusteella potilaalle suunnitellaan yksilölliset kaatumista ennaltaehkäisevät toimenpiteet, joita voivat olla esimerkiksi lääkityksen tarkistaminen ja fysioterapeutin konsultaatio. Katsoimme, että HUSin ohjeistuksen perusteella kaikille iäkkäille lonkkamurtumapotilaille tulisi tehdä sekä vajaaravitsemus- että kaatumisriskin arvio.

Selvitimme yllä mainittujen asioiden toteutumista HUSissa vuosina 2016-2018 leikkattujen, 65-vuotta täyttäneiden, lonkkamurtumapotilaiden potilasasiakirjojen perusteella. Valitsimme potilaat (n=153, n. 7 % kaikista) satunnaisotannalla vuosina 2016-2018 leikatuista potilaista, joiden ensisijainen diagnoosi oli lonkkamurtuma³⁴. Aineistoon otettiin mukaan potilaat, joiden lonkkamurtuma oli hoidettu joko tekonivelellä tai kiinnittämällä³⁵.

³³ HUS sisäiset ohjeet: Kivun hoidon ydintoiminnot aikuisten kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoidossa, Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito aikuisten vuodeosastolla, Kaatumisten ja putoamisten ehkäisy. HUS Intranet 19.12.2019.

³⁴ Diagnoosit S72.0 (reisiluun kaulan murtuma), S72.1 (reisiluun sarvennoisten kautta kulkeva petrokanteellinen murtuma) ja S72.2 (sarvennoisten alapuolinen reisiluun murtuma).

³⁵ Toimenpiteet NFJ50 (Resiluukaulan murtuma naulaus, yksi/ useampi), NFJ52 (Reisiluun yläosan kiinnitys, liukur/naula), NFJ54 (Reisiluun yläosan ydinnaulaus) ja kaikki NFB-alkuiset toimenpiteet silloin kun ne liittyivät em. diagnooseihin.

Tarkistimme potilasasiakirjoista seuraavat asiat

- Leikkauksen ajankohta potilaan saapumisesta sairaalaan (<12h, 12-24h, >24h)
- Onko potilas autettu liikkeelle ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä? (kyllä/ei)
- Onko potilaalle laadittu moniammatillinen hoitosuunnitelma? (kyllä, ei, ei koske potilasta)
- Onko potilaalle tehty apuvälinearvio (kyllä, ei, ei koske potilasta)
- Onko arvio potilaan kivusta kirjattu sairaskertomukseen HUSin ohjeistuksen mukaisesti?
- Onko potilaan ravitsemustila arvioitu HUSin ohjeistuksen mukaisesti? (kyllä/ ei)
- Onko potilaan kaatumisriski arvioitu HUSin ohjeistuksen mukaisesti? (kyllä/ei)
- Onko potilaskertomukseen kirjattu kuntoutuksen vastuutaho? (kyllä, ei)

Moniammatillisen hoitosuunnitelman ja apuvälinearvion kohdalla käytimme ”ei koske potilasta” kategoriaa silloin, jos potilas siirtyi jatkokuntoutukseen toiseen terveydenhuollon laitokseen. Katsoimme, että näissä tilanteissa ne tehdään vasta jatkokuntoutuksesta vastaavassa laitoksessa.

Osa lonkkamurtumapotilaista odottaa leikkaukseen pääsyä liian kauan

Palko-suosituksen mukaan lonkkamurtumapotilaan tulisi päästä leikkaukseen viimeistään 24 tunnin, mieluummin 12 tunnin kuluessa tapaturmasta, ellei potilaan terveydentila estä leikkausta. Käypä hoito -suosituksessa puolestaan todetaan, että ensimmäisen vuorokauden kuluessa leikatuilla lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuus on todennäköisesti pienempi ja komplikaatiot vähäisempiä kuin tätä pidempään leikkausta odottaneilla.

Tarkistimme potilasasiakirjoista, oliko potilas odottanut leikkaukseen pääsyä alle 12 tuntia, 12-24 tuntia vai yli 24 tuntia siitä, kun hän saapui sairaalaan. Leikkauksen toteutumista tapaturmasta ei ollut mahdollista potilasasiakirjojen perusteella luotettavasti selvittää, koska tapaturman tarkkaa ajankohtaa ei niihin yleensä oltu merkitty. Laskimme leikkauksen odotusajan siitä, kun potilas saapui HUSin sairaalaan eli emme huomioineet mahdollista käyntiä terveyskeskuksessa ennen sairaalaan saapumista. Sairaalaan saapumisen ajankohdan tarkistimme joko ensihoidon tai potilaan arvioineen lääkärin merkinnöistä ja leikkausajankohdan anestesiakaavakkeelta tai toimenpidekertomuksesta.

Tulosten mukaan potilaista 14 prosenttia pääsi leikkaukseen 12 tunnin kuluessa sairaalaan saapumisesta. Lähes puolet potilaista (48 %) pääsi leikkaukseen 12-24 tunnin kuluessa ja 38 prosenttia potilaista odotti leikkaukseen pääsyä yli 24 tuntia. Tavallisin syy leikkauksen viivästymiseen on todennäköisesti leikkaussalien ruuhkautuminen. Syynä voi myös olla se, että potilaan terveydentila ei mahdollista leikkausta, mikä tuli esiin muutamien potilaiden kohdalla. Näiden lisäksi viivettä leikkaukseen pääsyssä voi aiheuttaa se, että potilasta on siirretty hoitolaitosten välillä. Aineistossamme oli useita potilaita, jotka ensihoito oli vienyt ensin terveyskeskukseen arvioitavaksi ja sieltä kuljetettu edelleen HUSin sairaalaan, esimerkiksi Töölön sairaalaan. Jos sairaalan leikkaussalissa oli ruuhkaa, saatettiin potilas edelleen siirtää johonkin toiseen HUSin sairaalaan toimenpidettä varten. Useat siirrot voivat aiheuttaa viivettä toimenpiteeseen pääsyssä ja olla potilaalle raskaita.

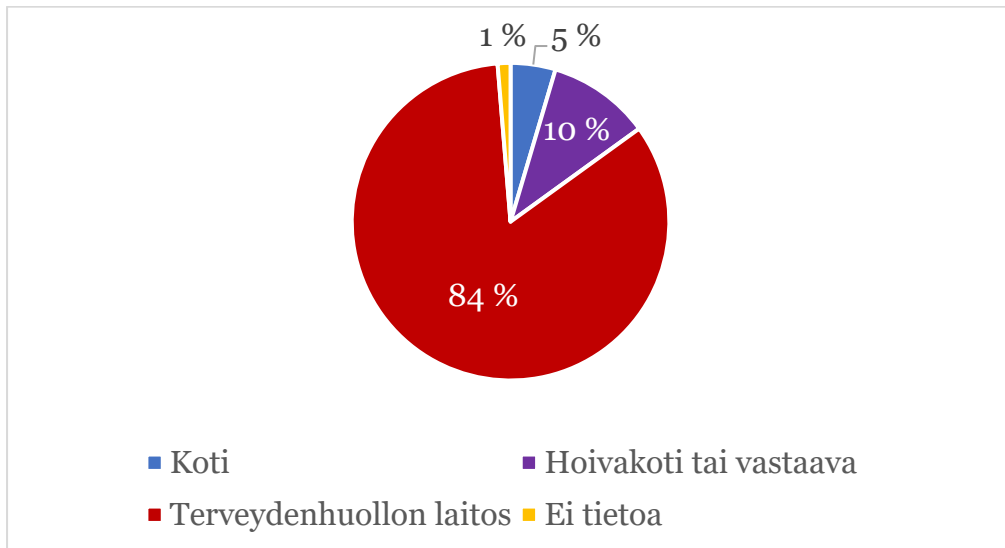
Mobilisointi ja jatkokuntoutuksen varmistaminen

Sekä Palko että Käypä hoito suositusten mukaan lonkkamurtumapotilas tulisi auttaa liikkeelle mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen, mielellään viimeistään leikkauksen jälkeisenä päivänä. Käypä hoito -suosituksen mukaan aikaisessa vaiheessa aloitettu mobilisaatio ja tehokas fyysinen harjoittelu todennäköisesti parantavat poti-

laan toimintakyvyn palautumista. Lisäksi kävelykyvyn nopean palautumisen on todettu olevan yhteydessä lyhyempään sairaalahoitojaksoon, suurempaan todennäköisyyteen palata omaan kotiin sekä pienempään kuolleisuuteen.

Selvitimme potilaiden mobilisoinnin toteutumista sairauskertomusten hoitotyön ja fysioterapian merkinnöistä. Lähtökohtaisesti lähes kaikilla potilailla oli lääkärin lupanosta jalkeille heti leikkauksen jälkeen sekä varata leikatulle jalalle. Potilasasiakirjoissa ei yleensä kuitenkaan ollut päiväkohtaisia merkintöjä potilaan mobilisoinnin toteutumisesta, joten niiden perusteella ei ollut mahdollista selvittää, oliko potilas autettu liikkeelle heti leikkauksen jälkeisenä päivänä vai vasta myöhemmin. Sairauskertomuksiin kirjattujen tietojen perusteella arvioimme, että 63 prosenttia potilaista oli ollut liikkeellä hoitjakson aikana; 37 prosentin kohdalla arvioimme, että näin ei kirjausten perusteella ollut tapahtunut. Syitä siihen, miksi potilasta ei oltu mobilisoitu, oli esimerkiksi potilaan väsymys, voimattomuus, sekavuus tai potilaan muut sairaudet, esimerkiksi keuhkokuume. Kiinnitimme huomiota myös siihen, että fysioterapeutin tekemiä merkintöjä sairauskertomuksissa oli vähän. Tämän perusteella vaikuttaa siltä, että fysioterapeutit eivät erikoissairaanhoidossa osallistu rutiininomaisesti jokaisen lonkkamurtumapotilaan hoitoon.

Tarkastelemamme aineiston potilaista suurin osa (84 %) siirtyi erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon kuntoutussairaalaan tai oman kuntansa terveystieteiden keskukseseen. Joka kymmenes potilas siirtyi hoivakotiin, jossa hän asui ennen tapaturmaa ja viisi prosenttia potilaista kotiutui sairaalasta suoraan omaan kotiinsa. Kahdessa tapauksessa potilaskertomuksesta ei käynyt ilmi, mihin potilas oli kotiutunut erikoissairaanhoidosta. (Kuvio 6)

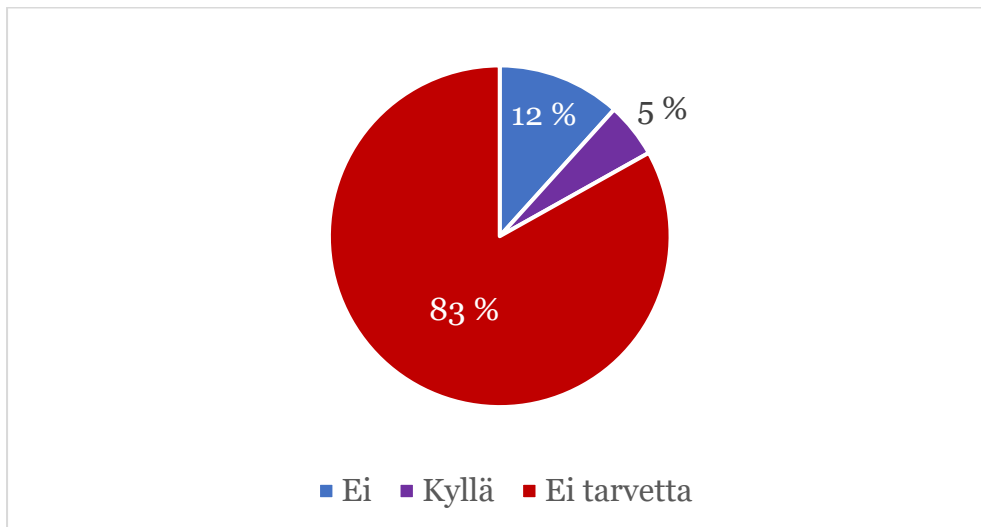


Kuvio 6. Lonkkamurtumapotilaiden jatkohoito- ja kuntoutuspaikka (%).

Aineistomme potilaille ei pääsääntöisesti oltu tehty moniammatillista kuntoutussuunnitelmaa tai apuvälinearviota. Katsoimme, että silloin, kun jatkohoito tapahtui kuntoutussairaalassa tai kunnan terveysthuollonkeskuksessa, moniammatillisen kuntoutussuunnitelman tai apuvälinearvion tekeminen ei ole erikoissairaanhoidossa välttämättä tarpeellista, koska ne oletettavasti tehdään jatkokuntoutuksessa vastaavassa laitoksessa.

Huomionarvoista on kuitenkin se, että omaan kotiin tai hoivakotiin siirtävistä potilaista moniammatillista kuntoutussuunnitelmaa ei oltu tehty yhdellekään potilaalle ja apuvälinearvio oli tehty vain kahdeksalle potilaalle. (Kuvio 7) Tämän perusteella vaikuttaa siltä, että kotiin siirtyvän potilaan jatkokuntoutuksen varmistaminen saattaa jäädä potilaan tai hänen läheistensä vastuulle. Hoivakodeissa puolestaan resurssit ja osaaminen riittävän intensiivisen lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen toteuttamiselle todennäköisesti vaihtelevat. Sairaala ei systemaattisesti ota yhteyttä potilaaseen kotiutumisen jälkeen, jos ei huomioida mahdollista kontrollikäyntiä, joka on yleensä vasta useamman kuukauden päästä leikkauksesta ja jota ei rutiininomai-

sesti järjestetä kaikille potilaille. Omaan kotiin tai hoivakotiin siirtyvät potilaat saataisivat siten hyötyä siitä, että heille laadittaisiin kuntoutussuunnitelma ja apuvälinearvio erikoissairaanhoidossa ja että sairaala myös seuraisi kuntoutumista.



Kuvio 7. Lonkkamurtumapotilaat (%), joille on tehty apuvälinearviointi erikoissairaanhoidossa.

Kivun hoitoon, ravitsemukseen ja kaatumisten ehkäisyyn on kiinnitettävä enemmän huomiota erikoissairaanhoidossa

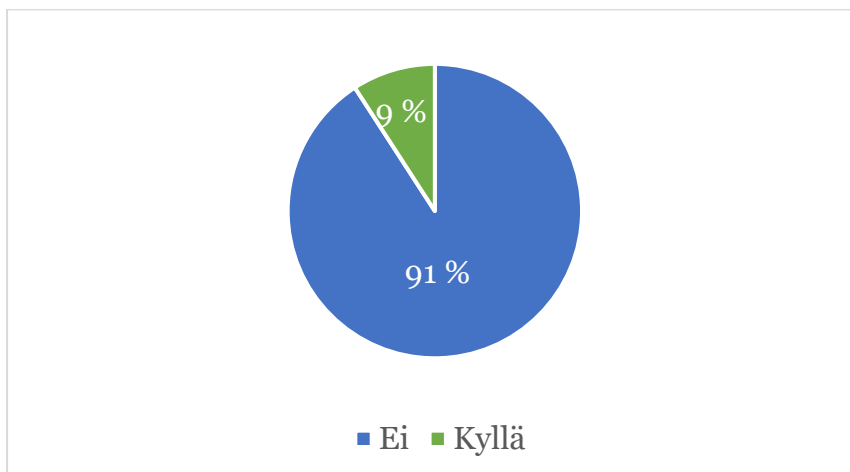
Lonkkamurtumapotilaiden hyvästä kivun hoidosta huolehtiminen on tärkeää, koska sen on todettu vähentävän komplikaatioita ja potilaiden sekavuutta. Lisäksi hyvä kivun hoito helpottaa potilaan valmistelua leikkaukseen ja nopeuttaa kuntoutusta.

Käypä hoito -suosituksen mukaan lonkkamurtumapotilaan kipua tulee arvioida ja kirjata heti potilaan tultua sairaalaan, tunnin välein ennen leikkausta ja 1-2 kertaa työpäivän aikana silloin, kun kipua on hallinnassa. Erityisen tärkeää kivun arviointi on muisti-

sairailta lonkkamurtumapotilailla, joiden kyky ilmaista kipua on heikentynyt. Edennyttä muistisairautta sairastavan kipua voidaan arvioida PAINAID-mittarilla, jossa huomio kiinnitetään muun muassa potilaan ilmeisiin ja kehonkieleen.³⁶

Kivun hoito on yksi HUSin yhtenäisistä toimintamalleista, joiden tavoitteena on parantaa hoidon laatua. HUSin leikkauspotilaiden kivun hoitoa koskevassa ohjeessa todetaan, että kipu tulee arvioida vähintään kerran kahdeksassa tunnissa numeraalisella, sanallisella tai visuaalisella asteikolla. Ohjeessa ei ole erikseen huomioitu muistisairaiden potilaiden kivun arviointia.

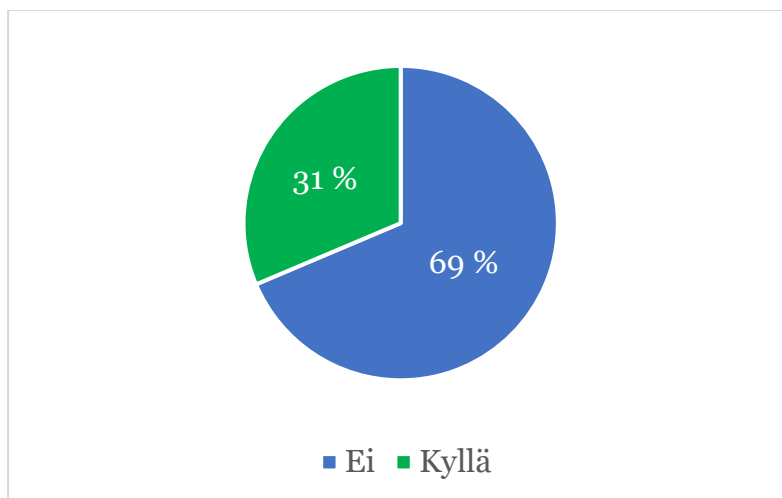
Selvitimme lonkkamurtumapotilaiden potilaskertomuksesta, kuinka usein arvio potilaan kivusta oli kirjattu. Kivun kirjaaminen oli puutteellista, sillä vain yhdeksällä prosentilla potilaista arvio kivusta oli kirjattu päivittäin hoitokertomukseen. Suurimmalla osalla (91 %) potilaista kipua koskeva arvio oli kirjattu satunnaisesti vain joihinkin hoitajakson päivinä tai sitä ei oltu kirjattu lainkaan. (Kuvio 8) Tämä ei välttämättä tarkoita, etteikö potilaan kipua olisi tosiasiasa arvioitu ja hoidettu. Voi olla, että arvio kivusta jää kirjaamatta esimerkiksi kiireen vuoksi tai sen vuoksi, ettei organisaation ohjeita tunneta riittävän hyvin.



Kuvio 8. Lonkkamurtumapotilaat (%), joiden kipu on kirjattu päivittäin hoitajakson aikana.

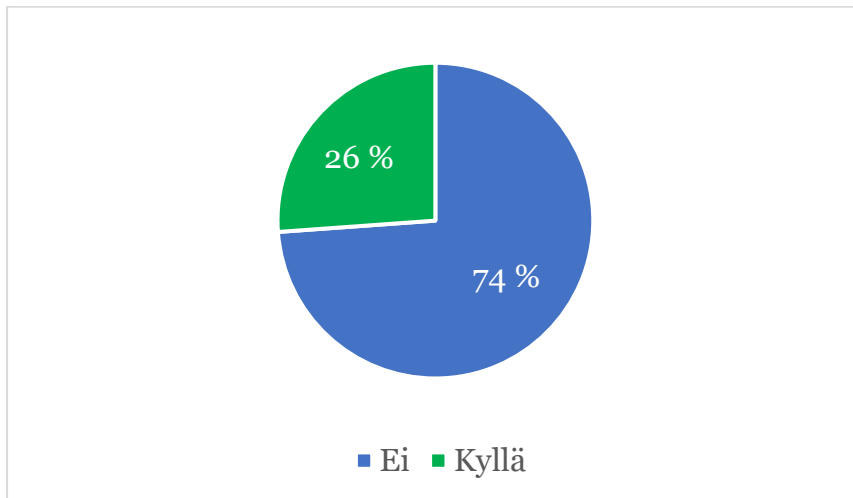
³⁶ Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 16.10.2017. Duodecim.

Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että lonkkamurtumapotilaiden ravitsemustilaa tai kaatumisriskiä ei kattavasti arvioida erikoissairaanhoidossa. Vajaaravitsemusriskin arvio oli kirjattu tehdyksi 31 prosentille (kuvio 9) ja kaatumisriskin arvio 26 prosentille (kuvio 10) aineiston potilaista. Tämä on tärkeä havainto, koska valtaosa lonkkamurtumapotilaista on vanhuksia, joiden lonkkamurtuma on seurausta kaatumisesta ja kaatumisesta on siten jo kertaalleen ollut vakavia seurauksia potilaalle. Uusien kaatumisten ehkäisy on erittäin tärkeää, koska tutkimusten mukaan lonkkamurtumapotilaiden riski uusille murtumille, myös lonkkamurtumille, on 2-3 kertainen³⁷. Lonkkamurtumaleikkauksesta toipumiseen vaikuttaa myös potilaan ravitsemustila. Vajaaravitsemusriskin arvioinnilla voidaan tunnistaa potilaat, jotka tarvitsevat tavallista enemmän energiaa ja proteiinia, jolloin heille voidaan tilata erikoisruoka sairaalan keittiöstä tai tarjota lisäravinteita.



Kuvio 9. Lonkkamurtumapotilaiden vajaaravitsemusriskin arviointi (%).

³⁷ Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 16.10.2017. Duodecim.



Kuvio 10. Lonkkamurtumapotilaiden kaatumisriskin arviointi (%).

7 Johtopäätökset

Arvioinnin tavoitteena oli selvittää Palko ja Käypä hoito -suositusten toteutumista ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa HUSin alueella sekä hoidon tuloksia. Arviointi tehtiin HUSin tarkastuslautakunnan toimeksiantona, jonka lakisääteisenä tehtävänä on selvittää kuntayhtymän toiminnan tuloksellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Oletuksenamme oli, että noudattamalla kansallisia suosituksia voidaan varmistaa toiminnan tuloksellisuus ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa. Kyse on suuresta potilasryhmästä, joka väestön ikääntyessä tulee todennäköisesti entisestään kasvamaan. Noudattamalla kansallisia suosituksia on mahdollista pienentää potilaan riskiä joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon, mikä on sekä inhimillisestä että taloudellisesta näkökulmasta järkevää. Arvioinnin aineistona oli kunnille tehty kysely, HUSissa vuosina 2016-2018 leikattujen lonkkamurtumapotilaiden sairauskertomukset (n=153), tilastotiedot ja asiakirja-aineistot.

Arvioinnin tavoitteena oli ensinnäkin selvittää, onko lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus keskitetty HUS-alueen kunnissa kansallisten suositusten mukaisesti. Tulosten mukaan kuntoutus on useissa kunnissa keskitetty, mutta ei kaikissa. Kirjalliset lonkkamurtumapotilaiden hoitoketjut HUSin ja kuntien välillä puuttuvat eikä erikoissairaanhoidossa aina tiedetä, miten ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus kunnissa järjestetään. Vaikuttaa siltä, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksessa on mahdollista tiivistää. Tähän antaa hyvän lähtökohdan se, että HUSissa on päätetty vuoden 2019 alusta alkaen noudattaa HYKS-ervan kuntoutuksen alatyöryhmän esittämiä periaatteita kuntoutuksen järjestämisessä. Yksi periaatteista on se, että *kuntoutustarpeen toteava taho tai erikoisala huolehtii siitä, että hoidon lisäksi kuntoutus suunnitellaan yhtenä kokonaisuutena*. Tämän periaatteen toteutuminen edellyttää jatkossa sitä, että erikoissairaanhoidon koordinoi aiempaa tiiviimmin myös ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen suunnittelua ja organisointia.

Tämän arvioinnin perusteella ei ole mahdollista tehdä johtopäätöksiä siitä, miten lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus kokonaisuudessaan ja tosiasiallisesti toteutuu HUS-alueen kunnissa. Kuntoutuksen järjestämistä koskevaan kyselyyn vastasi vain yhdeksän kuntaa eikä HUSin tarkastuslautakunnan tehtäviin kuulu kuntien palveluiden arviointi. Olisikin hyvä, jos HUS-alueen kunnat itse selvittäisivät, vastaako niiden kuntoutusjärjestelmä kansallisia suosituksia. Tämä antaisi arvokasta tietoa myös lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusketjun alueelliselle kehittämiselle.

Lonkkamurtumapotilaita leikataan kaikilla HUSin sairaanhoitoalueilla, pääosin seitsemässä sairaalassa. HUSissa tulisi harkita lonkkamurtumapotilaiden leikkaushoidon keskittämistä harvempiin yksiköihin, sillä esimerkiksi Raaseporin sairaalassa leikkausmäärät ovat pienet. Se, että potilaita leikataan useissa sairaaloissa johtaa myös siihen, että heitä joudutaan toisinaan siirtämään sairaaloiden välillä leikkauksalien ruuhkautumisen vuoksi. Potilaita siirretään hoitolaitosten välillä ennen leikkausta myös sen vuoksi, että useimmilla alueilla ei ole sovittu hoitoketjusta ns. lonkkaliukumäki -toimintamallin mukaisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että lonkkamurtumapotilas saatetaan ensin viedä terveyskeskukseen, josta hänet siirretään edelleen leikkaavaan sairaalaan. HUSin tulee jatkossa varmistaa lonkkamurtumapotilaiden hoidon prosessin kehittäminen yhdessä kuntien kanssa lonkkaliukumäki -toimintamallin periaatteiden mukaisesti kaikilla sairaanhoitoalueilla. Toimintamallissa on muun muassa luovuttu läheteistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, mikä sujuvoittaa hoidon prosessia. Lonkkaliukumäki toimintamallin soveltamisesta on linjattu HYKS-ervan kuntotuspalvelujen järjestämisestä koskevassa selvityksessä, jonka periaatteet on HUSissa hyväksytty vuoden 2019 alusta.

Palko-suosituksen mukainen leikkausajankohta, mieluiten 12 tuntia ja enintään 24 tuntia tapaturmasta, ei tarkastelemamme aineiston perusteella toteudu HUSissa riittävän hyvin. Aineistomme potilaista 14 prosenttia pääsi leikkaukseen 12 tunnin sisällä sairaalaan saapumisesta, 48 leikattiin vuorokauden kuluessa ja 38 prosenttia odotti leikkausta yli vuorokauden. Liian pitkään leikkausta odottaneiden potilaiden

osuus olisi todennäköisesti ollut tätä suurempi, jos odotusaika laskettaisiin tapaturmasta. Tämä ei ollut mahdollista, koska tapaturman ajankohta ei yleensä ollut tiedossa. Suositusten mukainen tavoiteaika tunnetaan HUSissa kuitenkin hyvin ja leikkaukseen pääsyä 12 tunnin kuluessa pidetään hyvänä tavoitteena. Tavallinen syy leikkauksen viivästymiselle on niukat leikkaussaliresurssit päivystysaikana.

Kansallisiin suosituksiin sisältyy myös lonkkamurtumapotilaiden kivun hoitoon, varhaiseen mobilisointiin, ravitsemustilan arviointiin ja uusien kaatumisten ehkäisyyn liittyviä ohjeita. Havaitsimme, että lonkkamurtumapotilaiden kivun hoidon kirjaaminen oli useimpien potilaiden kohdalla puutteellista eikä potilaiden ravitsemustilan ja kaatumisriskin arviointi ollut kattavaa. Ravitsemustila oli arvioitu vain 31 ja kaatumisriski vain 26 prosentilla aineistomme potilaista. Varhaisen mobilisoinnin toteuttamista emme pystyneet selvittämään, koska potilasasiakirjoihin ei oltu merkitty päiväkohtaisia tietoja potilaan liikkumisesta. Sairauskertomuksissa oli kaiken kaikkiaan vähän fysioterapeuttien tekemiä merkintöjä, mistä syntyy vaikutelma, että fysioterapeutit eivät rutiininomaisesti osallistu lonkkamurtumapotilaiden hoitoon erikoissairaanhoidossa.

Suurin osa lonkkamurtumapotilaista viipyy erikoissairaanhoidossa vain muutamia päiviä ja siirtyy sen jälkeen jatkohoitoon joko kuntoutussairaalaan tai oman kuntansa terveystieteiden keskukseseen. Kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta jäävät siten yleensä perusterveydenhuollon vastuulle eikä erikoissairaanhoidossa pääsääntöisesti tehdä lonkkamurtumapotilaalle kuntoutussuunnitelmaa. Havaitsimme, että kuntoutussuunnitelmaa ei yleensä oltu tehty silloinkaan, kun potilas siirtyi sairaalasta suoraan omaan kotiinsa tai hoivakotiin, jossa hän asui vakituisesti. Kuntoutuksen jatkuvuus tulisi varmistaa, ja sen edistymistä seurata myös näillä potilailla.

Arvioinnissa tuli esiin, että erikoissairaanhoidossa on tarve geriatrisen asiantuntemuksen vahvistamiselle. Kunnissa tilanne vaikuttaisi olevan tämän osalta parempi. Kotimaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu hyviä tuloksia geriatrian ja

ortopedian yhteistyöstä ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa, mikä tulee huomioida, kun tämän potilasryhmän hoidon prosessia ja organisointia kehitetään HUSissa. HUSin tulee myös pyrkiä vaikuttamaan siihen, että geriatrian asiantuntemusta on jatkossa käytettävissä aiempaa enemmän myös erikoissairaanhoidossa. Koska geriatreista on maassamme pulaa, voi yksi mahdollisuus olla ns. hospitalistien laajempi hyödyntäminen sairaaloissa. Hospitalisti on erikoissairaanhoidossa toimiva yleislääkäri, joka keskittyy hoitamaan potilasta kokonaisvaltaisesti. Hospitalistin tehtäväkuvaan kuuluu muun muassa potilaan lääkityksen kokonaisarviointia, perussairauksien hoitoa sekä hoidon koordinoitua.

Arvioinnissa tuli myös esiin, että HUSissa ei toistaiseksi ole käytössä yhtä yhteistä järjestelmää, esimerkiksi kliinistä laaturekisteriä, lonkkamurtumapotilaiden hoidon tulosten seuranta varten. On tärkeää, että koko HUSissa lonkkamurtumapotilaiden hoidon laadun ja tulosten seuranta olisi yhtenäistä ja että ajantasaista tietoa olisi käytettävissä johtamisen tueksi. Viimeisimmät THL:n tuottamat kansalliset tiedot lonkkamurtumapotilaiden hoidon tuloksista ovat vuodelta 2016, eikä tuoreempia tietoja ollut saatavilla tätä arviointia varten. Tulosten mukaan Suomessa on huomattavia alueellisia eroja lonkkamurtumapotilaiden hoidon tuloksissa ja kustannuksissa ja eroja on ollut myös HUSin sairaanhoitoalueiden välillä. Esimerkiksi leikkausta yli kaksi vuorokautta odottaneiden määrä on joillakin HUSin sairaanhoitoalueilla ollut hälyttävän korkea joinakin vuosina. Ajantasaista tietoa lonkkamurtumapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen tuloksista tarvitaan.

Lopuksi on todettava, että tämän arvioinnin tuloksiin on suhtauduttava suuntaa-antavina. Emme saaneet kaikista HUS-alueen kunnista vastausta kuntoutuksen järjestämistä koskevaan kyselyyn, joten kuva palveluiden keskittämisestä ei välttämättä vastaa todellista tilannetta. Lisäksi potilasaineistomme kattoi vain pienen osan HUSissa leikatuista lonkkamurtumapotilaista ajalta, jolloin kansalliset suositukset olivat vielä tuoreita. On mahdollista, että suositukset tunnetaan, ja sen myötä myös toteutuvat tällä hetkellä paremmin kuin tarkastelemiemme potilaiden kohdalla. Sairaanhoitoalueilla on myös tehty kehittämistyötä ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen parantamiseksi. Esimerkiksi Hyvinkään sairaanhoitoalueella

kuntoutus on keskitetty ja Helsingissä on aloitettu toimintamalli, jossa Hyksin ortopedi kiertää kaupunginsairaaloissa. Jatkossa lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen kehittämistä edistää myös se, että HUSissa on päätetty vuoden 2019 alusta alkaen soveltaa HYKS-erva aluetta koskevan selvitystyön periaatteita kuntoutuksen järjestämisessä. Lonkkamurtumapotilaiden osalta päätös merkitsee sitä, että jatkossa hoito ja kuntoutus tulee järjestää lonkkaliukumäki -toimintamallin mukaisesti ja että kuntoutustarpeen arvioinnissa ja seurannassa käytetään yhteisiä mittareita.

Lämmin kiitos kaikkiin arviointiin osallistuneille HUSin ja HUS-alueen kuntien asiantuntijoille.

Lähteet

Eamer G, Taheri A, Chen SS, Daviduck Q, Chambers T, Shi X, Khadaroo RG. Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1. Art. No.: CD012485. DOI: 10.1002/14651858.CD012485.pub2.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella. HUS Valtuusto 14.6.2018 § 15, Liite 10.

Hakala M., Malmivaara A., Eskelinen J., Toivonen U., Haapala J., Valjakka-Heimola M., Mikkelsen M., Häkkinen U. 2014. Kuntoutusosaston perustamisen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden hoitotuloksiin. Suomen Lääkärilehti, 5:69; 319-323.

HE 90/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

Hussi E, Mäkinen E, Vauramo E. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Suomen Kuntaliitto, 2017.

Häkkinen U. ym. 2017. PERFECT – Lonkkamurtuma. Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla.

Kuntoutuspalvelujen järjestäminen HYKS-erva-alueella. 2018. HYKS-ervan kuntoutuksen alatyöryhmä.

Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 16.10.2017. Duodecim.

Lonkkamurtuman leikkaushoidon jälkeinen kuntoutus. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus 30.8.2016. <https://palveluvalikoima.fi/lonkkamurtumakuntoutus>.

Louhija J., Rissanen E., Tolonen J., Salinto S., Backas K., Kieseppä T., Pellinen J., Ranta J., Lyytikäinen M., Lahnalampi-Lahtinen M., Anttila J., Juola A-L., Savolainen P., Dufva P., Purhonen M. 2017. Kuntoutuspaikkojen kapasiteetin hallinnan kehittäminen. Loppuraportti. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöprojekti Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen.

Monialainen kuntoutus. Tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2015:18.

Mundi S., Pindiprolu B., Simunovic N., Bhandari M. 2014. Similar mortality rates in hip fracture patients over the past 31 years. A systematic review of RCTs. *Acta Orthopaedica* 2014; 85 (1): 54–59.

Pajulammi H. 2017. Hip fracture patients' care and predictors of outcomes during orthogeriatric collaboration: a population based study. *Annales Universitatis Turkuensis*.

Prestmo A., Hagen G., Sletvold O., Helbostad JL., Thingstad P., Lydersen S., Halseth V., Sletnes T., Lamb SE., Johnsen LG., Saltvedt I. 2015. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomized, controlled trial. *The Lancet*; 385(25): 1623-33.

Prestmo A., Saltvedt I., Helbostad JL., Taraldsen K., Thingstad P., Lydersen S., Sletvold O. 2016. Who benefits from orthogeriatric treatment? Results from the Trondheim hip-fracture trial. *BMC Geriatrics* 2016; 16:49. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-016-0218-1>. 9.1.2020.

Saul D., Riekenberg J., Ammon J., Hoffmann D., Sehmishc S. 2019. Hip Fractures: Therapy, Timing, and Complication Spectrum. *Otrhopaedic Surgery* 2019. Doi: 10.1111/os. 12524.

Sheehan K., Sobolev B., Guy P. 2017. Mortality by Timing of Hip Fracture Surgery. *J Bone Joint Surg Am.* 2017;99:e106(1-9) d <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.17.00069>.

Sobolev B., Guy P., Sheehan K., Kuramoto L., Sutherland J, Levy A., Blair J., Bohm E., Kim J., Harvey E., Morin S., Beaupre L., Dunbar M., Jaglal S., Waddell J. Mortality effects of timing alternatives for hip fracture surgery. *CMAJ* 2018 August 7;190:E923-32. doi: 10.1503/cmaj.171512.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010.

THL. Perfect-hanke. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma/perusraportit>, 17.5.2019.

Vauramo E. & Rynänen O-P. 2019. Sote-pyramidista palveluverkkoon. Ikääntymisen ja niukka tulevaisuus. Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisu 29. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2019/09/julkaisu_vauramo_rynanen_sote_pyramidista-palveluverkkoon_ikaantyminen-ja-niukka-tulevaisuus.pdf, 11.11.2019.

Liite 1. Tietolupahakemus HUSin toisiolakityöryhmälle

TIETOLUPAHAKEMUS

10.9.2019

HUS Toisiolakityöryhmä

Toni Ahvas ja Kirsi Talonen

Jenni Hämäläinen

Johtava tuloksellisuustarkastaja

Ulkoisen tarkastuksen yksikkö

p. 040 547 7570

jenni.e.hamalainen@hus.fi

Potilastietojen käyttö tarkastuslautakunnan arvioinnissa

HUSin tarkastuslautakunnan lakisääteisenä tehtävänä on arvioida valtuuston asettamien tavoitteiden toteutumista ja sitä, onko HUSin toiminta järjestetty tuloksellisella ja tarkoituksenmukaisella tavalla (Kuntalaki 410/2015 § 121). Tarkastuslautakunta on suoraan valtuuston alainen, HUSin hallituksesta riippumaton, toimielin. Se antaa vuosittain valtuustolle arviointikertomuksen, jossa raportoidaan lautakunnan arviointien tulokset ja annetaan suosituksia HUSin toiminnan kehittämiseksi. HUSin tarkastuslautakunnan alaisuudessa toimii Ulkoisen tarkastuksen yksikkö, joka avustaa lautakuntaa sen tehtävissä ja valmistelee lautakunnan päätettävät asiat.

Tarkastuslautakunnan työohjelmaan 2019 sisältyy kansallisten suositusten (Palko ja Käypä hoito) toteutumisen arviointi. Esimerkkipotilasryhmäksi on valittu ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat, joka on merkittävä ja kasvava potilasryhmä väestön ikääntyessä. Lonkkamurtuma lisää ikääntyneiden kuolleisuutta sekä riskiä joutua laitoshoitoon. Kansallisten suositusten mukaan keskitetty ja tavoitteellinen kuntoutus on kustannusvaikuttavaa toimintaa, mikä vähentää potilaiden pitkäaikaista avun tarvetta. Kuntoutuksen järjestämisen lisäksi suosituksissa otetaan kantaa muun muassa lonkkamurtumapotilaiden leikkausajankohtaan sekä leikkauksen jälkeiseen hoitoon.

Tarkastuslautakunnan arvioinnin tavoitteena on selvittää, vastaako ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden saama hoito ja kuntoutus kansallisia suosituksia HUS-alueella. Lisäksi selvitetään lonkkamurtumapotilaiden hoidon tuloksia. Arviointi edellyttää HUSin potilasjärjestelmiin tallennetun tiedon

hyödyntämistä muun muassa sen osalta, miten suosituksissa asetettu tavoite leikkausajankohdasta ja laadittavasta kuntoutussuunnitelmasta toteutuvat.

Arvioinnin tarkoituksena on tuottaa tietoa ensisijaisesti HUSin valtuustolle merkittävän potilasryhmän hoidon järjestämisestä HUS-alueella. Arvioinnin tuloksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidon ja hoitoketjun kehittämisessä. Kyse on siten tilanteesta, jossa erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäjä käyttää sen omassa toiminnassa syntynyttä tietoa tietojohdamisen tarkoituksessa johtamisen ja päätöksenteon tukena.

Pyydämme kohteliaasti käyttöömme HUSin potilastietojärjestelmään tallennettuja tietoja lonkkamurtumapotilaista vuosilta 2016–2018 käytettäväksi tarkastuslautakunnan arvioinnin aineistona liitteenä 1 olevan tiedonhallintasuunnitelman mukaisesti. Lisäksi pyydämme HUSDW-tietovaraston (ns. Eco-med-poiminta) tiedot vuosilta 2016–2018 HUSissa leikatusta lonkkamurtumapotilaista. HUSin potilastietojärjestelmän tiedot pyydetään käyttöön myöntämällä arvioinnin tekijöille oikeus tietojen katsomiseen suoraan potilastietojärjestelmästä.

Kohteliaasti pyydämme saada yllä mainitut tiedot käyttöömme 18.10.2019 mennessä.

Ystävällisin terveisin

Jenni Hämäläinen

Tiedonhyödyntämissuunnitelma

Tutkimuksen/ selvityksen nimi	HUSin tarkastuslautakunnan arviointi ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksesta HUS-alueella.
Vastuuhenkilöt ja yhteystiedot	<p>Jenni Hämäläinen Johtava tuloksellisuustarkastaja HUS Ulkoisen tarkastuksen yksikkö Tynnyrintekijänkatu 1 C 00580 Helsinki p. 040 547 7570 jenni.e.hamalainen@hus.fi</p> <p>Pirjo Räsänen Arviointijohtaja HUS Ulkoisen tarkastuksen yksikkö Tynnyrintekijänkatu 1 C 00580 Helsinki p. 040 4164012 pirjo.rasanen@hus.fi</p>
Arviointisuunnitelma ja tietojen käyttötarkoitus	<p>Arvioinnin tarkoituksena on selvittää, miten kansalliset suositukset toteutuvat ikääntyneiden (yli 65-v.) lonkkamurtumapotilaiden hoidossa HUS-alueella. Kansallisilla suosituksilla tarkoitetaan Palveluvalikoimaneuvoston³⁸ sekä Käypä hoito³⁹ -suosituksia. Tarkoituksena on selvittää lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen sekä sen jälkeisen hoidon ja kuntoutuksen toteutumista HUSin sairaanhoitoalueilla HUSissa leikattujen henkilöiden potilaskertomustietojen perusteella.</p> <p>Arvioinnin toteuttaminen edellyttää HUSin potilastietojärjestelmiin tallennetun, potilaskohtaisen, tiedon hyödyntämistä. Otokoko on enintään 200 potilasta, jotka valitaan satunnaisotannalla HUSin potilastietojärjestelmästä. Ennen varsinaisen aineiston keruuta on tarkoitus tehdä pilotti 30 potilaalla, jossa selvitetään yksityiskohtaisesti, mitä tietoja potilasasiakirjoista on mahdollista hyödyntää arvioinnissa. Hyödynnettäviä tietoja ovat muun muassa potilaan ikä, sukupuoli, sairaalantuloon, leikkaushoitoon ja hoitajakson toteutumiseen sekä jatkohoitoon ja kuntoutukseen liittyvät tiedot. Lisäksi arvioinnin kannalta merkityksellisiä tietoja ovat diagnoosit, sivudiagnoosit, siirtoviiveet jatkohoitoon sekä uusintakäynnit. Potilaskertomustietoja tarkastellaan ensisijaisesti kirurgian, sisätautien ja kuntoutuksen erikoisalojen sekä hoitotyön osioista.</p>
Tietojen rekisterinpitäjä	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Tietojen käsittelijät	Tietoja käsittelevät arviointiin osallistuvat kolme henkilöä; HUSin ulkoisen tarkastuksen yksiköstä arviointijohtaja Pirjo Räsänen ja johtava tuloksellisuustarkastaja

³⁸ Lonkkamurtuman leikkaushoidon jälkeinen kuntoutus. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston suositus 30.8.2016. <https://palveluvalikoima.fi/lonkkamurtumakuntoutus>.

³⁹ Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 16.10.2017. Duodecim.

	Jenni Hämäläinen sekä emeritus professori Risto Roine, joka osallistuu arvioinnin toteuttamiseen ulkoisen tarkastuksen asiantuntijana. Kaikki tiedon käsittelijät ovat tehneet HUSin kanssa voimassaolevan salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen.
Tietojen käsittelyn oikeudellinen peruste	Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019) § 2 kohta 5., § 41.
Tietojen käsittelyn tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät olennaiset seikat	<p>Arvioinnissa käytettävät potilasasiakirjat pyydetään käyttöön myöntämällä arvioinnin tekijöille oikeus potilastietojärjestelmän käyttöön lokakuu 2019-maaliskuu 2020 väliseksi ajaksi sekä toimittamalla arvioinnin tekijöille tunnisteelliset tiedot 65-vuotta täyttäneistä lonkkamurtumapotilaista vuosilta 2016-2018. Tietoja käsitellään ensisijaisesti sähköisessä muodossa. Tietoja käsittelevät vain yllä nimetyt henkilöt, jotka osallistuvat arvioinnin toteuttamiseen. Mahdollinen paperimuodossa oleva aineisto säilytetään Ulkoisen tarkastuksen yksikön tiloissa lukitussa kaapissa. Tilat sijaitsevat Helsingissä osoitteessa Tynnyrintekijänkatu 1 C. Aineistoa ei kuljeteta Ulkoisen tarkastuksen yksikön työtilojen ulkopuolelle ja se hävitetään HUSin ohjeistuksen mukaisesti sen jälkeen, kun tarkastuslautakunta on hyväksynyt vuoden 2019 arviointikertomuksen huhti- tai toukokuussa 2020.</p> <p>HUSDW-tietovaraston (ns. Ecomed-poiminta) tietoja käsitellään sähköisessä muodossa. Myös nämä tiedot hävitetään HUSin ohjeistuksen mukaisesti sen jälkeen, kun arviointikertomus on hyväksytty.</p>
Tietojen käyttöajan kohta	Syyskuu 2019 – Maaliskuu 2020.

Liite 2. Kysely HUS-alueen kunnille ja kuntayhtymille lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen järjestämisestä

Hyvä vastaanottaja,

HUSin tarkastuslautakunta arvioi, miten kansalliset suositukset (Palko ja Käypä hoito) toteutuvat ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa sairaanhoitopiirin alueella. Haluamme kuulla asiassa myös kuntien/kuntayhtymien edustajia ja pyydämme tämän vuoksi ystävällisesti organisaatioltanne vastausta oheiseen kyselyyn. Kyselyn tarkoituksena on selvittää, miten lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus on järjestetty HUS-alueella ja miten hoitoketju erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä toimii.

Tavoitteenamme on tuottaa tietoa, jonka avulla lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusta ja hoitoketjua voidaan edelleen kehittää HUSin alueella. Aihe on tärkeä, koska lonkkamurtuma on yleinen ja vakava vamma ikääntyneillä. Siihen liittyvät inhimilliset kärsimykset ja yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset ovat merkittävät. Tehokkaalla kuntoutuksella voidaan nopeuttaa toipumista ja pienentää potilaiden riskiä joutua laitoshoitoon.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksesi on kuitenkin erittäin tärkeä arvioinnin onnistumisen kannalta. Vastamiseen kuluu noin 15 minuuttia. Arvioinnin tulokset julkaistaan HUSin tarkastuslautakunnan vuoden 2019 arviointikertomuksessa.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset raportoidaan siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa.

Vastausaika on 31.10.2019 asti. Linkki kyselyyn on viestin lopussa.

Voit ohjata kyselyn vastattavaksi henkilölle, jolla on asiasta paras asiantuntemus organisaatiossasi. Tarvittaessa voit ohjata kyselyn useammalle kuin yhdelle henkilölle.

Annan mielelläni lisätietoja arvioinnista.

Hyvää syksyä toivottaen,

Jenni Hämäläinen
Johtava tuloksellisuustarkastaja
HUS Ulkoisen tarkastuksen yksikkö
p. 040 547 7570
jenni.e.hamalainen@hus.fi

Vastaajan taustatiedot

Kunta/kuntayhtymä _____

Organisaatio _____

Tehtävä organisaatiossa _____

1. Onko lonkkamurtumapotilaiden jatkohoito ja kuntoutus keskitetty kunnassasi/ kuntayhtymässäsi omaan yksikköön?
 - Kyllä, [mitä nämä yksiköt ovat ja kuinka kauan ne ovat olleet toiminnassa?]
 - Kyllä, osittain [mitä nämä yksiköt ovat ja kuinka kauan ne ovat olleet toiminnassa?]
 - Ei
 - En osaa sanoa
2. Jos kunnassasi/kuntayhtymässäsi on keskitetty lonkkamurtumapotilaiden hoito ja kuntoutus, niin millaisia vaikutuksia kuntoutuksen keskittämällä on ollut esimerkiksi potilaiden hoitoaikoihin tai kustannuksiin? [Avokysymys]
3. Onko kunnassasi/ kuntayhtymässäsi sovittu lonkkamurtumapotilaiden hoitoketjusta?
 - Kyllä, [minkä toimijoiden kanssa? esim. erikoisairaanhoito, sosiaalitoimi]
 - Ei
 - En osaa sanoa
4. Onko organisaatiollasi oma kirjallinen ohjeistus lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta?
 - Kyllä
 - Ei
 - En osaa sanoa
5. Tehdäänkö kuntoutuksessa oleville lonkkamurtumapotilaille kuntoutussuunnitelma?
 - Kyllä, pääsääntöisesti kaikille
 - Kyllä, osalle potilaista
 - Ei
 - En osaa sanoa
6. Seurataanko organisaatiossasi lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen tuloksia toimintakykymittarin avulla?
 - Kyllä, seurataan systemaattisesti, [millä mittarilla?]
 - Kyllä, seurataan osalla potilaista [millä mittarilla?]
 - Ei seurata
 - En osaa sanoa

7. Onko organisaatiossasi käytettävissä geriatrian asiantuntemusta lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa? Onko kunnassasi esimerkiksi geriatrian poliklinikka tai työskenteleekö geriatri hoitolaitoksissa? [avokysymys]
8. Jos geriatrian asiantuntemusta ei ole käytössä, niin mistä tämä johtuu?
9. Onko kunnassasi/ kuntayhtymässäsi käytettävissä riittävästi fysioterapian asiantuntemusta lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa?
 - Kyllä
 - Ei, [mistä tämä johtuu?]
 - En osaa sanoa
10. Miten organisaatiossasi on kehitetty lonkkamurtumapotilaiden hoidon prosessia tai onko teillä tähän liittyviä kehittämissuunnitelmia? [avokysymys]
11. Mitkä ovat mielestäsi lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen merkittävimmät haasteet oman organisaatiosi näkökulmasta? [avokysymys]

Kiitos vastauksestasi!

Liite 3. Haastattelurunko HUSin sairaanhoitoalueiden asiantuntijoille

1. Miten ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoitoketju on sairaanhoitoalueellasi järjestetty ja miten se toimii?
2. Onko hoitoketjusta laadittu kirjallista kuvausta tai sopimusta sairaanhoitoalueen kuntien kesken?
3. Miten arvioisit Käypä hoito- ja palveluvalikoimaneuvoston suositusten toteutumista ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa alueellasi? Miten toteutuu leikkausajankohta, välitön leikkauksen jälkeinen kuntoutus ja miten geriatria on mukana hoidossa ja kuntoutuksessa?
4. Lonkkamurtumapotilaiden leikkausmäärät sairaanhoitoalueellasi?
5. Ovatko ortopedit kiinteistökohtaisia vai siirtyvätkö eri sairaanhoitoalueiden välillä?
6. Onko yksikössäsi otettu käyttöön laaturekisteri lonkkamurtumapotilaiden hoidossa? Onko siitä saatu jo tuloksia ja miten rekisteri on vaikuttanut toimintaan? Seurataanko hoidon tuloksia muulla tavoin?
7. Mitkä mielestäsi ovat keskeiset haasteet sairaanhoitoalueellasi ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa?
8. Mitä kehittämishankkeita sairaanhoitoalueellasi on tehty, tai on käynnissä, ko. potilasryhmän osalta?