

Elisa Alakärppä & Milja Jaatinen

LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ VUODEOSASTOLLA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ VUODEOSASTOLLA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Elisa Alakärppä & Milja Jaatinen
Opinnäytetyö
Syksy 2022
Fysioterapia
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijät: Elisa Alakärppä ja Milja Jaatinen

Opinnäytetyön nimi: Lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö vuodeosastolla

Työn ohjaajat: Eija Mämmelä ja Antti Sillanpää

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: syyslukukausi 2022 Sivumäärä: 37 + 2 liitettä

Lonkkamurtuma on vakava, erityisesti iäkkäiden kaatumisvamma, joka johtaa usein toimintakyvyn heikentymiseen. Vuosittain Suomessa leikataan yli 6 000 lonkkamurtumaa ja elinikäinen riski saada lonkkamurtuma on suomalaisilla naisilla 13 prosenttia ja miehillä 5,5 prosenttia. Lonkkamurtumat ovat sairautena yksi yhteiskunnan kannalta merkityksellisimpiä pitkäaikaishoidon ja avuntarpeen aiheuttajia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla, miten lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistetään moniammatillisessa hoitotyössä vuodeosastolla. Toimeksiantajan toiveesta opinnäytetyömme on narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on kuvailla aihealueesta aiemmin tutkittua ja julkaistua tietoa. Aineisto koostui neljästätoista kotimaisesta sekä kansainvälisestä tutkimusartikkelista. Opinnäytetyön tulokset on jaettu neljään pääluokkaan: moniammatilliseen tiimin kuuluvat ammattiryhmät, moniammatillisen tiimin jäsenten tehtävät, lonkkamurtumapotilaan mobilisaation ja fysioterapeuttisen harjoittelun aloittamisen ajankohta ja lonkkamurtumapotilaan fysioterapia vuodeosastolla.

Katsauksen tulosten mukaan moniammatilliseen tiimiin kuuluu fysioterapeutti, lääkäri, hoitohenkilökunnan edustaja ja toimintaterapeutti. Psykologi ja sosiaalityöntekijä osallistuvat yhteistyöhön tarvittaessa. Potilaan mobilisointi enintään 48 tunnin kuluttua leikkauksesta kuuluu useamman ammattiryhmän tehtäviin. Kivun arviointi ja hoito kuuluu lääkärille, fysioterapeutille ja hoitohenkilökunnalle. Näiden lisäksi jokaisella ammattilaisella on omat ammattiryhmäkohtaiset tehtävänsä. Lonkkamurtumapotilaan fysioterapia tulee aloittaa 48 tunnin sisällä leikkauksesta.

Fysioterapialla on merkittävä rooli lonkkamurtumapotilaiden fyysisen kävely- ja toimintakyvyn palautumisen edistämässä. Fysioterapiaa ja fyysistä harjoittelua voidaan pitää kuntoutumisen kulmakivenä. Fysioterapeutti valitsee ja sovittaa potilaalle tarpeenmukaisen apuvälineen, jolla mahdollistetaan potilaan pääseminen liikkeelle. Potilaalle ohjataan kuntoutumista edistäviä harjoitteita, joilla pyritään ylläpitämään tasapainoa, palauttamaan nivelten liikelaajuuksia ja vahvistamaan lihasvoimia.

Opinnäytetyömme tuloksia voidaan käyttää toimintamallin tai ohjeen tekemiseen Oulun yliopistollisen sairaalan lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistävän hoitotyön yhtenäistämiseksi.

Asiasanat: lonkkamurtuma, kuntoutumista edistävä hoitotyö, postoperatiivinen kuntoutus, traumapotilas, moniammatillinen hoitotyö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy, Physiotherapist

Authors: Elisa Alakärppä and Milja Jaatinen

Title of thesis: Hip fracture patient's rehabilitative nursing in hospital ward

Supervisors: Eija Mämmelä and Antti Sillanpää

Term and year when the thesis was submitted: Fall semester 2022

Number of pages: 37 + 2 appendices

Hip fracture is severe, especially elderly people's fall injury, which leads usually to impairment of functioning. Annually in Finland will be done over 6000 hip fracture surgeries and lifetime risk to get a hip fracture is 13 percent in women and 5,5 percent in men. In terms of society hip fractures as diseases are one of the most significant reasons for long-term care and need for help.

The purpose of the thesis was to clarify and narrate how hip fracture patients' rehabilitation will be promoted at multidisciplinary nursing in hospital ward. The research method was chosen to be a narrative literature review. Literature material included fourteen international and domestic research articles. Thesis results are divided into four main categories: the professional groups that belong to the multidisciplinary team, the tasks of the members of the multiprofessional team, hip fracture patients' mobilization and physiotherapeutic exercising starting time and hip fracture patients' physiotherapy at hospital ward.

Multidisciplinary team can include physiotherapist, physician, nurse and occupational therapist. Psychologist and social worker participate in cooperation if it is needed. Several professionals can take part to mobilizing the patient within 48 hours after the operation. Pain evaluation and its treatment belongs to physician, physiotherapist and nurse. Every practitioner has their own profession's worktasks. VRS-indicator can be used to assess the patient's pain. TUG- and CAS-indicators can be used to evaluate the patient's functional capacity.

Physiotherapy has a significant role in hip fracture patients physical walking- and functional performance recovering. Physiotherapy and physical exercising could be held as a cornerstone of rehabilitation. A physiotherapist chooses and fits an appropriate aid, which enables the patient to get out of bed. Rehabilitative exercises help the patient to restore balance, joints' range of movements and muscle strength.

The results of our thesis can be used to develop a guideline for practitioners who work with hip fracture patients.

Keywords: Hip fracture, rehabilitative nursing, postoperative rehabilitation, trauma patient, multidisciplinary care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	POTILAAN TOIMINTAKYKY LONKKAMURTUMAN JÄLKEEN	8
3	MONIAMMATILLISUUS	10
4	KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ.....	12
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	16
6.1	Aineiston analysointi.....	19
6.2	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys	22
7	TULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELU	26
7.1	Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat ammattiryhmät.....	26
7.2	Moniammatillisen tiimin jäsenten tehtävät	27
7.3	Lonkkamurtumapotilaan mobilisaation ja fysioterapeuttisen harjoittelun aloittamisen ajankohta.....	30
7.4	Lonkkamurtumapotilaan fysioterapia vuodeosastolla	31
7.5	Tulosten tarkastelu ja yhteenveto.....	34
8	POHDINTA	36
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET	48

1 JOHDANTO

Lonkkamurtuma on vakava, erityisesti iäkkäiden kaatumisvamma, joka johtaa usein toimintakyvyn heikentymiseen. Vuosittain Suomessa operoidaan yli 6 000 lonkkamurtumaa ja elinikäinen riski saada lonkkamurtuma on suomalaisilla naisilla 13 prosenttia ja miehillä 5,5 prosenttia. Lonkkamurtumat ovat sairautena yksi yhteiskunnan kannalta merkityksellisimpiä pitkäaikaishoidon ja avuntarpeen aiheuttajia. Kuolleisuusriski on kohonnut erityisesti ensimmäisen vuoden aikana lonkkamurtuman jälkeen, mutta vielä vuosia murtuman jälkeen ero on kaksinkertainen verrattaessa lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuutta vertailuväestöön. Vuonna 2013 lonkkamurtumasta johtuneet potilaskohtaiset kokonaiskustannukset ensimmäisen vuoden ajalta olivat keskimäärin noin 30 000 euroa, vuositasolla lonkkamurtumien hoito maksaa Suomessa noin 180 miljoonaa euroa. (Lonkkamurtuma: Käypä hoito –suositus 2017.)

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Oulun yliopistollinen sairaala, joka etsi keväällä 2021 tekijöitä opinnäytetyölle, jonka tarkoituksena oli kehittää toimintamalli traumapotilaan kuntoutumista edistävälle hoitotyölle. Opinnäytetyön tekijöiksi etsittiin useampaa opiskelijaa fysioterapeutti- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden joukosta niin, että molemmilta aloilta olisi saatu yksi tai useampi kirjoittaja mukaan. Sairaanhoidon koulutusohjelmasta ei ilmoittautunut mukaan opiskelijoita, joten rajasimme aiheita yhteistyössä ohjaavien opettajien ja toimeksiantajan edustajien kanssa niin, että työ soveltuu fysioterapeuttiopiskelijoille. Potilasryhmäksi rajattiin lonkkamurtumapotilaat ja tutkimme kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja moniammatillista kuntoutusta fysioterapeutin osaamisen mukaisella laajuudella.

Lonkkamurtumapotilaat ovat usein tavattu potilasryhmä Oulun yliopistollisen sairaalan tukielinkirurgian osasto 1B:llä. Kyseisellä osastolla hoidetaan ortopedisiä trauma- ja rintasyöpäpotilaita, näihin liittyviä infektioita sekä akuuttivaiheessa olevia selkäydinvammapotilaita. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla, miten lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistetään moniammatillisessa hoitotyössä vuodeosastolla. Työn tavoitteena on tuottaa Oulun yliopistolliselle sairaalalle kuvaileva kirjallisuuskatsaus lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen yhtenäistämisen tueksi. Tällä hetkellä osastolla ei ole käytössä yleistä toimintamallia kyseisten potilaiden kuntoutukseen.

Lonkkamurtumapotilaiden kohdalla hoitotyöhön osallistuvien toimijoiden työ on moniammatillista ja edellyttää sujuvaa yhteistyötä sekä tiedonkulkua eri ammattilaisten välillä. Moniammatillisen kuntoutuksen avulla voidaan edistää lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyä, terveyttä ja voimavaroja. Lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen tavoitteena on mahdollistaa heidän palaamisensa entiseen elinympäristöönsä edistämällä heidän toimintakykynsä palautumista kuntouttavan ja moniammatillisen hoitotyön keinoin. (Lonkkamurtuma: Käypä hoito –suositus 2017.)

Fysioterapialla on merkittävä rooli lonkkamurtumapotilaiden fyysisen kävely- ja toimintakyvyn palautumisen edistämässä. Fysioterapiaa ja fyysistä harjoittelua voidaan pitää kuntoutumisen kulmakivenä. Fysioterapeutti valitsee ja sovittaa potilaalle tarpeenmukaisen apuvälineen, jolla mahdollistetaan potilaan pääseminen liikkeelle. Potilaalle ohjataan kuntoutumista edistäviä harjoitteita, joilla pyritään ylläpitämään tasapainoa, palauttamaan nivelten liikelaajuuksia ja vahvistamaan lihasvoimia. Harjoittelussa edetään progressiivisesti potilaan kuntoutumisen mukaan. (Lahtinen ym. 2021.)

Opinnäytetyön toteutustapana oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jolla vastaamme tutkimuskysymykseen: millaista on lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista edistävä moniammatillinen hoitotyö vuodeosastolla? Aineistoa etsittiin PubMed-, Medic-, Elsevier science direct freedom collection-, PEDro-, CINAHL- ja Google Scholar -tietokannoista. Valikoitua aineistoa analysoitiin käyttäen apuna Joanna Briggs –instituutin tieteellisen tutkimuksen laatua arvioivia tarkastuslistoja, AGREE II -arviointilomaketta sekä JUFO-portaalin julkaisukanavien tasoluokitusta.

2 POTILAAN TOIMINTAKYKY LONKKAMURTUMAN JÄLKEEN

Toimintakyky tarkoittaa henkilön fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä päivittäisistä toiminnoista - työstä, opiskelusta, vapaa-ajasta, harrastuksista ja itsestä ja toisista huolehtimisesta - siinä ympäristössä, missä henkilö itse elää. Henkilön toimintakykyä voidaan kuvata ICF-menetelmän avulla (International Classification of Function), joka on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus. Luokituksessa henkilön toimintakykyyn vaikuttavat tekijät luokitellaan kuuteen osa-alueeseen: kehon rakenteet ja toiminnot, terveydentila, suoritukset, osallistuminen, ympäristötekijät ja yksilötekijät. ICF kuvaa sitä, miten sairauden tai vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.) Lonkkamurtumapotilailla murtuman jälkeinen toimintakyky palautuu murtumaa edeltäneelle tasolle vain noin puolella potilaista, jotka ennen murtumaa asuivat kotona ja liikkuvat itsenäisesti sen ulkopuolella. (Dyer ym. 2016.) Toimintakyky ja toimintarajoitteet ovat moniulotteinen, vuorovaikutteinen ja dynaaminen tila, joka koostuu yksilön, yksilön terveydentilan ja hänen ympäristönsä yhteisvaikutuksesta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

Lonkkamurtuma on pääasiassa iäkkäiden kaatumisvamma, joka johtaa usein liikunta- ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Liikuntakyvyn heikkenemisestä johtuvat toiminnan rajoitteet vaikuttavat potilaan suoriutumiseen ja osallistumiseen omassa elinympäristössään. Esimerkiksi lonkkamurtuma-leikkauksen jälkeen autoon istuutuminen voi olla hankalaa, joka rajoittaa hetkeksi potilaan sosiaalista ympäristöä. Iäkkäät lonkkamurtumapotilaat ovat yksi vuodeosastojen hauraimpia ja sairaimpia potilastyyppejä. He ovat usein monisairaita, joilla voi olla haasteita toipua lonkkamurtumasta sekä sitä seuranneesta leikkauksesta. (Riemen & Hutchison 2016, 117.) Lonkkamurtumapotilas kotiutuu keskimäärin 2–4 viikkoa murtuman jälkeen (Lonkkamurtuma: Käypä hoito –suositus 2017.) Lonkkamurtumapotilaiden kuolleisuus on suurta erityisesti tapaturman jälkeisen vuoden ajan. (Riemen & Hutchison 2016, 117.)

Lonkkamurtumalla tarkoitetaan yleensä murtumaa reisiluun yläosassa. ICF-luokituksessa reisiluun yläosan murtuma kuuluu kehon rakenteet ja toiminnot –osa-alueeseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.) Murtumat jaetaan reisiluun kaulan murtumiin, trokanteerisiin murtumiin ja subtrokanteerisiin murtumiin. (Piirtola 2011, 15.) Reisiluun kaulan murtumat jaetaan dislokoitumattomiin ja dislokoituneisiin murtumiin. Dislokoitumattomilla murtumilla tarkoitetaan sijoiltaan menemätöntä

murtumaa ja dislokoituneella murtumalla sijoiltaan mennyttä murtumaa. Dislokoituneessa lonkkamurtumassa alaraaja on lyhentynyt ja kiertynyt ulkokiertoon. Dislokoitumattomissa lonkkamurtumissa murtumalinja voi tulla näkyviin vasta usean vuorokauden kuluttua murtumisesta. Trokanteerisissa murtumissa murtumalinja tai –linjat kulkevat pienen sarvennoisen alareunan tason yläpuolella sarvennoisten kautta tai niiden välissä. Trokanteerisissa murtumissa merkittävin luokittelu on jako stabiileihin ja instabiileihin murtumiin. Stabiileissa murtumissa trokanteerinen alue tukee reisiin kaulaa sivusuunnassa. Instabiileissa murtumissa tukea ei ole tai murtuma on sirpaleinen. Subtrokanteerisissa murtumissa murtumalinja tai –linjat kulkevat korkeintaan 5 senttimetriä distaalisuuntaan sarvennoisalueen alapuolella. (Tilvis, 2016.)

Lonkkamurtumapotilaiden hoito on moniammatillista ja sen tavoitteena ovat liikunta- ja toimintakyvyn palauttaminen, komplikaatioiden välttäminen sekä uusien kaatumisten ja murtumien ehkäiseminen (Lonkkamurtuma: Käypä hoito –suositus 2017). Kuntoutumista edistävä hoitotyö on terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa, jossa hoitohenkilökunta edistää potilaan kuntoutumista tuomalla omat ammatilliset tietonsa ja taitonsa potilaan käyttöön. Lähtökohtana on tavoitteellinen, terveyslähtöinen ja moniammatillinen toiminta. (Routasalo ym. 2004.)

Potilaiden kuntoutuksessa pyritään varhaiseen mobilisaatioon eli vuoteesta ylös nousuun mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen. Varhainen mobilisaatio yhdistettynä tehokkaaseen fysioterapeuttiseen harjoitteluun parantaa liikkumis- ja toimintakyvyn palautumista. Potilasta ohjataan ja kannustetaan perusliikkumiseen ja päivittäisiin toimintoihin osallistumiseen mahdollisimman oma-toimisesti, kuten syömiseen, peseytymiseen, pukeutumiseen ja wc-käynteihin. Fyysisen harjoittelun tulisi jatkua leikkauksen jälkeen päivittäin. Lonkkamurtumapotilaan fysioterapeuttiseen harjoitteluun kuuluu esimerkiksi perusliikkumisen ja kävelyn harjoittelua, liikeharjoittelua sekä tasapainon harjoittamista. Harjoittelulla pyritään edistämään potilaan alaraajojen lihasvoimatasojen ja toimintakyvyn palautumista lonkkamurtumaa edeltävälle tasolle. (Piirtola 2018.)

3 MONIAMMATILLISUUS

Lonkkamurtumapotilaat ovat usein ikääntyneitä ja monisairaita. Heidän kohdallaan tulee erityisesti arvioida kokonaisvaltaista terveydentilaa ja toimintakykyä sekä sitä, miten lonkkamurtuma ja sairaalajakso niihin vaikuttaa (Segev-Jacobovski ym. 2019). Ikääntyneiden tai toimintakyvyltään heikompien potilaiden hoito on useamman eri alan ammattilaisen yhteistyötä tiiminä. Moniammatillisessa yhteistyössä on kyse prosessista, jossa kaksi tai useampi ammattilainen käsittelee heille yhteistä ongelmaa. Ammattilaiset jakavat omaa tietämystään ja mielipiteitä tiimin kesken, kun toiminnan keskiössä ovat potilaan tarpeet. Tiimissä toimivat ammattilaiset ovat sitoutuneet yhteiseen tavoitteeseen, ja he toimivat yhdessä tarkoituksena edistää potilaan kuntoutumista mahdollisimman tehokkaasti. (Ellis & Sevdalis 2019, 500–501; Taberna ym. 2020.)

Moniammatillisuuden käsitteellä tarkoitetaan suomen kielessä keskenään hyvin erilaisia potilas- ja asiakastyön vuorovaikutustilanteita. Englannin kielessä käytetään käsitteitä multiprofessional, interprofessional, crossprofessional sekä transprofessional. Multiprofessional-käsitteellä tarkoitetaan perinteistä yhteistyötä, kun taas muut käsitteet kuvaavat intensiivisempää yhdessä toimimista. Transprofessional-käsitettä käytetään, kun ammattilaisten on sallittua astua toisten asiantuntijoiden osaamisen alueille. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimustyössä on käytetty käsitteitä ”yhteistoiminnallisuus” ja ”jaettu asiakkuus”, kun on kuvattu kyseisen alan yhteistyötä. Nämä käsitteet kuvaavat moniammatillisen tiimin tavoitetta hyvin: tiimin jäsenet asettuvat rakentamaan yhteistä tietämystä potilaan tilanteesta. (Kekoni ym. 2019, 12.)

Moniammatillisessa yhteistyössä eri työtehtävien väliin voidaan ajatella jäävän ”raja-alueita”, jotka eivät sellaisenaan kuulu yksinään yhden ammattilaisen osaamisalueelle. Näitä raja-alueita tulisi ajatella yhtymäkohtina, joissa ammattilaisten yhteistyö on erityisen tärkeää. (Kekoni ym. 2019, 12.) Moniammatillisessa työskentelyssä työtehtäviin ei ole selkeää yksinoikeutta ja potilaiden kuntoutumisessa kohdattavat ongelmat ovat koko tiimin yhteisiä. Omien alojensa asiantuntijoille ei ole tarkkaa omaa reviiriä potilaan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä, vaan omaa asiantuntijuutta jaetaan muiden ammattilaisten käyttöön. (Ellis & Sevdalis 2019, 499.) Moniammatillisen tiimin työskentelyn onnistumisen haasteena on usein tiimin sisäiset valtakysymykset ja jäsenten asemat tiimissä. Lääketieteen edustajan asemaa korostetaan helposti etenkin sairaalamaailmassa, mutta

tiimin jäsenten täytyy muistaa, että potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi tarvitaan tasavertaisesti kaikkia tiimin jäseniä. (Kekoni ym. 2019, 13, 16.)

Moniammatillisessa työskentelyssä on keskeistä yhdessä toimiminen ja vuorovaikutus. Moniammatillisessa yhteistyössä käytävissä vuorovaikutustilanteissa on tärkeää tuoda esille eri ammattilaisten näkökulmat ja oppia niistä. Tiimin jäsenet ja tehtävät vaihtelevat yhteisen työskentelyn kohteen mukaisesti. Vuodeosastolla työskentelyn kohteena on potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn edistäminen. Tietyissä tilanteissa moniammatillisen tiimin ympärille muodostuu ryhmiä, jotka toimivat yhdessä tiimin kanssa. Hoitotyössä tällaiseen ryhmään ajatellaan kuuluvaksi potilas ja mahdollisesti hänen läheisensä. (Kekoni ym. 2019, 13.)

Kaiken asiakas- ja potilastyön tärkeä lähtökohta on asiakaskeskeisyys ja -lähtöisyys, joka ohjaa moniammatillisen tiimin ratkaisuja. Yhteistyö ei kuitenkaan koskaan saisi perustua pelkästään asiakkaan ehdoilla toimimiseen ja vuorovaikutuksen tulisi rakentua toimimaan vastavuoroisesti kaikkien toimijoiden välillä. Moniammatillinen tiimi ratkoo yhdessä potilaan ongelmia, mutta potilaan roolia ei tulisi korostaa liikaa. Potilas on tasavertainen toimija kaikille yhteisessä prosessissa ongelman tai ongelmien ratkaisemiseksi. (Kekoni ym. 2019, 13.)

4 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on käsite, joka korvaa aiemmin enemmän käytössä olleen kuntouttava hoitotyö -käsitteen. Kuntoutumista edistävä hoitotyö -käsite korostaa potilaan aktiivista osallistumista kuntoutumisprosessiin ja hoitotyön ammattilaisten aktivoivaa roolia. Kuntouttava hoitotyö -käsite viittaa potilaan passiivisempaan rooliin, jossa kuntoutuminen on potilaasta katsottuna hänen ulkopuoleltaan tulevaa toimintaa. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on työote, jolla pyritään edistämään potilaan toimintakykyä hoitotyön puitteissa ja tukemaan kuntoutumista. Potilaalla on kuntoutumisessaan vaikutusmahdollisuus ja hän osallistuu aktiivisesti kuntoutumisprosessiin. Hoitotyön ammattilaisten rooli on pyrkiä kannustamaan potilasta omatoimisuuteen sekä itsenäiseen päätöksentekoon mahdollisuuksiensa mukaisesti. (Vanhala ym. 2016, 264.)

Potilaan aktiivinen osallistuminen kuntoutumisprosessiin edellyttää sitä, että hänelle on tarjottu riittävästi tietoa omasta terveydentilastaan ja toimenpiteistä, jotta hän kykenee tekemään päätöksiä koskien kuntoutumisprosessia ja ymmärtämään päätösten seuraukset. Kuntoutumista edistävän hoitotyön onnistumisen kannalta on erityisen tärkeää, että hoitotyön ammattilaiset osaavat kertoa ja selittää asiakkaalle tämän terveydentilaa ja kuntoutumisprosessia koskevat tiedot asianmukaisesti ja kuntoutusmotivaatiota edistävästi. (Järvikoski 2013, 23.) Työskentely kuntoutumista edistävällä työotteella edellyttää, että hoitotyön ammattilainen tukee ja kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä, tunnistaa potilaan omat käsitykset ja kokemukset voimavaroistaan sekä omasta terveydentilastaan. Kyky itsenäiseen selviytymiseen perustuu näihin tekijöihin ja hoitohenkilökunnan sekä potilaan läheisten on tuettava niitä, jotta potilaalla on positiivinen käsitys omasta kyvykkyydestään ja voimavaroistaan. Palvelujärjestelmä tarjoaa palveluita ja apua sen mukaan, mihin potilaan oma selviytyminen ja toimintakyky ei riitä. Positiivinen käsitys omasta toimintakyvystään lisää valmiutta ja motivaatiota kuntoutumiseen sekä luottamusta palvelujärjestelmän tarjoamaa apua kohtaan. (Helin & von Bonsdorff 2013, 437.)

Ikääntyneen sairastuessa kuntoutumista edistävän hoitotyön olisi syytä alkaa potilaan voinnin huomioiden jo akuuttivaiheessa ikääntyneen päätyessä sairaalaan. Yleensä kuntoutus alkaakin jo varhain sairaalahoidon alussa, mutta ikääntynyt nähdään siinä passiivisena objektina. Tämä heikentää kuntoutumisprosessin tuloksellisuutta ja onnistumista. Erityisesti ikääntyneiden kohdalla kun-

toutumista edistävän hoitotyön tulisi jatkua pitkäkestoisesti laitoshoidon aikana ja sen jälkeen. (Helminen 2020, 234.) Ikääntyneen potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö sisältää suurimmalta osin fyysisen toimintakyvyn ja liikkumisen tukemista sekä edistämistä. Fyysiset harjoitteet ja liikunta lisäävät potilaan lihasvoimaa sekä edistävät kävelynopeutta ja tasapainoa. Näin voidaan vähentää rajoitteita potilaan itsenäisessä liikkumisessa ja mahdollistaa potilaan kykyä selviytyä omatoimisesti päivittäisistä toiminnoista. (Pitkälä ym. 2016.) Fysioterapia ja fyysinen harjoittelu vaikuttavat myönteisesti myös potilaan kognitiivisiin toimintoihin (Cheng 2016).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvailla, miten lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistetään moniammatillisessa hoitotyössä vuodeosastolla. Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi valikoitui narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on kuvailla aihealueesta aiemmin tutkittua ja julkaistua tietoa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessiin kuuluu aineiston hankinta, aineiston synteesi sekä aineiston analyysi. (Stolt ym. 2016, 9.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Oulun yliopistolliselle sairaalalle kuvaileva kirjallisuuskatsaus lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen yhtenäistämisen tueksi. Opinnäytetyön tulosten mahdolliset käyttäjät ovat Oulun yliopistollisen sairaalan tukieliäkärin osasto 1B:n henkilökunta eli lääkärin, sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Opinnäytetyön tuloksista voivat hyötyä Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunta, sairaalan potilaat ja potilaiden omaiset, sekä tulevaisuudessa myös seuraavat opinnäytetyön tekijät, jotka voivat soveltaa jo hankittua tietoa esimerkiksi oppaan tekemisessä lonkkamurtumapotilaille. Koska työ on julkinen ja löydettävissä Theseus-sivustolta, työtä voivat hyödyntää myös muiden sairaaloiden henkilökunta sekä aiheesta kiinnostuneet opiskelijat ja muut henkilöt. Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on kehittää tutkijan oman tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteitä, kehittää teoriaa tai arvioida olemassa olevaa teoriaa. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. (Stolt ym. 2016, 7.)

Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen aloitetaan tutkimuskysymyksen määrittelemisellä. Hyvä tutkimuskysymys on ajankohtainen sekä tarpeeksi kohdennettu ja rajattu, jotta sen avulla voidaan tulkita, kuvailla ja vetää yhteen jo tutkittua tietoa tietystä aiheesta (Stolt ym. 2016, 9, 24). Opinnäytetyömme tutkimuskysymykseksi muodostui: **millaista on lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista edistävä moniammatillinen hoitotyö vuodeosastolla?**

Muodostimme opinnäytetyömme tutkimuskysymykselle alakysymyksiä helpottamaan tiedonhakua sekä tutkimuksen tulosten järjestelyä ja ymmärtämistä. Tutkimuskysymyksen alakysymyksiä ovat:

- **Mitkä ammattiryhmät osallistuvat lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistävään moniammatilliseen hoitotyöhön?**
- **Miten nämä ammattiryhmät osallistuvat lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistävään moniammatilliseen hoitotyöhön?**
- **Missä vaiheessa lonkkamurtumapotilaan fyysinen kuntouttaminen aloitetaan?**
- **Mitä moniammatillisesti toteutettuja vaiheita lonkkamurtumapotilaan fyysiseen kuntoutukseen kuuluu?**
- **Mitä mittareita suositellaan käytettävän lonkkamurtumapotilaan kivun ja toimintakyvyn arviointiin?**

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus kuvaa ja kertoo valittujen aineistojen sisällöstä, syvyydestä ja määrästä (Kangasniemi ym. 2013, 291–301). Kirjallisuuskatsauksen tulee täyttää tietyt tieteen asettamat vaatimukset, joita ovat kriittisyys, itsekorjaavuus, objektiivisuus ja julkisuus. Kirjallisuuskatsaus valitaan metodiksi usein juuri sen vuoksi, että sen avulla voidaan kehittää ja rakentaa teoriaa, sekä arvioida sitä. Kirjallisuuskatsaus voi arvioida ja tutkia tutkimusaiheen historiallista kehitystä. (Salminen 2011.)

Opinnäytetyötutkimukseemme valittu kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi eniten käytetyistä kirjallisuuskatsausten tyypeistä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa mahdollisuuden tutkia ilmiötä laaja-alaisesti ja kuvailemaan ilmiöön liittyviä ominaisuuksia. (Salminen 2011.) Kirjallisuuskatsauksen haasteeksi voi koitua suuri löydettyjen tutkimuksien määrä ja aika, joka tutkimuksen tekemiselle on varattu. Tämän vuoksi on tärkeää varata tarpeeksi aikaa tutkimuksen tekemiselle ja määritellä aikataulu sen toteuttamiseksi. (Scribbr 2020.)

6.1 Aineiston hankkiminen

Opinnäytetyöhön valittavat tutkimukset valittiin analysoitavaksi sisäänottokriteerien mukaisesti. Sisäänottokriteerit on kuvattava riittävän tarkasti, täsmällisesti ja niiden tulee olla johdonmukaisia valitun aiheen kannalta. Systemaattiset virheet estetään täsmällisillä valintakriteereillä. (Pudas-Tähkä ym. 2007.) Tämän opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit

Poissulkukriteerit

Julkaistu 2012 tai sen jälkeen	Julkaistu ennen 2012
Aineistosta on maksuttomana saatavilla koko teksti	Aineisto on maksullinen

Aineisto on vertaisarvioitu	Aineistoa ei ole vertaisarvioitu
Aineiston kieli on joko suomi tai englanti	Aineiston kieli ei ole suomi tai englanti
Aineistossa käsitellään lonkkamurtumia	Aineistossa ei käsitellä lonkkamurtumia
Aineistossa käsitellään kuntoutumista edistävää hoitotyötä tai moniammatillista kuntoutusta	Aineistossa ei käsitellä kuntoutumista edistävää hoitotyötä tai moniammatillista kuntoutusta
Aineistossa käsitellään postoperatiivista vaihetta.	Aineistossa ei käsitellä postoperatiivista vaihetta.

Aineistoa etsittiin seuraavista kansallisista tai kansainvälisistä tietokannoista: PubMed-, Medic-, Elsevier science direct freedom collection-, CINAHL-, PEDro- ja Google Scholar. Oulun Yliopiston kirjaston informaation avustuksella muodostimme tutkimuskysymyksen pohjalta johdettuja hakusanoja PICO-menetelmän avulla. Taulukossa 2 on esitetty tutkimuskysymys ja hakusanat. PICO-menetelmää käytettäessä P-kirjaimella tarkoitetaan potilasta, I-kirjaimella interventiota, C-kirjaimella vertailumenetelmää (comparison) ja O-kirjaimella tulosta (overcome). Aina ei ole tarpeen käyttää kaikkia PICO-menetelmän kirjaimia, koska esimerkiksi tulosta (outcome) voi olla vaikea puuke sanoiksi. Tutkimuksen tulos pysyy kohtuullisena, kun se rajataan tutkimusasetelman mukaan. (Isojärvi 2018.) Opinnäytetyömme tutkimuskysymys sisältää PICO:n osista P- ja I-kirjaimen, sillä tutkimuksessamme emme vertaile lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistävää moniammatillista hoitotyötä muihin interventioihin ja emme ole kiinnostuneita moniammatillisen hoitotyön vaikutuksista potilaan tulosmuuttujiin.

Hakusanoja selvittäessämme huomasimme, että suomenkielisille hakusanoille saattoi olla useampia mahdollisia englanninkielisiä vastineita. Esimerkiksi sanaa "kuntouttava hoitotyö" vastaavat englanninkieliset sanat "rehabilitative nursing" ja "rehabilitating nursing". Liitteessä 2 on esitetty hakusanoista muodostetut hakulausekkeet tietokannoittain. Kaikki hakusanat eivät sopineet sellaisenaan kaikkien tietokantojen hakukoneisiin, jonka vuoksi sanoja on jouduttu lyhentämään tai pilkkomaan. Lisäksi joihinkin hakukoneisiin oli tehtävä haku useammalla eri hakulausekkeella kaiken

saatavilla olevan tiedon löytymisen mahdollistamiseksi. Muodostimme hakulausekkeet hakusanoista. Tähän haimme myöskin ohjausta Oulun Yliopiston kirjaston informaattikolta. Liitteessä 2 on esitetty hakusanoista muodostetut hakulausekkeet tietokannoittain.

TAULUKKO 2. Tutkimuskysymyksen muotoilu ja tutkimuskysymyksen muuntaminen hakusanoiksi PICO-menetelmällä.

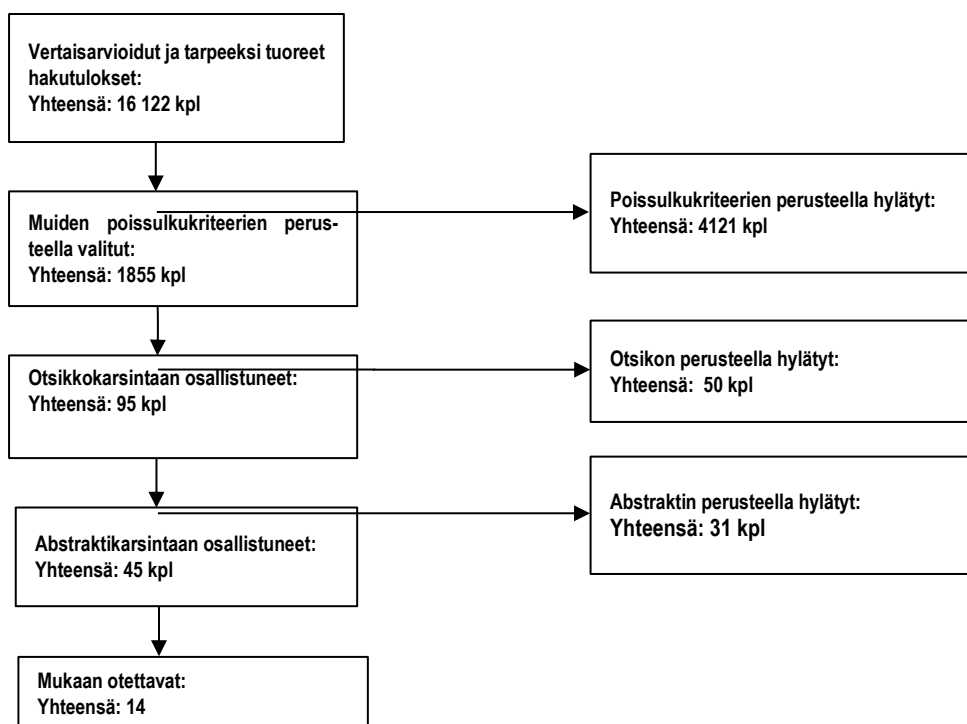
Tutkimuskysymys: Millaista on lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista edistävä moniammatillinen hoitotyö vuodeosastolla

PICOn osa	P (potilas)	I (interventio)
	Lonkkamurtumapotilas	Kuntouttava hoitotyö, kuntoutumista edistävä hoitotyö, moniammatillinen kuntoutus
Avainsanat	Hip fracture, trauma patient	Rehabilitative nursing, multidisciplinary care
MeSH-termit	Hip fractures	Postoperative care, physiotherapy modalities
Vapaa sanahaku	Broken hip, trauma patient	Rehabilitative nursing, rehabilitating nursing, postoperative rehabilitation, post-surgical rehabilitation, multidisciplinary, multi-professional, interprofessional, care, management, treatment, recovery

Aineistohaku suoritettiin heinäkuun 2022 aikana. Aineistoa haettiin jo aiemmin mainituista tietokannoista, joista mukaan otettava aineisto valittiin sisäänottokriteerien mukaan. Aineistohaku tehtiin yhteensä kuuteen tietokantaan, jolloin kumpikin tekijä teki itsenäisen tiedonhaun jokaiseen tietokantaan. Seulomme hakulausekkeiden avulla löytyvistä aineistoista ensin pois ne, jotka eivät otsikon perusteella vastanneet yhteen tai useampaan tutkimuskysymykseemme. Sama seulonta tehtiin otsikkotason seulonnan jälkeen mukana oleville aineistoille abstraktin perusteella. Itsenäisen hakuvaiheen jälkeen vertailimme keskenään valitsemiamme tutkimuksia ja perustelimme niiden valitsemisen sisäänottokriteereihin perustuen. Relevantit tutkimukset löydetään kattavasti, kun kaksi henkilöä suorittaa itsenäiset tiedonhaun ja he päättävä lopulliset mukaan otettavat julkaisut yhteistyössä. Erimielisyystilanteissa olisimme keskustelleet ja perustelleet sisäänottokriteerein, mitkä aineistot tulisi ottaa mukaan ja mitkä ei, kunnes olisimme saavuttaneet yksimielisyyden. Emme kohdanneet erimielisyystilanteita mukaan otettavaa aineistoa valitessamme.

Totesimme sisäänotto- ja poissulkukriteereiden olleen niin selkeät, että niiden perusteella oli helppo valikoida mukaan otettava aineisto. (Stolt ym. 2016, 64.) Hakujen perusteella löydettyjen, sekä kriteerien ja seulonnan perusteella tutkimukseen mukaan valittujen aineistojen kokonaismäärät kirjattiin ylös ja taulukoitiin tietokannoittain. Tutkimukset, jotka esiintyivät useammassa tietokannassa, laskettiin mukaan vain yhden tietokannan tuloksissa ja karsittiin muiden tietokantojen tuloksista pois. Aineistohakuprosessi on esitelty vaiheittain kuviossa 1.

KUVIO 1. Aineiston hakuprosessin vaiheet.



6.2 Aineiston analysointi

Opinnäytetyössämme käytetyn aineiston laatua arvioitiin käyttäen apuna AGREE II -lomaketta, Joanna Briggs Instituutin tarkastuslistoja sekä JUFO-portaalia. AGREE II -lomakkeella arvioitiin hoitosuosituksia ja Joanna Briggs Instituutin tarkastuslistoilla muita julkaisuja. JUFO -portaalista tarkistimme artikkeleiden ja katsauksien julkaisukanavien luotettavuuden. Aineiston laadun arvioinnin pisteytykset ja tasot on esitetty liitteessä 1.

Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa sisällönanalyysiä on käytetty apuvälineenä aineiston järjestämisessä. Sisällönanalyysissa tutkittavasta ilmiöstä saadaan tiivistetty ja selkeä kuvaus, kun alkuperäisestä aineistosta edetään erinäisten vaiheiden kautta kohti tutkittavan aiheen käsitteellisempää näkemystä. Sisällönanalyysiin kuuluvat kolme vaihetta ovat aineiston redusointi, klusterointi sekä abstrahointi. Aineiston redusoinnilla tarkoitetaan aineiston pelkistämistä, jolloin epäolennainen ja olennainen tieto eritellään toisistaan tutkimuskysymysten avulla. Olennainen tieto poimitaan käytettäväksi tutkimuksessa. Klusterointivaiheessa aineistoa luokitellaan sekä aineiston sisältämiä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia tarkastellaan. Abstrahointivaiheessa tutkimusaihetta kuvaillaan yleiskäsitteiden avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 112.)

Aineiston redusoinnissa käytettiin apuna alatutkimuskysymyksiä, jolloin aineistosta poimittiin vain niihin vastaava informaatio ja poistettiin tutkimuksemme kannalta epäolennainen tieto. Alatutkimuskysymykset on johdettu päätutkimuskysymyksestä. Etsimme aineistosta siis vastauksia siihen, minkä ammattialan edustajia aineistossa mainittiin, millaisia tehtäviä heillä kerrottiin olevan, milloin potilaiden fysioterapia ja fyysinen harjoittelu aloitettiin, sekä millaista potilaiden fysioterapia ja fyysinen harjoittelu oli. Aihealueita käsittelevät kohdat alleviivattiin aineistosta. Alleviivatut alkuperäisilmaukset kerättiin ja suomennettiin Excel-taulukkoon. Sen jälkeen suomennetuista ilmauksista muokattiin kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 123.) Taulukossa 3 on esitetty esimerkkejä alkuperäisilmauksista, niiden suomennoksista sekä pelkistetyistä ilmauksista.

TAULUKKO 3. Esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistetyistä suomennoksista

Alkuperäisilmaus	Suomennos ja pelkistys
Unlike the visual analogue scale, which has been associated with high error rates when used in elderly patients, the VRS has been found to have low error rates	The verbal rating scale –mittaria pidetään ikäntyneiden kohdalla luotettavampana kuin the visual analogue scale –mittaria.
The goal of operative treatment of hip fractures is to enable immediate weight bearing without restriction, facilitating early physiotherapy assessment and intervention.	Lonkkamurtuman operatiivisen hoidon tavoitteena on sallia täyspainovaraus ja aikainen fysioterapian aloittaminen.

For example, the majority of participants considered activities such as dressing and toileting as underutilised opportunities for mobility and activities of daily living training by nurses or health care aides.	Hoitohenkilökunnan avustuksella harjoitellut päivittäiset toiminnot ovat alikäytetty mahdollisuus harjoitella liikkumista.
--	--

Aineiston klusteroinnissa vertaillaan alkuperäisilmauksia etsien niiden välisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Eri aineistoista poimitut samaa aihetta käsittelevät ilmaukset kerätään omiin ryhmiinsä ja yhdistetään eri luokkiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Pelkistetyistä ilmauksista poimimme niissä mainittuja eri ammattialojen edustajia, heidän tehtäviään, fysioterapian ja fyysisen harjoittelun aloitusajankohdan sekä fysioterapian ja fyysisen harjoittelun kuvauksia. Saman ammattialan edustajan tehtäviä käsittelevien ilmausten ryhmittelyn tuloksena ammattiryhmien tehtävät luokiteltiin alaluokkiin: fysioterapeutti, lääkäri, toimintaterapeutti ja hoitohenkilökunta. Fysioterapiaa ja fyysistä harjoittelua sekä kivun mittareita koskevat ilmaukset jaettiin omiin alaluokkiinsa.

Abstrahointivaiheessa muodostetaan yleiskäsitteitä klusterointivaiheessa tehtyjen alaluokkien mukaisesti. Lähdetutkimusten alkuperäisilmausten sisältämästä tiedosta edetään kohti teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Eri luokat nimetään niitä kuvaavalla otsikolla. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125.) Nimesimme aineistollemme neljä pääluokkaa, joista ensimmäinen käsittelee moniammatillisen tiimin jäseniä. Toisen pääluokan alle kuuluvat eri jäsenten tehtäviä käsittelevät alaluokat. Potilaan liikkeelle mobilisaation ja fysioterapeuttisen harjoittelun aloitusajankohta on tulostemme kolmas pääluokka. Fysioterapeuttisen harjoittelun keinoja sekä kivun ja toimintakyvyn mittareita käsittelevät alaluokat sijoitimme neljännen pääluokan alle. Aineiston klusteroinnin ja abstrahoinnin myötä muodostuneet luokat ja käsitteet on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Aineiston luokittelu.

Pääluokka	Alaluokka
Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat ammattiryhmät	-
Moniammatillisen tiimin jäsenten tehtävät	Fysioterapeutti Toimintaterapeutti Lääkäri Hoitohenkilökunta
Lonkkamurtumapotilaan mobilisaation ja fysioterapeuttisen harjoittelun aloittamisen ajankohta	-
Lonkkamurtumapotilaan fysioterapia vuodeosastolla	Fysioterapeuttisen harjoittelun keinot Kivun ja toimintakyvyn mittarit

6.3 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Keskeinen asia kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnissa on aineiston perusteiden kuvaaminen. Luotettavuus heikkenee, jos tutkija tarkoituksenmukaisesti valitsee aineistoa tietoisesti erittelemättä tai raportoimatta siitä. Luotettavuus voi heikentyä myös silloin, jos analysoidut tutkimukset liitetään liian heikosti teoriapohjaan. Sitä heikentää myös tutkimusten liika yksipuolinen analysointi ja tarkastelu. (Kangasniemi ym. 2013.) Opinnäytetyötutkimuksemme luotettavuuden varmistamiseksi tiedonhaku tehtiin systemaattisesti informaation avulla muodostetuilla hakusanoilla ja –lausekkeilla. Hakuprosessi, sen vaiheet ja tulokset kirjattiin ja taulukoitiin, jotta tutkimuksen kaikki vaiheet ovat selkeästi esillä ja toistettavissa (Avoin tiede 2018).

Opinnäytetyötutkimuksemme on kirjallisuuskatsaus, jolloin emme käsittele kenenkään henkilötietoja työmme tekemisessä. Opinnäytetyöstämme on pidetty aloituspalaveri toimeksiantajamme Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa, jossa keskustelimme työmme tarpeesta sekä sovimme työn toteutustavasta ja työn rajauksesta. Opinnäytetyön valmistumiselle on sovittu valmistumisajankohta ja työn tekemiselle on varattu riittävästi aikaa, jotta tutkimuksen eri vaiheiden laadukkaalle toteuttamiselle on resursseja. Työstämme on tehty toimeksiantajan kanssa aiesopimus aloituspalaverin pohjalta. Opinnäytetyösuunnitelman jälkeen teimme yhteistyösopimuksen sekä haimme tutkimuslupaa.

Tietoperustan keräämisessä hyödynnettiin monipuolisesti erilaista aiheeseen liittyvää tutkimustietoa ja kirjallisuutta. Tietoperustan hakeminen suoritettiin mahdollisimman laajasti asianmukaiset ja luotettavat tutkimukset kokonaisuudessaan huomioiden. Tutkimuksista saadut tiedot merkittiin asianmukaisesti lähdeviittein ja alkuperäisten tutkimusten tuloksia vääristämättä. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tekijät suorittivat itsenäisen tiedonhaun jokaiseen tietokantaan ja valitsivat tutkimukseen aineistoja sisäännottokriteerien perusteella. Tiedonhaun jälkeen tekijät perustelivat omat aineistovalintansa ja vertailivat niitä keskenään. Päätös lopullisesti mukaan otettavista aineistoista tehtiin yhdessä. Jokaiseen tietokantaan on tehty tiedonhaku kahdesti samoilla hakulausekkeilla ja hausta saadut tulokset on arvioitu kahden eri tekijän toimesta. Tiedonhaun voidaan olettaa olevan tällöin luotettavampaa, kuin yhden tekijän suorittama tiedonhaku (Stolt ym. 2016, 67).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida samoin, kuin määrällistä tutkimusta. Päätimme arvioida valikoidun aineiston laatua ja luotettavuutta käyttäen apuna Joanna Briggs –instituutin tieteellisen tutkimuksen laatua arvioivia tarkastuslistoja ja JUFO-portaalia. Näin pyrimme varmistamaan tutkimusten laadukkuuden. Sen lisäksi valittavat tutkimukset haettiin luotettavista kansainvälisistä tietokannoista. (Kangasniemi ym. 2013.)

Aineiston keruuvaiheessa huomasimme, että tutkimuskysymyksiimme vastaavien aineistojen joukossa on myös kansallisia hoitosuosituksia. Hoitosuositusten laadun arvioimisessa käytimme AGREE II –arviointilomaketta, joka on käytössä kansainvälisesti. AGREE on lyhenne sanoista The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Lomakkeen avulla arvioidaan hoitosuosituksen luotettavuutta ja raportoinnin laatua. AGREE –lomake on päivitetty viimeksi vuonna 2017. (AGREE Next Steps Consortium 2017.)

Tutkimukseen valitut aineistot arvioitiin siis molempien tekijöiden toimesta Joanna Briggs Instituutin laatimien tarkistuslistojen, AGREE II-arviointilomakkeen sekä JUFO-portaalin avulla, joilla tekijät arvioivat aineistoa itsenäisesti (Hotus 2022). Aineiston laadunarvioinnin tulokset on taulukoitu liitteeseen 1. Tarkastuslistojen kohtiin tutustuttiin ennen arviointia ja niistä keskusteltiin yhdessä, jotta molemmilla tekijöillä oli sama käsitys niiden merkityksestä. Näin pyrimme välttämään erimielisyydet sekä eroavaisuudet laadun arvioinnissa tekijöiden kesken. Sovimme opinnäytetyöprosessin

alussa, että pyrimme yksimielisyyteen keskustelemalla, mikäli erimielisyystilanteita tulee. Toinen vaihtoehto olisi käyttää apuna kolmatta arvioijaa, mutta meillä ei olisi ollut siihen mahdollisuutta. (Stolt ym. 2016, 67.)

Artikkelien julkaisukanavien luotettavuus tarkistettiin Julkaisufoorumin JUFO-portaalista tai JUFO-portaalin käyttämiä kriteerejä hyödyntäen julkaisukanavan internet-sivuilta. JUFO-portaalissa erilaisten kansallisten ja kansainvälisten tieteellisten julkaisukanavien luotettavuus on arvioitu ja luokiteltu. Julkaisukanavat on jaoteltu neljään eri tasoon. Tason 0 julkaisukanavat eivät täytä tason 1 kriteerejä ja ne ovat samanarvoisia, kuin Julkaisufoorumiin kuulumattomat julkaisukanavat. Tasolle 1 on sijoitettu tieteellisten tutkimustulosten julkaisemiseen erikoistuneita vertaisarvioituja julkaisukanavia, joiden toimituskunta koostuu kyseisen tieteenalan asiantuntijoista. Tasoluokkaan 1 kuuluvat julkaisukanavat täyttävät seuraavat kriteerit: julkaisukanavan toimituskunnasta ja vertaisarviointiprosessista on saatavilla läpinäkyvä kuvaus julkaisukanavan verkkosivuilla, julkaisukanava on erikoistunut julkaisemaan vertaisarvioituja tieteellisiä tekstejä säännöllisesti, sen toimituskunta koostuu tieteenalan asiantuntijoista, yli puolet julkaisukanavan tekijöistä tai toimituskunnasta ei edusta kyseistä tutkimusorganisaatiota ja julkaisukanava on tieteelliseltä laadultaan uskottava kansainvälisen tai kansallisen tiedeyhteisön näkökulmasta. Kansallisista ja kansainvälisistä julkaisukanavista suurin osa luokitellaan kuuluvaksi tälle tasolle. Julkaisukanavia arvioivat paneelit eivät hyväksy tasolle 1 julkaisukanavia, joiden tieteellinen taso on kyseenalainen. Paneelit arvioivat vuosittain uudelleen tasolle 1 sijoitetut julkaisukanavat. (Julkaisufoorumi 2022.)

Tasolle 2 ja 3 kuuluvat korkeatasoisimmat ja vaikuttavimmat tieteelliset lehdet, konferenssit ja kirjakustantajat. Tasolle 2 kuuluvien julkaisukanavien kohdalla täyttyvät tason 1 kriteerien lisäksi seuraavat kohdat: julkaisukanava tavoittaa laajasti tieteenalan kansainvälisen asiantuntijayleisön ja se on arvostettu, siinä julkaistaan vain laadultaan parhaita tutkimusta ja julkaisukanavan toimituskunta, kirjoittajat sekä lukijat edustavat eri kansallisuuksia. Tasolle 3 jaotellaan korkeatasoisimmat julkaisukanavat, joiden tutkimukset ovat todetusti erittäin vaikuttavia, ne ovat tieteenalan korkeinta tasoa ja toimituskunnissa toimii tieteenalan johtavia tutkijoita. (Julkaisufoorumi 2022.) Aineistohaun perusteella keräämästämme aineistosta suurin osa oli julkaistu julkaisukanavissa, jotka kuuluivat JUFO-portaalin tasolle 1. Yhden julkaisukanavan laatu oli arvioitu olevan tasolla 3. Kahta julkaisukanavaa ei oltu arvioitu JUFO-portaalissa.

Julkaisukanavan luotettavuuden lisäksi arvioimme artikkelin itsessään. Artikkelia arvioitaessa kiinnitimme huomiota artikkelin julkaisuaikaan, artikkelin kirjoittajiin ja julkaisuun. Vastuullinen ja luotettava tutkimus on julkaistu avoimesti, jolloin se löytyy luotettavista julkaisukanavista ja siihen voidaan viitata. Julkaisun kirjoittajana on yksi tai useampi asiantuntija tai tunnettu organisaatio. Julkaisujen vertaisarviointi varmistettiin JUFO-portaalin avulla tai etsimällä tieto vertaisarvioinnista tai sen toteutumattomuudesta julkaisukanavan internet-sivuilta. Artikkelissa käytettyjen lähteiden tuli olla asianmukaisia, luotettavia ja selkeästi merkittäviä. (Oulun Yliopisto 2022.)

AGREE II-arviointilomakkeen käyttäjille on saatavilla ilmainen käsikirja, jonka lukemisen jälkeen hoitosuosituksen laadunarviointi lomakkeen avulla oli helppo toteuttaa (kts. AGREE Next Steps Consortium 2017). Kumpikin tekijä pisteytti tutkimuksessa käytetyt hoitosuositukset, pisteistä laskettiin keskiarvo ja pisteet muutettiin prosenteiksi. Laskukaavaan oli selkeät ohjeet käsikirjassa, jolloin myös me matemaattisesti lahjattomammalla onnistuimme siinä heti ensimmäisellä yrittämällä. Joanna Briggs Instituutin tarkistuslistoja käytettäessä jouduimme hetken miettimään joidenkin julkaisujen kohdalla, että minkä listan mukaan näitä arvioisimme. Keskustelimme listoista ja keskustelun perusteella valitsimme, mikä lista soveltui parhaiten kunkin julkaisun arviointiin. Myös Joanna Briggs Instituutin tarkistuslistoille on laadittu hyvät ohjeet, joissa on kuvattu jokainen arvioitava asia. JUFO-portaalin käyttämiseksi tuli selvittää julkaisukanavien nimet, jotka syötettiin portaalin hakukoneeseen. Hakukone ilmoitti heti julkaisun tason, mikäli julkaisukanava oli löydettävissä portaalista.

7 TULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELO

Kirjallisuuskatsauksen aineistohaun tulokseksi saimme 14 julkaisua, joista kaksi oli hoitosuosituksia, kahdeksan artikkelia, kolme kirjallisuuskatsausta ja yksi haastattelututkimus. Aineiston keskeinen sisältö kuvaillaan neljän pääluokan ja kahden pääluokan alaluokkien avulla. Mukaan otettujen julkaisujen määrän vuoksi ja tekstin luettavuuden helpottamiseksi olemme numeroineet julkaisut. Numeroja vastaavat julkaisutiedot on esitelty liitteessä 1.

7.1 Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat ammattiryhmät

Taulukkoon 5 on merkitty jokaisessa julkaisussa käsitellyt moniammatillisen tiimin ammattiryhmät. Eri ammattiryhmät esitellään taulukossa numeroina.

TAULUKKO 5. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat ammattiryhmät. Sarakkeella 1 tarkoitetaan fysioterapeutteja, sarakkeella 2 lääkäreitä, sarakkeella 3 sairaanhoitajaa, sarakkeella 4 toimintaterapeutteja, sarakkeella 5 psykologia ja sarakkeella 6 muita ammattilaista.

	Kirjoittajat	1	2	3	4	5	6
1	Gimigliano ym. 2020	x	x				
2	Harris-Hayes ym. 2021	x	x	x			
3	Haslam-Larmer ym. 2021	x	x				
4	Lahtinen ym. 2021	x	x	x	x		x
5	Lee, Um & Kim 2020	x	x				
6	Min ym. 2021	x	x	x			
7	Pajulammi ym. 2019	x	x				
8	Perracini ym. 2018	x	x	x			
9	Poulsen ym. 2021	x	x				
10	Radosavljevic ym. 2014	x	x		x	x	x
11	Riemen ym. 2016	x	x				x
12	Siira ym. 2021	x	x				
13	Volkmer ym. 2021	x			x		
14	Wilson 2013	x	x	x			x

Kaikissa julkaisuissa moniammatilliseen tiimiin kuului fysioterapeutti ja jonkin erikoisalan lääkäri. Moniammatillisen tiimin lääkäri oli ortopedi julkaisuissa 4, 5 ja 14. Geriatri määriteltiin osaksi tiimiä julkaisussa 6, anestesialääkäri julkaisuissa 7 ja 14, sekä radiologi julkaisussa 11. Osassa julkaisuista moniammatillisen tiimin kuuluvia eri ammattialojen edustajia ei oltu tarkasti määritelty, vaan keskitytty kuvailemaan tiimin tehtäviä sekä toiminnan tavoitteita. Julkaisun 6 kirjoittajat korostivat hoitosuosituksessaan konsultaatiomahdollisuuden tärkeyttä tilanteissa, joissa tiimiin kuuluu vain yhden erikoisalan lääkäri.

Toimintaterapeutti luettiin mukaan tiimin toimintaan julkaisuissa 4, 10 ja 13. Osassa julkaisuista tiimiin kuului tarvittaessa toimintaterapeutti (2,4,12), psykologi (10) tai muu sosiaali- ja terveysalan ammattilainen (4,10,11,14). Potilaan kuntoutumista edistää myös moniammatillisen tiimin ja potilaan läheisten toimiminen yhteistyössä (4,10). Julkaisuissa (2,4,6,8,14) oli mainittu sairaanhoitajien roolista lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. Taulukossa 5 on eritelty, miten moniammatilliseen tiimiin kuuluvia ammattiryhmiä käsiteltiin katsaukseen mukaan otetuissa julkaisuissa.

7.2 Moniammatillisen tiimin jäsenten tehtävät

Taulukossa 6 on esitetty jokaiselle moniammatillisen tiimin jäsenelle kuuluvat tehtävät. Sosiaalityöntekijän ja psykologin työtehtäviä ei oltu määritelty julkaisuissa.

TAULUKKO 6. Moniammatillisen tiimin jäsenten tehtävät. Taulukossa kirjaimella F tarkoitetaan fysioterapeuttia, T-kirjaimella toimintaterapeuttia, L-kirjaimella lääkäriä ja H-kirjaimella hoitohenkilökuntaa.

	Kirjoittajat	Potilaan tutkiminen ja arviointi	Mobilisointi	Päivittäisissä toiminnoissa avustaminen	Kivunhoito ja sen arviointi
1	Gimigliano ym. 2020				
2	Harris-Hayes ym. 2021	F	F	F	F
3	Haslam-Larmer ym. 2021		F	F	
4	Lahtinen ym. 2021	L	F	T	
5	Lee, Um & Kim 2020	L	F		F

6	Min ym. 2021		F, H, T	T	
7	Pajulammi ym. 2019	L			
8	Perracini ym. 2018		F		F, H, L
9	Poulsen ym. 2021				
10	Radosavljevic ym. 2014		T, F	T	F
11	Riemen ym. 2016		F	T, F	F
12	Siira ym. 2021				
13	Volkmer ym. 2021		F, H, T		F
14	Wilson 2013	F, L	F		F, H, L, T

Seitsemässä artikkelissa (2,5,8,10,11,13,14) kuvattiin moniammatillisen tiimin jäsenten tehtäviä. Julkaisussa 14 **fysioterapeutti** tutkii potilaan tavatessaan tämän ensimmäistä kertaa joko leikkauuspäivänä tai ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Julkaisun 2 mukaan fysioterapeutti määrittelee potilaan fyysiselle toimintakyvylle tavoitteet sairaalajakson ajalle ja tarkastelee tavoitteita uudelleen potilaan kuntoutumisen edetessä. Suurimmassa osassa julkaisuista (2,8,10,11,14) fysioterapeutti arvioi lonkan kipua levossa ja liikkeessa ja pyrkii mahdollistamaan potilaan mobilisoinnin mahdollisimman kivuttomasti. Hoitosuosituksessa 2 ja katsausartikkeleissa 8 ja 14 on korostettu fysioterapeutin roolia potilaalle optimaalisen kipulääkityksen sovittamisessa sekä erityisesti sen ajoittamisessa yhteistyössä sairaanhoitajien ja lääkäreiden kanssa. Julkaisun 8 mukaan fysioterapeutti haastaa potilasta lähtökohtaisesti fyysisesti eniten verrattuna muihin potilasta hoitaviin ammattilaisiin. Julkaisussa 2 fysioterapeutin tehtäväksi on määritetty lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytön ohjaaminen, kuten TENS ja asentohoito.

Mobilisaation ja kävelyn harjoittamisen aloittamisen päävastuu oli osassa julkaisuista (2,8,11,14) fysioterapeutin tehtävä ja osassa (6,13) mobilisaation toimeenpanijalla ei todettu olevan merkitystä lopputuloksen kannalta. Hoitosuosituksessa 2 fysioterapeutti arvioi ja dokumentoi potilaan kaatumisriskiä lisääviä tekijöitä ja keskustelee näistä muun hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kanssa. Muissa julkaisuissa ei ollut mainintaa fysioterapeutin roolista kaatumisriskin arvioinnissa.

Kahdessa julkaisussa (2,14) fyysisen liikeharjoittelun, apuvälineiden käytön ja potilassiirtojen ohjaaminen kuuluvat fysioterapeutin vastuulle. Julkaisussa 2 fysioterapeutti ohjasi ergonomisia potilassiirtoja ja kävelyssä avustamista sekä hoitohenkilökunnalle että potilaan läheisille.

Kaatuminen ja sitä seurannut lonkkamurtuma sekä kipu voivat vaikuttaa alentavasti potilaan rohkeuteen liikuttaa leikattua alaraajaa. Artikkelin 14 kirjoittajien mukaan rohkeuden palautumista voidaan ehkäistä säännöllisellä liikeharjoittelulla ja fysioterapeutin tai sairaanhoitajan avustuksella suoritettulla mobilisaatiolla.

Kahden julkaisun (10,11) mukaan **toimintaterapeutti** osallistuu lonkkamurtumapotilaan mobilisointiin, vastaa kotiutumisen suunnittelusta ja avustaa potilasta päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Haastattelututkimuksen¹³ mukaan toimintaterapeutti osallistuu mobilisoinnin ohella aktiivisesti kotiutumisen suunnitteluun.

Julkaisun 14 mukaan **lääkäri** vastaa varauslupien asettamisesta ja on vastuussa kipuun ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Kirjallisuuskatsauksessa 5 lääkärin rooliin määritellään kuuluvan kaatumisten ehkäisy ja muu terveydentilan arvioiminen.

Hoitohenkilökunta eli sairaanhoitajat ja lähihoitajat ovat tärkeässä roolissa potilaan päivittäisissä toiminnoissa ja niistä selviytymisessä. Hoitosuosituksessa 2 hoitohenkilökunta vastaa painehaavojen syntymisen riskin arvioinnista, julkaisun 14 mukaan hoitohenkilökunta lisäksi rohkaisee potilasta osallistumaan päivittäisiin toimintoihin toimintakykynsä mukaan. Potilaan mobilisointi on tärkeä osa hoitohenkilökunnan työtä. Samaisen julkaisun mukaan mobilisoinnin viivästyminen lisää deliriumin tai pneumonian kehittymisen, sekä sairaalassaoloajan pidentymisen riskiä. Hoitohenkilökunta on myös avainasemassa potilaan lääkityksen toteuttamisessa ja sen tehokkuuden arvioimisessa yhdessä muiden ammattilaisten kanssa.

Sosiaalialan ja psykologien tehtäviä ei julkaisuissa määritely. Heidät suositeltiin ottamaan mukaan moniammatillisen tiimin toimintaan, mikäli potilaan tilanne sitä vaatii. Muiden moniammatillisen tiimin jäsenten tehtävät on esitetty taulukossa 6.

7.3 Lonkkamurtumapotilaan mobilisaation ja fysioterapeuttisen harjoittelun aloittamisen ajankohta

Taulukossa 7 on esitetty fysioterapeuttisen harjoittelun ja mobilisaation aloittamisen ajankohdat julkaisuittain. Suositeltu aloitusajankohta vaihteli 24–48 tunnin välillä.

TAULUKKO 7. Lonkkamurtumapotilaan fyysisen kuntoutuksen aloittamisen ajankohta

	Kirjoittajat	24 h sisällä	48 h sisällä	Ei määritelty
1	Gimigliano ym. 2020			x
2	Harris-Hayes ym. 2021			
3	Haslam-Larmer ym. 2021		x	
4	Lahtinen ym. 2021			x
5	Lee, Um & Kim 2020	x		
6	Min ym. 2021		x	
7	Pajulammi ym. 2019			x
8	Perracini ym. 2018			
9	Poulsen ym. 2021	x		
10	Radosavljevic ym. 2014			x
11	Riemen ym. 2016	x		
12	Siira ym. 2021			
13	Volkmer ym. 2021	x		
14	Wilson 2013			x

Potilaan liikkeelle mobilisoinnin avustamista aloitettaessa tulee huomioida potilaan leikkauksen lääkärin ohjeistus sallitusta painovarauksesta tai mobilisaation kontraindikaatioista, kuten julkaisussa 6 todetaan. Kolmessa julkaisussa (5,9,13) potilaan mobilisaatio tuli aloittaa 24 tunnin eli vuorokauden sisällä leikkauksesta, kun taas kahdessa muussa julkaisussa (3,6) se tuli aloittaa viimeistään 48 tunnin eli kahden vuorokauden kuluttua. Julkaisu 10 korostaa, että mobilisaation oikea-aikaisuutta tulee arvioida yksilöllisesti, sillä liian aikainen ja intensiivinen mobilisaatio voi johtaa lonkkanivelen dislokoitumiseen. Viidessä julkaisussa (1,4,7,10,14) fyysisen kuntoutuksen aloitusajankohdasta ei oltu tarkasti määritelty, mutta niissäkin suositeltiin aikaista mobilisaatiota. Hoitosuosituksessa

6 leikatun alaraajan liikeharjoitteet suositeltiin aloitettavan toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Muissa julkaisuissa liikeharjoitteiden aloituksen ajankohtaa ei oltu erikseen määritetty.

Asiantuntija-artikkelin 11 mukaan potilaan jääminen ilman fysioterapiaa leikkauksen jälkeisenä päivänä on yhteydessä siihen, ettei potilas tule saavuttamaan normaalia liikkumiskykyä. Katsausartikkelissa 3 todetaan, että 48 tunnin sisällä leikkauksesta aloitettu mobilisaatio on yhteydessä siihen, että potilas kykenee suuremmalla todennäköisyydellä kävelemään kaksi kertaa pidemmälle seitsemäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä kuin ensimmäisellä kävelyn harjoittelun kerralla. Kirjallisuuskatsauksen 4 mukaan varhainen 48 tunnin sisällä aloitettu kuntoutus on yhteydessä nopeampaan kävelykyvyn palautumiseen ja parempaan hoitojakson lopussa mitattuun kävelymatkan pituuteen. Taulukossa 7 on esitetty, mitä ajankohtia mobilisaation ja fysioterapian aloitukselle julkaisuissa suositeltiin.

7.4 Lonkkamurtumapotilaan fysioterapia vuodeosastolla

Lonkkamurtumapotilaan fysioterapeuttisen harjoittelun menetelmiä on esitetty taulukossa 8. Taulukkoon on merkitty, miten menetelmiä käsiteltiin julkaisuissa.

TAULUKKO 8. Lonkkamurtumapotilaan fysioterapeuttinen harjoittelu

	Kirjoittajat	Painon varaaminen	Kävely	Alaraajojen liikeharjoittelu	Tasapaino	Hengitysharjoittelu
1	Gimigliano ym. 2020					
2	Harris-Hayes ym. 2021				x	
3	Haslam-Larmer ym. 2021		x			
4	Lahtinen ym. 2021		x			
5	Lee, Um & Kim 2020		x	x		
6	Min ym. 2021	x			x	
7	Pajulammi ym. 2019					
8	Perracini ym. 2018			x		

9	Poulsen ym. 2021			x	x	
10	Radosavljevic ym. 2014			x	x	x
11	Riemen ym. 2016	x	x	x	x	
12	Siira ym. 2021					
13	Volkmer ym. 2021		x	x		
14	Wilson 2013	x				

Kaikissa julkaisuissa oli käsitelty lonkkamurtumapotilaan sairaalajakson aikana tarjottavaan fysioterapiaan kuuluvia fysioterapeuttisen harjoittelun keinoja. Jokaisessa julkaisussa fysioterapiaan kuului potilaan mobilisoitumisessa avustaminen leikkauksen jälkeen. Osassa julkaisuista (1,2,4,8,11,13) suositeltiin fysioterapiaa tarjottavan ainakin kerran päivässä. Julkaisussa 10 suositellaan aikaisen mobilisaation ohella potilaille ohjattavan hengitysharjoittelua tarkoituksena ehkäistä hengityselimistön komplikaatioita, sekä aktiivisia, isotoonisia alaraajojen liikeharjoitteita verenkiertoelimistön komplikaatioiden ehkäisemiseksi.

Painon varaamisen harjoittelu oli eritelty osaksi fysioterapiaa kolmessa julkaisussa (6,11,14) ja kävelyn harjoittelu viidessä julkaisussa (3,4,5,11,13). Kuudessa julkaisussa (5,8,9,10,11,13) fysioterapiaan kuului alaraajojen liikeharjoittelua. Tasapainon harjoittaminen mainittiin julkaisuissa 2, 6, 9, 10 ja 11. Julkaisuissa 5 ja 8 fysioterapiaa ohjasivat kolme perusliikkumisen tavoitetta: itsenäisen vuoteeseen siirtyminen ja vuoteesta ylösnouseminen, istuutuminen ja seisomaan nouseminen käsinojallisesta tuolista sekä kävely apuvälineen kanssa. Näiden tavoitteiden lisäksi potilaille tarjottiin yksi lisäfysioterapiakerta arkipäivisin, jolloin keskityttiin murtuneen alaraajan polven ojennusvoiman kehittämiseen nilkkapainojen avulla. Harjoittelu tapahtui potilaan istuessa vuoteen reunalla samalla tehden polven ojennusliikettä 10 toiston verran kolmessa sarjassa maksimaalisella vastuksella. Hoitosuosituksen 2 mukaan fysioterapeutti ohjaa potilaalle kotiharjoitteet kotiutumisen jälkeiselle ajalle. Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeistä fysioterapiaa käsittelevien julkaisujen välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä on esitetty taulukossa 8.

Osassa aineistosta oli eritelty lonkkamurtumapotilaalle soveltuvia kivun ja toimintakyvyn mittareita. Kahdessa julkaisussa (2,5) mainittu The cumulated ambulation score (CAS) soveltuu akuutin pa-

ranemisvaiheen aikana perusliikkumisen edistymisen mittaamiseen. Yhdessä mittarin osassa arvioidaan liikkumisen lisäksi potilaan kipua. Kolmessa julkaisussa (2,5,9) potilaiden kaatumisriskin ja liikkumisen arvioimiseen on suositeltu käytettävän The timed up-and-go -testiä (TUG). Tämän mittarin käyttöä suositellaan vain potilaille, jotka saavat varata leikatulle alaraajalle täyden kehonpainon ja jotka eivät ole murtumaa edeltävästi tarvinneet liikkumiseen toisen henkilön avustusta. Mittavilla potilailla on saanut olla käytössään liikkumisen apuväline ennen sairaalaan joutumista. TUG –testi suositellaan tehtävän päivää ennen potilaan kotiutumista. (Lee ym. 2020.)

Hoitosuosituksessa 2 kaatumisriskin arviointiin suositellaan käyttämään TUG –testin lisäksi the Falls Efficacy Scale International –mittaria. Näiden lisäksi fysioterapeutin tulisi mitata potilaan kävelynopeutta säännöllisesti sairaalajakson aikana, mikäli potilas ei tarvitse kävelyyn toisen henkilön avustusta. Kahden julkaisun mukaan (2,5) fysioterapeutin tulisi käyttää potilaan kivun arviointiin The verbal rating scale –mittaria (VRS). Julkaisussa 5 kerrotaan, että VRS-mittari on todettu ikään-tyneiden potilaiden kohdalla luotettavammaksi mittariksi kuin The visual analogue scale, josta käytetään lyhennettä VAS. Julkaisuissa käsitellyt mittarit on taulukoitu taulukkoon 9.

TAULUKKO 9. Suositellut kivun ja toimintakyvyn mittarit.

Mittarin nimi	Mittarin käyttötarkoitus	Mittaria suosittelleet julkaisut
The cumulated ambulation score (CAS)	Toimintakyvyn mittari	2 Harris-Hayes ym. 2021 5 Lee, Um & Kim 2020
The timed up-and-go (TUG)	Toimintakyvyn mittari	2 Harris-Hayes ym. 2021 5 Lee, Um & Kim 2020 9 Poulsen ym. 2021
The Falls Efficacy Scale International	Kaatumisen pelkoa mittaava toimintakyvyn mittari	2 Harris-Hayes ym. 2021
The verbal rating scale (VRS)	Kivun mittari	2 Harris-Hayes ym. 2021 5 Lee, Um & Kim 2020

7.5 Tulosten tarkastelu ja yhteenveto

Lähdejulkaisujen välillä oli eroja siinä, millä laajuudella moniammatillisen tiimin koostumusta oli määritetty. Kaikissa julkaisuissa oli mainittu tiimiin kuuluvaksi ainakin fysioterapeutti ja jonkin erikoisalan lääkäri. Osassa julkaisuista oli kuvattu tiimin jäsenet kokonaisuudessaan, kun taas osassa julkaisuista oli kuvattu tiimin toiminnan tavoitteita ja siinä sivussa mainittu joitakin ammattiryhmiä. Suurin eroavaisuus julkaisujen välillä oli huomattavissa toimintaterapeutin kohdalla. Tämän ammattialan edustaja osallistui moniammatillisen tiimin työskentelyyn julkaisusta riippuen joko oletusarvoisesti tai vain tarvittaessa. Psykologi tai sosiaalityöntekijä osallistuvat moniammatilliseen työskentelyyn, mikäli potilaan tilanne sitä vaatii.

Moniammatillisen tiimin jäsenten tehtävät olivat niitä käsittelevien julkaisujen välillä pääpiirteittäin samanlaisia. Toiset julkaisut kuvailivat tehtäviä laajemmin ja tarkemmin kuin toiset. Lääkärien tehtäviä oli käsitelty kahdessa julkaisussa ja niiden mukaan lääkäri vastaa varausluvan asettamisesta, potilaan terveydentilaa ja kivunhoitoa koskevista päätöksistä sekä kaatumisten ehkäisystä lääketieteellisin keinoin. Fysioterapeutti keskittyy potilaan toimintakyvyn tutkimiseen ja arviointiin, apuvälineiden sovitukseen, ergonomian ohjaamiseen henkilökunnalle ja potilaalle, potilaan mobilisatiossa avustamiseen sekä potilaan fysioterapeuttisen harjoittelun ohjaamiseen.

Fysioterapeutilla on osaamista myös lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ja hänen on hyödyllistä mitata potilaan kipua fysioterapian aikana, sillä fysioterapeutin ajatellaan haastavan potilasta fyysisesti eniten. Potilaan mobilisoinnissa avustaminen kuuluu useamman ammattiryhmän tehtäviin. Neljässä julkaisuissa fysioterapeutin vastuulla oli mobilisaation aloittaminen, kahden julkaisun mukaan mobilisoinnin toimeenpanijalla ei ole merkitystä. Mobilisoinnissa avustaminen oli tärkeä osa hoitohenkilökunnan työtä. Kahdessa julkaisussa mobilisointi kuului myös toimintaterapeutin tehtäviin. Julkaisujen välisiä eroja moniammatillisen tiimin jäseniä koskien voi selittää se, että moniammatillisen tiimin osanottajat ja heidän tehtävänsä voivat vaihdella sen mukaan, mikä on tiimin toiminnan tavoite ja yhteistyön kohde. Ammatillaiset osallistuvat oman osaamisensa mukaan potilaan hoitotyöhön ja kuntoutukseen, ja siksi esimerkiksi mobilisatiossa avustaminen voi kuulua useamman ammattilaisen tehtäviin. (Kekoni ym. 2019, 13.)

Lonkkamurtumapotilaan mobilisaation ja fysioterapeuttisen harjoittelun aloittamisen ajankohta oli neljässä tutkimuksessa määritelty aloitettavaksi 24 tunnin sisällä leikkauksesta ja kahdessa tutkimuksessa 48 tunnin sisällä leikkauksesta. Lopuissa tutkimuksissa aloitusajankohtaa ei oltu tarkasti määritelty, mutta aikainen mobilisaatio oli mainittu niissäkin tärkeäksi asiaksi. Mobilisaation oikea-aikaisuus voi olla myös potilaskohtaista ja riippua esimerkiksi kiputilanteesta tai potilaan muista voimavaroista.

Lonkkamurtumapotilaan fysioterapia vuodeosastolla piti sisällään monia erilaisia asioita. Tutkimuksissa nousi eniten esille alaraajojen liikeharjoittelu sekä kävelyn ja tasapainon harjoittelu. Tutkimuksissa käsiteltiin myös hengitysharjoituksia ja painon varaamisen harjoittelua. Yhdessä tutkimuksessa painotettiin erityisesti hengitysharjoituksia ja aktiivisia isotonisia alaraajojen lihaharjoituksia hengitys- ja verenkiertoelimistön komplikaatioiden ehkäisemiseksi. Tutkimuksissa ei oltu määritelty erikseen varsinaisia harjoituksia, joilla edellä mainittuja asioita tulisi harjoitella, joten se jää kuntoutusta toteuttavan fysioterapeutin päätettäväksi.

Osassa tutkimuksista oli käsitelty myös kivun ja toimintakyvyn mittareita. Kahdessa tutkimuksessa kivun mittaamiseen suositeltiin käytettävän The verbal rating scalea (VRS). Toimintakyvyn mittareina mainittiin kahdessa tutkimuksessa The cumulated ambulation scale (CAS) -mittari ja kolmessa tutkimuksessa The timed up-and-go (TUG) -mittari. CAS -mittaria käytettiin tutkimuksessa mittaamaan perusliikkumisessa edistymistä akuutin vaiheen aikana. Timed up-and-go soveltui potilaille, joilla oli sallittu painon varaaminen täydellä kehonpainolla, eivätkä he olleet tarvinneet toisen henkilön apua liikkumiseen ennen leikkausta. Lisäksi yhdessä tutkimuksessa mainittiin kaatumisen pelkoa ja toimintakykyä mittaava The Falls Efficacy Scale International -mittari. Yhdessä tutkimuksessa oli maininta siitä, että fysioterapeutin tulisi mitata potilaan kävelymatkaa säännöllisesti vuodeosastojakson aikana, mikäli hän ei tarvitse toisen henkilön apua liikkumiseen.

8 POHDINTA

Mielestämme työstämme tuli tarkoituksenmukainen opinnäytetyö, jonka tavoite on saavutettu ja kaikkiin tutkimuskysymyksiin on vastattu. Tiedonhakuvaiheessa keräsimme useita aihetta käsitteleviä julkaisuja, joiden perusteella pystymme kuvaamaan lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeistä kuntoutumista edistävää moniammatillista hoitotyötä. Lähdeaineistossa käsiteltiin erityisesti iäkkäitä lonkkamurtumapotilaita, sillä heidän kohdallaan moniammatillinen kuntouttava hoitotyö on erityisen tärkeää ja iäkkäät ovat suurin lonkkamurtumien riskiryhmä. Opinnäytetyömme tulokset kuvaavat, miten moniammatillista yhteistyötä suositellaan tehtävän viime aikoina tehdyissä tutkimuksissa ja hoitosuosituksissa. Tuloksien perusteella lonkkamurtumapotilaiden moniammatillista kuntoutumista edistävää hoitotyötä voidaan yhtenäistää Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Opinnäytetyömme on Oulun yliopistolliselle sairaalalle tarpeellinen, sillä sairaalalla ei ole olemassa toimintamallia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumista edistävälle moniammatilliselle hoitotyölle.

Opinnäytetyömme tulosten perusteella voidaan todeta, että moniammatillisen tiimin koostumus ja jäsenten tehtävät voivat vaihdella riippuen työympäristöstä ja potilaasta. Jokaisen tiimin jäsenellä on omat ammattiryhmäkohtaiset tehtävänsä, mutta esimerkiksi mobilisointi ja kivun arviointi kuuluvat useamman ammattiryhmän vastuulle. Mobilisoinnin aloitus tulisi tapahtua mahdollisimman pian eli 24–48 tunnin kuluttua leikkauksen jälkeen. Mobilisoinnissa tulee kuitenkin huomioida potilaan terveydentila ja lääkärin ohjeistus mobilisaation aloituksesta. Potilaan fysioterapia sisältää muun muassa lihasvoiman palautumista edistäviä liikeharjoitteita sekä perusliikkumisen ja tasapainon harjoittelua. Hengityselimistön komplikaatioiden ehkäisemiseksi on suositeltavaa ohjata potilaalle hengitysharjoituksia. Potilaan hoitoon osallistuvat ammattilaiset voivat käyttää kivun mittaamiseen VRS-mittaria ja toimintakyvyn arviointiin TUG- ja CAS-mittareita.

Opinnäytetyöprosessi opetti meille erityisesti sen, kuinka tarkkaa ja systemaattista tutkimuksen tekeminen on. Olemme ymmärtäneet työvaiheiden dokumentoinnin tärkeyden, sillä ilman sitä olisimme kadottaneet paljon tutkimuksen toteutuksen kannalta tärkeää tietoa ja tutkimus ei olisi ollut enää läpinäkyvä. Luotettavuuden ja laadun arvioimiseksi tutustuimme AGREE II-arviointilomakkeeseen, Joanna Briggs Instituutin tarkistuslistoihin sekä JUFO-portaaliin, jotka olivat meille ennestään tuntemattomia. Laadun arvioinnin työkaluihin tutustumisen jälkeen niiden käyttö oli sujuvaa, kun olimme tutustuneet syvällisesti myös arvioitaviin julkaisuihin. Ensimmäisiä kertoja

julkaisuja lukiessamme saimme oman käsityksemme niiden tasosta ja laadusta, jonka pystyimme varmistamaan laadun arvioinnin eri työkaluilla. Vertaillessamme omia käsityksiämme julkaisujen laadusta arvioinnin työkalujen tulosten kanssa, emme kokeneet suuria yllätyksiä. Uskomme, että ammattikorkeakouluopinnot ja tieteellisten tekstien lukeminen opintojen aikana ovat kehittäneet arviointitaitojamme, jotka olivat hyödyksi tässäkin työssä.

Opinnäytetyömme alkuperäinen valmistumisajankohta olisi ollut keväällä 2022, mutta opinnäytetyöprosessimme aikana COVID-19-pandemia vaikutti opintoihimme niin, että sovimme toimeksiantajan kanssa opinnäytetyön uudeksi valmistumisajankohdaksi joulun 2022. Opinnäytetyön kirjoittamiselle sovittu lisäaika mahdollisti, että saimme syventyä aiheeseen ja opinnäytetyön suunnitteluun rauhassa. Perusteellisesti tehty suunnitelma helpotti loppuraportointia. Koemme, että opinnäytetyömme aiheen rajaaminen yhteistyössä opettajien ja toimeksiantajan edustajien kanssa onnistui hyvin. Tämä helpotti tiedonhakua ja opinnäytetyön kirjoittamista, sillä aiheesta on saatavilla paljon tietoa eri näkökulmista. Aiheen rajaamisen ja sisäänottokriteerien perusteella saimme kerättyä hyvän määrän mukaan otettavia julkaisuja. Olemme tyytyväisiä omiin aikataulutustaitoihimme, sillä olemme opinnäytetyöprosessin ohella tehneet opintomme loppuun ja päässeet kokeilemaan siipiämme työelämässä fysioterapeutteina. Kulunut vuosi ei ole kuitenkaan tuntunut liian rankalta.

Jatkokehittämisideana toivomme, että kirjallisuuskatsaustamme jatkojalostettaisiin toimintamalliksi tai ohjeeksi, jolloin tutkimuksemme tulokset olisivat nopeammin saatavilla ja hyödynnettävissä hoitohenkilökunnan ja kuntoutuksen ammattilaisten arjessa Oulun yliopistollisessa sairaalassa.

LÄHTEET

AGREE Next Steps Consortium 2017. The AGREE II Instrument. Hakupäivä 17.5.2022. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

Avoin tiede 2018. Todennettavuus ja toistettavuus. Helsinki: Avoimen tieteen ja tutkimuksen kansallisen koordinaation sihteeristö. Hakupäivä 11.2.2022. <https://avointiede.fi/fi/ajankohtaista/todennettavuus-ja-toistettavuus>

Cheng, Sheung-Tak 2016. Cognitive Reserve and the Prevention of Dementia: the Role of Physical and Cognitive Activities. *Current psychiatry reports* 2016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27481112/#:~:text=Cognitive%20Reserve%20and%20the%20Prevention%20of%20Dementia%3A%20the,in%20the%20risk%20of%20dementia%20in%20longitudinal%20studies.>

Dyer, Suzanne, Crotty, Maria, Fairhall, Nicola, Magaziner, Jay, Beaupre, Lauren, Cameron, Ian & Sherrington, Catherine 2016. A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatrics* 16. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12877-016-0332-0.pdf>

Ellis, Graham & Sevdalis, Nick 2019. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing* 48 (4), 498 – 505.

Gimigliano, Francesca, Liguori, Sara, Moretti, Antimo, Toro, Giuseppe, Rauch, Alexandra, Negrini, Stefano, Iolascon, Giovanni 2020. Systematic review of clinical practice guidelines for adults with fractures: identification of best evidence for rehabilitation to develop the WHO's Package of Interventions for Rehabilitation. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33188610/>

Harris-Hayes, Marcie, Herring, Thomas, Kenny, Anne, Kristensen, Morten, Mangione, Kathleen, McDonough, Christine & Overgaard, Jan 2021. Physical Therapy Management of Older Adults With Hip Fracture. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. <https://www.jospt.org/doi/full/10.2519/jospt.2021.0301>

Haslam-Larmer, Lynn, Auais, Mohammad, Donnelly, Catherine, Woo, Kevin, DePaul, Vincent. 2021. A health care record review of early mobility activities after fragility hip fracture: Utilizing the Frech systematic method to inform future interventions. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878124121000034>

Helin, Satu & von Bonsdorff, Mikaela 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa *Gerontologia* (toim. Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 426–443.

Helminen, Jari 2020. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hotus 2022. Tutkimusten arviointikriteeristot (JBI). Hoitotyön tutkimussäätiö. Hakupäivä 11.2.2022. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Isojärvi, Jaana 2018. Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO –asetelma informaation työkaluna. Seminaari. THL. Hakupäivä 9.2.2022. <https://docplayer.fi/16355927-Tutkimuskysymyksesta-hakustrategiaksi-pico-asetelma-informaation-tyokaluna.html>

Julkaisufoorumi 2022. Luokitteluperusteet. Hakupäivä 17.5.2022. <https://julkaisufoorumi.fi/fi/arvioinnit/luokitteluperusteet>

Järvikoski, Aila 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kangasniemi Mari, Utriainen Kati, Ahonen Sanna-Mari, Pietilä Anne-Maija, Jääskeläinen Petri, Liikanen Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö. 291–301.

Kekoni, Taru, Mönkkönen, Kaarina, Hujala, Anneli, Laulainen, Sanna & Hirvonen, Jukka 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa *Moniammatillinen yhteistyö: Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla* (toim. Kaarina Mönkkönen, Taru Kekoni & Aini Pehkonen). Helsinki: Gaudeamus, 12–32.

Lahtinen, Antti, Hyvönen, Pekka, Leppilahti, Juhana & Jalovaara, Pekka 2021. Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16179>

Lee, Kyung-Jae, Um, Sang-Hyun & Kim, Young-Hun 2020. Postoperative Rehabilitation after Hip Fracture: A Literature Review. *Hip & Pelvis* 32. Hakupäivä 14.7.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7476786/>

Lonkkamurtuma: Käypä hoito –suositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 12.1.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50040>

Min, Kyunghoon, Beom, Jaewon, Kim, Bo, Lee, Sang, Lee, Goo, Lee, Jung, Lee, Seung, Won, Sun, Ahn, Sangwoo, Bang, Heui, Cha, Yonghan, Chang, Min, Choi, Jung-Yeon, Do, Jong, Do, Kyung, Han, Jae-Young, Jang, Il-Young, Jin, Yuri, Kim, Dong, Kim, Du, Kim, In, Kim, Myung, Kim, Won, Lee, Yun, Lee, In, Lee, In-Sik, Lee, JungSoo, Lee, Chang-Hyung, Lim, Seong, Park, Donghwi, Park, Jung, Park, Myungsook, Park, Yongsoon, Ryu, Ju, Song, Young, Yang, Seoyon, Yang, Hee, Yoo, Ji, Yoo, Jun-il, Yoo, Seung, Choi, Kyoung & Lim, Jae-Young 2021. Clinical Practice Guideline for Postoperative Rehabilitation in Older Patients With Hip Fractures. *Annals of Rehabilitation Medicine*. Korean Academy of Rehabilitation Medicine. <https://synapse.koreamed.org/articles/1150894>

Oulun yliopisto 2022. Tieteellisiin julkaisuihin pohjautuva arviointi: Artikkelien arviointi. Hakupäivä 30.5.2022. <https://libguides oulu.fi/julkaisujenarviointi/artikkelit>

Pajulammi, Hanna, Nuotio, Maria 2018. Geriatri lonkkamurtumapotilaan akuuttihoitossa - käyttämättömän mahdollisuus. *Duodecim*. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14567>

Perracini, Monica, Kristensen, Morten, Cunningham, Caitriona & Sherrington, Cathie 2018. Physiotherapy following fragility fractures. *Injury* 49. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002013831830319X?casa_token=XwKh08zn4rcAAAAA:Qvhy-BHDYwbJhKnsLI9UaJ66__FJUHKVnWnRez4EFuf1EQJ7Wvge-WJpxwzL7IVhj_8WnEya74L8

Piirtola, Maarit 2011. Fractures in older people – incidence, predictors and consequences. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/69682/Annales%20D%20966%20Piirtola%20DISS2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Piirtola, Maarit 2018. Lonkkamurtuman jälkeinen mobilisaatio, fyysinen harjoittelu ja uusien kaatumisten ehkäisy. Lonkka murtui – tavoitteena takaisin kotiin 8.2.2018. Pdf-tiedosto. Helsinki. <https://www.kaypahoito.fi/wp-content/uploads/sites/15/2019/01/Piirtola.pdf>

Pitkälä, Kaisu, Valvanne, Jaakko & Huusko, Tiina 2016. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Geriatria (toim. Reijo Tilvis, Kaisu Pitkälä, Timo Strandberg, Raimo Sulkava & Matti Viitanen). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/ger04200/do>

Poulsen, Lise, Ilvig, Pia, Brendstrup, Louise, Ramussen, Caroline, Pedersen, Kirsten, Ditlevsen, Peter, Henriksen, Sara, Kirk, Jeanette 2021. Development, implementation and evaluation of an optimized cross-sectoral rehabilitation program after acute hip fracture surgery: A mixed-methods study. Evaluation and programme planning. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756708/>

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari & Axelin, Anna 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, Kirsi., Axelin, Anna., Stolt, Minna. & Ääri, Riitta-Liisa. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 46– 57.

Radosavljevic, Natasa, Nikolic, Dejan, Lazovic, Milica & Jeremic, Aleksandar 2014. Hip Fractures in a Geriatric Population – Rehabilitation Based on Patients Needs. Aging and Disease 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037309/>

Riemen, Anna. & Hutchison, James 2016. The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. Orthopaedics and Trauma 30. 117 – 122. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877132716300252>

Routasalo, Pirkko, Arve, Seija. & Lauri, Sirkka 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. International Journal of Nursing Practice 10. 207–215.

Salminen, Ari 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62. Julkisohtaminen 4. Vaasan yliopisto. Vaasa. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Scribbr 2020. Opinnäytetyön rakenne. Miten kirjallisuuskatsaus tehdään? 2020. Hakupäivä 30.10.2022. <https://www.scribbr.fi/opinnaytetyon-rakenne/kirjalli-opinnaytetyo/>

Segev-Jacobovski, Orit, Magen, Hagit & Maeir, Adina 2018. Functional Ability, Participation, and Health-Related Quality of Life After Hip Fracture. OTJR: Occupation, Participation and Health 39 (1) <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1539449218796845>

Siira, Heidi, Lotvonen, Sinikka, Saarela, Kaisa, Kyngäs, Helvi. 2021. Kuntouttava työote 2.0 - Te-rapeuttilähtöisyydestä hoitajakeskeiseen kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Gerontologia 1/2021. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/91984/60237>

Stolt, Minna, Axelin, Anna & Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73. Turku: Turun yliopisto.

Taberna, Miren, Moncayo, Francisco, Jané-Salas, Enric, Antonio, Maite, Arribas, Lorena, Vilajosana, Esther, Peralvez Torres, Elisabeth & Mesia, Ricard 2020. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. Frontiers in Oncology 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100151/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021. ICF. Hakupäivä 12.1.2022. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.

Tilvis, Reijo 2016. Osteoporootiset murtumat, Geriatria, Duodecim. Hakupäivä 29.10.2022

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vanhala, Anni, Niemi, Hannele & Ylinen, Aarne 2016. Kuntoutumista tukeva työote. Teok- sessa Kuntoutuminen (toim. Ilona Autti-Rämö, Anna-Liisa Salminen, Marketta Rajavaara, Aarne Ylinen & Anna-Mari Aalto). Helsinki: Duodecim. 302 – 308.

Volkmer, Britannia, Sadler, Euan, Lambe, Kate, C.Martin, Finbarr, Ayis, Salma, Beaupre, Lauren, D.Cameron, Ian, L.Gregson, Celia, Johansen, Antony, Kristensen, Morten, Magaziner, Jay, Sacley, Catherine, O.Smith, Toby, Sobolev, Boris, J. Sheehan, Katie 2021. Orthopaedic physiotherapists' perceptions of mechanisms for observed variation in the implementation of physiotherapy practices in the early postoperative phase after hip fracture: a UK qualitative study. Age and Ageing 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34185833/>

Wilson, Helen 2013. Multi-disciplinary care of the patient with acute hip fracture: How to optimise the care for the elderly, traumatised patient at and around the time of the fracture to ensure the

best short-term outcome as a foundation for the best long-term outcome. Best Practice & Research
Clinical Rheumatology 27. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694214000151?casa_tken=nV6xTqs4bAAAAAA:SVmAHy1jeOFp0lfM5IXTpdsm7OGYA5LAWjxSn92mAackEJrDAYw3smehpgTbcCcfRnctZeRuVvw

Tutkimuksessa käytetty aineisto ja sen laadun arviointi

LIITE 1

	Kirjoittajat	Julkaisun tyyppi	1*	2*	3*	4*	Laadun arviointi
1	Gimigliano ym. 2020	Kirjallisuuskatsaus	x		x	x	JBI Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle: 11/11, JUFO: taso 1
2	Harris-Hayes ym. 2021	Hoitosuositus	x	x	x	x	AGREE II: 95/100 (%)
3	Haslam-Larmer ym. 2021	Katsausartikkeli	x		x	x	JBI Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille: 6/6, JUFO: taso 1
4	Lahtinen ym. 2021	Kirjallisuuskatsaus	x		x	x	JBI: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 4/6, JUFO: taso 1
5	Lee, Um & Kim 2020	Katsausartikkeli	x	x	x	x	JBI Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille: 6/6
6	Min ym. 2021	Hoitosuositus	x		x	x	AGREE II: 91/100 (%)
7	Pajulammi ym. 2019	Asiantuntija-artikkeli	x		x		JBI: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 6/6, JUFO: taso 1
8	Perracini ym. 2018	Katsausartikkeli	x	x		x	JBI Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 6/6, JUFO: taso 1
9	Poulsen ym. 2021	Tutkimusartikkeli	x		x	x	JBI Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 6/6, JUFO: taso 1
10	Radosavljevic ym. 2014	Katsausartikkeli	x	x		x	JBI Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 6/6, JUFO: taso 1
11	Riemen ym. 2016	Asiantuntija-artikkeli	x	x	x	x	JBI Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 6/6, JUFO: taso 1
12	Siira ym. 2021	Asiantuntija-artikkeli	x				JBI: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 6/6, JUFO: taso 1
13	Volkmer ym. 2021	Haastattelututkimus	x	x	x	x	JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 7/10 JUFO: taso 3
14	Wilson 2013	Katsausartikkeli	x	x	x	x	JBI Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille 6/6, JUFO: taso 1

*1: julkaisussa on käsitelty moniammatilliseen tiimiin kuuluvia ammattiryhmiä, 2: julkaisussa on käsitelty eri ammattiryhmien tehtäviä, 3: julkaisussa on käsitelty lonkkamurtumapotilaan mobiilisaation ja fysioterapian aloitusajankohtaa leikkauksen jälkeen, 4: julkaisussa on käsitelty lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeisen fysioterapian sisältöä.

Hakulausekkeet tietokannoittain

LIITE 2

Tietokanta ja hakulausekkeen numero	Hakulauseke
Google Scholar	("hip fracture*" OR "broken hip") AND (trauma OR acute) AND (rehabilitative* OR rehabilitating* OR postoperative* OR post-surgical*) AND (nursing OR care OR treatment) AND (multidiscipline* OR multiprofessional* OR interprofessional*) AND (inpatient OR ward)
Medic	"hip fracture" AND postoperative* OR "post-surgical*" OR rehabili* OR "physical therapy**"
PubMed, 1	((("hip fractures"[MeSH Terms] OR "broken hip"[Text Word] OR "trauma patient"[Text Word]) AND ("postoperative care"[MeSH Terms] OR "rehabilitative*"[Text Word] OR "rehabilitating*"[Text Word] OR "postoperative**"[Text Word] OR "post surgical**"[Text Word]) AND ("physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR "recovery"[Text Word] OR "treatment"[Text Word] OR "nursing"[Text Word] OR "management"[Text Word]) AND ("multidiscipli**"[Text Word] OR "multiprofessio**"[Text Word] OR "interprofessio**"[Text Word]))
PubMed, 2	((("hip fractures"[MeSH Terms] OR "broken hip"[Text Word] OR "trauma patient"[Text Word] OR "hip fracture**"[Text Word]) AND ("postoperative care"[MeSH Terms] OR "rehabilitative**"[Text Word] OR "rehabilitating**"[Text Word] OR "postoperative**"[Text Word] OR "post surgical**"[Text Word]) AND ("physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR "recovery"[Text Word] OR "treatment"[Text Word] OR "nursing"[Text Word] OR "management"[Text Word]) AND ("multidiscipli**"[Text Word] OR "multiprofessio**"[Text Word] OR "interprofessio**"[Text Word]))
CINAHL, 1	(MM "Hip Fractures") OR "hip fracture" OR "broken hip" AND postoperative* OR "post-surgical*" OR rehabill* multidisciplinary* OR multiprofessional* OR interprofessional*
CINAHL, 2	"hip fracture**" OR "broken hip" OR "trauma patient" AND rehabilitative* OR rehabilitating* OR postoperative* OR post-surgical* AND nursing OR care OR management OR treatment OR "physical therapy*" AND multidiscipli* OR multiprofessio* OR interprofessio*
CINAHL, 3	(MM "Hip Fractures") OR "broken hip" OR "trauma patient" AND rehabilitative* OR rehabilitating* OR postoperative* OR post-surgical* nursing OR care OR management OR treatment OR (MH "Physical Therapy") AND multidiscipli* OR multiprofessio* OR interprofessio*
Elsevier	("hip fracture" OR "broken hip") AND (rehabilitative OR rehabilitating OR postoperative OR post-surgical) (nursing OR care OR management OR treatment) AND (interdisciplinary OR multiprofessional)