

# Prosessikuvaus leikkauksen jälkeisen lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta Espoon sairaalan terveyskeskusosastolle 4

Salomaa, Erja

2014 Laurea- Otaniemi



Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

Prosessikuvaus leikkauksen jälkeisen  
lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta Espoon  
sairaalan terveystakeskusosastolle 4

Salomaa Erja  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2014

Salomaa, Erja

**Prosessikuvaus leikkauksen jälkeisen lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta Espoon sairaalan terveyskeskusosastolle 4**

Vuosi 2014 Sivumäärä 22

Lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeinen kuntoutus, Lonkkaliukumäki, alkoi Espoon sairaalassa toukokuussa 2011. Sen tavoitteena on potilaan murtuman leikkauksen jälkeinen viiveetön kuntoutuminen ja palaaminen omaan asuinympäristöönsä mahdollisimman nopeasti.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa prosessikuvaus traumaattisen matalaenergisien lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen, lonkkaliukumäkeen, Espoon sairaalan terveyskeskusosastolle 4. Potilaan vastaanottaminen, hoito ja kuntoutus sekä kotiutuminen perustuvat eri yksiköiden sekä moniammatillisen tiimin yhteistyöstä.

Opinnäytetyön viitekehyksen teoria pohjautuu lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen ja hoidon osa-alueista, jotka ovat keskeisiä potilaan vastaanottovaiheessa. Teorian pohjalta syntynyt prosessikuvaus havainnollistaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon välistä saumatonta yhteistyötä, sekä osaston moniammatillisen tiimin sujuvan yhteistyön toiminnan potilaan kuntoutumisen edistämiseksi.

Prosessikuvausta voi käyttää uuden työntekijän perehdytyksen tueksi tai laajemmin tarkastella työn sisältöä ja sen toimintaa. Prosessikuvauksen tuottamisessa on käytetty QPR Process Guide 8.1.ohjelmaa.



Laurea- Otaniemi

Salomaa Erja

**An admission process for a post-operative hip fracture patient on ward 4 in Espoo hospital**

Year 2014

Pages 22

Rehabilitation for post-operative hip fracture patients, called Lonkkaliukumäki, was started in Espoo hospital in May 2011. The aim of the treatment is to rehabilitate the patient swiftly, and to enable him to return to his usual living environment as soon as possible.

The purpose of this functional Bachelor's thesis was to describe the admission process for a patient suffering from a traumatic low- energy hip fracture for post operative rehabilitation at Health Care Centre ward 4 in Espoo Hospital. The admission, care and rehabilitation of the patient are based on the collaboration between different units and multi-professional team.

The theoretical framework for this thesis is based on theory on the rehabilitation and care of hip fracture patients, which both are of central importance at the time of admission. With this theory as a starting point, the process description illuminates the seamless collaboration between the special and the basic health care units, as well as the smooth cooperation among the multi-professional team on the ward in order to promote the rehabilitation of the patient.

The process description can be used as an aid when teaching new employees in health care, or for taking a wider look at the work and activity. The program used for producing the process description is QPR Process Guide 8.1.

Keywords: Admission process, hip fracture patient, treatment

## Sisällys

1. Johdanto	
2. LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITO	1
2.1. Lonkkamurtumapotilas	1
2.2. Toimintakyvyn arviointi	2
2.3. Kivun hoito	3
2.4. Ravitsemus ja nesteytys	5
2.5. Kuntoutus	7
3. POTILAAN VASTAANOTTAMINEN OSASTOLLE	8
3.1. Terveyskeskusosasto 4	8
3.2. Vuorovaikutus vastaanottotilanteessa	9
4. PROSESSIKUVAUS	10
5. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	10
6. PROSESSIKUVAUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	11
7. PROSESSIKUVAUS POTILAAN VASTAANOTTAMISESTA OSASTOLLE	11
7.1. Potilaan vastaanottamiseen valmistautuminen	12
7.2. Potilaan vastaanotto osastolle	12
7.3. Potilaan osastolle saapumisen jälkeinen päivä	15
8. PROSESSIKUVAUKSEN ARVIOINTI	15
8.1. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	16
8.2. Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	17
8.3. Opinnäytetyön kehittämissuhteet	19
Lähteet	20
Liitteet	22

## 1. Johdanto

Lonkkamurtumapotilaiden keskitetty kuntoutus aloitti Espoossa toimintansa vuonna 2001 Puolarmetsän sairaalassa osastolla 2D. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon aloittaman yhteistyön tuloksena syntyi matalaenergisten lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeinen kuntoutus, jonka tarkoituksena on madaltaa eri toimijoiden ja instanssien välistä kuilua, ja mahdollistaa potilaan nopea kuntoutuminen omaan asuinympäristöönsä palaavaksi. (Heiskanen - Haarala)

Lonkkamurtumapotilaan esteetön siirtyminen tapaturmapaikalta sairaalaan, leikkaukseen ja kuntoutuksen kautta koti-ympäristöön, sai nimekseen Lonkkaliukumäki. Moniammatillisen asiantuntijatiimin avulla potilaan kuntoutus on potilaslähtöistä ja päämäärään tähtäävää (Heiskanen - Haarala 2011,17). Matalaenergisten lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus alkoi Espoon sairaalan terveystakeskus-osasto 4:llä toukokuussa 2011.

Opinnäytetyöidea sai alkunsa vuonna 2009 Espoon kaupungin hankkeesta Päivä Paremmaksi Palvelulla PPP, jossa Espoon perusterveydenhuollon tavoitteena on hoito-tulosten jatkuva parantaminen, sekä toiminnan toimivuuden kehittäminen. Kehittämishankkeen ajatus on työprosessien vaiheiden tunnistaminen, joka parantaa palvelun tehokkuutta ja tuottavuutta. Näillä tarkoitetaan työn merkityksellisyyttä, sekä siitä asiakkaalle koituvia hyötyjä. Työn tunnistaminen ja sujuminen lisää myös kustannustehokkuutta, joka ei ole ristiriidassa toiminnan laadun kanssa. Asiakkaalle hyvin toimivalla työyhteisöllä on merkitystä palveluun ja sen laadun saantiin (Metso 2008).

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa prosessikuvaus traumaattisen matalaenergisen lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen Espoon sairaalan terveystakeskusosasto 4:lle. Opinnäytetyön tavoite on yhtenäistää ja kehittää matalaenergistä lonkkamurtumapotilaan vastaanottamista. Toimintatapojen tunnistamisella on merkitystä tiimityön sujuvuuteen. Yhteneväiset toimintatavat lisäävät myös työilmapiiriin viihtyvyyttä, turvallisuutta ja taloudellisuutta, sekä edesauttavat työntekijän, luovaan ajatteluun, ammatilliseen kehittymiseen sekä uuden kehittämiseen. Prosessikuvausta voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksen tueksi, tai laajemmin tarkastella sen avulla toiminnan sujuvuutta. Prosessikuvaus on rajattu potilaan vastaanottamisen valmisteluun, vastaanottoon, päättyen osastolle saapumisen jälkeiseen päivään.

Työ esittelee Espoon sairaalan perusterveydenhoidon osasto 4:n matala- energisen lonkkamurtumapotilaan leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen saapuvan potilaan vastaanottamista osastolle. Opinnäytetyö kuuluu Laurea - Otaniemen Ohjaus hoitotyössä hankkeeseen.



## 2. LONKKAMURTUMAPOTILAAN HOITO

### 2.1. Lonkkamurtumapotilas

Lonkkamurtumapotilaat kuormittavat terveydenhuoltoa merkittävästi, sillä ne vaativat pitkä aikaista kuntoutusta ja sairaalahoitoa. Lonkkamurtuma johtaa ylimääräisiin kustannuksiin, sekä elämänlaadun menetykseen. 90 % lonkkamurtumista syntyy kaatumisen seurauksena. Lonkkamurtuman saamisen riski kasvaa 60 ja 80 v. välillä 13-kertaiseksi. Lonkkamurtumista 70 % ovat naisia. Heidän keski-ikä on 80 vuotta ja miesten keski-ikä on 75 vuotta. (Käypähoito 2011.)

Lonkkamurtumapotilaat ovat usein heikkokuntoisia heidän sairastamien liitännäissairauksien myötä. Nämä vaikuttavat, niin murtuman saantiin, että kuntoutumiseen. Kaatumisen syihin vaikuttavat mm. infektiot, lihasmassan heikkeneminen, osteoporoosi, liitännäissairaudet, näön heikkeneminen, ravitsemustila ja kipu. Kaatumisen syy on tärkeä tekijä tiedostaa, sillä uudelleen kaatumisen vaara on kaksinkertainen. (Huusko 2006.) Traumaattisesti syntyneen lonkkamurtuman yleisyys johtuu ikääntyneen kaatumistavasta, hän kaatuu useimmiten kyljelleen, lonkan tai kyljen päälle. Aiheutuneen vamman laatuun vaikuttaa luun rakenne, törmäysalustan rakenne, kaatumiskorkeus ja kaatumissuunta (Saarenpää 2008, 20).

Lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen keskittäminen geriatriseen yksikköön parantaa potilaan toipumista ja lyhentää sairaalassa-oloaika. Hoidon merkityksellisyys on huomattava niin potilaalle kuin yhteiskunnalle. Moniammatillisen tiimin sisältävä kuntoutus ei lisää hoidon kokonaiskustannuksia. Tehokkaan kuntoutuksen vaikuttavuus on etenkin dementiaa sairastavien potilaiden keskuudessa. Heidän sairaalassa-oloaika lyhenee ja pitkäaikaiseen laitoshuoltoon joutuminen vähenee huomattavasti. (Huusko 2001.)

Terveydenhuollon haasteena on lonkkamurtumapotilaiden määrän kasvaminen väestön ikääntyessä. Heidän keski-ikä on myös tulevaisuudessa korkeampi (Huusko 2001). HUS Jorvi ja Espoon sairaalan yhteistyön tuloksena perustettu Lonkkaliukumäki terveyskeskusosasto 4:lle, vastaa traumaattisten matalaenergisten lonkkamurtumapotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta. Liukumäkimallin tarkoitus on potilaan sulava siirtyminen traumapaikalta sairaalaan, leikkaukseen, leikkauksen jälkeiseen valvontaan, kuntoutukseen ja kotiutukseen. Leikkaukseen pääsyä on nopeutettu, operatiiviset ratkaisut kehittyneet, ja aktiivisen kuntoutuksen alkaminen aikaistettu. Myös kotiutuksen jälkeinen kuntoutumisen jatkuminen on varmistettu. Sujuvuudessaan hoito ja kuntoutus eivät kangertele, vaan vastaa potilaan tarvitseman hoidon tarpeisiin. (Lonkkaliukumäki on Vuoden Laatuinnovaatio 2014).

## 2.2. Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyky on moniulotteinen niin fyysisten, psyykkisten kuin sosiaalisten ominaisuuksien suhde henkilön itseensä, sekä häneen kohdistuviin odotuksiin. Sitä arvioidaan potilaan edellytyksillä elää ja toimia odotuksia vastaavasti. Se on tilanne- ja paikkasidonnainen moniulotteinen käsite johon vaikuttavat potilaan oma näkemys, asenne, voimavarat ja rajoitteet. Toimintakyvyn vastakohta on toiminnanvajaus, joka on kuntoutuksen alussa todellisuus lonkkamurtumapotilaan muuttuneessa elämäntilanteessa. Traumaattisesti syntynyt lonkkamurtuma muuttaa potilaan elämäntilannetta aiheuttaen stressiä, johon mm. uusi tilanne, vieras ympäristö, kipu, ennakkoluulot, itsenäisyyden menettämisen pelko vaikuttavat. (Huttunen 2013.)

Toimintakyvyn arviointi tulisi olla holistinen, kattaen niin fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset kuin sosiaaliset ulottuvuudet, myös asuin ja elinympäristöön liittyvät toimintakyvyn tekijät. Fyysisiin toimintoihin lukeutuvat päivittäiset ADL toiminnot kuten liikkuminen, ruokailu, hygienian hoito, wc-käynnit, pukeutuminen, istuminen, sekä IADL toiminnot jotka käsittävät kotiaskareet sisätiloissa kuten ruuan laittaminen, vuoteen sijaus, ja ulkotiloissa apuvälineen käyttö, portaissa selviytyminen, kaupassa käynti, autoon istuminen ja poistuminen jne. (Hagström 2006,16.)

Kognitiiviset toiminnot käsittävät muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Psyykkisiin toimintoihin sisältyy potilaan käsitys omasta elämästään ja elämänhallinnasta. Siihen vaikuttaa potilaan itsearvostus, mielenterveys, omat voimavarat sekä elämän haasteista selviytyminen. Sosiaalinen toimintakykyyn sisältää kyvyn olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyy myös kodissa tai kodin ulkopuolella olevat harrastukset (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006).

Kattavan toimintakyvyn arvioimiseksi tarvitaan moniammatillista osaamista hyödyntämällä hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta. Näiden lisäksi keskustellaan apua tarvitsevan omaisten, sekä lähimmäisten havainnointia, hänen arjen selviytymisessä. Toimintakyvyn puutteellisuuden arvioinnin, ja saadun avun, sekä tuen vaikutuksellisuutta arvioidaan niihin soveltuvin toimintakyvyn mittarein. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006.)

Barthel indeksi on 10-osainen toimintakyvyn arviointiin perustuva jonka avulla voidaan arvioida potilaan voimavaroja, niin ADL kuin IADL - toiminnoissa. Luokituksen avulla voidaan arvioida potilaan avun tarvetta, sekä verrata kuntoutumisen vaikuttavuutta. Se perustuu potilaan voimavarojen hallintaan ja selviytymiseen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011-2014.)

FIM mittari mittaa toimintakykyä ja avun tarvetta. Sen 18 osa-alueiden päivittäisten toimintojen arvioinnin kohteena ovat 15 motoriseen ja 5 kognition kuvaavaa osiota. Se perustuu potilaan avun tarpeeseen eli kuinka paljon apua potilas tarvitsee selviytyäkseen arjen toiminnoista. Arvioinnissa huomioidaan potilaan apuvälineiden käyttö sekä muu avun saanti. (FCG Finnish Consulting Group.)

### 2.3. Kivun hoito

Kipu on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka sijoittuu ruumiin ja mielen rajapinnalle. Kipukokemus on jokaisella yksilöllinen. Sen aistima tunne vaikuttaa mieleen ja mielen tapahtumat elimistöön, joka puolestaan säätelee kivun kokemista ja sen ilmaisuja. Kipu jaetaan akuuttiin ja krooniseen kipuun ja ne eroavat toisistaan niin syntyperiltään kuin hoidoiltaan. Akuutti kipu on lyhytaikainen kipu joka aiheutuu elimellisestä kivusta kuten haava, murtuma, leikkaus, synnytys tai tulehdus. Akuutti kipu lievenee ja häviää vaurion parannuttua. Kroonisessa kivussa kipu jatkuu kudosten paranemisajan jälkeen. Pitkittyneen kivun syyt voivat olla kivunsäätelymekanismeissa, joka antaa kivun tunnetta vaikka kivun aiheuttaja on parantunut. Tätä ns. vääriä hälytystä voi ylläpitää biologiset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät. (Vainio 2009.) Lonkkamurtuman ensisijainen kivunhoito on murtuman stabilointi joka korjataan leikkauksella, mutta täytyy muistaa, että leikkauksen jälkeinen kipu on vielä huomattava.

Kipukokemukseen vaikuttavat niin mieliala (ahdistus pelko, masennus) asenteet ja odotukset (aikaisemmat kipukokemukset) ja sukupuoli. Naisten ja miesten välinen kipukokemuksen ilmaiseminen eroavat toisistaan. Naisten arvioima kivun voimakkuus on suurempi kuin miehillä. Kivun olemassa - olo ei voi kyseenalaistaa vaan sen aiheuttama tunne yksilölle on aina todellinen. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 10-12.) Kivun voimakkuuden arviointiin käytettävät menetelmät ovat kipumittarit, kasvokuvat, sanallisesti kuvattu kivun voimakkuus sekä kipukäyttäytyminen. Käytössä olevia yksilöllisiä kipuasteikkoja ovat esimerkiksi:

- VAS- asteikko (Visual Analogue Scale) on 10 cm pitkä kipujana. Janamittarin kiilan toinen pää näyttää kivutonta aluetta ja toinen pää sietämätöntä kipua. Potilas siirtää janan hahloa kipua kuvaavalle alueelle. Mittarin takana ovat numeroituna luvut 1-10, josta näkee kivun numeerisen asteen kivuttomasta 0 - sietämättömään kipuun 10.

- NRS (Numeric Rating Scale) on verbaalinen mittari kivuttomasta numeroin kivuttomasta 0- sietämättömään kipuun 10.

- VDS sanallinen kipumittari (Verbal Descriptor Scale) on mittari, jossa potilas ilmaisee sanallisesti kivun muodot: ei kipua- lievä kipu kohtalainen kipu- voimakas kipu- sietämätön kipu.

- FPS (Faces Pain Scale) on kuvallinen mittari, jossa eri-ilmeiset kasvokuvat ilmentävät kivun voimakkuutta ja laatua. Potilas osoittaa mikä kuvista kuvaa hänen omaa tuntemusta.

Asteikot vaativat toimiakseen potilaalta yhteistyökykyä, jolloin omin sanoin arvioima kivun alue, laatu ja voimakkuus täsmentävät kivun kuvausta. Jokaisen potilaan kohdalla, mutta etenkin yhteistyökyvyttömällä potilailla arvioidaan kipua havainnoimalla kipukäyttäytyminen joka voi esiintyä valittamisella, epämukavalla ololla, pelkotilalla, kipualueen varjelulla, ärtyneisyydellä, levottomuudella, sekavuudella, ilmeillä, verenpaineen ja sykkeen nousulla sekä hengitystoiminnan muutoksella. (Salanterä ym. 2013, 10-12.)

Kivun hoito perustuu kivun aiheuttajaan, sen voimakkuuteen ja vaikuttavuuteen. Kivunhoidon tarkoituksena on antaa potilaalle kivuton olo, jolla parannetaan elämänhallintaa ja edistetään hänen toimintakykyään. Kivuttomuus antaa mahdollisuuden liikkumiseen, jolla taas puolestaan on vaikutusta nivelten liikkuvuuteen, turvotuksen laskemiseen ja potilaan pelkotilojen korjaamiseen. Sen voimakkuus ja laatu on yksilöllinen ja mitattavissa vain potilaan kokeman arvion mukaan (Salanterä ym. 2013, 4-5).

Kivuttomuus on edellytyksenä potilaan mobilisoinnille, joka puolestaan vähentää turvotusta ja kipua, sekä lisää nivelten liikkuvuutta. Potilaan liitännäissairaudet ja aikaisemmin kipua aiheuttavat tekijät tulee myös tunnistaa. Kipuaistimuksen voimakkuuteen vaikuttaa myös potilaan mieliala. Potilaan kokeman kivun säännöllinen ympärivuorokautinen arviointi ja hoito edesauttavat potilaan kivunhallintaa. (Salanterä ym. 2013, 6.)

Lääkkeellinen kivunhoito vaatii yksilöllisen suunnitelman antoaikoihin ja reitteineen. Lääkäri määrää lääkkeet antotapoihin, ja hoitaja arvioi lääkkeen annon, ajankohdan ja lääkkeen laadun valinnan potilaalle. Lääkinnällinen hoito perustuu usein yleisiin lääkkeenantoaikoihin, mutta potilaan yksilöllisen kivunhoidon toteuttamiseksi tulee potilaan kiputilannetta seurata säännöllisesti ympäri vuorokauden. Mahdollisuus riittämättömään lääkkeelliseen kivunlievitykseen vammaansa nähden, kuuluvat potilaat jotka eivät kerro kivuistaan, sekä ennen kaikkea dementoivaa sairautta sairastavat potilaat (Salanterä ym. 2013, 15-16).

Ei lääkkeellinen kivunhoito perustuu fysikaaliseen kivunhoitoon kuten liikkeeseen, asentoon ja rentoutumiseen, sekä kivunhallintamenetelmiin, johon kuuluu mm. potilaan psyykinen tukeminen.

Liike laskee turvotusta ja parantaa nivelten liikkuvuutta. Asento- ja liikehoito lisäävät verenkiertoa ja vähentävät lihasspasmeja ja mahdollistaa lihasten rentoutumisen. Levossa asentohoito sekä raajan tukeminen tyynyillä mahdollistaa jännittyneiden lihasten rentoutumisen. Potilaan psyykkiseen tukemiseen kuuluu läsnä- olo, kuunteleminen, sekä huomion siirtäminen pois kivun aihepiiristä. (Salanterä ym., 2013, 17-19.)

#### 2.4. Ravitsemus ja nesteytys

Ihmisen vanhetessa perusaineenvaihdunta laskee. Ruuansulatusentsyymit ja aktiivisten kudosten määrä pienenee joka johtaa mahalaukun hitaaseen tyhjenemiseen ja ruokaillessa nopeaan kylläisyyden tunteeseen. (Hiltunen 2009, 3551.) Huonoon ruokahaluun vaikuttavina tekijöinä ovat mm. yksinäisyys, vaikeuksia ruuan saamisessa, masennus, suun ja hampaiden huono kunto, suun kuivuminen, allergiat, liitännäissairaudet, lääkitys, allergiat, etniset vakaumukset, sekä alentunut taloudellinen tilanne.

Puutteellisten vitamiinien joista eritoten kalsium ja D - vitamiini sekä kivennäisaineiden saanti haurastuttaa luuta ja alentavat toimintakykyä. Luun haurastuminen johtuu luumassan alenemisesta ja luun rakenteen mikromassan muutoksesta. Nämä johtuvat osittain geeniperimästä, ravitsemusongelmien kautta virhe- ja aliravitsemuksesta, tai /ja lääkkeellisen hoidon vaikutuksesta (Suominen 2011, 4-5).

Liian vähäinen energiansaanti johtaa pitkittyessään laihtumiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen, sekä hidastaa sairauksista ja vammojen toipumisesta. Virhe- ja aliravitsemuksen vaikutuksesta lihaskunto alenee joka puolestaan vaikuttaa hengitys sekä sydämen toiminnan heikkenemiseen (Hiltunen 2009, 3552). Heikkokuntoisella infektioalttius kasvaa immuunipuolustusjärjestelmän pettäessä (Suominen 2006, 24).

Proteiinin ja energian vähäisestä saannista aiheutuva aliravitsemus johtaa laihtumiseen. Virheravitsemuksessa ruokavalion suojaravintoaineita on niukasti, vaikka energiapitoisuus olisi sopiva tai liiallinen. Myös ylipainoinen ikääntynyt voi kärsiä virheravitsemuksen kautta puutostiloista. (Suominen 2006, 24-26)

Lonkkamurtumapotilaista vajaaravittuja ovat n. 70 % (Vajaaravitsemus). Ennen sairaalaan pääsyä ja päivystyspoliklinikalla jonottaessaan voi neste- ja ravitsemustila entisestään heiketä, jonka vuoksi ravitsemustilan ongelmiin ja ravitsemuksen laatuun on puututtava välittömästi hoidon alussa. Tulisi kiinnittää huomiota ruuan laatuun, ruokailuympäristöön sekä varmistaa potilaan mahdollisuus saada joko itse syötyä, tai avustettuna. (Suominen ym. 2010, 25-26.)

Heikkokuntoisen lonkkamurtumapotilaan toipumista auttaa ja leikkaushaavan paranemista edistää riittävä ravintoaineiden saaminen. Siksi kuntoutujalle suositellaan tehostettua

ruokavaliota. Tässä runsaasti proteiinia, energiaa ja ravintoaineita sisältävässä ruokavaliossa on rakennusaineita kuntoutujan hyvän ravitsemustason parantamiseen ja ylläpitoon. Tehostetussa ruokavaliossa annoskoko on pienempi kuin tavallisessa ateriasa, joten huonon ruokahalun omaavalla on mahdollisuus nauttia annos kokonaisuudessaan. Ravitsemustilaa tulee myös sairaala-oloissa nostaa täydennysravintojuomilla ja välipaloilla. (Suominen ym. 2010, 25-26.)

Ravitsemustilaa arvioidaan painoindeksillä BMI (Body Mass Index). Se mitataan potilaan paino/pituus<sup>2</sup>.

MNA (Mini Nutritional Assessment) on Yli 65v. ravitsemustilan seuranta-asteikon avulla voi tunnistaa ali- tai virheravitsemuksesta kärsiville tai joilla on lisääntynyt riski ali- tai virheravitsemukselle.

Ruokailun seurantalomakkeen avulla selvitetään henkilön proteiini ja energian saantimäärää seuranta-päivän ajalta. Siinä kirjataan aterian energiamäärä sekä yksityiskohtaisesti aterialta nautittu määrä. Seuranta-päivän päätteeksi lasketaan energian saanti jonka pohjalta laaditaan yksilöllinen ravitsemusohjeistus. (Suominen ym. 2010, 61-68.)

Natriumin, kloridin ja kaliumin vaikutus elimistössä tapahtuu solutasolla ja on merkityksellinen myös happo- ja emästasapainoon. Vaikutusta on siis koko kehon toimintaan, kudospuusiin ja hermostolliseen toimintaan. Niiden puute ja liikasaanti aiheuttaa oireita ja toiminnan vajausta elimistössä. Veren happo- ja emästasapainon järkkäessä muuttuu entsyymien reaktionopeus, joka heikentää munuaisten ja keuhkojen toimintaa. (Puura ym. 2006, 212-213.)

Lonkkamurtumapotilaan nestetasapainon järkkymisen mahdollisuus on mm. jo murtuman aiheuttaman vuodon vuoksi. Lisäksi monisairas potilas on voinut maata kotonaan pitkään ennen hoitoon pääsyä, joten hänen vajaanesteytyksensä on todennäköinen. Tavoitteena on potilaan nestetasapainon korjaaminen, mutta sen epätasapaino on mahdollisesti olemassa vielä potilaan leikkauksen jälkeisinä päivinä.

Nestetasapaino on potilaan saadun nesteen ja poistuneen nesteen välinen suhde. Potilaan nestetasapainon tarkkailussa seurataan erityisesti veden, diureesin, sekä ihon kautta haihtuneen nesteen määrää. Monisairasta, etenkin sydämen ja munuaisten vajaatoiminnasta kärsivää potilaan nesteytyksensä, tulee ohjelmoida ja toteuttaa realistiseksi. Liiallinen nesteytyksensä johtaa sydämen toiminnan kuormittumiseen, ja vajaanesteytyksensä munuaisten vajaatoimintaan. Munuaisten toiminnan elektrolyyttien säätelyn järkkäminen on vanhuksella alttiimpaa kuin nuorella henkilöllä. (Puura ym. 2006, 212-213.)

Vajaanesteytyksessä, dehydratiossa, sympaattinen hermosto aktivoituu, RR laskee, suun limakalvot kuivuvat, ihon kimmoisuus alenee ja iho on kylmän nihkeä, potilas muuttuu takykardiseksi ja diureesi vähenee. Kuivumistilan edetessä tajunta muuttuu sekavasta uneliaaksi. Potilaan dehydratation ehkäisemiseksi tulee nestetarve arvioida toistuvasti määrittelemällä nestehoidon tavoitteet. Ennen kaikkea vanhuspotilaalla on huomioitava, että kudoksiin kertyneen nesteen imeytyessä verenkiertoon rasittaa se sydäntä ylimääräisen nestehoidon tavoin. Liiallinen nestehoito puolestaan kuormittaa sydäntä jolloin keuhkopöhön mahdollisuus kasvaa. (Puura ym. 2006, 212-213.)

## 2.5 Kuntoutus

Lonkkamurtumapotilaan hoidon ja kuntoutumisen tavoittelussa ei riitä yksinomaan potilaan murtuman hoito, vaan se on mielen, kehon ja henkisen trauman välinen yhteys. Akuuttien stressioireiden kuten masennus, psykosomaattiset oireet, paniikkireaktiot, somatisaatio ja uupumuksen lisäksi tulee huomioida mahdollisesti taustalla olevien varhaisempien traumojen aiheuttamia vammoja ja niiden vaikutusta potilaaseen. Niiden purkamiseen tarvitaan sanoja, puhumista, kuuntelemista, kosketusta ja ymmärrystä (Lehtinen, Leino, 1999.)

Asiakaslähtöinen hoito tarkoittaa yksilöllistä hoitoa jossa potilas huomioidaan yksilönä ja ainutlaatuisena. Hänen psykososiaalisten elementtien tunnistaminen, joihin kuuluu aikaisemmat sairaudet ns. liitännäissairaudet, toimintakyvyn rajoittuneisuudet sekä arjen hankaluuksien tunnistaminen. Nämä vaativat monipuolista, kokonaisvaltaista selvittelyä sekä potilaan yksilöllistä tukea. Yksilöllinen potilaslähtöinen hoito edistää potilaan hoitotuloksia ja lisää myös potilastyytyväisyyttä. (Suhonen, Välimäki, Katajisto, Leino-Kilpi 2007, 300.)

Lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen ja hoidon tavoitteena on palauttaa potilaan toimintakyky samankaltaiseen tilaan, joka hänellä on ollut ennen murtuman saantia. Kuntoutus on potilaslähtöistä jonka vuoksi hänen aikaisempi toimintakyky ennen leikkausta on tarpeellinen tunnistaa, hänen päivittäisten toimintojen palauttamisen mahdollistamiseksi (Suhonen ym. 2007, 301).

Kuntoutuksen tavoitteena on potilaan toimintakyvyn palauttaminen, edistää sen ylläpitoa, itsenäisyyttä sekä elämänhallintaa. Lonkkamurtuman leikkauksen jälkeinen kuntoutuminen perustuu varhaiseen kuntoutukseen. Varhaisella kuntoutuksella mahdollistetaan potilaan itsenäisyyttä, kuten päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä. Harjoitteet tulee olla yksilöllisesti säädeltä potilaan omien voimavarojen mukaan. Varhainen mobilisointi parantaa toipumisennustetta, ja se tulisi aloittaa jo heti leikkauksen jälkeisenä päivänä. Sillä ehkäistään mm. infektioiden sekä laskimotukosten syntyä. Lisäksi täytyy todeta, että vuodelepo haurastuttaa luuta, heikentää lihasvoimia sekä on uhkana laitostumiselle, etenkin dementoituneilla. (Huusko 2001.)

Kuntoutuminen on potilaasta lähtöisin olevaa parantumista, niin fyysisen kuin psyykkisen minän eheytymistä. Kuntoutumisen lähtökohta on muuttuneen minäkuvan ja uuden tilanteen hyväksyminen, joka toteutuessa parantaa mahdollisuutta palata omaan elinympäristöön mahdollisimman nopeasti. Siinä huomioidaan potilaan tarpeet, hänen elinympäristö ja elämäntilanne. Kuntoutuksen laaja- alaiset harjoitteet ja tehtävät ovat kuntoutujan osallistumiseen tähtääviä, jonka vuoksi hänet tulee nähdä kokonaisuutena. Kuntoutumisessa tavoitellaan potilaan omaa motivaatiota, sekä arvojen ja tavoitteiden ymmärtämistä. (Huusko 2006.)

Kuntoutuminen perustuu luottamuksen saamiseen ja potilaan omien voimavarojen löytämiseen. Hänen pelkotila ja toivo saadaan päämäärätietoisella liikunnanharjoitteilla ja tukemisella kohennettua. Laaja-alaiset liikunnalliset harjoitteet, jotka aloitetaan potilaan asteittaisella mobilisoinnilla, siirtymällä potilaan päivittäisiin toimintoihin ja niihin selviytymiseen ovat potilaan kuntoutuksen alkuvaiheet. Kuntoutuksessa käytettävät menetelmät ovat vaihteittaisia perustuen toistoihin ja sitä myötä pelkojen voittamiseen. Kuntouttavalla työ-otteella ja liikunnallisilla harjoitteilla potilaalle sopivilla apuvälineitä käyttäen, lisätään potilaan itsevarmuutta ja ylläpidetään fyysistä kuntoa ja toiminnallisuutta. Pyrkimyksenä on saada potilaan omat selviytymisvoimavarat- ja keinot käyttöön (Huusko 2006). Kuntoutuksessa tapahtuva auttamistyö tapahtuu kaikissa sosiaalisissa kanssakäymisissä (Saarenheimo 2008), ja potilaan sitoutuminen kuntoutukseen alkaa jo vastaanotto-vaiheessa. Häntä avustetaan uskomaan uuden tilanteen luomiseen, ja toiminnallisten taitojen rakentamiseen. Häntä tuetaan selviytyjäksi.

### 3. POTILAAN VASTAANOTTAMINEN OSASTOLLE

#### 3.1. Terveyskeskusosasto 4

Terveyskeskusosasto 4 sijaitsee Jorvin sairaalan tiloissa. Osastolla tarjotaan akuuttihoidon, polikliinisen tutkimusten ja hoidon sekä saattohoidon lisäksi matalaenergisten lonkkamurtumien leikkauksen jälkeistä kuntoutusta.

Matalaenergisten lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus alkoi osastolla toukokuussa 2011.

Osastolla on 27 potilaspaikkaa, joista 9 potilaspaikkaa on varattu lonkkamurtuman leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen, loput 16 potilaspaikkaa ovat terveyskeskus-päivystystä tukevia akuuttihoitoa tarvitseville.

Osaston ammattikuntana ovat osastonhoitaja, vara- esimies, 2 lääkäriä, 12 sairaanhoitajaa, 7 lähi /perushoitajaa, 5 fysioterapeuttia, 5 laitoshuoltajaa. Osastolla toimivien työntekijöiden lisäksi toimivat sosiaalityöntekijät, osastofarmaseutti, toimintaterapeutit,



ravitsemusterapeutti, puheterapeutti, jalkojenhoitaja, sekä sairaalapastori, joiden työpanos jakautuu myös muihin Espoon sairaalan yksiköihin.

Traumaattiset matalaenergiset lonkkamurtumapotilaat siirtyvät erikoissairaanhoidosta 2. postoperatiivisena päivänä terveystakeskusosasto 4:lle. Varhaisen kuntouttamisen aloittamisen tavoitteena on lonkka-murtumapotilaan sairaalassaolo-jakson lyhentyminen 14 vrk:een, jonka jälkeen potilas kotiutuu omaan asuinympäristöönsä. Kuntoutuksen pitkittyessä potilas siirtyy Puolarmetsän sairaalaan jatkokuntoutukseen.

Fysioterapeuttien antamaa kuntoutusta ja liikkumis- ja voimaharjoittelun lisäksi hoitajat ylläpitävät kuntouttavaa työ- otetta lääkärin, fysioterapeuttien, hoitajien ja potilaan yhdessä tekemän realististen tavoitteiden kuntoutussuunnitelman mukaisesti, varaus- ja liikerajoituksineen sekä tarvittavin apuvälinein. Varaus- ja liikerajoitukset määräytyvät murtuman laadusta ja operatiivisesta ratkaisusta, leikkaavan lääkärin ohjeen mukaan. Kuntoutus ja hoito perustuvat kuntouttavaan hoito-työhön. Tämä tavoittelee potilaan aktiivista osallistumista, ja siihen tukemista. Hoito on tavoitteellista ja moniammatillista yhteistyötä potilaan ja hänen omaisten sekä hoitoverkoston kanssa. Potilas tietää mitä hänelle on tapahtunut ja mitä hän voi tehdä kuntoutumisensa edistämiseksi.

Potilaan omien voimavarojen ja kykyjen hallinnan edistäminen on potilaskeskeistä, jossa potilas osallistuu hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen. Potilaan tavoitteet ovat potilaan lisäksi kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa ja potilaan voinnin seuranta on kirjattu.

### 3.2. Vuorovaikutus vastaanottotilanteessa

Potilaan saapumisen ensivaikutelmaan vaikuttaa niin ympäristötekijät kuin vastaanottava henkilökunnan viestittävä toiminta. Näiden merkitys vuorovaikutukseen voivat vaikuttaa joko vahvistavasti tai heikentävästi. Vastaanottotilanteen luominen rauhalliseksi ja kiireettömäksi luovat mahdollisuuden molemmiin-puoliseen kunnioittavaan ja arvostavaan kanssa-käymiseen. (Niemi, Nietosvuori, Virikko 2006, 289.)

Viestintä, niin sanallinen kuin sanaton, ilmaisee saapujalle häneen osoitettua arvostusta ja kiinnostusta. Sanalliseen viestintään kuuluu puhe ja puhetyyli, sanattomaan viestintään kuuluvat ilmeet, liikkuminen ja tilan käyttö. Sanaton viestintä ilmaisee enemmän kuin sanat, jonka vuoksi ne eivät tulisi olla ristiriidassa keskenään. (Niemi, Nietosvuori, Virikko 2006, 289.)

Potilaan hoitoon sitoutumiseen edesauttaa lämmin-henkisen, arvostavan ja syyllistämättömän ilmapiirin luominen. Tällä mahdollistetaan hoitosuhde, jossa päästään keskustelemaan potilaan arvoista, tavoitteista ja toimintavalmiuksista, jotka ovat perustana hoidon

suunnitelmaan. Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat hänen saamansa tieto hoidosta, sekä hänen mahdollisuutensa vaikuttaa saamaansa hoitoon. Potilaan hoitoon sitoutumista voi tukea hyväksymällä hänen omia tavoitteitaan ja toimintatapaansa kuntoutuksessa. (Pitkälä, Savikko, Routasalo 2006.)

#### 4. PROSESSIKUVAUS

Kun palvelun kysyntä ja tarve kohtaavat tulee palvelun suunnittelu ajankohtaiseksi. Palvelun tarjontaan vaikuttaa sen kustannukset, jonka vuoksi kysynnän ja tarpeen ennakoiminen on huomioitava suunnittelulla toimivaksi konseptiksi. Toiminnan tarkoituksenmukaisuutta tarkastellaan tuottavuudella sekä palvelunsaajien tuloksellisuudella ja tyytyväisyydellä. Palvelun kysynnän kasvaessa on toimivalla konseptilla tarvetta. Terveystuollossa tarve ja palvelun saannin välinen suhde on kustannustehokkuus ja inhimillisuus. (Lillrank, Kujala, Parviainen 2004, 35-38, 100-106.)

Prosessi on jatkumo joka on sidonnainen edelliseen toimintaan. Se sisältää oletuksen jatkuvuudesta ja toistoista joka etenee luontevasti. Prosessin sisältö voi koostua eri toimijoista tai toiminnan sisällä tapahtuvasta tapahtuma/tehtäväkentästä. Sen näkökanta ei ole yksiselitteinen vaan riippuvainen siitä, mistä ja kenen näkökulmasta sitä tarkastellaan. Prosessin osina ovat prosessijohtaminen, ydinprosessi ja tukiprosessi. Prosessijohtaminen muodostuu toiminnan ajatuksesta toteutukseen ja ydinprosessi sekä tukiprosessi toimivat prosessin sisällä mahdollistaen toiminnan sujuvuuden. Prosessikuvausta voidaan käyttää niin perehtymiseen toimintaan ja tehtäviin, kuin niiden sujuvuuden kriittiseen tarkasteluun. (Lillrank, Kujala, Parvinen 2004, 94- 100.)

Yksikön johdossa suunnitteleman vision toteutuessa käytäntöön syntyy tiedostetut toimenpiteet jotka perustuvat päätöksiin. Työn toiminta on tiedostamatonta, joka perustuu olosuhteisiin ja arvoihin. Suunnitelma jolla pyritään tavoitettuun päämäärään, eli strategian toteutumiseen tarvitaan työntekijöiden sitoutumista ja motivaatiota, sekä ymmärrystä työn merkityksestä. Prosessien tehtävänä on tuoda näkyväksi jokapäiväinen työ, toimintoiheen ja tehtävineen siirtäen ne kokonaisuudeksi työympäristön toimintatavoiksi ja kulttuuriksi. (Laamanen 2001, 251-252.)

#### 5. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa prosessikuvaus matalaenergisien lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen Espoon sairaalan terveystuollossa 4:lle.

Opinnäytetyön tavoite on yhtenäistää ja kehittää matalaenergistä lonkkamurtumapotilaan vastaanottamista.

Kuvaus on rajattu potilaan vastaanottamisen valmisteluun, vastaanottoon, päättyen osastolle saapumisen jälkeiseen päivään.

## 6. PROSESSIKIVAUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Lonkkamurtumien kuntoutuksen alkaessa v. 2001 Puolarmetsän sairaalassa ovat potilaan suunnitelmalliset hoidot ja tavoitteet asteittain kasvaneet kehittämisprojektien myötä. Prosessikuvaus lonkkamurtumapotilaan vastaanottamiseen on esitetty terveyskeskusosasto 4:llä esitetty olevan tarvetta.

Olen työskennellyt terveyskeskusosasto 4:llä ja todennut, että lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisessa on monia eri ammattikuntien toimijoita, eri osastojen yhteistyötä ja lukuisia tärkeitä vaiheita. Prosessikuvausta lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisesta ei ole kuvattu aikaisemmin kyseisellä osastolla. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyvää prosessikuvausta voidaan hyödyntää uuden työntekijän perehdytyksen tueksi, tai laajemmin tarkastella työn toimintaa, sen toimivuutta sekä sen kehittämistä.

Työelämäkumppanit Espoon sairaalan terveyskeskusosastolla 4 hyväksyivät työn aiheen, ja heidän kanssa käydyt keskustelut osoittaneet sen tarpeellisuuden.

Toiminnallinen opinnäytetyöni on työelämän kehittämiseen tähtäävä, joka tavoittelee ammatillista käytännön toiminnan järjeistämistä ja tunnistamista.

Opinnäytetyön lähtökohtana on matalaenergisen lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisen ohjeistuksiin liittyvän teorian ja toiminnan tuominen näkyväksi kokonaisuudeksi. Potilaan kuntoutuksen kokonaisuus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen jotka liittyvät vierekkäin sekä lomittain toisiinsa nähden: Vastaanotto, hoito ja kuntoutus sekä kotiutus. Prosessikuvauksen suunnittelussa on kerätyn teoriapohjan lisäksi hyödynnetty osaston henkilökunnan kanssa käydyt keskustelut osaston käytänteistä, sekä heidän toivomuksista matalaenergisen lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisen prosessin kulusta.

Lonkkamurtumapotilaan vastaanottotilanteen vaiheiksi muodostuivat prosessikuvauksessa potilaan vastaanottamiseen valmistautuminen, potilaan vastaanotto osastolla sekä potilaan saapumisen jälkeinen päivä. Sen jälkeen lisäsin eri ammattikuntien toimijat. Kuvauksessa on esitetty toimijat vasemmalla reunalla. Heidän omissa linjoissaan esitellään heidän tehtävät. Työ etenee vasemmalta oikealle aikajärjestyksessä. Nuolien avulla on yhdistetty toimijoiden ja toimien välistä yhteyttä. Työssä on jouduttu karsimaan tilan puutteen vuoksi kirjoitettua

tekstiä, joka on pyritty täydentämään prosessikuvauksen sanallisessa muodossa. Kuvauksen tein kerätyn teoriapohjan sekä oman työkokemukseni perusteella. Prosessikuvauksen piirtämisessä käytin QPR Process Guide 8.1 ohjelmaa. Ensimmäisen version valmistuttua osaston henkilökunnan edustajat arvioivat prosessikuvauksen, jonka jälkeen tein ehdotetut muutokset tuotokseen, josta valmistui lopullinen versio.

## 7. PROSESSIKUVAUS POTILAAN VASTAANOTTAMISESTA OSASTOLLE

Prosessikuvaus sanallisessa muodossa viittaaan liitteeseen 1.

### 7.1. Potilaan vastaanottamiseen valmistautuminen

Potilaan vastaanottamiseen valmistautuminen alkaa Jorvin sairaalan päivystyspoliklinikalta saapuvasta ennakoilmoituksesta. Puhelimitse saapuva ennakoilmoituksen vastaanottava hoitaja kirjaa potilaan henkilötiedot, murtumapuolen, liitännäissairaudet, sekä leikkausajankohdan. Hän siirtää tiedot osastolla saapuvien potilaiden listaan. Osasto TK 4 fysioterapeutti käy tapaamassa potilasta päivystyksessä ja arvioimassa potilaan kokonaistilanteen sekä kertomassa potilaalle leikkauksen jälkeisen kuntoutukseen saapumisesta.

Potilas siirtyy kirurgiselle osastolle leikkausvalmisteluja varten. Leikkauksen jälkeen potilas palaa takaisin kirurgiselle osastolle. Osasto TK 4 varautuu potilaan saapumiseen 2. post-operatiivisena päivänä.

Osastonhoitaja vastaanottaa potilaan tiedot 1. post-operatiivisena kirurgiselta osastolta. Hän suunnittelee potilaspaikan seuraavaksi päiväksi. Potilaspaikan valinnassa tärkeimmät huomiot ovat potilaan sukupuoli, leikkauspuoli, liitännäissairaudet sekä mahdolliset eristystä vaativat infektiot. Pääsääntöisesti potilas nousee terveen jalan puolelta ylös vuoteesta, joten esteetön siirtyminen huomioidaan potilaspaikan valinnassa. Osastonhoitaja ilmoittaa lääkärille saapuvasta potilaasta.

### 7.2. Potilaan vastaanotto osastolle

Ennen potilaan saapumista osastonhoitaja ja vastaava sairaanhoitaja toteavat yhdessä vielä potilaspaikan soveltuvuuden potilaalle. Vastaava sairaanhoitaja ilmoittaa laitosapulaiselle potilaan saapumisesta ja hän siistii potilaspaikan.

Potilaan siirtyminen osastolle on ennalta suunniteltu ja vastaanottava hoitaja tarkistaa että potilaan saapuessa vuode on valmiina.

Potilas saapuu osastolle lähettävän yksikön hoitajien saattamana. Potilas siirtyy voimiensa mukaan joko omin jaloin, tai vuodesiirtona fysioterapeutin sekä vastaanottavan hoitajan, sekä vastaavan sairaanhoitajan avustamana osaston vuoteeseen. Hänet valmistetaan siirtoon

sanallisesti, sekä ohjataan häntä omien voimavarojensa mukaan avustamaan siirtymisessä. Potilas ilmaisee vointinsa sanallisesti, ilmein ja elein ja hoitajat huomioivat potilaan voinnin. Terveyskeskusavustaja kirjaa potilaan osastolle. Vastaava sairaanhoitaja varmistaa sisään kirjaamisen.

Vastaanottava hoitaja sekä vastaava sairaanhoitaja huomioivat potilaan yleistilan, sekä vuorovaikutuksellisuus ja ihon kunto. Leikkaushaava tarkistetaan ja mahdollinen erityys havainnoidaan. Vastaanottava hoitaja todentaa potilaan nestekierron ja kivun mittaamalla verenpaine (RR), syke/pulssi (p) ja perifeerinen happisaturaatio (SpO<sub>2</sub>).

Lähettävän yksikön sairaanhoitaja antaa suullisen raportin potilaan tilasta ja voinnista. Edellisen kipulääkitysajankohta on tarpeellista tietää, jotta potilaan kivunhoito pysyisi tavoitteellisena.

Vastaanottava hoitaja orientoi potilaan aikaan ja paikkaan sekä esittelee potilaspaikan, kertoo osaston käytänteistä, vierailuajoista, kuntoutumisen merkityksestä sekä sen tavoitteista. Hän neuvoo soittokellon toiminnan sekä varmistaa sen käyttämisen onnistumisen.

Vastaanottava hoitaja pyrkii lämmihenkisessä kanssakäymisessä luomaan turvallinen hoitosuhde jossa potilas saa alun sitoutumaan kuntoutumiseen. Hän haastattelee potilaan jossa kiinnostuksen kohteina ovat potilaan aikaisemmat voimavarat, liikkuminen, asumismuoto, esteet kuten portaat ja aikaisemmin saatu avun tarve. Ajoissa saatu tieto ennakoii tulevaa avun tarvetta kotiutumisaikajankohdaksi, jottei sairaalassa-olo jakso tarpeettomasti pitkittyä. Hoitaja siirtää tiedon potilastietokantaan, sillä tietoja tarvitaan hoitosuunnitelman tekoon.

Vastaanottava hoitaja luettelee potilaan vaatteet ja tavarat. Hän informoi potilasta mahdollisuudesta säilyttää arvoesineet osaston turvakaapissa. Hoitaja vertaa tekemänsä vaateluettelon sisällön päivystyspoliklinikalla tehtyyn vaateluetteloon ja katsoa niiden yhtäläisyyttä. Jo silloin tulee ottaa kantaa mahdollisesti puuttuvaan artikkeliin. Luetteloinnin tärkeyttä painotetaan, sillä jälki-käteen on mahdotonta todeta hävinneitä tavaroita. Tämä käytäntö on osoittautunut hyväksi.

Vastaanottava hoitaja ottaa osastolla MRSA näytteet: nenä, nielu nivuset, haavoista, mikäli potilaalla on virtsatiekatetri sen juuresta sekä virtsasta. Leikkaushaavasta MRSA näyte otetaan kun haavasidoksen vaihto on tarpeen.

Vastaanottava hoitaja tekee potilaan ruokatilauksen sähköisesti Web-mysin kautta. Tilauksessa huomioidaan ruoka-aineallergiat, ravitsemuksen ja erityisruokavalion tarve, mieltymykset rajoitukset ja ruoka-juomat. Ruuan koostumus huomioidaan jotta potilaan

ruokailu onnistuisi ja energian saanti täytyisi. Murtumapotilaille tilataan tehostettu ruokavalio. Nestelistan laittaminen ensimmäiseksi vuorokaudeksi voi osoittautua hyödylliseksi potilaan nesteytyksen seuraamisen kannalta.

Vastaava sairaanhoitaja tarkistaa lääkelistan, ja saattaa sen ajanmukaiseksi. Virka-aikana potilaan lääkelistan päivittää lääkäri, muussa tapauksessa sairaanhoitaja siirtää lääkkeet anto- ajankohtineen potilastietojärjestelmän lääkelistalle.

Lääkkeiden jakaminen tapahtuu arkisin osasto-farmaseutin toimesta. Mikäli potilas tulee ajankohtaan jossa ei tällaista mahdollisuutta ole, tulee sairaanhoitajan tehtäväksi niiden jakaminen. Sairaanhoitajan vastuulla on lääkkeiden jaon ja antamisen toteutuminen.

Osastonhoitaja vastaa toiminnan sujuvuudesta.

Terveyskeskusavustaja tilaa potilaalle ohjelmoidut laboratorionäytteet seuraavalle päivälle. Vastaavan sairaanhoitajan varmentaa läheteiden tilaamisen.

Vastaava sairaanhoitaja tarkistaa potilaan omaisten yhteystiedot ja päivittää ne. Hän ottaa potilaan omaisiin yhteyttä, joko potilaan soittamana tai itse, varmistaakseen heidän tietävän potilaan siirtymisestä osastolle.

Fysioterapeutti ja vastaanottava hoitaja aloittavat potilaan asteittaisen mobilisoinnin potilaan voimavarat huomioon ottaen.

Laitosapulainen huolehtii potilaan ruokatarjottimen potilaalle.

Vastaanottava hoitaja avustaa potilaan hyvään ruokailuasentoon ja varmistaa ruokailun onnistumisen.

Vastaava sairaanhoitaja kirjaa tiedot potilastietojärjestelmään: Potilasasiakirjoista poimitaan oleelliset tiedot murtumapuoli, leikkausmenetelmä, leikkausajankohta, varauslupa, hakastenpoisto päivämäärän, jatkohoitosuunnitelmat kontrolliaikoineen, sekä muut suunnitellut toimenpiteet kuten esim. laboratorionäytteet, röntgen.

Vastaanottava hoitaja kirjaa tiedot potilaan voinnista ja hoidosta jotka katsotaan tarpeelliseksi hoidon jatkuvuutta ajatellen. Hän kirjaa potilaan tämän hetkisen voinnin, kiputilanteen valittua mittaristoa käyttäen ja potilaalle tehdyt toimenpiteet, hänen voimavarat ja tarvitsemat avun tarpeet. Hyvällä kirjaamisella mahdollistuu potilaan hoidon ja kuntoutuksen saumaton jatkuvuus.

Lääkäri saa tiedon potilaan saapumisesta jo ennakoilmoituksen saapumisen yhteydessä. Potilaan saapuessa osastolle hän käy tapaamassa potilasta sekä päivittää lääkelistan..

### 7.3. Potilaan osastolle saapumisen jälkeinen päivä

Lääkäri fysioterapeutti ja vastaanottava hoitaja käyvät potilaan kanssa keskustelun hoidon suunnittelusta ja päämääristä. Lääkäri tutkii potilaan ja päivittää hoitomääräykset sekä tarvittavat kokeet.

Fysioterapeutti ohjaa potilaalle liikunnallisia harjoitteita sekä opastaa apuvälineen käytössä. Terveyskeskusavustaja tilaa potilaan laboratoriolähetteet, röntgenlähetteen, sekä sairaalan sisäisen kuljetustilauksen KAIKU.

Vastaanottava hoitaja ottaa potilaan pituuden ja painon ravitsemustilan arviointia varten. Painoindeksi BMI tulee potilastietojärjestelmään arvojen kirjaamisen jälkeen. Vastaanottava hoitaja ja vastaava sairaanhoitaja tekevät yhdessä potilaasta toimintakyvyn arvioinnin mittaristoin Barthel ja FIM. Fysioterapeutti tekee FIM mittariston liikunnalliset osiot. Tämän jälkeen vastaanottava hoitaja ja vastaava sairaanhoitaja tekevät yhdessä hoitosuunnitelman potilaasta.

Osastonhoitaja ottaa vastaan uuden lonkkamurtumapotilaan raportin kirurgiselta osastolta.

## 8. PROSESSIKUVAUKSEN ARVIOINTI

Työn teoreettisen sisällön valinnassa olen valinnut lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisessa liittyvät komponentit, sekä kerännyt teoreettisen tiedon niiden merkityksen hänen terveyden edistämiseksi.

Teoriapohjan hankinnassa ensisijaisena lähteenä on käytetty Tiina Huuskon väitöstä Hip fractures in Central Finland and Geriatric Rehabilitation After Hip Fracture Operation 2001. Hänen toimestaan alkoi lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuksen edistäminen Espoossa keskittämällä kohderyhmä sosiaali- ja terveyspalvelussa yhteen terveyskeskusosastoon v. 2001, Puolarmetsän sairaalaan os. 2D:lle.

Ensimmäinen QPR Process Guide 8.1 ohjelman avulla tuotetun prosessikuvauksen esitin arvioitavaksi työelämäkumppaneille Espoon sairaalan terveyskeskusosastolle 4. Arviointiin osallistui kaksi osastolla työskentelevää kokenutta sairaanhoitajaa. Kävimme printatun kaavion yhdessä läpi, ja pyysin arvioimaan liitteen 2 mukaiset asiat.

Arvioinnin perusteella tein seuraavat korjaukset ja täydennykset prosessikuvaukseen.

- toimijoiden osalta lähihoitaja/perushoitajan vaihtaminen ennalta sovituksi vastaanottavaksi hoitajaksi.
  - osastonhoitajan vastaanottama raportti kirurgiselta osastolta.
  - terveyskeskusavustajan laboratoriolähetteiden tilaaminen.
  - lääkärin, hoitajan ja fysioterapeutin yhdessä osallistuminen potilaan hoidon suunnitteluun potilaan kanssa hänen saapumisen jälkeisenä päivänä.
  - muutosta esitettiin terveyskeskusavustajan tehtävien lisääminen potilaan osastolle saapumisen jälkeiseen päivään. Kronologinen järjestyksen he arvioivat oikeaksi.
- Toteutin arvioinnissa saadut muutosehdotukset prosessikuvaukseen, josta kehittyi uudistettu versio. Tämän uudistetun version prosessikuvauksesta esitin terveyskeskusosasto 4:n henkilökunnalle. He olivat tyytyväisiä tuotokseen.

### 8.1. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön uskottavuus ja eettiset valinnat kulkevat rinnakkain. Uskottavuuden osoittaminen työssä vaikuttavaa sen eettisyys, joka edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä. Näitä ovat huolellisuus rehellisyys, eettisesti kestävä tiedonhankinta sekä avoimuus. Yksityiskohtaisella raportoinnilla osoitetaan, työn huolellisuus ja toteutus. Myös työssä käytettyjen aineistojen valinta ja tulkinta tulee olla perusteltua. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 23-25.)

Suomen Akateemisen tutkimuseettisten ohjeiden 2008 mukaisesti hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu lisäksi aikaisempien tieteellisten tutkimustulosten saavutusten kunnioittaminen, antaen niille oikean arvon ja merkityksen omassa työssä. Käytännössä nämä ovat työhön valittujen lähteiden valinta, niiden käyttämisen arvostus, sekä näkyvyys eli lähdeviitteiden merkitseminen. Työn tekijän sidonnaisuus tutkittavaan kohteeseen sekä hänen käyttämä rahoituslähde tulee niin ikään ilmaista työn luotettavuuden osoittamiseksi. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 132-133).

Opinnäytetyön luotettavuutta ja objektiivisuutta tarkastellaan työn sisällön totuudenmukaisuudella ja käytännön toiminnan realiteetin perusteella, joka esitetään tutkimusraportissa. Objektiivisyys on tässä työssä tekijän omien havaintojen ja teoreettisen tiedon välinen yhteys tuotoksen totuudenmukaisuuteen. Sen eteneminen esitetään raportissa yksityiskohtaisesti (Tuomi, Sarajärvi 2009, 134-136).

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta osoittaa, että prosessikuvauksen on arvioinut osaston henkilökunta. Työn arvioijat ovat työskennelleet osastolla vuosia, ja heitä voidaan pitää alansa asiantuntijoina. Arviointi perustui vapaa- ehtoisuuteen ja he olivat halukkaita antamaan arvionsa työstä. Heidän anonyymiteettinsä on turvattu, joten heidän



henkilöllisyys ei tule raportissa esille. Tuotoksesta ei aiheutunut kustannuksia sillä sen toteutus liittyy sairaanhoitaja - opintoihin.

Tämä työ ei vaatinut tutkimuslupia, eikä aineiston käyttäminen yksityishenkilöiden hyväksyntää. Työn luotettavuutta kuvaa myös se, että työssä käytetyt lähteet ja kirjallisuus ovat julkaistuista, ja yleisesti saatavista tietokannoista.

## 8.2. Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Analysoitaessa prosessikuvauksen ja teoriaosuuden välistä yhteyttä voimme todeta, että prosessikuvauksessa ensimmäisessä osiossa potilaan vastaanottamiseen valmistautuminen osastolle kuvaa lonkkaliukumäen joustavaa siirtymistä murtuman toteamisesta leikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Eri yksiköiden ja ammattikuntien yhteistyö on nopeaa ja esteetöntä. (Lonkkaliukumäki on Vuoden Laatuinnovaatio 2014, Heiskanen-Haarala 2011, 17) Potilaan vastaanottamiseen osastolle on huolellinen valmistelu huomioitu. Fysioterapeutin käydessä tapaamassa potilaan ennen leikkausta on ajatuksena kuntoutukseen saapuvan potilaan informointi kuntoutuksesta, hoidon jatkuvuudesta, sekä tiedon keräämistä potilaan voinnista ja kotiolosuhteista. (Huusko 2006.) Hänen yksilöllisyys, toimintakyky ja avun tarve ennen murtumaa huomioidaan jo tässä vaiheessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Päivystyspoliklinikan soittamasta ennakoilmoituksesta alkaa potilaan vastaanottamisen valmistautuminen osastolle.

Osastonhoitajan vastaanottama raportti potilaasta kirurgiselta osastolta kertoo tietoa potilaasta millainen potilas on tulossa. Potilaan paikkavalintaa tehdessä on hänen yksilöllisyytensä ja hoitoon vaikuttavien tekijöiden, niin liitännäissairauksien kuin rajoitusten tiedostaminen oleellista jossa viitataan lähteeseen Suhonen, Välimäki, Katajisto, Leino-Kilpi 2007, 300.

Potilaan vastaanottamisessa osastolle ennen potilaan saapumista, varmistetaan potilaspaikan soveltuvuus uudelleen. Osastolla on myös päivystyspotilaita hoidettavana joten paikkavalinnan soveltuvuuden uudelleen arviointi on aiheellinen. Potilaan saapuessa osastolle potilaspaikka on valmiina ja hänet vastaanotetaan lämminhenkisesti ja kiireettömästi. Potilaan kuntoutuksen alkaminen varhaistuu, hänen tuntiessaan itsensä tervetulleeksi. Vuorovaikutus on molemminpuolinen jossa ilmeiden ja eleiden merkityksestä on luettavissa niin potilaan vointi kuin hoitohenkilökunnan asenteet. (Niemi, Nietosvuori, Virikko 2006, 289). Potilaan vastaanottamisessa osastolle on tavoitteena ystävällisen ja lämminhenkisen tilanteen luominen jotta potilas tuntisi olonsa tervetulleeksi. Potilaan kuntoutukseen sitoutumiseen vaikuttava tekijä on potilaan kanssa käyty vuorovaikutus (Niemi, Nietosvuori, Virikko 2006, 289).

Potilaan saapuessa osastolle huomioitavina seikkoina on ensisijaisesti kipu (Vainio 2009) ja sen aste (Salanterä ym. 2013). Vaikka potilaan kipua on leikatessa raajassa, pitää tiedostaa myös aikaisempien vammojen sekä liitännäissairauksien aiheuttamaa kipua. Monisairaalla potilaalla

voi olla, ja usein onkin myös kroonista kipua. Potilaan kivun arviointia jossa kysytään kivun esiintyvyyttä ja laatua on potilaan saapussa osastolle perusteltua.

Verenpaineen mittauksella voidaan todentaa paitsi kipua myös potilaan nestekiertoa (Puura ym. 2006). Kivuliaan potilaan verenpaine on kohonnut ja hypovoleemisen potilaan verenpaine matala.

Potilaan saapussa osaston käytänteiden ja potilaspaikan esittelyssä auttaa potilaan orientoitumaan aikaan ja paikkaan. Potilaskellon toimimisen varmistaminen lisää turvallisuuden tunnetta tietäen avun saamisesta tarvittaessa. Hänen murtuman aiheuttama pelko turvattomuuden tunteen purkamiseen auttaa puhuminen kosketus ja ymmärrys. (Lehtinen, Leino, 1999.) Tulohaastattelun yhteydessä potilaan kartoitetaan potilaan omien aikaisempien voimavarojen kautta potilaan avun tarvetta kotiutumisessa. (Suhonen, Välimäki, Katajisto, Leino-Kilpi 2007, 300.)

Monisairaana potilaan nestebalanssin järkkäminen aiheuttaa paitsi murtuma myös esim. liitännäissairauksien vuoksi nautitut lääkkeet, kuten nesteenoistolääkkeet. Nestetasapainon saavuttamiseksi, on vuorokausikohtaisen nestetavoitteen asettaminen ja toteuttaminen tärkeää. (Puura ym. 2006, 212-213.) Perifeerisen saturaatiomittauksella todennetaan keuhkojen toimintaa. Saturaation ja pulssin välinen yhteys kertoo myös sydämen toiminnan kuormittuvuudesta.

Tehostetun ruokavalion valinnassa otetaan huomioon sen koostumus ja potilaan ruoka-aineallergiat. Ruokailun onnistuminen varmistetaan päivittäisen energianmäärän täyttymiseksi (Suominen ym. 2010, 25-26.) Hyvä ravitsemus vaikuttaa murtuman ja leikkaushaavan paranemiseen, ihon kuntoon, infektioiden syntymisen estämiseen. Potilaan painon ja pituuden mittaamisen avulla saatu painoindeksi kertoo potilaan ravitsemustilanteen. (Suominen ym. 2010, 61-68.) Virheravitsemukseen puuttuminen vähentää uudelleen kaatumisen vaaraa.

Potilaasta saatu raportti ja potilastietojärjestelmään kirjaaminen vahvistaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja aukottoman tiedon välittymisen vuorolta toiselle. Potilaan liitännäissairaudet vaikuttavat potilaan vointiin ja kuntoutumiskeinojen valintaan, sekä suunnitellut toimenpiteet laboratorionäytteineen sekä jatkohoidon kontrolliajat tulevaisuuden näkyymiin. Lääkärin tapaaminen luo potilaalle turvallisuutta, ja hän voi kertoa tuntemuksistaan. Samalla lääkäri tutustuu potilaaseen ja toteaa hänen avun tarpeen. Potilaan henkilökohtaisen lääkityksen ja sen toteuttaminen vaikuttaa potilaan yleiskuntoon. (Suhonen ym. 2007, 300-301).

Potilaan saapumisen jälkeinen päivä sisältää prosessikuvauksen toiminnoissaan potilaan hoidon suunnittelun. Moniammatillisen tiimin osallistuminen potilaan kanssa hoidon

suunnittelun tavoitteena on lisätä potilaan motivaatiota kuntoutumiseen. Huomioimalla potilaan omia tavoitteita ja toivomuksia (Pitkälä, Savikko, Routasalo 2006) lisätään potilaan omaa motivaatiota kuntoutumisen alkamiseen.

Mobilisoinnin aloittaminen edellyttää tietoa potilaan aikaisemmasta toimintakyvystä (Hagström 2006,16.), liitännäissairauksista, voimavaroista, ja liikkumismuodosta. Mobilisointi edellyttää kivun hallintaa ja sen vuoksi kipulääkityksen antamisen ajoituksen merkitys on oleellinen. Leikkauskivun lisäksi potilaalla voi esiintyä myös liitännäissairauksien myötä aiheuttamia kipua. Potilaan kiputilanteen vakauttaminen on siis edellytyksenä potilaan mobilisoinnille.

Potilaan mobilisoinnin tarkoituksena on toimintakyvyn edistämisen ohella vähentää infektioiden syntyä, lisätä lihasvoimaa sekä estää laitostuminen. Mobilisoinnin tärkeyttä kuvaa myös se että se vähentää kipua ja lisää nivelten liikkuvuutta sekä estää laskimotukosten syntyä. Varhainen mobilisointi nopeuttaa täten toimintakyvyn palautumista ja vähentää komplikaatioita, jolloin varhaisen kotiutumisen mahdollisuus onnistuu (Huusko 2006) Hoitosuunnitelman tarkoitus on auttaa potilaan hoidon tavoitteiden asettelua. Sen sisältö ongelmiseen ja tavoitteeseen kuvastaa potilaan saamaa hoitoa ja laatua.

Kuntoutuksen edistymistä ja vaikutusta seurataan toimintakykymittareiden(Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014, Finnish Consulting Group) avulla. Seurannasta on hyötyä paitsi lonkkamurtumapotilaalle itselleen, myös lonkkamurtumapotilaan kehityksen tilastojen seurannassa.

### 8.3. Opinnäytetyön kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää ja kehittää matalaenergistä lonkkamurtumapotilaan vastaanottamista osastolle. Jatkotutkimusaiheeksi esitän tehtäväksi prosessikuvausta potilaan kuntoutuksesta sekä kotiutuksesta. Työn tunnistamisella ja kehittämisellä on myös näissä osioissa tarvetta. Lonkkaliikumäen kuntoutuksen teorian ja käytäntöjen kokonaisuus olisi silloin saavutettu.

Lähteet:

Espoon kaupunki. 2012. Lonkkaliukumäki on Vuoden Laatuinnovaatio. Viitattu 25.10.2014. [http://www.espoo.fi/fi-FI/Lonkkaliukumaki\\_on\\_Vuoden\\_Laatuinnovaati\(25432\)](http://www.espoo.fi/fi-FI/Lonkkaliukumaki_on_Vuoden_Laatuinnovaati(25432))

Finnish Consulting Group. FIM- toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnin mittari. Viitattu 17.11.2014. <http://www.fimmittari.fi/fim-mittari>

Hagström B. 2006. Arbetsterapeutisk träning efter höftfractur- aktivitetsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet. Karolinska Institutet: Stockholm. Ruotsi.

Hakala, P. 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Viitattu 8.9.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086)

Heiskanen - Haarala I. 2011. Liukkaasti leikkaukseen ja kuntoutukseen. Husari. Viitattu 17.11.2014. <http://www.dpaper.eu/HUS/husari3-2011>

Hirsjärvi S., Remes P.& Sajavaara P., 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen M., 2013. Akuutti stressihäiriö. Terveyskirjasto:Duodecim. Viitattu 22.10.2014 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00191](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00191)

Huusko, T.2001. Hip fractures in Central Finland and Geriatric Rehabilitation After Hip Fracture Operation. Kuopion Yliopisto. Väitös.

Huusko.T.2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoitoketju 2 sairaanhoitoalueella. Kela. TT-osasto

Hiltunen, P. 2009. Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. Suomen lääkärilehti 42/2009, 3551-3552.

Käypähoito. Lonkkamurtuma. 2011. Viitattu 8.9.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50040>

Laamanen, K. 2001. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona- ideasta käytäntöön. Helsinki: Otava.

Lehtinen, M., Leino, O.1999. Traumojen vaikutus kehoon ja kehon hoito osana terapiaa. Viitattu 25.10.2014. <http://www.introspekt.fi/artikkelit/traumojen-vaikutus-kehoon-ja-kehon-hoito-osana-terapiaa>

Lillrank, P., Kujala, J., Parviainen, P. 2004. Keskeneräinen potilas. Terveystuotannon-ohjaus. Jyväskylä: Gummerus.

Metso, J. Kasvua kuntatyöstä ja hyvinvointipalveluista.2008.14.8.2008: Espoo.

Niemi, T., Nietosvuori, L., Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Pitkälä, K., Savikko, N., Routasalo, P. 2006. Kuntoutuspolun solmukohtia. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus.

Puura, A., Alahuhta, S., Ala-Kokko, T., Kiviluoma, K., Perttilä, J., Ruokonen, E., Silvfast, T. 2006. Nestehoito. Helsinki: Duodecim.

Saarenheimo, M., 2008. Ikäihmisten psykososiaalinen kuntoutus. Vanhustyön keskusliitto: Espoo.

Saarenpää, I. 2008. Extracapsular hip fractures- aspects of intramedullary and extramedullary fixations. Oulun Yliopisto. Väitös.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M., Siltanen, H., 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotieteen Laitos. Turun Yliopisto. Viitattu 8.10.2014.  
[http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Viitattu 25.10.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf)

Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., Leino- Kilpi, H., 2007. Yksilöllisellä hoidolla tyytyväisyyttä ja elämänlaatua ortopedisille potilaille. Hoitotiede. no 6 & 300-301.

Suominen, M., Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S., Soini, H. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Viitattu 5.10.2014.  
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Suominen, M. 2011 Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila. Viitattu 8.10.2014.  
[http://www.vajaaravitsemus.fi/assets/files/Raportti\\_NutriAction\\_170211.pdf](http://www.vajaaravitsemus.fi/assets/files/Raportti_NutriAction_170211.pdf)

Suominen, M. 2006. Ravitsemushoidosta on hyötyä. Vanhustyö no 4 & 24-26

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Barthel indeksi. Viitattu 17.11.2014  
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.5.uudistettu laitos. Gummerus:Jyväskylä.

Vainio, A.2009. Akuutti ja krooninen kipu. Kivunhallinta. Terveyskirjasto: Duodecim. Viitattu 23.10.2014  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00005](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005)

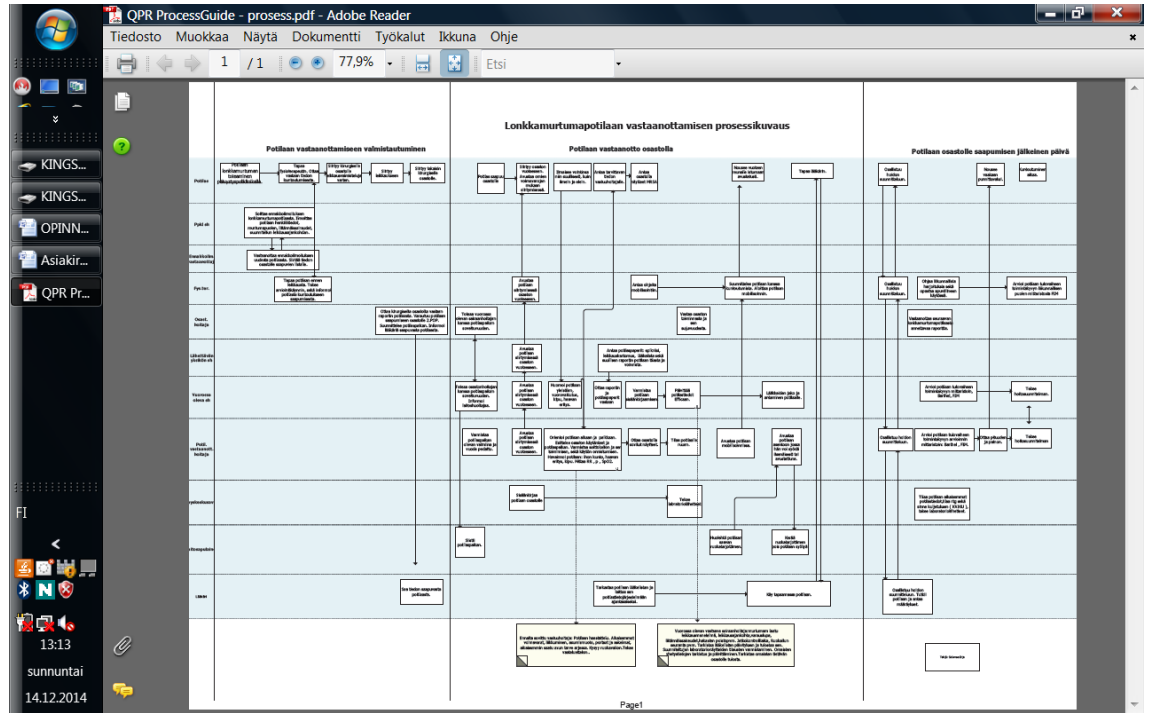
Vajaaravitsemus.Viitattu 17.11.2014  
<http://www.vajaaravitsemus.fi/ikaantyneet/vajaaravitsemus-seuraus>

**Liitteet:**

liite 1. Lonkkamurtumapotilaan vastaanottamisen prosessikuvaus

liite 2. Prosessikuvauksen arviointi

Liite 1



## Liite 2

### PROSESSIKUVAUKSEN ARVIOINTI

#### Prosessikuvauksen arviointikohteet

1. Toimijat
2. Toimijoiden tehtävät
3. Prosessikuvauksen kronologinen eteneminen