

Serena Tatananni

PALLIATIIVISEN HOIDON JA KUNTOU- TUKSEN PALVELUPROSESSI

Fysioterapeutin rooli osana moniammatillista yh-
teistyötä

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Monialaisen toimintakyvyn edistämisen koulutus

2023



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	fysioterapeutti (ylempi AMK)
Tekijä	Serena Tatananni
Työn nimi	Palliativisen hoidon ja kuntoutuksen palveluprosessi Fysioterapeutin rooli osana moniammatillista yhteistyötä
Toimeksiantaja	Itä-Savon Sairaanhoidopiiri ky
Vuosi	2023
Sivut	103 sivua, liitteitä 46 sivua
Työn ohjaajat	Päivi Lifflander ja Pia Kraft-Oksala

TIIVISTELMÄ

Palliativisen hoidon laatu on Suomessa vaihtelevaa. Palliativisen hoidon tarve kasvaa ja hoidon palveluprosessin kehittäminen on tärkeässä roolissa. Laadukas hoito vastaa ennaltaehkäisevästi potilaan tarpeisiin, lisää elämänlaatua ja hoitaa tai hallitsee oireita. Tämä opinnäytetyö on osa Savonlinnan palliativisen yksikön moniammatillisen yhteistyön kehittämistä.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää fysioterapeutin roolin kuvaus osana palliativisen hoidon moniammatillista palveluprosessia palliativisen potilaan hoitopolulla. Tarkoituksena on löytää tutkittuun tietoon perustuvat fysioterapeuttiset menetelmät ja lääkkeettömät hoitomuodot osana palliativista hoitoa, jossa käytetään kuntouttavaa näkökulmaa sekä määritellä palliativisen kuntoutuksen tavoitteet.

Opinnäytetyö toteutettiin tietoisuutta lisäävänä toimintatutkimuksena. Teoreettinen viitekehys rakennettiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Viitekehys toimi toimintatutkimuksen toiminnallisen osion pohjana. Nykytilan kartoitus toteutettiin verkkokyselynä, joka osoitettiin toimeksiantajan palveluksessa oleville fysioterapeuteille. Kyselyyn vastanneiden (n=21) mielestä fysioterapia on osa palliativista hoitoa ja tärkeimmät fysioterapian menetelmät ovat kivun hoito, hengitysoireiden hoito ja apuvälinepalvelu. Tavoitteena on tukea elämänlaatua, toimintakykyä ja itsenäisyyttä sekä kotona selviytymistä. Moniammatillisen yhteiskehittämisen keinoin kehitettiin moniammatillinen palliativinen hoitopolku prosessikävely menetelmää käyttäen. Fysioterapian tärkeimmäksi tavoitteeksi määriteltiin elämänlaatu, kivun ja oireiden lääkkeetön hoito, psykososiaalinen tuki ja tavoitteiden kartoitus.

Fysioterapeutin rooli osana palliativista hoitoa on toimia potilaan, potilaan omaisten ja hoitoon osallistuvien ammattilaisten tukena kaikissa hoidon vaiheissa. Fysioterapian menetelmät valitaan tukemaan potilaan toimintakykyä, kotona selviytymistä, itsenäisyyttä ja lievittämään oireita lääkkeettömällä hoitomuodoilla. Tavoitteena on tukea potilaan toimintakykyä, elämänlaatua ja kotona selviytymistä sekä hoitaa ja hallita oireita. Prosessikuvaus ja moniammatillinen ennakoiva yhteistyö lisää hoidon oikea-aikaisuutta ja palvelun laatua. Digitaaliset ja ryhmämuotoiset palvelut sekä fysioterapian rooli aikaisessa hoidon vaiheessa kaipaavat jatkokehittämistä.

Asiasanat: fysioterapia, kuntoutus, moniammatillisuus, palliativinen hoito, saattohoito

Degree title	Master of Health Care
Author	Serena Tatananni
Thesis title	Service process for palliative care The role of physiotherapist as a part of multiprofessional cooperation
Commissioned by	East Savo Hospital District
Time	2023
Pages	103 pages, 46 pages of appendices
Supervisor	Päivi Lifflander and Pia Kraft-Oksala

ABSTRACT

The quality of palliative care is variable in Finland. The need for palliative care is growing and the development of the care service process plays an important role. High-quality treatment responds preventively to the needs of the patient, increases the quality of life, and treats or controls symptoms. This thesis is a part of the development of multiprofessional cooperation at Savonlinna palliative center.

The aim of the thesis is to develop a description of the role of a physiotherapist as a part of the multiprofessional service process of palliative care on the palliative patient's path. The aim is to find evidence-based physiotherapeutic methods and non-pharmaceutical treatments as a part of palliative treatment, which uses a rehabilitative perspective, and defines the objectives of palliative rehabilitation.

The thesis was carried out as an awareness-raising action study. The theoretical framework was built by means of a literature review. The framework served as the basis for the operational part of the action study. The current state assessment was carried out as an online survey addressed to the physical therapists employed by the commissioner. In the opinion of the respondents (n=21), physiotherapy is a part of palliative therapy, and the main methods of physiotherapy are pain management, treatment of respiratory symptoms, and assistive devices services. The aim is to support the quality of life, functional ability and independence as well as coping at home. A multiprofessional palliative care path was developed by means of multi-professional co-development. The main objective of physiotherapy was defined as the quality of life, the non-pharmaceutical treatment of pain and symptoms, psychosocial support, and target survey.

The role of a physiotherapist as a part of palliative care is to support the patient, the patient's family and the professionals involved in all phases of treatment. The physiotherapy methods are chosen to support the patient's ability to function, to survive at home, to be independent, and to relieve symptoms by non-pharmaceutical therapies. The aim is to support the patient's ability to function, the quality of life and coping at home, as well as to treat and manage symptoms. The process description and multiprofessional proactive cooperation will increase right timing and the quality of care. Digital and group services and the role of physiotherapy in the early stages of palliative care require further development.

Keywords: physiotherapy, rehabilitation, multiprofessional, palliative care, terminal care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ.....	8
3	PALLIATIIVINEN HOITO.....	9
3.1	Palliatiivinen hoito suomalaisessa terveydenhuollossa.....	14
3.2	Palliatiivinen hoito Itä-Savon Sairaanhoidopiirissä.....	17
3.3	Palliatiivisessa hoidossa esiintyvät oireet	19
4	PALLIATIIVINEN KUNTOUTUS	25
4.1	Moniammatillisuus palliatiivisessa kuntoutuksessa.....	28
4.2	Fysioterapia osana palliatiivista kuntoutusta.....	32
4.3	Fysioterapeuttiset menetelmät.....	34
4.4	Fysioterapeuttinen arviointi.....	37
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	42
6	TOIMINTATUTKIMUS	43
6.1	Suunnittelu.....	46
6.1.1	Kirjallisuuskatsaus	48
6.1.2	Kysely	52
6.1.3	Kyselyn tulokset.....	54
6.2	Toiminta.....	67
6.2.1	Palliatiivinen hoitopolku.....	72
6.3	Havainnointi.....	76
7	MONIAMMATILLINEN PALLIATIIVINEN HOITOPOLKU	80
8	POHDINTA.....	82
8.1	Palveluprosessi ja moniammatillinen hoitopolku.....	82
8.2	Menetelmä.....	88
8.3	Luotettavuus ja eettisyys	90
8.4	Prosessin tarkastelu ja aikataulu	93
8.5	Johtopäätökset	93

8.6	Jatkokehittämissuositukset	95
LÄHTEET	96
LIITTEET		

Liite 1. Palliatiivista hoitoa ohjaavat lait ja asetukset

Liite 2. Verkkokysely

Liite 3. Kyselyn tulosten luokittelu

Liite 4. Kyselyn tulosten pelkistys ja luokittelu

Liite 5. Kutsu

Liite 6. Suostumuslomake

Liite 7. Palautelomake

Liite 8. Kirjallisuuskatsaustaulukko

1 JOHDANTO

Palliativinen hoito alkaa silloin, kun potilaan sairauteen ei ole parantavia hoitomuotoja. Päätös tehdään lääkärin toimesta, yhteistyössä potilaan kanssa. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Kuolemaan johtava sairaus voi edetä yllättävänkin nopeasti, mutta osa potilaista voi elää jopa vuosia diagnoosin kanssa. Palliativisen hoidon tavoitteena on kokonaisvaltainen kärsimyksen lievittäminen ja elämänlaadun lisääminen. Palliativisessa hoidossa suhtaudutaan kuolemaan luonnollisena osana elämää. (Timm ym. 2021, 10.) Hänninen ja Pajunen (2006) kuvaavat palliativista hoitoa termillä ”kuoleman kaari”. Kuoleman kaari alkaa, kun potilas on saanut tiedon kuolemaan johtavasta sairaudesta, ja päättyy vainajan läheisten sopeuduttua suruun.

Tieto palliativisesta hoitolinjasta on pysäyttävä hetki, jona potilas kohtaa elämänsä rajallisuuden. Lopullisuus käynnistää potilaassa kriisin ja hoitamattomana se voi aiheuttaa kokonaisvaltaista kärsimystä. Jokaisella yksilöllä on oma historiansa sekä omat keinonsa ja taitonsa kriisistä selviytymisessä. Lähestyvä kuolema voi tuoda esille kokemuksia menneisyydestä, pelkoa tulevasta kärsimyksestä ja huolia siitä, kuinka on suoriutunut tai voi selviytyä oman elämän rooleistaan. Palliativinen hoito on moniammatillista ja holistista kuolemansairaalan potilaan ja hänen läheistensä hoitoa (WHO; EAPC; Mitä on palliativinen hoito 2021; Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). STM (2019, 13) mukaan palliativinen hoito on Suomessa epäyhtenäistä ja osaamisen taso on vaihtelevaa. Suosituksen keskeinen tavoite on yhtenäistää toimintaa ja varmistaa laatu henkilöstön osaamisen ja moniammatillisuuden kautta (STM 2019, 182).

Tässä opinnäytetyössä etsitään vastauksia siihen, miten fysioterapeutti voi tukea potilasta ja hänen läheisiään potilaan viimeisellä matkallaan sekä mikä on fysioterapeutin rooli osana moniammatillista palliativista hoitoa. Fysioterapeutti on kehon, toimintakyvyn, liikkeen ja terveyden asiantuntija. Toimintakyvyn ja elämänlaadun muutos huonompaan on väistämätöntä palliativisessa hoidossa ja muutokset johtavat avustettavan rooliin. Potilas voi kokea arvokkuuden menettämisen tunnetta kehon toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymi-

sen heikentyessä. Jokaisella yksilöllä on oikeus ja perustarve kyetä liikkumaan. Fysioterapian menetelmien, apuvälineiden keinoin ja oireiden hoidon kautta voidaan vaikuttaa potilaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun positiivisesti, lisäten itsenäistä selviytymistä, hallinnan tunnetta ja normaaliutta potilaan arkeen.

Palliativisessa hoidossa korostuu eksistentiaalinen kriisi. Buttersin (2021, 202) mukaan potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen hoitohenkilökunnan toimesta auttaa potilasta hyväksymään elämän loppumisen. Eksistentiaalisuus on Buttersin (2021, 203–204) mukaan helpointa käsittää kehollisuuden kautta ja sen merkitys korostuu jokapäiväisessä elämässä. Fysioterapian keinoin voidaan lievittää potilaan oireita ja sen kautta vapauttaa tilaa potilaan ajatuksille ja merkityksen löytämiselle (Malcolm ym. 2016, 5).

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Sosteri) toimii opinnäytetyön toimeksiantajana. Sosteri tuottaa alueellaan perustason hoivaa, perustason A ja erityistaso B palliativista hoitoa ja saattohoitoa. Uusi palliativinen toimintayksikkö aloitti toimintonsa keväällä 2022. Se vastaa Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella kaikkien palliativisen hoitolinjauksen saaneiden osastohoidosta erityistasolla B sekä toimii palliativisen hoidon konsultaatioapuna Sosterin toiminta-alueella, STM:n (2019) suosituksen mukaisesti. Vuoden 2023 alusta Sosteri on yhdistynyt Etelä-Savon hyvinvointialueeseen.

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämistyö. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää fysioterapeutin roolin kuvaus osana palliativisen hoidon moniammatillista palveluprosessia palliativisen potilaan hoitopolulla. Vuokko ym. (2011, 4) mukaan palveluprosessin kuvaus lisää hoidon yhteen toimivuutta sekä lisää hoidon jatkuvuutta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä fysioterapeuttisia menetelmiä ja lääkkeettömiä hoitomuotoja käytetään osana palliativista hoitoa. Opinnäytetyö tuottaa Savonlinnan palliativiselle toimintayksikölle prosessikuvauksen fysioterapiasta osana palliativista hoitoa ja moniammatillista yhteistyötä ja kehittää moniammatillisen yhteistyön laatua ja osaamista. Palveluprosessin kuvaus lisää ymmärrystä hoidon työnkulusta ja

tehtävien etenemisestä sekä kuvaa toiminnan liittymäkohtia potilaan hoidon vaiheista (Vuokko ym. 2011, 12).

Opinnäytetyöstä rajataan pois lapset ja nuoret sekä aineistot, joissa käsitellään Covid-19-pandemiaa. Lasten ja nuorten palliatiivinen hoito järjestetään palliatiivisen hoidon vaativalla erityistasolla C (STM 2019, 140) ja sen toteutuksesta vastaa Kuopion Yliopistollinen sairaala (KYS). Covid-19-pandemian hoito toteutetaan siihen erikoistuneessa toimintayksikössä.

2 ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPUOLIN KUNTAYHTYMÄ

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (Sosteri) toimintaan kuuluvat erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto ja ympäristöterveydenhuollon palveluja. Kuntayhtymään kuuluvat Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava, joista Savonlinna ja Enonkoski hankkivat kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut Sosterilta. Rantasalmi ja Sulkava hankkivat erikoissairaanhoidon, apuvälinepalvelut, ympäristöterveydenhuollon sekä sosiaalipalveluiden viranomaistehtävät Sosterilta. Väkiluku alueella vuonna 2019 oli n. 40 000 asukasta. (Sosteri 2022.)

Sosterissa fysioterapeutit työskentelevät perusterveydenhuoltoon kuuluvassa toimintakyky-yksikössä. Fysioterapeutit antavat palveluja terveydenhuollon erityistasolle ja perustasolle. Erityistasolla fysioterapeutit toimivat keskussairaalan osastoilla ja apuvälinepalveluissa. Asiakkaalla on lähete tai pyyntö palvelun pariin tai kuntoutus tapahtuu palvelulupauksen mukaisesti. Perustason fysioterapiapalvelut toteutetaan kotikuntoutuksena tai terveysaseman avo- ja osastokuntoutuksena. Perustason osastoilla kaikki potilaat kuuluvat kuntoutuksen piiriin palvelulupauksen mukaisesti. (Kasper, 2022.)

Kuntayhtymän strategia laadittiin vuodelle 2022, jonka aikana valmistaudutaan Etelä-Savon hyvinvointialueeseen siirtymiseen vuonna 2023. Sosterin toimintaa ohjaavat seuraavat arvot: asiakas ensin, hyvinvointi, uudistuva osaaminen ja vaikuttavuus. Sosterin missiona on hyvinvoiva ja toimintakykyinen väestö ja visiossa nousee esille viiveetön hoito ja huolenpito, joka edistää hyvinvointia ja toimintakykyä. (Sosteri 2022.)

Sosterin keskeisenä tavoitteena on toimia tulevaisuuden suunnannäyttäjänä ja tuottaa laadukkaat sote-palvelut ilman pitkiä odotusaikoja omalta alueelta. Tavoitteen saavuttamiseksi kehitetään prosessiorganisaatiota ja prosessien johtamista sekä palvelu- ja hoitoprosesseja virtaviivaisemmaksi, parantaen kilpailukykyä ja asiakkaan kokemaa laatua. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri ky 2021.)

Vuoden 2023 alusta alkaen Sosteri yhdistyi Etelä-Savon hyvinvointialue Eloisaan. Hyvinvointialueeseen kuuluu Enonkoski, Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa, Pieksämäki, Puumala, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. Etelä-Savon hyvinvointialueella toimii Savonlinnan ja Mikkelin palliatiivinen toimintayksikkö. Toimintayksiköillä on yhteinen palvelupäällikkö ja molemmilla yksiköillä on oma lääkäri, hoitohenkilökunta ja fysioterapeutti. (Eloisa Etelä-Savon hyvinvointialue, 2023.)

3 PALLIATIIVINEN HOITO

Palliatiivinen hoito on henkeä uhkaavan tai kuolemaan johtavan sairauden aktiivista ja kokonaisvaltaista potilaan ja hänen läheistensä hoitoa. Hoidon keskeinen tavoite on kaikenlaisen kärsimyksen ennaltaehkäiseminen ja lievittäminen elämänlaadun parantamiseksi (EAPC s.a.; Mitä Elämänlaatu on? s.a; Mitä on palliatiivinen hoito 2021; WHO 2020). Hoidossa huomioidaan potilaan fyysiset, psykososiaaliset ja hengelliset tarpeet sekä kivun ja muiden oireiden hoito (EAPC s.a.; Mitä on palliatiivinen hoito 2021).

Palliatiivisessa hoidossa kärsimys heikentää elämänlaatua ja sen lievittäminen vaatii ihmisen kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja kärsimyksen aidon näkemisen. Kärsimys voi esiintyä fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena tai eksistentiaalisena oireena. (Butters, 2021; Mistä kärsimys muodostuu? s.a..) Kärsimyksen ulottuvuudet Oncocarea (2022) mukaillen kuvassa 1.



Kuva 1. Kärsimys (Oncocare 2022)

Kärsimys voi esiintyä hyvin konkreettisenä **fyysisenä** kipuna eri puolilla kehoa. Kipu voi olla seurausta sairaudesta, liikkumattomuudesta, hoidon aiheuttamana sivuoireena tai komorbideettina. **Psyykinen** kipu voi ilmetä masennuksena, ahdistuksena tai kivun pelkona ja se voi juontaa juurensa menneisiin sairastumisen kokemuksiin. **Sosiaalinen** kärsimys tulee esille yksilön elämän roolien kautta. Yksilö on todennäköisesti yhdistelmä monista rooleista ja elämän läpikäyminen voi tuoda pintaan ajatuksia siitä, kuinka niistä rooleista on suoriutunut, ja millaiset ovat suhteet elämän merkityksellisiin ihmisiin ja läheisiin. Potilaan ajatukset siirtyvät lisäksi siihen, millaiseen rooliin hän päätyy sairastumisen kautta. Tuleeko hänestä avustettava, sairas ja riippuvainen muista. Millaiseksi keho muuttuu sairauden myötä. Muuttaako se fyysistä muotoaan ja miten heikoksi se voi muuttua. Sairastuminen voi tuoda myös taloudellisia huolia sekä huolta omien läheisten pärjäämisestä oman kuoleman jälkeen. **Eksistentiaalinen** kärsimys mielletään helposti uskonnolliseen vakaumukseen, mutta se on paljon muutakin. Siihen kuuluvat myös toivon tunteen menetys, merkityksellisyyden tunne ja pelko sekä epävarmuus tulevaisuudesta, kivusta ja kuolemista. Kuoleman kohtaaminen voi tuoda esille pintaan elämäntilanteita, jotka ovat jääneet keskeneräisiksi. Voi olla purkamatta jääneitä ristiriitaisia tilanteita sosiaalisista suhteista. Butters (2021) kertoo väitöskirjassaan, että tutkimukseen osallistuneet potilaat toivat esille erityisiä esteettisiä

hetkiä, joissa he kokivat itsensä osana suurempaa kokonaisuutta ja löysivät sen avulla hyväksynnän tulevan kuoleman suhteen. Näihin kokemuksiin liittyi uskonto, taide tai luonto, jossa jokin esteettinen ärsyke viritti tutkittavassa oivalluksen omasta merkityksestään, roolistaan maailman kiertokulussa tai vision paratiisista. (Butters 2021, 208–209.) Hänninen & Pajunen (2006, 22–24) muistuttavat, että elämän rajallisuuden ymmärtämisen rinnalla kulkee menettämisen ja luopumisen suru. Rajallisuuden ymmärtämiseen liittyy kuitenkin mahdollisuus iloita tästä hetkestä, normaalista arjesta ja läheisyydestä.

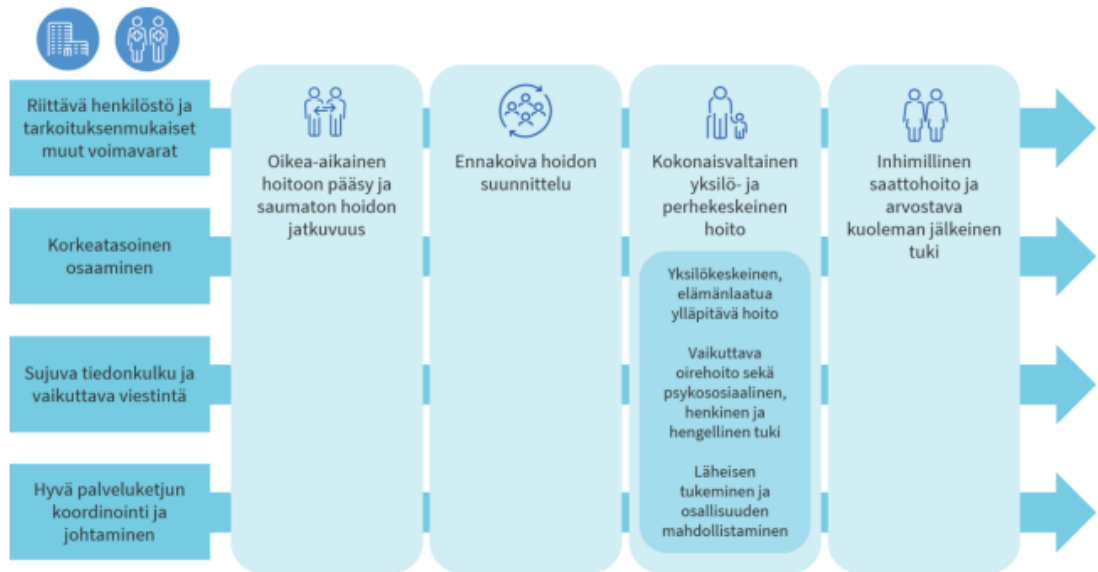
Palliativisen potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi palliativinen hoito on moniammatillista (WHO 2016; EAPC s.a.; IAPC s.a.; Mitä on palliativinen hoito 2021). Jokaisella hoitoon osallistuvalla ammattilaisella on oman alueensa erityisosaamista, joka kattaa osuuden potilaan tarpeista. Moniammatillinen lähestyminen mahdollistaa kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja fyysisten oireiden taakse näkemisen (WHO 2020) ja se vaatii hoitoon osallistuvilta ammattilaiselta rohkeutta olla läsnä sekä vastaanottaa pienimmätkin potilaan antamat viestit hänen tarpeistaan.

Palliativiseen hoitoon ovat oikeutettuja kaikki, riippumatta iästä tai diagnoosista (Mitä on palliativinen hoito 2021). Palliativiseen hoitoon voivat johtaa monet eri sairaudet kuten esimerkiksi krooniset verenkierto- ja hengityselimistön sairaudet, syöpä, AIDS, diabetes, sisäelinten sairaudet, multippeli skleroosi, Parkinsonin tauti, reuma, neurologiset sairaudet tai vammat ja dementia. Kipu ja hengitysvaikeudet ovat sekä yleisimmät että vakavimmat oireet. (WHO 2020.) Sen lisäksi liikkumattomuudesta voi aiheutua potilaalle tuki- ja liikuntaelimistön kipuja sekä painehaavoja.

Palliativista hoitoa annetaan kaikkiin parantumattomiin sairauksiin kaiken ikäisille ja joskus ensidiagnoosista lähtien. Palliativinen hoitopäätös on paikallaan, jos lääkäri ei olisi yllätynyt potilaan kuolemasta seuraavien 6-12kk aikana. (IAPC s.a.) Osana hoitoa toimivat ennakoivat hoitolinjaukset ja -suunnitelmat sekä hoidon rajaukset, joiden tavoitteena on varmistaa potilaan toiveiden mukainen hoito sekä tarjota toimintaohjeet lääkäreille ja hoitajille potilaan muuttuvissa tilanteissa. Hoitosuunnitelma on laadittu yhteistyössä potilaan ja

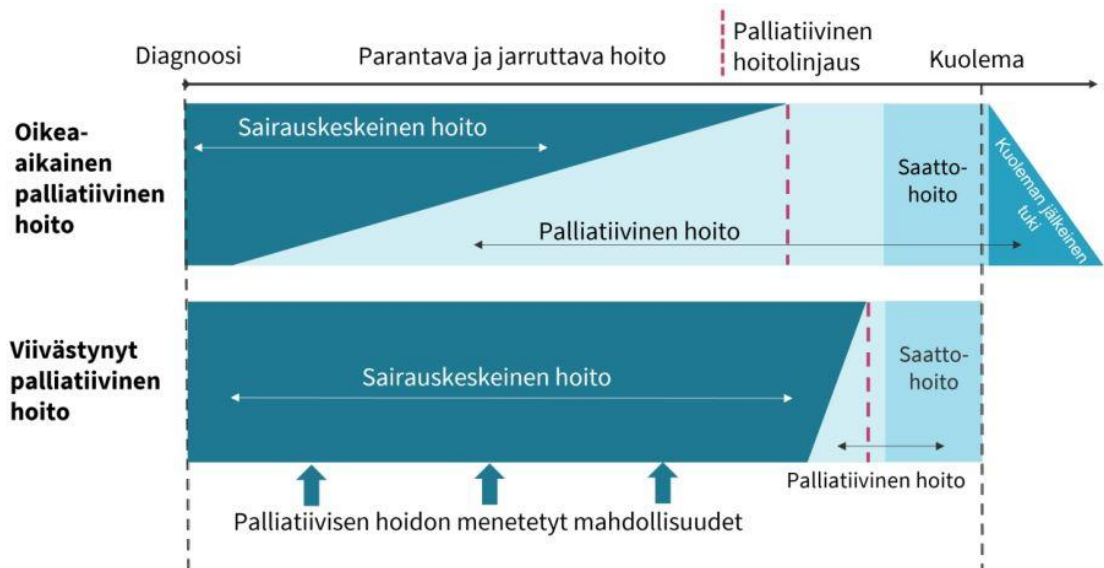
tarvittaessa hänen läheistensä kanssa, sitä tulee päivittää tarvittaessa muuttuvissa tilanteissa ja sen tulee olla kaikkien potilasta hoitavien ammattilaisten saatavilla. (Mitä on palliatiivinen hoito 2021.) Palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe on saattohoito ja se sijoittuu potilaan oletetun kuoleman läheisyyteen, viimeisiin elinviikkoihin tai -päiviin (Mitä on palliatiivinen hoito 2021; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Saattohoito on tärkeä osa modernia terveydenhuoltojärjestelmää (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 8).

Elämän vahvistaminen on osa palliatiivista hoitoa ja siinä kuolemaan suhtaudutaan luonnollisena osana elämäntulkua. Kuolemista ei nopeuteta tai hidasteta, vaan tavoitellaan parhainta mahdollista elämänlaatua kuolemaan asti. (EAPC s.a.) Kansainvälisen palliatiivisen hoidon yhdistyksen IACP:n (s.a.) (International Association for Palliative Care) mukaan palliatiivisen hoidon keskeinen osa on "laadun lisääminen elämään" mahdollistamalla henkilön itsenäinen toiminta hänen päivittäisessä elämässään häntä itseään tyydyttävällä tavalla (IACP s.a). Saarto ym. (2022) mukaan palliatiivisen hoidon laadun arviointia ei voida tehdä vain terveyshyötyjen näkökulmasta. Palliatiivisen hoidon laatu koostuu hyvästä oireiden hallinnasta, potilaiden ja hänen läheistensä tyytyväisyydestä, turhien hoitotoimenpiteiden välttämisestä ja potilaan toiveen mukaisesta kuolinpaikasta. Palliatiivisen hoidon laatu koostuu kahdesta osaluueesta: palliatiivisen hoidon hoitoprosessin vaiheista sekä hoidon järjestämisestä, tuottamisesta ja tiedonkulusta. Kokonaisvaltaisen yksilö- ja perhekeskeisen hoidon alla on lisäksi kolme laatualueetta. Palliatiivisen hoidon laatualueet kuvataan kuvassa 2. (Saarto ym. 2022,18–20.)



Kuva 2. Palliatiivisen hoidon laatualueet (Saarto ym. 2022, 19)

Aikainen ohjaus palliatiiviseen hoitoon näyttää lisäävän merkittävästi potilaan elämänlaatua ja mielialaa, ja lisäävän potilaan elinaikaa verrattuna heihin, jotka saavat perushoitoa (WHO 2020). Saarto ym. (2022, 19) esittävät integroidun palliatiivisen hoitomallin Buss ym. (2017) mukailleen, jossa sairauskeskeinen ja palliatiivinen hoito kulkevat rinnakkain (kuva 3).



Kuva 3. Palliatiivisen hoidon ajoitus (Saarto ym. 2022, mukailleen Buss ym. 2017)

Palliatiivisen hoidon määrä kasvaa, kun potilaan sairauden hoitoon käytettyjen hoitomuotojen vaikutus pienenee. Palliatiivinen hoitopäätös tehdään, kun potilaan sairauden kulkuun ei voida vaikuttaa, ja potilaan toimintakyky heikkenee. Hoito muuttuu oireita hoitavaksi. Aikaisella ohjauksella ja oikea-aikaisella palliatiivisella hoidolla parannetaan mahdollisuutta ennaltaehkäistä, lievittää ja hoitaa kipua, oireita ja kärsimystä sekä tukea potilaan kotona selviytymistä sekä hänen läheisiään (Saarto ym. 2022, 19). WHO (2020) mukaan aikainen ohjaus palliatiiviseen hoitoon vähentää sairaalahoidon tarvetta ja terveyspalveluiden käyttöä. Palliatiivisen diagnoosin saaneista potilaista 50 % palaa omaan kotiin (Parola ym. 2020, 2350).

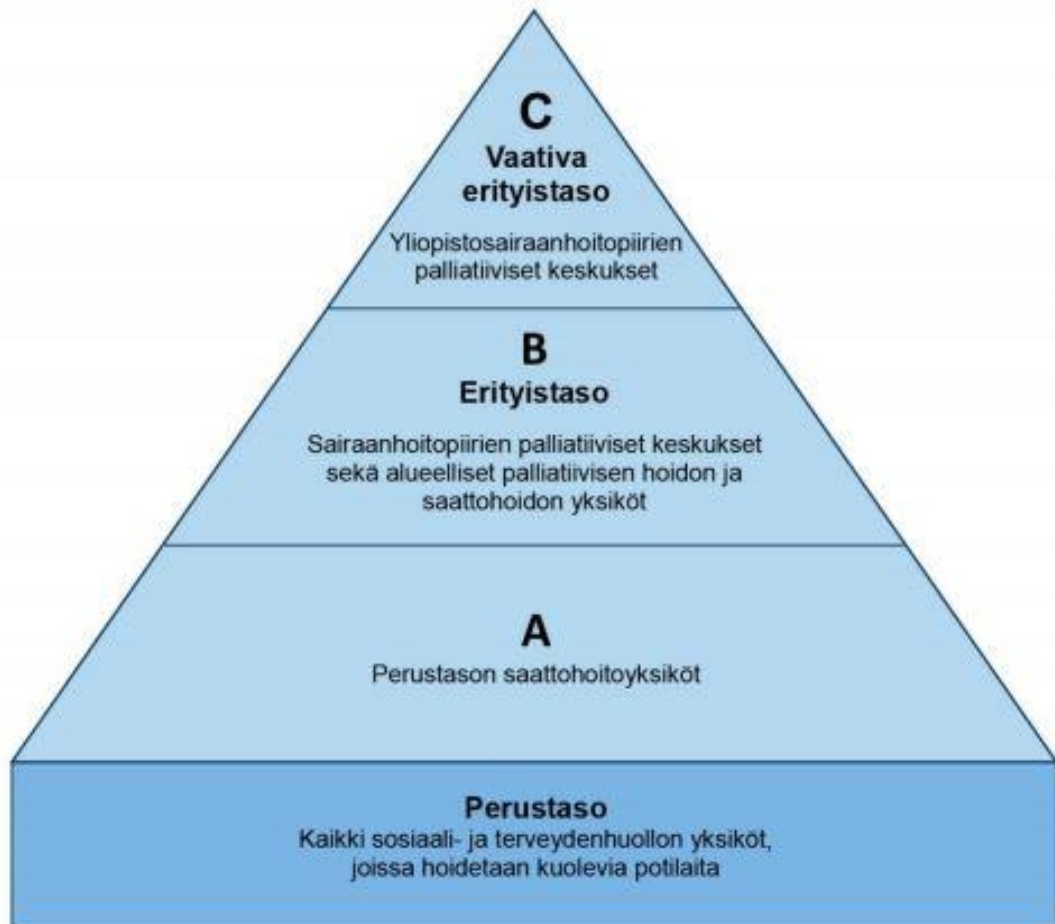
Färkkilän (2020) mukaan korkeimmat hoitokulut syöpäpotilaiden hoidossa ovat diagnoosin alussa sekä palliatiivisessa vaiheessa. Nottelmanin ym. (2021, 1345) mukaan oikea-aikaisen hoidon saaminen on suosituksista huolimatta edelleen epävarmaa. Saarron ym. (2022, 19) mukaan palliatiivisen hoidon aloituksen estävinä tekijöinä voi olla terveydenhuollon ammattilaisten ymmärryksen ja tiedon puute tai läheisten väärä käsitys palliatiivisesta hoidosta. Palliatiivinen hoito ymmärretään usein saattohoidoksi, jolloin siihen ohjaaminen ja ohjautuminen viivästyvät.

Palliatiivista hoitoa ohjaavat kansainväliset ja kansalliset lait, sopimukset ja suositukset (Mitä on palliatiivinen hoito 2021). Palliatiivisen hoidon kehitystyötä tehdään jatkuvasti luoden ja päivittäen kansainvälisiä suosituksia (WHCPA 2020; Payne ym. 2022) ja kansallisia suosituksia, jotka ohjaavat alueellisten ja paikallisten palveluiden suunnittelua ja rakenneuudistuksia laadukkaiden ja saavutettavien hoitojen turvaamiseksi sekä koulutuksen järjestämisestä varten (STM 2019).

3.1 Palliatiivinen hoito suomalaisessa terveydenhuollossa

Suomessa palliatiivinen hoito ja saattohoito on rakennettu kolmiportaiseen järjestämismalliin STM suosituksen (2019) mukaisesti. Malli on esitetty kuvassa 4. Tämän palveluketjun tarkoituksena on turvata tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen pääsy hoitoon koko maassa. Jokaisella henkilöllä on oikeus sairautensa

ja hoidon tarpeensa mukaisesti saada palliatiivista hoitoa kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. (STM 2019, 15.)



Kuva 4. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2019, 16)

Perustaso muodostuu kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Perustasolla tulee osata palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet sekä tehdä ennakoivasti elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös. Perustason yksiköinä toimivat kaikki potilaita hoitavat terveyskeskuksien ja sairaalojen kuntoutusosastot, kotihoidon yksiköt, palvelu- ja hoivakodit ja muut ympärivuorokautista hoivaa tarjoavat yksiköt. (STM 2019, 16.)

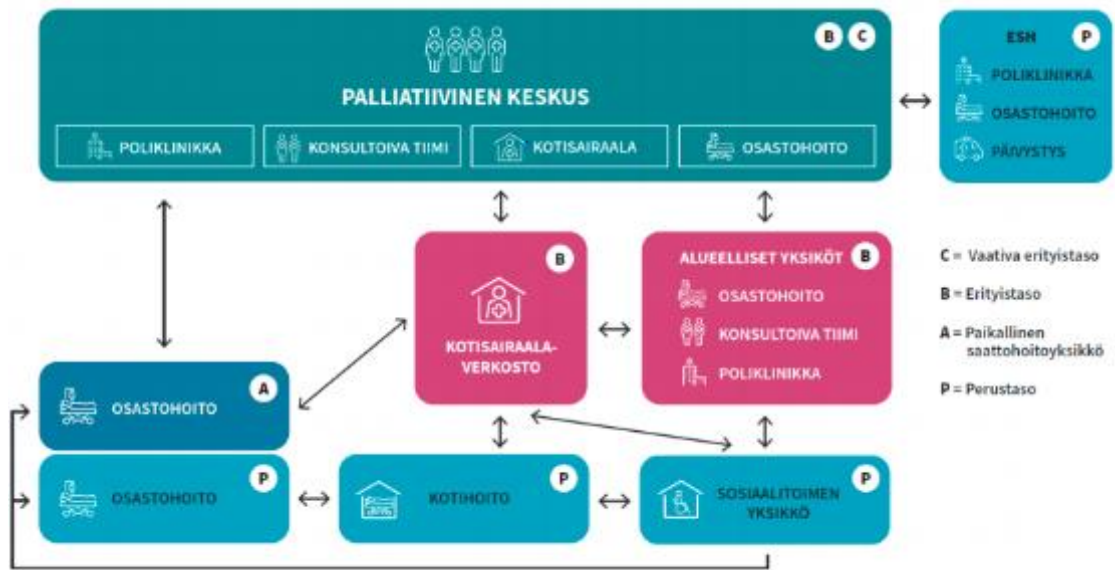
Perustasolla A toimiva yksikkö on kehittänyt saattohoitoa yhtenä perustehtävänä muiden toimintojen rinnalla. Henkilöstömitoituksessa, koulutuksessa ja toimintaympäristössä on huomioitu saattohoitotyö. Perustaso A kuuluu lähipalveluiden piiriin. (STM 2019, 16.)

Erityistasolla B toimivat erikoistuneet yksiköt, joiden erityisosaamista on palliatiivinen hoito ja saattohoito. Palliatiiviset yksiköt vastaavat palliatiivisen hoidon toiminnasta sairaanhoitopiirissään. Sairaanhoitopiirin palliatiivinen keskus toimii palliatiivisen hoidon koordinoijana, ohjaten yksiköiden toimintaa ja palveluketjua sekä vastaa potilasohjauksesta erityistasolle. Yksikön toiminnan pääasiallinen tehtävä on palliatiivinen hoito ja saattohoito, ja sen henkilökunta on erikoiskoulutettua. (STM 2019, 16–17.)

Erityistason B palveluihin kuuluvat lisäksi ammattimainen psykososiaalinen, henkinen ja eksistentiaalinen tuki sekä perustason yksiköiden konsultaatiotuki. Erityistason yksiköinä toimivat palliatiiviset kotisairaalat tukiosastoineen, palliatiiviset osastot, saattohoito-osastot ja -kodit sekä sairaaloiden konsultaatiotiimit ja palliatiiviset poliklinikat sekä päiväsairaalat. Erityistason palveluverkosto tulee olla kattava suhteutettuna väestön määrään ja palveluiden etäisyyksiin. Kokemuksen ja osaamisen näkökulmasta suotava asukasmäärä olisi enemmän kuin 30 000–50 000 asukasta. (STM 2019, 16–17.)

Vaativalla erityistasolla C toimii yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuksat. Palliatiivinen keskus muodostuu palliatiivisen hoidon poliklinikoista, palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimistä, psykososiaalisen tuen yksiköstä, palliatiivisesta osastosta ja vuodepaikoista, kotisairaalaista, päiväsairaalaista ja saattohoitokodista tai vastaavasta saattohoito-osastosta. Yliopistosairaala koordinoi palliatiivista hoitoa ja vastaa palliatiivisen hoidon tutkimuksesta ja opetuksesta. (STM 2019, 16–17.)

Valtakunnallinen palliatiivisen hoidon palveluketju (kuva 5) turvaa tasa-arvoisen erityistason palveluiden saatavuuden. Jokainen sairaanhoitopiiri suunnittelee palveluketjun ja sen toimintaa koordinoi sairaanhoitopiirin palliatiivinen keskus.



Kuva 5. Palliatiivinen palveluketju (Saarto ym. 2022, 15)

Palveluketjuun sitoutuneet sosiaalitoimen ja terveydenhuollon yksiköt vastaavat palliatiivisesta hoidosta jokaisena viikonpäivänä kellon ympäri. Sairaanhoidopiiriin tuottamaan palveluketjun kuvaukseen sisältyy palliatiivisen hoidon suunnitelma, josta ilmenee palveluohjaus, lähete- ja konsultaatiokäytäntö, henkilöstön täydennyskoulutussuunnitelma ja suunnitelmien toteutumisen seuranta. (STM 2019, 17–18.)

Palliatiivista hoitoa saavista potilaista vain pieni osa tarvitsee erityistason hoitoa. Potilaan hoidosta voi vastata useampi taho, joten on tärkeitä kuvata potilaan hoitopolku. Palveluketjun huolellisessa suunnittelussa määritellään palliatiivisen hoidon yhteinen strategia, joka sisältää selkeät tavoitteet, vastuut ja työnjaon. Kuvaamalla palveluketju varmistetaan hoidon tarpeen tunnistaminen, laatu ja sujuvuus. (Saarto ym. 2022, 35.)

3.2 Palliatiivinen hoito Itä-Savon Sairaanhoidopiirissä

Sosiaali- ja terveysministeriön (2019, 58) suosituksessa Savonlinna on osa Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualuetta. Suosituksen kolmiportaisen mallin mukaan Savonlinnassa tulee toimia sairaanhoidopiiriin palliatiivinen keskus, jossa toteutetaan erityistason B palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa

sekä perustason A saattohoitoa osana terveydenhuollon palveluja. (STM, 2019.)

Savonlinnan keskussairaalan tiloissa sijaitsee palliatiiviseen hoitoon erikoistunut vastaanotto, jossa toimivat erikoistunut lääkäri ja erikoistunut sairaanhoitaja. Vastaanotto on avoinna virka-aikana. Ensikäynti lääkärille varataan mahdollisimman pian diagnoosin saannin jälkeen ja jatkoseuranta toteutetaan puhelinkontrollin. Vastaanottoaika on mahdollista varata potilaan tarpeiden ja voinnin mukaisesti. Läheiset ovat tervetulleita mukaan tapaamisiin. (Sosteri 2021.)

Vastaanottoajan ulkopuolella yhteydenottoihin vastaa Kotisairaala, joka toimii joka päivä klo 7–22 ja sen toiminta-alue on 40 km keskussairaalaan. Yöllä hoidosta vastaavat ensihoito ja kotihoidon yö partio. Kotisairaalan sairaanhoitaja voi tehdä maksuttoman kotikäynnin varhaisessa vaiheessa ja sen tarkoituksena on tutustua ja arvioida potilaan elämää kokonaisvaltaisesti. Kotisairaala tuottaa kotiin vaativaa kivunhoitoa ja tukee itsenäistä selviytymistä kotona hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden keinoin. (Sosteri 2021.)

Palliatiivisessa hoidossa ei ole aiemmin ollut erikseen nimettyä fysioterapeuttia, joka vastaisi palliatiivisen diagnoosin saaneen potilaan ja hänen läheistensä tarpeisiin. Savonlinnan pääterveysasemalla toimi kuntouttava osasto, jolle palliatiivisen hoidon potilaille myönnettiin lupapaikka. Kuntoutusosaston fysioterapeutti vastasi palliatiivisen potilaiden tarpeisiin osastohoidon aikana fysioterapian menetelmillä, tavoitteena kivun lievitys, oireiden hallinta ja apuvälineiden arviointi ja luovutus. Kodin muutostöistä ja apuvälinearvioinnista vastaa osaston, kotikuntoutuksen tai apuvälinekeskuksen fysioterapeutti. Fysioterapeutin roolia ei ole kuvattu osana potilaan palliatiivista hoitopolkua. (Kasper, 2022.)

Uuden palliatiivisen toimintayksikön toiminta käynnistyi Savonlinnassa keväällä 2022. Palliatiivisella osastolla on lupapaikka 12 potilaalle, jotka ovat saaneet palliatiivisen diagnoosin. Potilaat voivat tulla osastolle kuntoutusjaksolle tai saattohoitoon. Uudelle osastolle on nimetty oma fysioterapeutti, joka

vastaa palliatiivisen hoidon potilaiden tarpeisiin. Palliatiivisen toimintayksikön työntekijät osallistuvat viikoittain moniammatilliseen palaveriin ja toimintayksikön kehityksestä vastaa moniammatillinen asiantuntijaryhmä, johon kuuluvat mm. palliatiiviseen hoitoon erikoistunut lääkäri ja sairaanhoitaja, osastonhoitaja, sosionomi, sairaalan pappi, fysioterapeutti sekä Sosterin projekti-, tutkimus- ja kehitystyöstä vastaavat henkilöt. Moniammatillinen asiantuntijaryhmä kokoontui vuonna 2022 kerran kuussa kehitystyön merkeissä. (Kasper, 2022.) Tämän opinnäytetyön tarkoitus on toimia osana palliatiivisen toimintayksikön kehitystyötä ja laatia fysioterapeutin työnkuvaus palliatiiviseen hoitopolkuun. Opinnäytetyöprosessin aikana Sosteri on yhdistynyt Etelä-Savon hyvinvointialueeseen. Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain Savonlinnan palliatiivisen yksikön toimintaa.

3.3 Palliatiivisessa hoidossa esiintyvät oireet

Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla esiintyy monia eri sairauksia. Oireiden esiintyvyys on yksilöllistä ja ne vaihtelevat sairaudesta tai sairauksista sekä lääkityksestä riippuen. WHO (2016) nostaa kivun ja hengitysvaikeudet oireista yleisimmäksi ja vakavimmaksi. Sen lisäksi voidaan tuoda esille useita tyyppillisiä oireita, jotka heikentävät potilaiden fyysistä, sosiaalista ja emotionaalista hyvinvointia, toimintakykyä ja potilaan elämänlaatua. Oireet ja niihin sopivat fysioterapian menetelmät kuvataan taulukossa 1. Palliatiivisen hoidon eettinen tehtävä on hallita oireita ajoissa kärsimyksen lievittämiseksi ja yksilön arvokkuuden säilyttämiseksi (WHO 2016).

Taulukko 1. Palliatiivisessa hoidossa esiintyvät oireet ja niihin sopivat fysioterapian menetelmät

Oire tai ongelma	Lähde	Fysioterapia menetelmä	Lähde
kipu	Chapman ym. 2020; Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Färkkilä 2020; Gradalski 2019; Maguire ym. 2018; McLeod & Norman 2019; Nottelman ym. 2021; Parola ym. 2020; Putt ym. 2017; Pitkäniemi ym. 2020; Ram-	Rentoutustekniikat, hengitysharjoitukset	Cwirlej-Sozanska ym. 2020
		Jooga	Mochamat ym. 2021
		Musiikkiterapia	Chapman ym. 2020; Pitkäniemi ym. 2020
		Kipukartoitus	

	senthaler ym. 2016; Silvoniemi 2018; Vira ym. 2021	Kivun itsehallinta strategiat Fysioterapia, apuvälinepalvelu	Chapman ym. 2020 Chapman ym. 2020 Major-Monfried ym. 2019
syöpäkipu	Chapman ym. 2020; Silvoniemi 2018	Kävely, vastusharjoittelu, myofaskiaalinen hoito, proprioseptiivinen neuromuskulaarinen fasilitointi, kivun itsehallinta strategiat Kipukartoitus	Chapman ym. 2020 Chapman ym. 2020; Silvoniemi 2018
Hengityselimistön oireet: hengästyminen, hengenahdistus, eritteet, yskä	Arcuri ym. 2016; Maguire ym. 2018; Mochamat ym. 2021; Nottelman ym. 2021; Parola ym. 2020; Putt ym. 2017; Silvoniemi 2018; Vira ym. 2021	PEP Yskän hillitsemistekniikka, palleahengitys, happi, tuuletin, psykososiaalinen tuki, rentoutustekniikat, hengityksen hallinta Asentohoito Mekaaninen sisään ja uloshengitys, manuaalisesti avustettu yskiminen, uloshengityslihasten harjoittelu, iskevä keuhkotuuletus, korkeapaineinen suolasumutus, vatsalihasten elektroninen stimulointi, manuaalinen tai mekaaninen täristys, rintakehän kompressio Hengitysharjoittelu, -harjoitteet ja rentoutumisharjoitteet	Arcuri ym. 2016; Silvoniemi 2018 Silvoniemi 2018 Arcuri ym. 2016; Golcic ym. 2018 Arcuri ym. 2016 Putt ym. 2017
Fatiikki: voimattomuus, heikkous, uupumus	Chapman ym. 2020; Cwirlej-Sozanska ym.	Fyysinen harjoittelu, Fysioterapia,	Mochamat ym. 2021

	2020; Mochamat ym. 2021; Nottelman ym. 2021; Parola ym. 2020; Putt ym. 2017; Ramsenthaler ym. 2016; Silvoniemi 2018; Vira ym. 2021	Jooga, psykoterapia Kuntoutus Lepo, rentoutustekniikat, hengitysharjoitukset	Putt ym. 2017 Cwirlej-Sozanska ym. 2020
Ruuansulatuselimistön oireet: pahoinvointi, ruokahaluttomuus, oksentelu, ummetus, ripuli	Maguire ym. 2018; Nottelman ym. 2021; Ramsenthaler ym. 2016; Silvoniemi 2018; Vira ym. 2021	-	-
Lymfaturvotus	Gradalski 2019; Putt ym. 2017; Vira ym. 2021	Kompressiosidos, manuaalinen lymfaterapia, kinesioiteippaus ja kohoasento	Gradalski 2019
Ihohaava	Chowdhury ym. 2020; Gradalski 2019	Asentohoito, paineistettu ilma- patja, ravitsemus Ihon kunnon arviointi	Lumio 2019 Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015
unihäiriöt	Nottelman ym. 2021; Ramsenthaler ym. 2016; Silvoniemi 2018; Vira ym. 2021	-	-
Psykososiaaliset oireet: masennus, ahdistus, stressi, jännittyneisyys, huoli kuolemista, emotionaalinen toiminta, kognitiivinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky	Golcic ym. 2018; Maguire ym. 2018; Mochamat ym. 2021; Nottelman ym. 2021; Pitkäniemi ym. 2020; Ramsenthaler ym. 2016; Silvoniemi 2018;	Estetiikka Ryhmäharjoittelu Psykoterapia Musiikki Kuntoutus ja fysioterapia	Butters 2021 Malcolm ym. 2016 Mochamat ym. 2021 Pitkäniemi ym. 2020 Putt ym. 2017
laskimotukos	Vira ym. 2021	-	-
Perifeerinen neuropatia	Ramsenthaler ym. 2016	-	-
taloudelliset vaikeudet	Färkkilä 2020; Ramsenthaler ym. 2016	-	-

Kipu on keskeinen elämänlaatua heikentävä oire (Färkkilä 2020, 55; Silvoniemi 2018) ja se vaikuttaa potilaaseen fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti ja eksistentiaalisesti (Silvoniemi 2018). Chapman ym. (2020, 449–450) mukaan

kivun ja syöpäkivun hallinnasta löytyy vahvaa näyttöä vahvojen opiaattien käytön lisäksi säännöllisestä kipukartoituksesta ja potilaan itsehallinta strategioista. Silvonien (2018) mukaan rutiininomainen oireiden arviointi on hyödyllistä. Keuhkosityöpäpotilaista, jotka ovat palliatiivisessa hoidossa, 76 % esiintyy syöpäkipua. (Silvonien 2018.)

McLeod ja Norman (2019, 3) toteavat fysioterapeutilla olevan useita menetelmiä, joilla voidaan vaikuttaa kipuun. Major-Monfriedin ym. (2019, 336) mukaan kotisaattohoidon potilaista 58 % sai fysioterapiaa ja 20 % sai apuvälinepalveluita kivun hoitoon. Chapman ym. (2020, 448) mukaan alustavaa näyttöä syöpäkivun hoitoon löytyy fysioterapian interventioista, joissa on käytetty kävelyä, vastusharjoittelua, myofaskiaalista hoitoa ja proprioseptiivistä neuromuskulaarista fasilitointia. Riittävää näyttöä hieronnasta, sähköhoidosta ja akupunktiosta ei ole tutkimuksen puutteesta johtuen, mutta tutkimustietoa niiden haitasta käytössä ei ole. (Chapman ym. 2020, 449.)

Lihasantoutustekniikoilla ja hengitysharjoituksilla voidaan vähentää kipua (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 4). Mochamat ym. (2021, 705) mukaan säännöllisellä joogaharjoittelulla oli merkittäviä edistäviä vaikutuksia potilaan kivun tasoon. Musiikkiterapialla voidaan merkittävästi vaikuttaa kivun voimakkuuteen (Chapman ym. 2020, 448) ja se voidaan toteuttaa osana holistista hoitoa. Pitkäniemen ym. (2020, Kipu palliatiivisessa hoidossa) mukaan voidaan osoittaa kertaluontoisen musiikki-intervention vaikuttavan palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kipuun. Musiikkiterapia nähtiin enemmän tunteiden sanottajana, yhteisenä muisteluhetkenä läheisen kanssa, keinona käsitellä yhdessä läheisen kanssa tunteita menneestä ja tulevasta luopumisesta. Tämä hetki voi olla hyvin merkittävä ja sillä voidaan lievittää ahdistuneisuutta ja masennusta. (Pitkäniemi ym. 2020, Rauhallinen instrumentaalimusiikki lievittää stressiä ja ahdistusta.) Musiikki toimii voimavarana kuitenkin vain silloin, kun se on kuuntelijalleen miellyttävä kokemus.

Hengityselimistön oireet ovat merkittävä ongelma palliatiivisessa hoidossa (Arcuri ym. 2016, 1). Keuhkot toimivat elimistön ja ympäristön kaasujen vaihtajana ja niiden tärkein tehtävä on siirtää happea vereen ja hiilidioksidia pois

verestä (Kauranen 2020, 508.) Hengityselimistön ongelmista suurimmat haasteet ovat hengenahdistus ja limaneritys. Kaurasen (2020, 517–518) mukaan hengityselimistön fysioterapian menetelmien keskeisenä tavoitteena on edistää hapensaantia, vähentää limaisuutta, vahvistaa hengityslihaksia, lisätä rintarangan liikkuvuutta, kehittää yleiskuntoa sekä tukea potilaan omahoitoa ja vähentää oireisiin liittyviä pelkoja ja ahdistuksia. Arcuri ym. (2016) toteaa, että rintakehän fysioterapia voi sisältää monia eri menetelmiä mutta ei ole olemassa yhtä oikeata tapaa hallita palliatiivisen potilaan hengityselimistön oireita. Keskeisimmät tavoitteet palliatiivisessa hoidossa ovat ysköksen edistäminen, liman irrottaminen ja kuljetus ylähengitysteihin sekä yskimisen tehostaminen. (Arcuri ym. 2016, 2.)

Limana kertyminen hengitysteihin on potilaalle kuormittava kokemus, joka heikentää elämänlaatua ja voi johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. Hengityseritteiden hallinnassa toimivat monet lääkkeettömät interventiokeinot. Liman irrottamiseen keuhkojen perifeerisistä osista ja sen kuljettamiseksi pois keuhkoista voidaan käyttää eritteitä ulos ohjaavaa valutusasentoa, mekaanista sisään ja ulos puhaltamista, manuaalisesti avustettu yskimistä, uloshengityslihasten harjoittelua, iskevää keuhkotuuletusta, PEP puhallusta maskilla ja ilman, korkeapaineista suolasumuttamista, vatsalihasten elektronista stimulointia ja tärinäliiviä. (Arcuri ym. 2016, 7.)

Yskimistä helpottavina menetelminä toimivat manuaalisesti avustettu yskiminen, uloshengityslihasten harjoittelu ja mekaaninen sisään ja ulos hengitys. Rintakehän alueella voidaan käyttää manuaalista täristystä, manuaalista tai mekaanista hypersinsuflaatiota, rintakehän kompressiota ja PEP puhallusta. (Arcuri ym. 2016, 3.) Silvoniemi (2018) tuo esille yskän lääkkeettömiksi hoitomuodoiksi palleahengityksen ja yskän hillitsemistekniikat. Uusia menetelmiä kuitenkin kaivataan syöpäpotilaiden yskän hoitoon (Silvoniemi 2018).

Silvoniemen (2018) mukaan hengenahdistusta voidaan hoitaa hapella, potilaan kouluttamisella, tuulettimilla, psykososiaalisella tuella, rentoutustekniikoilla ja hengityksen hallinnalla. Hengitysoireiden hoitomenetelmän valintaan näyttäisi vaikuttavan oireen juurisyy. Ammattitaitoa vaatii nähdä oireen taakse

ja tunnistaa mikä sitä aiheuttaa. Hengenahdistus voi olla fyysinen oire henkisestä kivusta. Henkisen kivun hoitamatta jättäminen estää hengenahdistuksen hoidon.

Fysioterapiassa voidaan käyttää hengitysharjoittelua, hengitysharjoitteita ja rentoutumisharjoitteita (Putt ym. 2017, 194) ja niiden tavoitteena on lievittää hengitysoireita, vähentää kipua ja uupumusta sekä edistää toimintakykyä (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 4). Asentohoitoa on käytetty hengittämisen helpottamiseksi sekä painehaavojen ehkäisemiseksi (Golcic ym. 2018, 1378).

Fatiikkia esiintyy palliatiivisen hoidon potilailla ja se voi olla seurausta esimerkiksi syöpähoidoista. Mochamat ym. (2021, 701–706) kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin, millaisin keinoin potilaan uupumukseen (fatiikki) voidaan vaikuttaa. Kahdeksassa tutkimuksessa todettiin fyysisellä harjoitteluohjelmalla olevan merkittävä edistävä vaikutus fatiikkiin 2–12 viikon aikajaksolla, kun kahden tutkimuksen mukaan harjoitteluterapialla ei ollut merkittävää vaikutusta fatiikkiin pitkällä aikavälillä. Tutkimuksen sisältö ja tutkimukset vaihtelivat mutta tilastisesti merkittäviä korrelaatioita löydettiin fyysisen aktiivisuuden muutoksen ja fatiikin välillä. Interventioon osallistuneilla uupumuksen tasossa ja liikkuvuudessa nähtiin merkittävä parannus verrattuna verrokkiryhmään. Kohtalaista näyttöä löytyy fysioterapian vaikuttavuudesta uupumuksen hoidossa syöpöpotilailla sekä lupaavia tuloksia joogaharjoittelun ja psykoterapian interventioissa. Putt ym. (2017, 194) mukaan kuntoutus paransi uupumusta ja Cwirlej-Sozanska ym. (2020, 4) toteavat levon, rentoutustekniikoiden ja hengitysharjoitusten vähentävän kipua ja uupumista.

Lymfaturvotusta esiintyy 11 % palliatiivisen hoidon potilaista (Gradalski 2019). Putt ym. (2017, 194) mukaan fysioterapia sisältää turvotuksen hoitoa ja sillä voidaan vaikuttaa turvotuksen määrään. Ödeema aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä aiheuttaen kipua ja ihon tiukkuutta turvotusalueella. Ödeeman taustasyinä voivat sairauden lisäksi olla krooninen immobilisaatio, lääkitys tai sydämen vajaatoiminta. Ennen osastohoitoa diureetteja sai 47,9 % potilaista mutta vain 4,2 % oli saanut fysioterapiaa. Turvotuksen hoitoon voidaan käyttää kompressiosidosta, manuaalista lymfaterapiaa, kinesioteippausta ja

kohoasentoa. Potilaan elinajanodotteen ollessa pitkä, voidaan toteuttaa intensiivinen 5–7 päivän turvotushoito, johon sisältyy kompressiosidos, manuaalinen lymfaterapia ja diureetit. Jos elinajanodote on lyhyt, on potilaan mukavuuden näkökulmasta riittävää hoitaa turvotusta kevyemmällä tukisidoksella ja kohoasennolla. (Gradalski 2019.)

Psyykinen hyvinvointi on yksi keskeinen osa-alue kuntoutuksessa. Putt ym. (2017, 194–195) mukaan potilaat kokivat fysioterapiaa sisältävän kuntoutuksen parantavan mielialaa, itsevarmuutta ja hyvinvointia. Malcolm ym. (2016, 4) tutkimuksessa potilaat ilmoittivat kohonneesta mielialasta ryhmäharjoittelun jälkeen. Pitkäniemi ym. (2020, Kipu palliatiivisessa hoidossa) mukaan musiikki-interventio lievittää ahdistuneisuutta ja masennusta palliatiivisen hoidon potilaille ja Mochamat ym. (2021, 705–706) tuovat esille lupaavia tuloksia psykoterapian käytöstä. 12 viikon jaksolla nähtiin muutoksia uupumuksessa, ahdistuneisuudessa ja hengästyneisyydessä (Mochamat ym. 2021, 705–706).

4 PALLIATIIVINEN KUNTOUTUS

Kuntoutus muodostuu latinankielisestä sanoista *habilitatus* ja *habilitare*, jotka tarkoittavat *tehdä toimivaksi* ja *mahdollistaa* (Timm ym. 2021, 3–4). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön määritelmän mukaan kuntoutus lähtee yksilön tarpeista ja tavoitteista ja sen tavoitteena on mm. edistää yksilön toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, elämäntilanteen hallintaa ja osallistumismahdollisuuksia sekä tukea kuntoutujan lähipiiriä (Kuntoutus s.a.)

Kuntoutuksen ja palliatiivisen hoidon tavoitteet eroavat toisistaan (Chowdhury ym. 2020, 1246). Kuntoutuksen tavoitteena on paluu toimintakykyiseksi ja osaksi yhteiskuntaa, lisäämällä kuntoutujan toimintakykyä ja kykyä selviytyä hänelle merkityksellisistä arjen toiminnoista ICF luokituksen keinoin. Tavoitteet voidaan määritellä lyhyelle ja pitkälle aikajaksolle ja kuntoutuja on aktiivinen toimija koko kuntoutusprosessin ajan. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on kokonaisvaltainen kärsimyksen lievittäminen ja elämänlaadun lisääminen lyhyellä aikajaksolla. Palliatiivisessa hoidossa suhtaudutaan kuolemaan luonnollisena osana elämää ja lähestyvä kuolema sallii potilaan passiivisen roolin. (Timm ym. 2021, 10.)

Palliativinen kuntoutus on yhdistelmä kuntoutusta, mahdollistamista, potilaan itsenäistä selviytymistä ja itsestä huolehtimista sekä palliativisessa hoidossa käytettyä potilaan kokonaisvaltaista lähestymistä. Chowdhury ym. (2020, 1240–1241) esittävät kuntoutuksen tasot Dietzin luokitusta mukailleen neljällä tasolla: ennaltaehkäisevä, palauttava, tukea-antava ja palliativinen kuntoutus. Kuntoutuksen kaikilla tasoilla toiminta on moniammatillista, jossa pyritään hoitamaan sairauden ja hoitojen aiheuttamia haittoja, käytössä on laaja kirjo erilaisia menetelmiä ja tavoitteet asetetaan potilaan ja hänen läheistensä tarpeiden mukaisesti. Palliativisessa kuntoutuksessa pyritään minimoimaan haittoja ja maksimoimaan elämänlaatua lievittämällä oireita. (Chowdhury ym. 2020, 1241–1245.)

Palliativisen hoidon potilaat tarvitsevat perinteisen hoivan ja kuntoutuksen palveluita päällekkäin, ja sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsevat innovatiivisia menetelmiä, jotka syntyvät palliativisen hoidon ja kuntoutuksen yhteisestä sitoutumisesta. Tieteellinen tutkimus alojen yhteistyöstä kuitenkin loistaa pois-aolollaan. (Timm ym. 2021, 12.) Chowdhuryn ym. (2020, 1247) mukaan kuntoutus ja palliativinen hoito toimivat yhteisvaikutuksessa ja molempien toiminta-alueiden tulisi tunnistaa toistensa merkitys osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Aikaisin aloitettu kuntoutus edistää tavoitteiden saavuttamista kaikilla kuntoutuksen tasoilla. Parola ym. (2020, 2350) mukaan kuntoutuksella voidaan parantaa elämänlaatua helpottamalla palliativisessa hoidossa olevan potilaan toimintakykyä, liikkuvuutta, päivittäisiä toimintoja, kestävyyttä, potilaan psyykettä ja lievittämällä kipuja. Kuntoutuksessa käytettyjen menetelmien avulla voidaan ylläpitää mahdollisimman paljon potilaan itsenäisyyttä. Joskus potilaat ovat tarpeettomasti estyneet toimimasta kykynsä mukaisesti ja maksimaalisen potentiaalin esille saamiseksi tarvitaan kannustin. (Parola ym. 2020, 2350.)

Smith ym. (2020, 176–177) mukaan lyhytkestoisella kuntoutusinterventiolla, jossa osallisena ovat palliativinen potilas ja hänen läheisensä, voidaan lyhentää osastohoidon pituutta keskimääräisesti 4 päivää sekä edistetään potilaan

tavoitetta kotiinpaluusta ennen kuolemaa. Interventio tuki läheisen itsevarmuutta selviytymisestä kotona ja lisäsi läheisen osallistumista hoitoon. Butters (2021) tuo väitöskirjassaan esille ympäristön vaikutuksen potilaan kokemukseen valtaistumisesta, toimijuudesta ja turvallisuuden tunteesta. Turvallinen, ja kenties tuttu, ympäristö (todellinen tai virtuaalinen) luo potilaalle voimaa ja luottamusta selviytyä omasta tilanteestaan. Kohtaamiset terveydenhoitoalan ammattilaisten kanssa toimivat joko valtaistumista heikentävinä tai voimistavina tekijöinä. Hoitotilanteet, jossa potilas huomioitiin kokonaisvaltaisesti, lisäsivät potilaan valtaistumista ja merkityksellisyyden kokemusta. Huonot kokemukset terveydenhuollosta eivät unohtuneet ja ne aiheuttivat kauaskantoisesti potilaissa valtaistumisen, turvallisuuden tunteen ja toimijuuden heikentymisen. (Butters 2021, 202.)

Saattohoidossa olevan sairauden hallinta on haastavaa kuntoutuksen ammattilaisille, sillä aiheesta on vähän opetusta ja toimintaa ohjaavia malleja (Chowdhury ym. 2020, 1246; Smith ym. 2020, 177). Ammattilaisia opettavat kliininen kokemus ja erehdys (Smith ym. 2020, 177). McLeodin ja Normanin (2019, 5–6) sekä Chowdhury ym. (2020, 1247–1248) mukaan tarvitaan lisää resursseja sekä tietoisuutta ja ymmärrystä fysioterapiasta (McLeod & Norman 2019, 5–6) ja kuntoutuksesta (Chowdhury ym. 2020, 1247–1248) palliatiivisessa hoidossa. Runacres ym. (2017, 646) mukaan palliatiiviseen hoitoon erikoistuneiden lääkäreiden mielestä palliatiivinen kuntoutus on sisällöltään laaja ja sen toteutuksen riippuvan toimintaympäristöstä ja resursseista.

Runacresin ym. (2017, 647) mukaan palliatiivinen kuntoutus aiheutti ristiriitaisia tunteita palliatiivista hoitoa antavien lääkäreiden keskuudessa. Suurin osa haastattelututkimukseen osallistuneista koki palliatiivisen kuntoutuksen hyvänä asiana. Osan mielestä kuntoutussanan käyttö loi väärää toivon tunnetta potilaille, ja osalle potilaista kuntoutuksesta ei ole hyötyä ollenkaan. Palliatiivisen kuntoutuksen koettiin olevan reaktio potilaan toimintakyvyn äkilliseen heikkenemiseen, ennaltaehkäisevän kuntoutuksen sijaan. Haasteeksi koettiin tunnistaa ne potilaat, jotka hyötyisivät kuntoutuksesta. Palliatiivisen hoidon pitkä historia hoivaavana mallina koettiin kuntoutusta heikentävänä tekijänä.

Runacres ym. (2017) toteavat palliatiivisen hoidon ammattilaisten keskuudessa konsensuksen puutteen kuntoutuksen sisällöstä, roolista osana palliatiivista hoitoa ja optimaalisesta palveluprosessin mallista. (Runacres ym. 2017, 649.)

Palliatiivisen kuntoutuksen estävinä tekijöinä tunnistetaan ammattilaisten haluttomuus kuntoutukseen ryhtymisestä ja kokemus siitä, että kuntoutus on epäsopivaa kuolevalle ihmiselle. Äkilliset muutokset ja epävarmuus toimintakyvystä vaikeuttavat kuntoutuksen suunnittelua. Hoidon painotus lääkkeisiin ja oireiden hallintaan voi sulkea pois mahdollisuuden keskustella elämänlaadusta, normaaliudesta ja tavoitteiden asettelusta. Juurtuneet käsitykset ja väärinkäsitykset palliatiivisesta hoidosta voivat toimia kuntoutusta estävinä tekijöinä. Kehitystyö on riippuvainen ajasta ja resursseista, kommunikoinnista, jatkuvuudesta, yhteistyöstä, johtajuudesta ja oikeiden työntekijöiden tunnistamisesta. Kuntoutusta edistäviä tekijöitä tunnistetaan paljon, mutta niitä ei välttämättä osata nimetä. Kuntoutusta edistäviä tekijöistä ovat moniammatillinen yhteistyö, holistinen lähestymistapa ja tilasuunnittelu. (Cullum 2019.) McLeodin ja Normanin (2019, 5) mukaan on tärkeitä antaa arvoa moniammatilliselle yhteistyölle ja verkostoitumiselle, sillä ne koetaan tärkeinä tekijöinä palliatiivisessa hoidossa.

4.1 Moniammatillisuus palliatiivisessa kuntoutuksessa

Tiimityössä kahden tai useamman ihmisen muodostama vuorovaikutteinen pysyvä ryhmä työskentelee yhteisen tehtävän parissa ja heillä on yhteinen tavoite. (Tilastokeskus s.a.) Heikkisen ym. (2004, 126) mukaan terveydenhuoltoalalla moniammatillinen tiimi tekee tavoitteellista, suunnitelmallista ja säännöllistä yhteistyötä, jolla toteutetaan perustehtävät ja niiden tavoitteet. Moniammatillisen yhteistyön keskiössä on potilas ja hänen hoitoonsa liittyvät tehtävät, työyhteisön muut toiminnot ja yhteistyö. Tiimityöskentelyn etuna nähdään eri asiantuntijoiden tuomat taidot, kokemukset ja osaamiset, jotka yhdessä tuottavat laadukasta toimintaa. (Heikkinen ym. 2004, 126.)

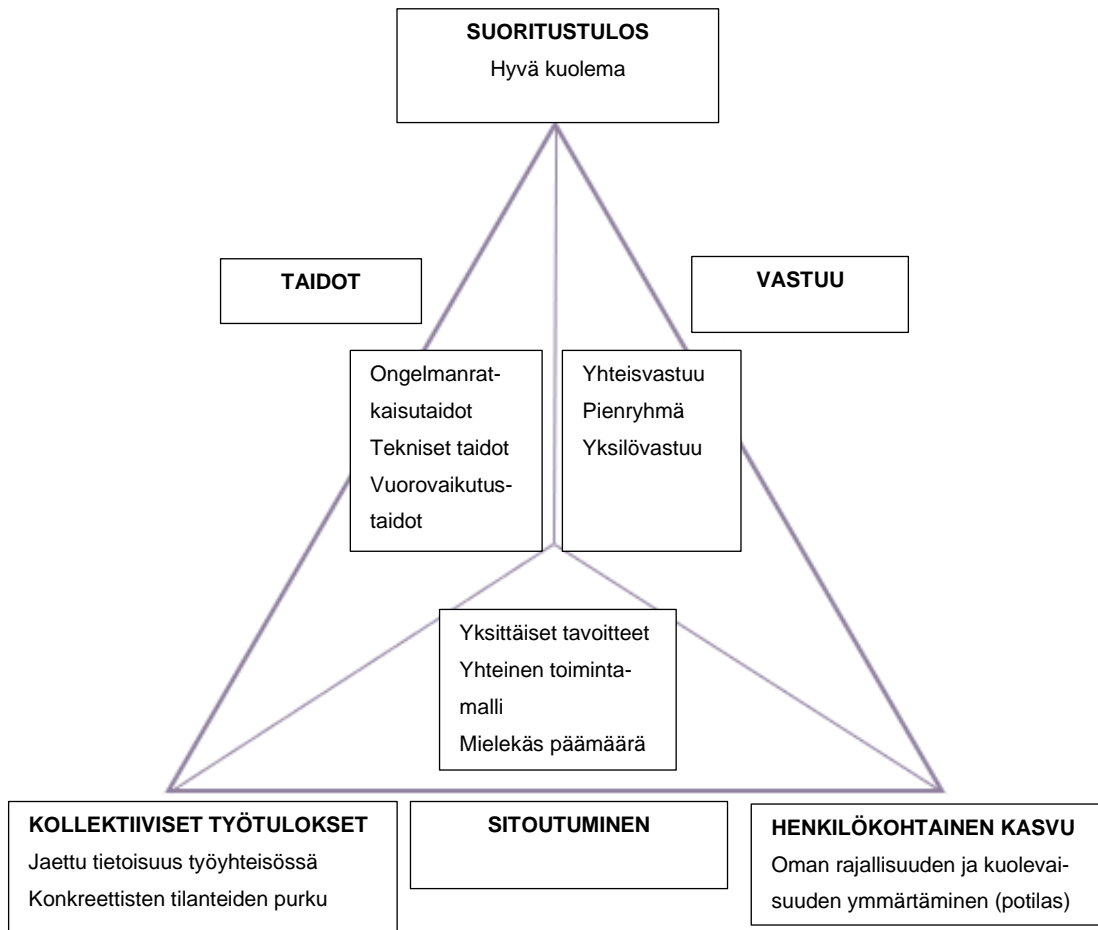
THL:n (Lait- ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa 2021) mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden koordinointi yhteneväksi kokonaisuudeksi hyödyttää asiakkaita. Heikkisen ym. (2004, 126) mukaan palliatiivisessa hoidossa moniammatillinen yhteistyö tuottaa laadukasta toimintaa: Eri alojen asiantuntijoiden käyttö tuo yhteen tietoa, taitoa, kokemusta ja osaamista. WHO (2016) mukaan palliatiivinen hoito on parhaimmillaan, kun se toteutetaan moniammatillisesti kaikilla hoidon tasoilla. Moniammatillinen tiimityöskentely varmistaa parhaimman elämänlaadun potilaalle.

Moniammatillisen tiimin jäseniä voivat olla lääkäri, erikoislääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, fysioterapeutti, farmaseutti, sosiaalityöntekijä ja palliatiiviseen hoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. (WHO 2016.) Juuri julkaistussa EAPC suosituksessa palliatiivisen ydin tiimin muodostavat vähimmillään palliatiiviseen hoitoon erikoistunut lääkäri ja sairaanhoitaja ja mahdollisuuksien mukaan heidän työtään tukevat psykologi, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Myös muut ammattilaiset voivat toimia yhteistyössä ydin tiimissä. Kyselytutkimukseen osallistuneista vastaajista (n=44) 98 % oli sitä mieltä, että fysioterapeutti kuuluu palliatiivisen hoidon moniammatilliseen tiimiin. Palliatiivisen hoidon toimintayksikössä tarvitaan erikoistunutta ja moniammatillista tiimiä, joka kokoontuu minimissään kerran viikossa arvioidakseen potilaiden hoitosuunnitelmia ja lähetteitä (Payne ym. 2022, 11.)

Suomessa STM (2019) suosituksen mukaan erityistason (B ja C) palliatiivisissa palveluissa toimii moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä, johon kuuluvat palliatiiviseen lääketieteeseen erikoistuneet lääkärit ja asiantuntijasairaanhoitajat, psykososiaalisen tuen ammattilaiset, henkisen ja hengellisen tuen ammattilaiset sekä vähintään sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti. Erityistyöntekijät toimivat yhteistyössä terveydenhuollon muiden yksiköiden kanssa ja kivunhoidon ammattilaiset antavat konsultaatioapua. Moniammatillinen osaaminen turvataan säännöllisillä työryhmän tapaamisilla sekä järjestämällä henkilökunnalle jatkuvaa täydennyskoulutusta. (STM 2019, 190–191.)

Palliativisen potilaan tarpeet ovat moninaisia ja ne perustuvat aina yksilöllisiin tilanteisiin ja mieltymyksiin. Isoherrasen (2012, 29–31) mukaan haastaviin tarpeisiin vastaaminen moniammatillisella yhteistyöllä luo tehokkaampaa ja laadukkaampaa hoitoa ja hoivaa rikkomalla perinteiset sosiaali- ja terveysalan ammattien rajat. Yhteistyö ja kumppanuus, uudenlaiset johtamis- ja työskentelevät sekä uudet toimintamallit luovat moninäkökulmaisia kokonaisuuksia sekä merkityksen tunnetta hoidon tuottajalle ja hoidon saajalle. Päällekkäisten toimintojen poistaminen lisää tehokkuutta ja laatua sekä asiakkaiden mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa hoitoonsa. Tulevaisuus asettaa terveydenhuololle haasteita väestön ikääntyessä ja palvelutarpeen kasvaessa. Tästä syystä tarvitsemme ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa. Sen toteuttaminen vaatii terveydenhoitojärjestelmän paradigman muutosta ennaltaehkäisevään ja lisääntyneeseen moniammatilliseen yhteistyöön. (Isoherranen 2012, 29–31.) STM (2012, 31) mukaan väestön tarpeisiin vastaaminen edellyttää henkilöstön saatavuutta, pysyvyyttä ja riittävyttä sekä moniammatillisen työssäoppimisen edistämistä ja tehtäväkuvien ja -rakenteiden kehittämistä.

Palliativisen hoidon syvin olemus on lievittää kärsimystä ja parantaa elämänlaatua. Palliativisen kuntoutuksen tavoitteena on edistää potilaan toimintakykyä sekä hallita oireita ajoissa. Elämänlaadun kokemusta lisää potilaan mahdollisuus hallita elämäänsä sekä mahdollisuus asua haluamassaan ympäristössä sekä toteuttaa itselleen merkityksellisiä asioita. Elementit, jotka mahdollistavat monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ovat moniasiantuntijoiden osaaminen ja heidän vuorovaikutteinen yhteistyönsä, muuttuvien olosuhteiden hallinta sekä asiakaslähtöinen ja yhteinen päämäärä (Tiirinki 2021, 7). Palliativisen hoidon järjestämisessä on hyvä tunnistaa, että kaikilla moniammatillisen tiimin jäsenillä on sama päämäärä sekä määritellä eri palveluprosessien tavoitteet ja menetelmät, joilla niihin pyritään osana suurempaa kokonaisuutta. Heikkinen ym. (2004, 126) kuvaavat moniammatillista yhteistyötä palliativisessa hoidossa Katzenbachin ja Smithin luoman tiimin lähtökohtien kautta (kuva 6).



Kuva 6. Tiimityön lähtökohdat mukaillen Heikkinen ym. (2004) ja Katzenback & Smith 1993 (Praxis-framework).

Heikkinen ym. (2004, 127) ovat lisänneet kolmion yläkärkeen hyvän kuoleman, vasempaan alakärkeen työyhteisön jaettu tietoisuus ja tilanteiden purku sekä oikeaan alakärkeen potilaan ymmärryksen omasta rajallisuudestaan ja kuolevaisuudestaan. Saattohoidossa moniammatillinen tiimityöskentely on perusteltua, sillä yhdistämällä eri asiantuntijoiden taidot, kokemus ja osaaminen, voidaan tuottaa laadukasta toimintaa, jossa potilas on keskiössä ja hoitoon osallistuvat ammattilaiset jakavat vastuun, päätöksenteon sekä kehittävät yhdessä innovatiivisesti työtään. Tiimityöskentelyn onnistuminen tarvitsee jäsenten välisen luottamuksen, jossa sitoudutaan yhteisiin tavoitteisiin ja toimintatapoihin sekä luotetaan kollegan ammattitaitoon ja noudatetaan avointa ja rakentavaa asioiden käsittelyä. Kuoleva potilas ja hänen läheiset tarvitsevat ympärilleen rauhallisen ympäristön. Moniammatillisen yhteistyön uhkana toimivat erilaiset näkemykset toimintatavoista, eri ammattikuntien näkemuserot ja epäselvyydet liittyen vastuukysymyksiin. Erilaisuus toimii voimavarana moniammatillisessa yhteistyössä. Heikkinen ym. (2004) toteavat, että yhteistyön avulla

voidaan vastata potilaiden tarpeisiin ilman, että yksittäinen työntekijä kuormittuu potilaan tarpeista. (Heikkinen ym. 2004, 126–129.)

4.2 Fysioterapia osana palliatiivista kuntoutusta

Fysioterapeutti on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, joka toimii kuntoutusalalla. Fysioterapian ydinosaamista ovat liikkuminen, toimintakyky ja terveyden edistäminen. Keskeiset tavoitteet fysioterapiassa ovat terveyden, liikkeen ja liikkumisen sekä toimintakyvyn edistäminen, palauttaminen ja ylläpitäminen. (Suomen fysioterapeutit.) Fysioterapia palliatiivisessa hoidossa eroaa muusta fysioterapiasta tavoitteen asettelun näkökulmasta (McLeod & Norman 2019, 6). Tavoitteiden asettelu on potilaslähtöistä, huomioiden potilaan ja hänen läheistensä toiveet, kokemukset (McLeod & Norman 2019, 4) ja tarpeet (Nottelman ym. 2021, 1350). Potilaslähtöisyys (McLeod & Norman 2019, 4; Putt ym. 2017), potilaiden osallistuminen päätöksen tekoon (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 4) ja potilaan hyvinvoinnin, mielialan ja toimintakyvyn edistäminen lisää potilaan osallistumista hoitoonsa (Putt ym. 2017, 195) ja se lisää potilaiden avoimuutta keskustelulle ja yhteistyölle (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 4). Läheisten osallistaminen ja opettaminen edistää hoidon jatkumista kotona (McLeod & Norman 2019, 3).

Palliatiivisen diagnoosin jälkeen potilaan toimintakyky tulee heikkenemään, mutta interventioiden keinoin voidaan vaikuttaa positiivisesti toimintakykyyn, itsenäisyyteen ja elämänlaatuun (Putt ym. 2017, 196). Tiedetään, että useimmat palliatiiviset potilaat haluavat elää kotona mahdollisuuksien mukaan niin pitkään kuin voivat sekä kuolla kotona, ja että väestökehityksen suunta sekä lääketieteen kehittyminen lisäävät palliatiivisen hoidon tarvetta tulevaisuudessa. Palliatiivisten potilaiden hoidon määrän tarve kasvaa, mutta mahdollisuudet vastata tarpeeseen tulee olemaan haaste. On tärkeää tukea potilaiden toimintakykyä ja kotona selviytymistä parhaalla mahdollisella tavalla sekä potilaan että yhteiskunnan näkökulmasta. Palliatiivisessa hoidossa käytetyt fysioterapian tavoitteet sekä toiminta-alueet ovat kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Fysioterapian tavoitteet ja toiminta-alueet palliatiivisessa hoidossa

Fysioterapian tavoitteet	Lähde
Fyysinen, sosiaalinen ja emotionaalinen hyvinvointi	Putt ym. 2017
Toimintakyky	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; McLeod & Norman 2019; Parola ym. 2020; Putt ym. 2017
Potilaan itsenäisyys	McLeod & Norman 2019; Parola ym. 2020; Putt ym. 2017; Cwirlej-Sozanska ym. 2020
Potilaan elämänlaatu	McLeod & Norman 2019; Nottelman ym. 2021; Parola ym. 2020; Putt ym. 2017
Potilaan läheisten elämänlaatu	McLeod & Norman 2019
Fysioterapian toiminta-alueet	Lähde
Toimintakyvyn tukeminen ja optimointi	McLeod & Norman 2019; Putt ym. 2017; Vira ym. 2021
Apuvälinetarpeen arviointi, hallinta ja luovutus	McLeod & Norman 2019; Putt ym. 2017
Itsenäisyyden ja aktiivisuuden lisääminen	Cwirlej-Sozanska ym. 2020
Turvallisuuden lisääminen	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; McLeod & Norman 2019
Kipujen ja oireiden hoito, lievitys tai hallinta	Chapman ym. 2020; Gradalski 2019; McLeod & Norman 2019; Parola ym. 2020; Putt ym. 2017; Vira ym. 2021

Fysioterapeutin rooli on toimia tukena, kannustajana sekä motivaattorina (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 4; Putt ym. 2017, 195) ja se fasilitoi potilasta fyysiseen aktiivisuuteen (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 4). Potilaat kuvaavat fysioterapeutin roolia motivaattorina, joka tarjoaa henkistä tukea ja fysioterapian itsessään tarjonnan merkityksellistä tekemistä (Putt ym. 2017, 195). Potilaat kokevat kuntoutuksen tuovan helpotuksen tunteen, hyvinvointia ja itseluottamusta sekä edistävän toimintakykyä ja kykyä olla aktiivinen mahdollisimman pitkään. Se lisää potilaan kokemaa elämänlaatua. (Parola ym. 2020, 2350.) Kuntoutus lisää potilaan kokemusta parantuneesta elämänlaadusta, mielialasta, itsevarmuudesta ja hyvinvoinnista (Putt ym. 2017, 195) ja se on toiminnut potilaalle oppimisprosessina, jossa hän on saanut ymmärrystä itsehoitosta sekä keinoja siihen (Cwirlej-Sozanska ym. 2020). Palliatiivisen hoidon aloitus ajoissa tunnustetaan hyödylliseksi. Monet eivät kuitenkaan saa palvelua ennen viimeistä sairausvaihetta. (Parola ym. 2020, 2350.)

Palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla on tarve kokea olevansa normaali ja tuntea hallitsevansa tilannetta (Cullum 2019) ja fysioterapeutti voi huomioida potilaan psykososiaalisen ja emotionaalisen tuen tarvetta auttamalla löy-

tämään keinoja itsenäisyyteen, hallintaan ja normalisointiin (McLeod & Norman 2019, 4). Potilas tarvitsee toimintakykyä selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoistaan ja säilyttääkseen kykynsä liikkua. Potilaalla on tarve olla tuntematta itseään taakaksi muille. Toisaalta potilas voi joskus kokea vahvaa sairausidentiteettiä tai potilaan roolia, joka heikentää kuntoutuksen potentiaalia ja se voi johtaa voimaantumisen menettämiseen. (Cullum 2019.)

Potilaan ajatukset ja odotukset sekä ammattilaisen tekemä arvio ja tieto tarjolla olevista palveluista yhdessä tuovat esille todellisen tarpeen. Potilaat saattavat tuntea epävarmuutta siitä, millaista apua he voisivat saada, sekä pohtia olisiko jollain toisella potilaalla enemmän tarvetta avulle ja ammattilaisten resursseille. Yksilöllisesti suunniteltu ja kohdennettu, tarpeeseen vastaava palvelu lisää hoitomyönteisyyttä. (Nottelman ym. 2021, 1352.) Ei-tekniset taidot ovat tärkeässä roolissa: kommunikointi ja yhteyden luominen potilaiden ja heidän läheistensä kesken edistää hoidon suunnittelun ja odotuksien hallintaa (McLeod & Norman 2019, 4). Edellä mainitut tekijät ovat myös omiaan lisäämään fysioterapeutin kokemia arvostuksen tunteita oman työnsä merkittävydestä ja vaikuttavuudesta potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatuun (McLeod & Norman 2019, 5).

4.3 Fysioterapeuttiset menetelmät

Käytetyimpiä menetelmiä fysioterapiassa ovat terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut. Fysioterapeutin tarjoamat palvelut voivat olla ennaltaehkäiseviä tai kuntouttavia ja niitä voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmämuotoisesti vastaanotolla, etäyhteydellä tai kotikuntoutuksena. Fysioterapeutin työ on itseohjautuvaa, mutta sitä tehdään yhdessä ja yhteistyössä asiakkaan kanssa. Fysioterapeutti voi toimia osana moniammatillista työryhmää. (Suomen fysioterapeutit.)

Kuntoutus ja fysioterapia toteutettiin palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille monin eri keinoin. Selkeästi yksittäistä mallia fysioterapian sisällöstä palliatiivisessa hoidossa ei ole, vaan sisältö suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa potilaan tarpeet ja toiveet huomioiden. Interventiot toteutettiin pääsääntöisesti

yksilöohjauksena. Osassa tutkimuksia käytettiin myös ryhmäohjausta tai potilailla saattoi olla kotona itsenäisesti tehtävä yksilöllisesti suunniteltu harjoitusohjelma. Fysioterapiassa käytetyt menetelmät ovat kuvattuna taulukossa 3.

Taulukko 3. Fysioterapian menetelmät

Menetelmä	Lähde
yksilöfysioterapia	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Golcic ym. 2018. Mochamat ym. 2021; Nottelman ym. 2021;
terapeuttinen harjoittelu	Putt ym. 2017; Vira ym. 2021
siirtymisen harjoitteet	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Putt ym. 2017
tasapainoharjoittelu ja kaatumisen ennaltaehkäisy	Putt ym. 2017
liikkuvuus ja venyttely	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Putt ym. 2017
jooga	Mochamat ym. 2021
aktiivinen harjoittelu	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Golcic ym. 2018
avustettu aktiivinen harjoittelu	Golcic ym. 2018
passiivinen harjoittelu	Golcic ym. 2018
ryhmäharjoittelu	Malcolm ym. 2016; McCartney 2020; Nottelman ym. 2021
itsenäinen harjoittelu/kotiohjelma	Chapman ym. 2020
vastusharjoittelu	McCartney 2020; Mochamat ym. 2021
kestävyysharjoittelu	Chapman ym. 2020; Putt ym. 2017
kävely	Chapman ym. 2020; Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Mochamat ym. 2021
rentoutusharjoitus, rentoutustekniikat	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Putt ym. 2017; Vira ym. 2021
hengitysharjoitukset	Arcuri ym. 2016; Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Putt ym. 2017; Silvoniemi 2018
TENS	Putt ym. 2017; Vira ym. 2021
Lämpöhoito	Putt ym. 2017
manuaalinen hoito (hieronta, lymfahieronta, venyttely, nivelten mobilisointi, myofaskiaalinen hoito)	Arcuri ym. 2016; Chapman ym. 2020; Golcic ym. 2018; Gradalski 2019; Putt ym. 2017; Vira ym. 2021
asentohoito	Arcuri ym. 2016; Golcic ym. 2018; Gradalski 2019
apuvälineet	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; McLeod & Norman 2019; Putt ym. 2017
kompressiosidos	Gradalski 2019; Vira ym. 2021
kinesioteippaus	Gradalski 2019
musiikkiterapia	Chapman ym. 2020; Pitkäniemi ym. 2020

Yksilöllisen fysioterapian tavoitteena on toimintakyvyn edistäminen, ylläpitäminen tai heikentymisen hidastaminen. Tavoitteen asettamisessa tulee huomioida potilaan lähtötaso sekä huomioida mikä tavoite on potilaan mielestä merkityksellinen omassa arjessa ja elämässä. Fyysistä toimintakykyä edistävät kävelyn uudelleen opettelu, siirtymisen harjoitteet, aktiiviset lihasten harjoitteet ja venyttely. Harjoitteleamalla lihasrentoutustekniikoita ja hengitysharjoituksia

potilas oppii ymmärtämään levon ja rentoutumisen hyödyt ja näin ollen vaikuttamaan vähentävästi kipuun ja uupumukseen. Kipuun ja uupumukseen positiivisesti vaikuttaminen edistää potilaan toimintakykyä. (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 10–11.) Toimintakyvyn edistäminen mahdollistaa potilaalle osallistumisen ja itselle mielekkäiden asioiden tekemisen.

Golcic ym. (2018, 1378) tutkimuksessa fysioterapeutti suunnitteli fysioterapiaharjoitteet manuaalisen lihastestauksen (MMT) perusteella ja potilaan toiveiden mukaisesti. Fysioterapeuttinen harjoittelu toteutettiin potilaan kykyjen mukaan aktiivisena harjoitteluna, avustettuna aktiivisena liikkeenä tai passiivisena harjoitteluna. Passiivinen hoito sisälsi venyttelyä, isojen nivelten liikelaajuuksien avauksen ja asentohoidon. Jos potilas oli vuoteenoma, tehtiin harjoitukset sängyssä. (Golcic ym. 2018, 1378.) Harjoitteita tehdään aina mahdollisuuksien mukaan potilaan suostumuksella, jotta välttyttäisiin tuki- ja liikuntaelämistön kivuilta.

Ryhmämuotoisen harjoittelujakson pituus vaihteli eri tutkimuksissa. Cwirlej-Sozanska ym. (2020, 3) tutkimuksessa yksilöllinen fysioterapiaohjelma toteutettiin kuuden viikon ajan, kahdesti viikossa 45 minuutin ajan. Mochamat ym. (2021, 701–706) kirjallisuuskatsauksessa eri kuntoutusjaksojen pituus vaihteli kuudesta viikosta 12 kuukauteen kun Nottelman ym. (2021, 1345) interventiossa jakson pituus oli 12 viikkoa.

McLeod & Norman (2019) mukaan fysioterapeutilla on tärkeä rooli apuvälineiden tarpeen arvioinnissa. Fysioterapeutti järjestää potilaalle tarvittavat apuvälineet sekä opettaa potilaita ja hänen läheisiään käyttämään apuvälineitä turvallisesti. Fysioterapeutti voi ohjata ja neuvoa apuvälineiden hankinnassa myös muita hoitoon osallistuvia ammattilaisia. (McLeod & Norman 2019, 3–4.) Apuvälinearviointia tehdessä tulee huomioida apuvälineen sopivuus toimintakykyä tukevana tai heikkenemistä ehkäisevänä sekä oireita lievittävänä tai ennaltaehkäisevänä välineenä. Tavoitteena on edistää potilaan toimintakykyä, arjessa suoriutumista sekä lisätä osallisuutta. (THL 2020, 30–31.)

4.4 Fysioterapeuttinen arviointi

Fysioterapiassa käytetään erilaisia mittareita selvittämään asiakkaan jonkin ominaisuuden tilaa. Mittauksen tavoitteena voi toimia asiakkaan motivointi tai vaikuttavuuden arviointi. (Kauranen 2020, 31.) Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kohdalla on arvioitu elämänlaatua, kipua ja toimintakykyä. Nämä osa-alueet nousevat erityisen mielenkiinnon kohteeksi, sillä palliatiivisessa kuntoutuksessa keskeisenä tavoitteena on edistää elämänlaatua, vähentää kärsimystä ja lisätä potilaan toimintakykyä. Putt ym. (2017, 194) mukaan tarve palliatiivisessa hoidossa käytettävälle spesifille arviointimittarille on olemassa, sillä tutkimuksissa käytetyt arviointimenetelmät vaihtelivat suuresti. Potilaan elämänlaatua, kipua ja toimintakykyä ei kuitenkaan arvioida vain mitaamisen takia. Potilaan hoidon vaihe sekä potilaan toiveet ja tarpeet ohjaavat fysioterapian sisältöä ja arvioinnin tarvetta. Tietyissä tilanteissa fysioterapeutin tekemä arviointi perustuu täysin potilaan tai hänen läheistensä haastatteluun, josta riittävästi ilmenee elämänlaadun, toimintakyvyn ja kivun taso.

Elämänlaatu on ihmisen oma kokemus elämästään. Elämänlaatua tarkastellaan suhteessa yksilön odotuksiin, toimintaan ja mahdollisuuksiin sekä kykyyn toteuttaa omanlaista elämäänsä. Tyytyväisyys, onnellisuus, mielekäs elämä, turvallisuus ja hyvinvointi ovat keskeisiä osa-alueita. Elämänlaatua voidaan myös kuvata terveyden kautta. Pitkäaikaissairaudet heikentävät elämänlaatua. Sairauden johtaessa palliatiiviseen hoitoon, on tärkeätä tukea vakavasti sairastunutta ja hänen läheisiään, kaikkien elämänlaadun parantamiseksi fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. (Mitä Elämänlaatu on? s.a.) Elämänlaatua heikentää kärsimys. Palliatiivisessa hoidossa kärsimys voi esiintyä monin tavoin ja sen lievittäminen vaatii ihmisen kohtaamisen ja kärsimyksen aidon näkemisen. Kärsimys voi esiintyä fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena tai eksistentiaalisena oireena. (Mistä kärsimys muodostuu? s.a.) Terveydenhuollon vaikuttavuutta voidaan mitata asiakkaan näkökulmasta tutkimalla, miten hoito on vaikuttanut asiakkaan subjektiiviseen kokemukseen elämänlaadusta (Roine 2016). Palliatiivisessa hoidossa käytetyt elämänlaadun mittarit kuvataan taulukossa 4.

Taulukko 4. Elämänlaadun arviointiin käytetyt mittarit

Mittari	Lähde
15D	Färkkilä 2020
EQ-5D-3L	Färkkilä 2020
EORTC QLQ-C30	Färkkilä 2020; Mochamat ym. 2021; Nottelman ym.2021; Silvoniemi 2018
WHOQOL-BREF	Cwirlej-Sozanska ym. 2020
EORTC-QLQ-Pal	McCartney 2020
FACIT-F	Mochamat ym. 2021
McGill quality of life questionnaire	Putt ym. 2017
ESAS	Silvoniemi 2018
BDI	Silvoniemi 2018

Färkkilän (2020) mukaan elämänlaatua heikentävät uupumus, kipu, ikä ja taloudelliset vaikeudet. Ramsenthaler ym. (2016, 418–419) tuovat esille lisäksi alentuneen kognitiivisen toiminnan, potilaan alentuneen roolin sekä emotionaalisen ja sosiaalisen toiminnan haasteet. Silvoniemen (2018) mukaan syöpöpotilaiden elämänlaatua hoitojen aikana heikensivät lisäksi hengenahdistus, ripuli ja unettomuus. Erityisesti kipu vaikuttaa elämänlaatuun heikentävästi fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti ja eksistentiaalisesti.

Butters (2021, 203–204) tuo esille kehollisuuden tärkeän merkityksen palliativisessa hoidossa, sillä olemassa oleminen on helpointa käsittää kehon kautta. Jatkuvasta kivusta seuraa toivon tunteen menetys, pelko, masennus ja ahdistus. Kuoleman ja rajallisuuden kohtaaminen itsessään tuovat pelkoa, masennusta, ahdistusta ja toivottomuutta. Ramsenthaler ym. (2016, 416) mukaan optimaalinen elämänlaatu ja oireiden hallinta voidaan saavuttaa rutiininomaisella oirearviolla. Silvoniemikin (2018) toteaa rutiininomaisen oireiden arvioinnin olevan hyödyllistä, sillä potilaiden tilanteet voivat muuttua hyvinkin nopeasti. Vira ym. (2021, conclusion) mukaan oireiden lievitys edistää elämänlaatua.

Yksilöllisesti suunnitellulla fysioterapiaohjelmalla oli positiivinen vaikutus koti- ja sairaalahoitossa olevien potilaiden elämänlaatuun. Elämänlaatua arvioitiin WHOQOL mittarilla ja intervention alussa osallistujien keskiarvoinen tulos oli 46,6 pistettä ja lopussa 52,6 pistettä. Heikoin pistemäärä löytyi psykologisesta kategoriasta. (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 10.) Viikoittaisella osallistumisella kiertoharjoitteluun onnistuttiin parantamaan tai säilyttämään elämänlaatua

(McCartney 2020). Mochamat ym. (2021, 702) mukaan alku- ja loppumittauksissa nähtiin tilastollisesti merkittävä ero elämänlaadun kohdalla loppumittauksessa, kun verrattiin tutkimusjoukkoa ja kontrolliryhmää. Nottelman ym. (2021, 1351) huomasivat merkittävästi parantuneen elämänlaadun 12 viikon kohdalla interventioryhmässä. Huomattavaa eroa ei nähty vielä kuuden viikon välimittauksessa. Aikaisin aloitettu ja 12 viikkoa kestävä palliatiivinen kuntoutus edistää merkittävästi elämänlaatua syöpäpotilailla, ja potilaat kokivat saaneensa apua ensisijaiseen ongelmaansa. (Nottelman ym. 2021, 1352.)

Pitkäniemen ym. (2020, Kipu palliatiivisessa hoidossa) mukaan elämänlaatuun positiivista vaikutusta löydettiin musiikki-intervention kertaluontoisesta käytöstä palliatiivisen hoidon potilailla mutta Chapman ym. (2020, 448) mukaan musiikkiterapiaa voidaan toteuttaa osana holistista hoitoa. Putt ym. (2017, 195) mukaan potilaat ja heidän läheisensä ilmaisevat korkeaa tyytyväisyyttä ja arvioita elämänlaadulle fysioterapiaintervention ja ohjauksen jälkeen. Omaiset kertovat kohonneesta tiedon, turvallisuuden ja elämänlaadun kokemisesta jakson jälkeen (Putt ym. 2020, 195). Golcic ym. (2018, 1380) toteavat että fysioterapian menetelmien tulisi olla osa saattohoitoa elämänlaadun parantamiseksi.

Saattohoitokodin palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat kokivat ryhmäharjoitteluun osallistumisen olevan positiivinen kokemus. Potilaat kokivat ryhmämuotoisen fyysisen harjoittelun edistävän itseohjautuvuutta, antavan tilaa ja mahdollisuuden reflektiolle, toimivan kannustavana sosiaalisena suhteena ja vertaistukena. Sen seurauksena potilaat antoivat syvempää arvoa omalle kyvykkyydelleen. (Malcolm ym. 2016, 3–5.)

Toimintakyky on moniulotteinen käsite, jota tulkitaan kokonaisvaltaisesti yksilön ja elinympäristön vuorovaikutteisena toimintana: Yksilö on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimija, joka osallistuu hänelle merkityksellisiin ja välttämättömiin jokapäiväisiin elämän toimintoihin. (Toimintakyky 2022.) ICF on kansainvälinen luokitus, jonka tarkoituksena on kuvata kokonaisvaltaisesti yksilön toimintakykyä, toiminnanrajoitteita ja terveyttä suhteessa hänen elä-

määnsä, sairauteensa ja vammaansa. Epätasapainoa yksilön kehon toimintojen ja elämän vaatimuksien välillä voidaan pienentää mm. toimintaympäristön muutostöillä, apuvälineillä ja palveluilla. (ICF-luokitus 2021.) Kuntoutuksella on positiivinen vaikutus palliatiivisen hoidon potilaan toimintakykyyn. Toimintakyvyn arvioinnissa käytetyt mittarit kuvataan taulukossa 5.

Taulukko 5. Toimintakyvyn arviointiin käytetyt mittarit

Mittari	Alkumittaus	Loppumittaus	Lähde
ADL	2,6 / 9 p	4 / 6 p	Cwirlej-Sozanska ym. 2020
IADL	11,9 / 24 p	13,9 / 24 p	Cwirlej-Sozanska ym. 2020
Tinetti Poma	8,2 / 28 p	12,3 / 28 p	Cwirlej-Sozanska ym. 2020
Manuaalinen lihas-testi	-	-	Golcic ym. 2018
Mittari	Muutos alku- ja loppumittauksen välillä	-	Lähde
2 minuutin kävely	12–22 %		McCartney 2020
Eteen kurkotus	80 %		McCartney 2020
Timed up and go	17–58 %		McCartney 2020
Mittari	-	-	Lähde
Edmonton functional assessment tool			Putt ym. 2017
De Morton mobility index			Putt ym. 2017
Patient specific functional scale			Putt ym. 2017
Fall efficacy scale-international			Putt ym. 2017
Barthel mobility index			Putt ym. 2017

Cwirlej-Sozanska ym. (2020, 11) mukaan yksilöllisesti suunnitellulla fysioterapiaohjelmalla on positiivinen vaikutus kotisaattohoidossa olevien potilaiden toiminnallisuuteen ja toimintakykyä arvioivissa mittareissa nähtiin keskimääräisesti kauttaaltaan parantuneita tuloksia. Kaikissa arviointimittareissa nähtiin kuitenkin suurta hajoamista tuloksissa ryhmän sisällä. Tinetti Poma mittauksen tuloksista todettiin, että potilaiden tasapaino ja kävely parantuivat ja kaatumisriski pieneni. (Cwirlej-Sozanska ym. 2020, 7.)

Malcolm ym. (2016, 4) tuovat esille potilaiden positiiviset kokemukset toimintakyvyn ja päivittäisten toimintojen parantumisesta ryhmäharjoitteluun osallistu-

misen jälkeen. McCartney (2020) mukaan osallistumalla viikoittain kiertoharjoitteluun saatiin merkittäviä positiivisia vaikutuksia toimintakykyyn. Mochamat ym. (2021, 702) mukaan interventioon osallistuneilla uupumuksen tasossa ja liikkuvuudessa nähtiin merkittävä parannus verrattuna verrokkiryhmään. Putt ym. (2017, 195) mukaan kuntoutuksella edistettiin potilaan toimintaa monesta näkökulmasta parantamalla päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, liikkuvuutta ja kestävyyttä.

Toimintakyvyn arviointimittari ei kuitenkaan tunnista syytä sille, miksi potilas on vuoteenoma. Potilaalla voi olla kyky osallistua vuoteestaan, ja vuoteenoma potilas voi elää yhtä kauan kuin itsenäisesti liikkuva. Itsenäisesti liikkuva potilas taas voi kieltäytyä harjoittelusta muista syistä, kuten masennuksen, haluttomuuden tai jonkin muun syyn takia. Potilaat, jotka tekivät vain passiivisia harjoitteita, käyttivät enemmän opiaatteja. (Golcic ym. 2018, 1381.)

Kivun arviointi tulee tehdä säännöllisesti jokaisen hoitoon osallistuvan ammattilaisen toimesta hoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi ja jatkohoidon suunnittelemiseksi. Kipuja arvioimalla voidaan selvittää, millaisen tukipalvelun potilas tarvitsee sillä hetkellä. Kivun arvioinnissa tulee huomioida kivun tyyppi ja patologinen syy. Potilaan hoitosuunnitelma kivun hallinnasta kirjataan hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi. (Chapman ym. 2020, 445–446). Kivun arvioinnissa käytetyt mittarit esitetään taulukossa 6.

Taulukko 6. Kivun arviointiin käytetyt mittarit

Mittari	Lähde
VAS	Cwirlej-Sozanska ym. 2020; Färkkilä 2020
Brief pain inventory	Putt ym. 2017
Memorial pain assessment card	Putt ym. 2017
Memorial symptom assessment scale	Putt ym. 2017

Cwirlej-Sozanska ym. (2020, 7) mukaan 6 viikon mittainen yksilöllinen fysioterapiaohjelma vähensi kivun voimakkuutta VAS kipujanalla 0,7 cm. Putt ym. (2017, 194) mukaan kipua arvioidaan useimmiten helposti käytettävällä numeerisella VAS kipujanalla, mutta yhtä oikeata mittaria palliatiivisen potilaan

kivun arviointiin ei ole. Kivun arvioimiseksi tutkimuksista löytyi vain muutamia käytettyjä mittareita.

Kivusta kertominen voi osalle potilaista olla haastavaa. Potilaalla voi olla este kommunikoida kivustaan tai hän ei halua tuoda esille kipujensa määrää. PAINAD-mittari on kehitetty dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin, silloin kun verbaalinen tai visuaalinen kivun arviointi ei onnistu. Siinä kipua arvioidaan potilaan hengityksen, ääntelyn, ilmeiden, eleiden ja lohduttamisen tarpeen perusteella. (Björkman ym. 2007.) PAINAD-mittaria voidaan käyttää palliativisessa hoidossa niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät kykene verbaalisesti tai visuaalisesti kertomaan omasta kivustaan.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on löytää tutkittuun tietoon perustuvat fysioterapeuttiset menetelmät ja lääkkeettömät hoitomuodot osana palliativista hoitoa, jossa käytetään kuntouttavaa näkökulmaa. Työn tavoitteena on kehittää fysioterapeutin roolin kuvaus osana palliativisen hoidon moniammatillista palveluprosessia palliativisen potilaan hoitopolulla.

Tarkoituksena on löytää vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Mikä on fysioterapeutin rooli osana palliativista palveluprosessia?
- 2) Mitä fysioterapian menetelmiä käytetään palliativisessa kuntoutuksessa?
- 3) Minkälaisia palliativisen kuntoutuksen tavoitteita fysioterapeutti asettaa osana moniammatillista palveluprosessia?

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä palliativista hoitoa kehitetään jatkuvasti kansainvälisesti ja kansallisesti. STM (2019, 13) mukaan palliativinen hoito on Suomessa epäyhtenäinen ja osaamisen taso on vaihtelevaa. Suosituksen keskeinen tavoite on yhtenäistää toimintaa ja varmistaa hoidon laatu henkilöstön osaamisen ja moniammatillisuuden kautta (STM 2019, 182). Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja alueellisesti tärkeä, sillä sen tarkoituksena on kehittää prosessikuvaus uudelle osastolle ja moniammatilliselle toi-

minnalle. Prosessikuvauksen avulla voidaan yhdistää palvelumallia yhte-näiseksi uudella hyvinvointialueella. Fysioterapian roolin kehittäminen palve-lee alueellisesti ja valtakunnallisesti palliativisen hoidon laatua.

6 TOIMINTATUTKIMUS

Tämän opinnäytetyön lähestymistavaksi on valittu tietoisuutta lisäävä toiminta-tutkimus. Tietoisuutta lisäävän toimintatutkimuksen tavoitteena on teorian ja käytännön lähentyminen tutkimuksen ja yhteiskehittämisen keinoin (Lauri 1997, 119). Laurin (1997, 120) mukaan tutkija (tässä opinnäytetyössä opin-näytetyön tekijä) voi olla osa työyhteisöä ja toimia tasavertaisena osallistujien kanssa, kun käytetään tietoisuutta lisäävää lähestymistapaa. Opinnäytetyön tekijä toimii teorian edustajana ja toiminnan ohjaajana, ja osallistujat työyhtei-söstä toimivat käytännön ja kokemuksen edustajina. (Lauri 1997, 120).

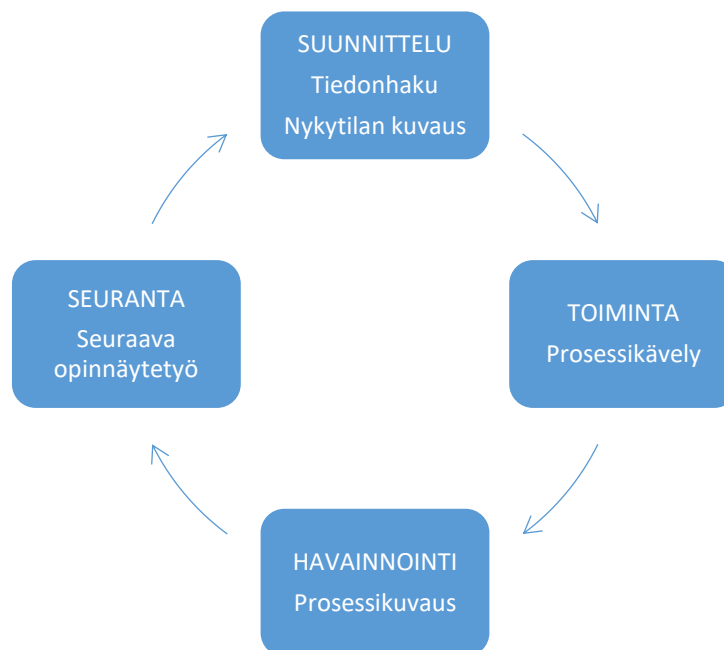
Toimintatutkimus sopii menetelmänä palveluprosessin kehittämiseen sekä teorian ja käytännön yhdistämiseksi työelämässä. Holloway ja Galvin (2017, 242) mukaan toimintatutkimuksen käyttö on perusteltua silloin kun, ei ole riittä-vää näyttöä toiminnalle, saatavilla ei ole riittävästi taitoa tai informaatiota, on tunnistettu tarve ja palveluntarjonta on riittämätöntä. Terveysalan ammattilai-set toimivat ja tekevät itsenäisiä päätöksiä tieteellisen tutkimuksen ja näytön perusteella. Toimintatutkimus lisää kriittistä ajattelua, joka toimii ohjaavana te-kijänä ammattilaisen perustellessa toimintaansa. Parhaimmillaan toimintatutki-mus tuottaa potilaalle laadukkaampaa palvelua ja työntekijälle aktiivista osalli-suutta, henkilökohtaista tyytyväisyyden tunnetta sekä ammatillista kasvua. (Holloway & Galvin 2017, 242–243.)

Toimintatutkimus pitää sisällään työn tutkimisen ja toiminnan kehittämisen (Kananen 2014, 13). Hirsjärven ym. (1997, 97) mukaan toimintatutkimus voi-daan toteuttaa monilla erilaisilla tutkimusmenetelmillä ja Kanasen (2014, 13) mukaan tutkimuksen menetelmä valitaan tutkittavan ilmiön mukaan laadulli-sena tai määrällisenä. Valitun menetelmän avulla pyritään ymmärtämään työ-elämän ongelmaa ja muuttamaan käytännön työelämää osallistavilla keinoilla. Kanasen (2014, 14) mukaan toimintatutkimuksessa keskeistä on toiminnan muuttaminen (kehittäminen) yhteistoiminnan keinoin, johon liittyy tutkimus ja

tutkimuksen tekijä osana prosessia. (Kananen 2014, 11–14.) Waterman ym. (2001) kuvailee toimintatutkimusta rajattuna aikana, jonka tavoitteena on kuvata, tulkita ja selittää sosiaalisia tilanteita, sekä muuttaa ja kehittää toimintaa. Toimintatutkimus on ongelmalähtöinen, kontekstiin sidonnainen ja tulevaisuuteen suuntaava. (Waterman ym. 2001, 11.)

Laurin (1997, 114) mukaan tutkija ja tutkittavat toimivat tiiviissä vuorovaikutuksessa. Tutkittavat toimivat samanaikaisesti tutkimuksen subjekteina ja objekteina (Lauri 1997, 114). Toimintatutkimuksen tavoitteena on toiminnan kuvaus, mutta sen syvempi olemus on nimenomaan toiminnan muuttamisessa sekä ymmärryksen lisäämisessä siitä, miksi muutos tapahtuu tai ei tapahdu (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Holloway ja Galvinin (2017) mukaan toimintatutkimuksen osallistava toiminta tuottaa tutkittaville ammatillista kasvua. Osallistaminen on siis hedelmällistä toiminnan muutokselle ja käytännön juurtumiselle.

Toimintatutkimuksen perustana toimii syklinen prosessi. Tämän opinnäytetyön vaiheet toteutetaan kuvassa 7 esitetyn prosessin mukaisesti, yhden syklin aikana. Opinnäytetyö päättyy havainnointiin ja palveluprosessin kuvaukseen uimaratakaaviona.



Kuva 7. Toimintatutkimuksen sykli (Kananen 2014, 13; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006)

Kananen (2014, 13) sekä Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) kuvaavat prosessia neljällä vaiheella: suunnittelu, toiminta, havainnointi ja seuranta. Syklin jälkeen arvioidaan lopputulosta ja se muokkaa seuraavan syklin sisältöä. Syklit seuraavat toinen toisiaan, kehittäen toiminnan suuntaa tarpeen mukaan. (Kananen 2014, 12.) Opinnäytetyön aikataulu, työvaiheet ja seuranta esitellään tarkemmin taulukossa 7.

Taulukko 7. Aikataulu ja seuranta.

Toiminta-tutkimuksen vaihe	Tutkimuskysymys	Menetelmä	Osallistujat	Analysointimenetelmä	Tulos	Aikataulu
Suunnitteluvaihe	Mikä on fysioterapian rooli osana palliativista palveluprosessia? Mitä fysioterapian menetelmiä käytetään palliativisessa kuntoutuksessa? Minkälaisia palliativisen kuntoutuksen tavoitteita fysioterapeutti asettaa osana moniammatillista palveluprosessia?	Tiedonhaku Webropol-kysely	Opinnäytetyön tekijä Sosterin palveluksessa työskentelevät fysioterapeutit (n=35)	Teemoittelu Aineistopohjainen ja teoriaohjaava luokittelu ja tilastollinen analysointi	Teoreettinen viitekehys Nykytilan kuvaus	02-05/2022 10-12/2022
Toimintavaihe	Mikä on fysioterapeutin rooli osana palliativista palveluprosessia? Mitä fysioterapian menetelmiä käytetään	Prosessikävely Osallistuva havainnointi Palaute	Palliativisen toimintayksikön moniammatillinen tiimi (n=7)	Teoriapohjainen analysointi käsitteiden avulla: moniammatillisuus, fysioterapian tavoite, menetelmät ja mittarit.	Hahmotelma fysioterapian roolista osana moniammatillista palliativisen hoidon palveluprosessia	11-12/2022

	tään palliatiivisessa kuntoutuksessa? Minkälaisia tavoitteita ft asettaa osana moniammatillista palveluprosessia?					
Havainnointivaihe	Mikä on fysioterapeutin rooli osana palliatiivisen hoidon palveluprosessia? Mitä fysioterapian menetelmiä käytetään palliatiivisessa kuntoutuksessa? Minkälaisia tavoitteita fysioterapeutti asettaa osana moniammatillista palveluprosessia?	Aineistotriangulaatio	Opinnäytetyön tekijä	Aineiston yhdistämisen prosessiksi	Palveluprosessin kuvaus uimaratakaaviolla	01–05/2022
Seuranta	-	-	-	-	-	-

6.1 Suunnittelu

Toimintatutkimus alkaa suunnitteluvaiheella, jonka tarkoituksena on huolellinen tilanteen tarkastelu ja ongelman tunnistaminen. Ongelman huolellinen tarkastelu ja sen syiden nimeäminen tuottaa oikeiden kehittämiskohteiden löytämisen ja johdattelee oikeiden kehittämismenetelmien valintaan. Oikeiden ratkaisujen kehittämiseksi tarvitaan lisäksi tutkittua tietoa. (Kananen 2014, 34–36.) Seuraavassa vaiheessa laaditaan toimintasuunnitelma (taulukko 7), johon määritellään toimijat, toimenpiteet ja aikataulu. Toimintatutkimuksen keskei-

nen osa-alue on huolellinen dokumentointi. Tutkimuksen toteuttamiseksi suunnittelu ja toiminta dokumentoidaan, jotta voidaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. (Kananen 2014, 52.) Suunnitteluvaiheessa määritellään tutkimuksen tavoitteet sekä mittarit, joilla arvioidaan tavoitteeseen pääsyä (Kananen 2014, 58.)

Nykytilan kartoitus on yksinkertaisimmillaan toteamus ”palliativisen potilaan hoitopolkuun ei ole kuvattu fysioterapiaa”. Ongelmaksi muodostuu se, että ei ole sovittu yhtenäisiä fysioterapian toiminta- ja arviointimenetelmiä, jolloin asiakkaan saama palvelu voi vaihdella sisällöltään ja hoidon jatkuvuus eri ammattilaisten ja toimintayksiköiden välillä ei ole selkeä. Ongelman hahmottelu kysymysten avulla on kuvattu kuvassa 8.



Kuva 8. Ongelman hahmottelua kysymysten avulla.

Kehittämistyön tavoitetilaksi muodostuu palveluprosessin kuvaus, jossa

1. fysioterapia on osa palliativista hoitopolkua: palliativisen diagnoosin jälkeen, palliativisen hoidon aikana ja saattohoidossa.
2. huomioidaan eri toimintaympäristöt, joissa fysioterapiaa toteutetaan: koti ja palliativisen toimintayksikön osasto, joku muu?
3. on määritelty mikä on fysioterapian tavoite?

4. on kuvaus mitä fysioterapeutti arvioi ja millä mittarilla?
5. on kuvaus mitä menetelmiä fysioterapeutti käyttää?
6. moniammatillinen yhteistyö: missä tilanteissa hoitohenkilökunta voi kääntyä fysioterapeutin puoleen ohjauksen, neuvonnan tai palvelun saamiseksi ja miten organisoidaan yhteistyö kotisairaalan, kotihoidon ja kotikuntoutuksen kanssa?

Yhtenäiset toimintamallit auttavat moniammatillisen työyhteisön toimintaa kohti yhteistä sovittua päämäärää, lisää hoidon sujuvuutta ja laatua.

6.1.1 Kirjallisuuskatsaus

Tiedonhaku aloitettiin palliatiivisen hoidon määrittämisen tutkimisella. Perehtymällä palliatiivisen hoidon kansainvälisiin ja kansallisiin määritelmiin, suosituksiin ja nykytilaan muodostui käsitys keskeisistä osa-alueista ja käsitteistä palliatiivisessa hoidossa. Yhdistämällä opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen, rajauksen sekä palliatiivisen hoidon osa-alueet ja käsitteet, kirjallisuuskatsauksen hakusanoiksi valikoitui kolme pääteemaa ohjaavien opettajien avustuksella: 1. palliatiivinen hoito, 2. fysioterapia, kuntoutus ja lääkkeettömät hoitomuodot sekä 3. moniammatillisuus. Hakusanat käännettiin englanniksi ja haku toteutettiin käyttäen päällekkäisiä termejä, typistämällä sanoja sekä yhdistelemällä eri teemoja mahdollisimman suuren hakutuloksen saamiseksi:

1. "Palliative care", "hospice", "dying", "terminal care"
2. "Physical therapy", "physical therapy modalities", "physical therapy methods", "palliative rehabilitation", "nonpharmacological"
3. "Multidisciplinary team", "multidisciplinary group", "interdisciplinary team", "interdisciplinary group"

Systemaattinen haku suoritettiin käyttämällä sekä suomalaisia että kansainvälisiä tietokantoja: Medic, Finna, Pubmed, EBSCO ja Cinahl. Rajaus tehtiin käyttämällä aikaväliä 2010–2022 uusimman tutkimustiedon löytämiseksi sekä sisällyttämällä tuloksiin vain koko teksti saatavilla, vertaisarvioitu ja kohderyhmänä aikuiset. Täsmälleen samanlaista hakua ei voitu toteuttaa kaikissa tietokannoissa, sillä tietokannoissa on eroavaisuuksia haun toteuttamiseksi.

Finna.fi tietokannasta löytyi kokonaisuudessaan vain 30 hakutulosta käyttämällä pelkästään tyypistettyä muotoa sanasta palliatiivinen. Taulukossa 8 on kuvattu opinnäytetyön tiedonhankinta.

Taulukko 8. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Ehdot ja Rajaukset	Tulokset	Valitut
Medic	palliati* OR termina* AND kuntou* OR fysioter* OR physio* OR rehab*	-	34	3
Finna.fi	palliati*	väitöskirja, 2010–2022	30	2
PubMed	palliative OR Hospice OR teminal OR dying AND "palliative rehabilitation"	2010-2020, koko teksti saatavilla, aikuiset 19+	29	8
	"palliative care" OR hospice OR dying AND "physical therapy modalities" OR physical therapy methods"		101	14
	" palliative care" AND "physical therapy modalities" OR "physical therapy methods"		29	2
EBSCO	palliative care AND physical therapy	2010–2022, englanninkielinen, koko teksti saatavilla, vertaisarvioitu	37	3
	palliative rehabilitation AND symptom treatment		6	1
CINAHL	palliative rehabilitation	2010—2022 koko teksti saatavilla, kohde-ryhmä aikuiset	41	7
Manuaalinen haku				2

Systemaattisen haun tulokset käytiin ensin läpi tiivistelmän tasolla ja niistä valittiin yhteensä 40 tutkimusta tarkempaan tutkimukseen. Nämä tutkimukset

käytiin tarkasti läpi, poistettiin tuplaosumat ja tehtiin lopullinen arvio sisään-otosta. Valittujen tutkimusten tuli vastata tutkimuskysymyksiin. Osa tutkimusartikkeleista karsiutui pois niiden ollessa maksullisia tai mikäli sisältö ei vastannut opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Sen lisäksi tutkimusten lähde-luettelot on tutkittu manuaalisesti kiinnostavien ja aiheellisten tutkimusten löytämiseksi. Lopuksi tutkimukseen valikoitui kokonaisuudessaan 25 lähdeettä, joista seitsemän olivat kirjallisuuskatsauksia, kolme väitöskirjaa, yksi RCT-tutkimus, viisi data-analyysia, yksi kohorttitutkimus, viisi kysely- tai haastattelututkimusta ja kolme artikkelia. Tähän opinnäytetyöhön valittiin mahdollisimman paljon erilaisia tutkimuksia, jotta saataisiin kartoitettua palliatiivista kuntoutusta mahdollisimman kattavasti tutkimustiedon ollessa vähäistä.

Kirjallisuuskatsauksen tuottaman aineiston sisällönanalyysi toteutettiin teemoittelun avulla. Tutkimusaineistosta nostettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin yksittäisinä lauseina. Lauseet syötettiin Exceliin ja niiden perään määriteltiin teema. Teemat jakautuivat yläotsikkoon sekä alaotsikoihin yksi ja kaksi. Yläotsikoiksi muodostui viisi teemaa: Fysioterapia, kuntoutus, palliatiivinen hoito, moniammatillinen yhteistyö ja oire. Aineiston teemoittelun esimerkit esitetään taulukossa 9.

Taulukko 9. Sisällönanalyysi teemoittelu

Lause	Yläotsikko	Alaotsikko 1	Alaotsikko 2
Chapman ym. 2020. Syöpäkivun hoidosta hieronnalla, akupunktiolla ja TNS ei ole riittävästi tutkimusta eikä siten näyttöä.	Fysioterapia	Menetelmä	Manuaalinen hoito ja fysikaalinen hoito
Cwirlej-Sozanska ym. 2020. Fysioterapeutin roolissa korostuvat tuki, kannustus ja motivointi. Em. fasilitoivat fyysiseen aktiivisuuteen.	Fysioterapia	Rooli	Kannustaja
Mochamat ym 2021. Tutkimuksissa käytettiin elämänlaatumittareita: FACIT-F tai EORTC QLQ-C30.	Fysioterapia	Arviointi	Mittari

Nottelman ym. 2021. Potilaan ajatukset ja odotukset sekä ammattilaisen arvio ja tieto tarjolla olevista palveluista toivat yhdessä esille todellisen "tarpeen".	Kuntoutus	Potilaslähtöisyys	Yhteistyö
Golcic ym. 2018. Toimintakyvyn arviointimittari ei tunnista potilaan vuoteenoman syytä. Potilaalla voi olla kyky osallistua vuoteesta.	Kuntoutus	Toimintakyky	Arviointi
Parola ym. 2020. Palliatiivinen hoito on moniammatillista ja sen tavoitteena on helpottaa fyysisiä, psykososiaalisia ja hengellisiä oireita parhaimman elämänlaadun saavuttamiseksi.	Moniammatillisuus	Kokonaisvaltainen lähestyminen	Elämänlaatu
Putt ym. 2017. Fysioterapeutit ovat tärkeässä roolissa osana moniammatillista hoiva tiimiä	Moniammatillisuus	Rooli	Fysioterapeutti
Chapman ym. 2020. Musiikkiterapialla voidaan merkittävästi vaikuttaa kivun voimakkuuteen.	Oire	Kipu	Menetelmä
Silvoniemi 2018. Yskää voidaan hoitaa ei lääkkellisin menetelmin: palleahengitys ja yskän hillitseminen tekniikka. Lisää uusia menetelmiä tarvitaan yskän hoitoon syöpäpotilailla.	Oire	Hengityselimistö	Menetelmä
Cwirlej-Sozanska ym. 2020. Palliatiivinen hoito ja saattohoito tarvitsevat moderneja lähestymistapoja, joista yksi on kuntoutus.	Palliatiivinen hoito	Kuntoutus	Paradigman muutos
	Palliatiivinen hoito	Potilaslähtöisyys	Yksilölliset tarpeet

Smith ym. 2020. Potilailla yksilölliset tarpeet: sosiaaliset, taloudelliset, psykososiaaliset ja tunteelliset.			
--	--	--	--

6.1.2 Kysely

Nykytilan kartoitus toteutettiin Webropol-verkkokyselynä (liite 2). Hirsjärven ym. (1997) mukaan kysely on aineistonhankinnassa tehokas menetelmä, jolla voidaan säästää aikaa ja kustannuksia. Sen avulla voidaan kerätä laajakin aineisto. Kysely voidaan toteuttaa määrällisenä tai laadullisena, riippuen siitä, mitä halutaan selvittää. Kyselyä tehdessä tulee huomioida osallistujien kiinnostus, asiaan perehtyneisyys ja kyselyn onnistunut muotoilu sekä vastaamattomuus. (Hirsjärvi ym. 1997, 190–198).

Kyselyyn valittiin avoimia kysymyksiä kaksi. Hirsjärven ym. (1997, 196) mukaan avoimet kysymykset antavat vastaajalle vapauden ilmaista asiaa omin sanoin ja ne tuovat esille vastaajan mielestä tärkeitä asioita. Vaarana avoimien kysymysten käytössä on vastauksien kirjavuus, joka voi vaikeuttaa sisällön analysointia. Vastausmotivaation ylläpitämiseksi ja tulosten analysoinnin keventämiseksi avoimia kysymyksiä esitetään kaksi. Hirsjärven ym. (1997, 190–198) ohjeiden mukaisesti, avoimet kysymykset ovat muotoiltu selkeiksi ja lyhyiksi pätevän vastauksen saamiseksi. Kysymykset ovat muotoiltu spesifisti tulkintatarpeen minimoimiseksi.

Avoimien kysymysten rinnalle muotoiltiin 27 asteikkoon perustuvaa väittämää, joiden avulla saadaan tilastollisesti analysoitavaa ja vertailtavaa aineistoa. Mellin (2006, 6) mukaan tilastotieteen avulla voidaan kuvata reaali maailman epävarmoja ja satunnaisia ilmiöitä numeerisin ja kvantitatiivisin arvoihin. Aineiston perusteella voidaan tarkastella reaali maailmaa luoden johtopäätöksiä ja graafisia esityksiä tuloksista. (Mellin 2006, 6.) Väittämien käyttö ohjaa vastaajia tunnistamaan tutkittavan asian ja kertomaan aiheesta oman mielipiteensä (Hirsjärvi ym. 1997, 196). Väittämien asteikko mukailee Likert-asteikkoa, joka on tyypillisesti 5- tai 7-jakoinen (Hirsjärvi ym. 1997, 195). Tässä kyselyssä

käytetään 3-jakoista asteikkoa, sillä tavoitteena on saada tarkkarajainen kuvaus vastaajien mielipiteiden eroista ja vastausmotivaation ylläpitäminen.

Vehkalahti (2019, 35–36) mukaan vastaajalle on annettava mahdollisuus neutraaliin vastaukseen sekä vastaamatta jättämiseen, jos vastaaja ei ymmärrä kysymystä tai ei halua vastata kysymykseen. Vehkalahden (2019, 36) mukaan vastauksen puuttumista voi analysoida monipuolisemmin, kun tarjotaan lisäksi vaihtoehto asteikon ulkopuolelta. Vastausvaihtoehtoiksi valikoitui samaa mieltä, en samaa enkä eri mieltä ja eri mieltä sekä asteikon ulkopuolelle vaihtoehto en osaa sanoa. Vehkalahden (2019, 37) mukaan Likert-asteikkoa käyttämällä voidaan laskea keskiarvoja, hajontoja ja korrelaatiota, kun Kanasen (2015, 292) mukaan paras tapa esittää asteikoista saatuja tuloksia on käyttää keskiarvoa ja raportoida tulokset graafina.

Puusa & Juutin (2022, 147) mukaan analysointi aloitetaan tutustumalla aineistoon avoimin mielin. Sen jälkeen aineisto voidaan purkaa pieniin osiin pelkistämällä aineisto läheisempää tarkastelua varten. Pelkistetty sisältö voidaan ryhmitellä kokonaisuuksiksi teemoittelemalla, luokittelemalla ja koodaamalla. Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistolähtöistä ja teoriaohjaavaa luokitte-
lua. Laadullisesta aineistosta voidaan saada määrällistä tietoa laskemalla, kuinka monesti pelkistetty sisältö esiintyy aineistossa. (Puusa & Juuti 2022, 147–149.) Vilkan (2022) mielestä laadullisessa tutkimuksessa painoarvo annetaan laadulle, ei määrälle. Laskemalla aiheiden esiintymismäärä voidaan kuitenkin nostaa esille, mitä asioita suurin osa vastaajista on kokenut tärkeiksi. Aineiston sisältö ja luokittelu vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kysely on tuottanut laadukkaita vastauksia.

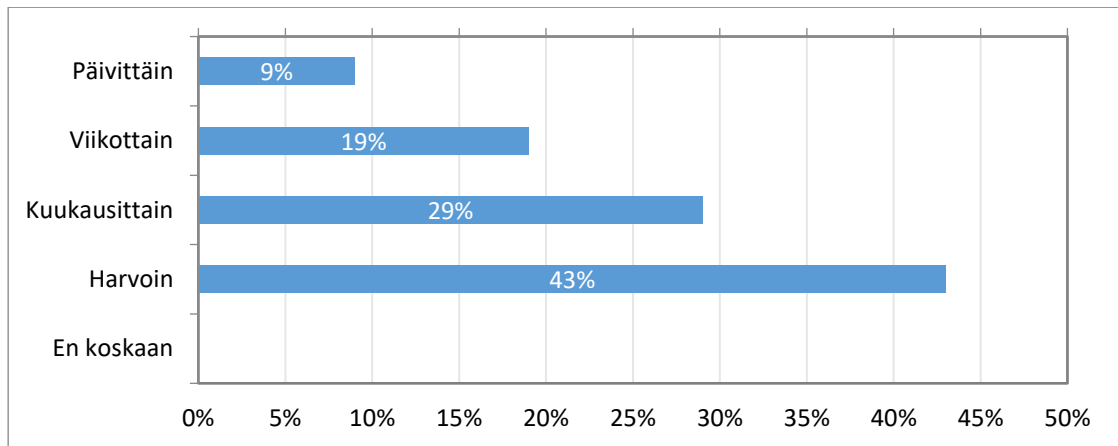
Tässä kyselyssä on käytetty laadullista ja määrällistä tutkimusmenetelmää. Laadullinen aineisto on analysoitu aineistopohjaisesti ja teoriaohjaavasti. Määrällinen aineisto analysoitiin teoriapohjaisesti, jotta voidaan tulkita ja selittää miten teoreettinen viitekehys ja reaali maailma kohtaavat. Alkuperäisen suunnitelman mukaan avoimien kysymysten analysointi toteutettiin aineistopohjaisesti. Työn taustalla toimii teoreettinen viitekehys, joka ohjaa analysoinnin kulkua. Avoimien kysymysten vastauksien osittainen hajanaisuus vaati lisäksi

teoriapohjaisen analysoinnin käytön. Aineiston sisältö luokiteltiin, jonka jälkeen yhdistettiin sisältö ja tuotettiin kuvaus, eli synteesi. (Puusa & Juuti 2022, 146–149.) Väittämistä saatu määrällinen tieto esitetään yksinkertaisena taulukkona, jossa näytetään vastausprosentit, keskiarvo ja mediaani.

Webropol-kyselyn synteestistä analysoitiin, kuinka havaitut tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin, millaisia mielipiteitä ja kehitysideoita kyselyyn vastanneilla on aiheesta ja verrattiin synteesiä teoreettiseen viitekehykseen ja luotiin nykytilan kuvaus aineistolähtöisesti. Kananen (2014, 136) muistuttaa, että laadullisessa tutkimuksessa ei ole yhtä absoluuttista totuutta. Tutkimuksessa näkyy tekijänsä kädenjälki ja objektiivisuuden säilyttämiseksi perustelut valinnoille tulee esittää. (Kananen 2014, 135–136.)

6.1.3 Kyselyn tulokset

Kyselytutkimus toteutettiin suunnitelman mukaisesti Webropol-verkkokyselynä (liite 2). Verkkokysely osoitettiin kaikille toimeksiantajan palveluksessa oleville fysioterapeuteille (n=35), joista kyselyyn vastasi (n=21) fysioterapeuttia. Kyselyn vastausprosentti oli 60 %. Kysely oli avoinna kaksi viikkoa. Saatekirje ja linkki kyselyyn lähetettiin sähköpostilla ja muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta toimitettiin kahdesti kyselyn ollessa avoinna. Molemmat muistutukset lisäsivät vastauksien määrää. Verkkokysely sisälsi kaksi avointa kysymystä ja 27 väittämää, joissa käytettiin 3-jakoista Likert asteikkoa. Vastaajille tarjottiin lisäksi vaihtoehto olla vastaamatta väittämään. Kaikki vastaajat olivat motivoituneita ja avoimien kysymysten vastauksien perusteella asiaan hyvin perehtyneitä. Vastausten määrän verraten aineisto sisälsi hyvin laajasti näkökulmia. Taustatietoina haluttiin selvittää ainoastaan, kuinka usein vastaajat kohtaavat palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita, anonymiteetin säilyttämiseksi (Kuva 9).



Kuva 9. Työssäni kohtaan palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita

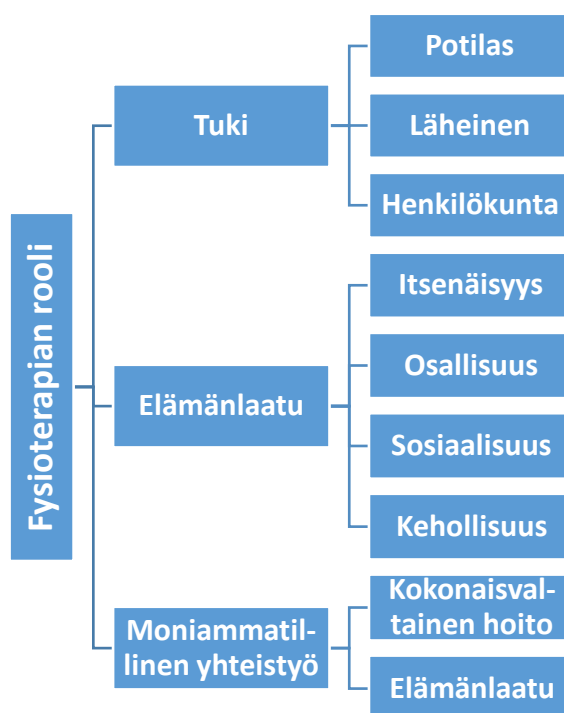
Ensimmäiseen avoimeen kysymykseen *Mihin fysioterapiaa tarvitaan palliatiivisessa hoidossa?* vastasi 20 osallistujaa. Toiseen avoimeen kysymykseen *Miten kehittäisit fysioterapiaa osana palliatiivista hoitoa?* vastasi 16 osallistujaa, joista kaksi ei omasta mielestä tiennyt aiheesta tarpeeksi ja yksi jätti tyhjän vastauksen. Lähes kaikkiin väittämiin vastattiin kaikkien 21 vastaajan toimesta. Yhden väittämän kohdalla vastaajia oli 20. Mielenpitoet väittämissä olivat yksimielisiä lähes kaikissa vastauksissa. Tilastollisesti väittämät eivät tuottaneet paljoa vertailtavaa analysoitavaa, sillä vastaajat olivat pitkälle samaa mieltä asioista muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Vastausten määrä oli hyvä kaikissa osa-alueissa ja viimeisessä avoimessa kysymyksessä riittävä. Tarvetta lisävastausten pyytämiseksi ei ollut.

Vastaukset (n=20) kysymykseen *Mihin fysioterapiaa tarvitaan palliatiivisessa hoidossa?* tuottivat kolme yläluokkaa: fysioterapian rooli, menetelmä ja tavoite. Aineisto vastaa kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Vastaukset (n=16) kysymykseen *Miten kehittäisit fysioterapiaa osana palliatiivista hoitoa?* luokiteltiin teoriaohjaavan analysoinnin keinoin. Pääluokiksi muodostuivat fysioterapia ja moniammatillinen yhteistyö.

Pää- ja alaluokat molempiin kysymyksiin esitellään liitteessä 3. Painoarvo eri alaluokkien välillä on selvitetty laskemalla, kuinka monesti alaluokka esiintyy aineistossa. Aineistosta korostuvat fysioterapian rooli tukena, apuvälinepalvelut, toimintakyky, tiedon puute fysioterapiasta osana palliatiivista hoitoa ja yhteistyö.

Avoimien kysymysten tuottamien vastausten pelkistys ja luokittelu esitellään tarkemmin liitteessä 4. Ensimmäisessä kysymyksessä vastauksia oli runsaasti ja aineisto luokiteltiin aineistopohjaisella sisällönanalyysillä. Toisessa avoimessa kysymyksessä vastauksia oli vähemmän ja sisältö analysoitiin teoriaohjaavalla menetelmällä. Valitut teoriaohjaavat luokat olivat: fysioterapia, kuntoutus, palliatiivinen hoito, oire ja moniammatillinen yhteistyö. Aineistosta tunnistettiin luokat fysioterapia ja moniammatillinen yhteistyö.

Fysioterapian rooli (kuva 10) muodostuu vastausten perusteella tuesta, elämänlaadusta ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Aineistosta nousee tärkeimpänä esille tuki, jota annetaan potilaalle, läheisille ja henkilökunnalle.



Kuva 10. Fysioterapian rooli

Fysioterapeutti toimii **tukena** potilaalle, potilaan läheisille sekä hoitohenkilökunnalle. Fysioterapeutti on läsnä oleva ja kuuntelee sekä huomioi potilaan ja läheiset kokonaisvaltaisesti. Hoitohenkilökuntaa fysioterapeutti tukee liikkeen asiantuntijana.

”Läsnä olemiseen, kohtaamiseen, kuuntelemiseen, rinnalla kulkeamiseen.”

”Hoitajien ergonomiaohteisuus”

Fysioterapeutti toimii potilaan tukena motivoimalla, kuuntelemalla, ylläpitämällä toimintakykyä ja mahdollistaen itsenäisen selviytymisen. Fysioterapeutti voi toimia myös toiveiden ja tiedon välittäjänä potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä.

”...Se liittyy toimintakyvyn ylläpitämiseen
joka mahdollistaa itsenäisen selviytymisen...”

”Asiakkaan viestien ja toiveiden välittäminen omaisille
ja muulle hoitavalle tiimille.”

Fysioterapeutti huomioi palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan läheiset hoidon aikana ja potilaan kuoleman jälkeen. Fysioterapeutti tukee heitä olemalla läsnä ja kuuntelemalla.

”Kuuntelen paljon myös puolison toiveita ja ajatuksia”

”.. huomioida lähipiiri kuoleman jälkeen. Mikä kokemus jäi hoidosta? Pääseekö suru liikkeelle?”

Fysioterapian koettiin tuovan **elämänlaatua** potilaille lisäämällä heidän toimintakykyänsä, itsenäisyyttä ja osallisuutta omassa elämässään sekä antamalla positiivisia kokemuksia omasta kehosta ja sen kyvystä toimia.

”Se etsii keinoja potilaan osallistumiseen ja toimimiseen omassa elämässä

ja omassa toimintaympäristössä parantaen elämänlaatua.”

”..Antaa asiakkaalle voimauttavaa tuntemusta pystyasennosta ja kehon liikkeestä. Antaa asiakkaalle tuntemusta kosketuksesta ja kehon rajoista. Antaa lempeitä ja miellyttäviä kehollisia kokemuksia ja tuntemuksia.”

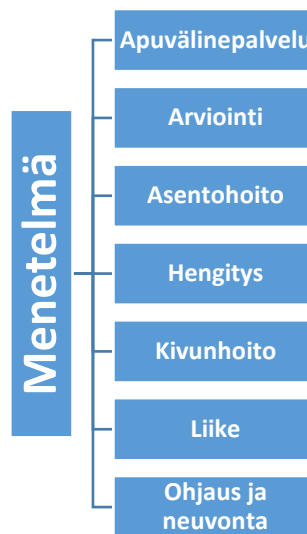
Fysioterapeutin osallistuminen **moniammatilliseen yhteistyöhön** koettiin tärkeäksi osaksi palliatiivista hoitoa, lisäävän potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja elämänlaatua.

”Moniammatilliseen työryhmään osallistuminen,

niin että on mukana suunnittelemassa potilaan hoidon kokonaisuutta...”

”...fysioterapia on tärkeä osa palliativisen potilaan hoitoa.”

Fysioterapiassa käytettävät menetelmät (kuva 11) muodostuvat vastausten perusteella apuvälinepalvelusta, arvioinnista, asentohoidosta, hengityksestä, kivunhoidosta, liikkeestä sekä ohjauksesta ja neuvonnasta.



Kuva 11. Fysioterapian menetelmät

Apuvälinepalvelu toimii tärkeänä osana fysioterapiaa. Apuvälinepalvelu sisältää apuvälinetarpeen arvioinnin, apuvälineiden hankinnan, lainauksen ja käytön opastuksen. Apuvälinepalvelun koettiin lisäävän potilaan toimintakykyä ja tukevan potilaan selviytymistä kotona.

”Oikeiden ja oikea-aikaisten apuvälineiden kartoittamiseen/hankkimiseen.”

”Järjestetään apuvälineitä kotiin helpottamaan kotona asumista ja mahdollistamaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään.”

Fysioterapeutti **arvioi** potilaan toimintakykyä ja apuvälinetarvetta. Arvioinnin avulla kartoitetaan potilaan liikkuminen ja siihen tarvittavat apuvälineet. Arviointi voi tapahtua osastolla tai kotona. Sen tavoitteena on tukea potilaan toimintakykyä, kotona selviytymistä ja selvittää kotiin vietävien palveluiden tarve.

”Asiakkaan toimintakyvyn arviointi,

jotta osataan antaa tarvittavat apuvälineet ja ulkopuolista apua sopivasti.”

Potilaan toimintakyvyn laskiessa **asentohoidon** merkitys korostuu tuki- ja liikuntaelinkipujen ja painehaavojen ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Fysioterapeutti toimii asiantuntijana asentohoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

”Asentohoidossa asiantuntijana...”

” ...asentohoidossa fysioterapeutin osaaminen tärkeää.”

Fysioterapialla voidaan tukea potilaan **hengitystä** ja keuhkojen toimintaa. Fysioterapeutti tunnistaa tarpeen hengitysharjoitteille ja ohjaa oikea-aikaiset harjoitteet potilaalle.

”Hengitysfysioterapian huomioiminen riittävän ajoissa ja ajoissa myös arvioida milloin tästä ei ole enää hyötyä.”

” ...fysioterapeuttiseen harjoitteluun mm. hengityksen ja keuhkojen toimintakyvyn tukeminen...”

Kivunhoito mainittiin aineistossa kahdeksan kertaa. Se on tärkeä osa palliativista hoitoa ja saattohoitoa. Fysioterapeutti toimii lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien asiantuntijana ja toteuttajana.

”Kivunhoidossa fysioterapeutin osaaminen tärkeää.”

”Kivun lievittämiseen lääkkeettömin keinoin.”

Liikeharjoitteita voidaan toteuttaa potilaan tilanteeseen sopivalla tavalla. Liikkumista tuetaan palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa potilaan toimintakyvyn ja voinnin mukaan aktiivisena harjoitteluna tai passiivisena mobilisointina.

”Liikkumisen mahdollistaminen ja harjoittelu potilaan voinnin mukaisesti.”

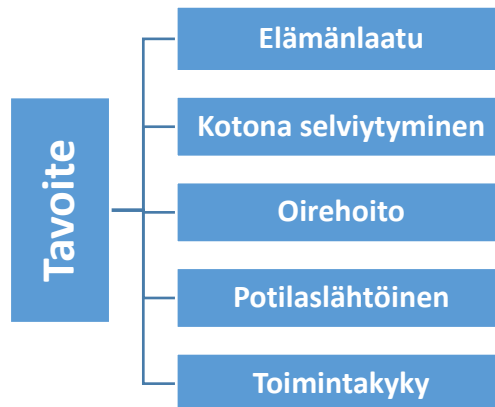
”Loppuvaiheessa mobilisoinnissa sekä olemalla läsnä.”

Ohjaus ja neuvonta toimii potilaan ja hänen läheistensä tukena. Fysioterapeutti ohjaa ja neuvoo turvallista liikkumista ja siirtymistä sekä opastaa oikeiden palveluiden pariin.

”...sopivan ja turvallisen liikkumisen ohjaamiseksi...”

”Omaisten ohjaus ja tiedottaminen mistä apua jatkossa saa...”

Fysioterapian **tavoitteet** (kuva 12) muodostuivat toimintakyvystä, elämänlaadusta, kotona selviytymisestä, kivunhoidosta ja potilaslähtöisyydestä.



Kuva 12. Fysioterapian tavoitteet

Fysioterapeutti tukee potilaan **elämänlaatua** osana palliatiivista hoitoa. Fysioterapian avulla helpotetaan potilaan oireita ja kipua loppuvaiheessa.

”Mahdollistamaan potilaalle paras mahdollinen loppuelämän hoito ja lisäämään elämänlaatua palliatiivisten hoitolinjausten puitteissa.”

”... tueksi mahdollisimman hyvään elämänlaatuun, tueksi arvokkaaseen loppuelämään...”

Kotona selviytymisen ja kotiutumisen tueksi fysioterapeutti kuntouttaa potilasta potilaslähtöisten tavoitteiden mukaisesti ja järjestää potilaalle sopivat apuvälineet.

”Kotiutumisen mahdollistaminen kuntoutuksen ja apuvälineiden avulla.”

”Mahdollistaa potilaan kotona selviäminen mahdollisimman kauan (toimintakyky/apuvälineet).”

Fysioterapeutti toteuttaa **oirehoitoa** potilaan tarpeiden mukaan. Tavoitteena on potilasta häiritsevien oireiden lievitys. Aineistossa mainittiin usein kivun lievitys. Tämän lisäksi mainittiin ahdistuksen ja kärsimyksen lievitys sekä painehaavojen ehkäisy.

”Vähentämään kipua ja kärsimystä.”

”Lievittämään kipua ja ahdistusta. Painehaavojen ehkäisyyn.”

Potilaslähtöisyys ohjaa kuntoutussuunnitelman tekoa. Se tehdään yhdessä potilaan kanssa ja tavoitteet asetetaan huomioiden potilaan voimavarat, toiveet ja toimintakyky.

”Kuntoutussuunnitelman laatiminen yhdessä potilaan kanssa.”

”Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen sen mukaan millaisia tavoitteita asiakkaalla itsellään on.”

”Jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitämiseen asiakkaan voimavarojen mukaisesti.”

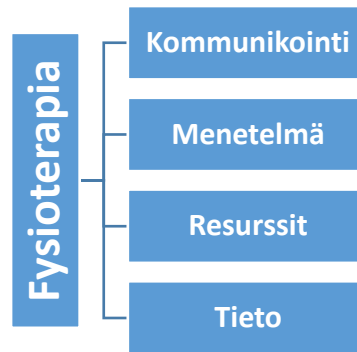
Fysioterapian tärkeimmäksi tavoitteeksi nousee **toimintakyky**. Fysioterapeutti tukee potilaan toimintakykyä ja kehon hahmottamisen kykyä ylläpitämällä aktiivista liikettä. Toimintakyvyn ylläpitäminen mahdollistaa itsenäisen toimimisen ja lisää elämänlaatua. Toimintakykyä tuetaan potilaan asettamien tavoitteiden mukaisesti.

”Toimintakyvyn ja samalla elämänlaadun turvaamiseen/ säilymiseen”

”Kehon hahmottamisen tukeminen”

”Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen sen mukaan millaisia tavoitteita asiakkaalla itsellään on.”

Vastaajien mielestä fysioterapian kehittämisen kohteeksi palliatiivisessa hoidossa tulisi ottaa potilaiden kohtaaminen, fysioterapian menetelmät, fysioterapiaan kohdennetut resurssit, fysioterapian tavoitteet ja tiedon lisääminen fysioterapiasta osana palliatiivista hoitoa. Kehittämisen osa-alueet on esitelty kuvassa 13.



Kuva 13. Fysioterapian kehitettävät osa-alueet

Kommunikointi potilaan ja omaisten kanssa on tärkeä elementti palliatiivisessa hoidossa. Potilaan kohtaaminen ja hänen elämäntilanteensa äärelle pysähtymiseen tulee varata aikaa. Avoin ja kunnioittava keskustelu elämäntilanteesta ja toimintakyvystä koettiin haastavaksi. Potilas tai omainen saattaa ajatella fysioterapian hidastavan sairauden etenemistä ja kuoleman lähestymistä. Potilaan ja läheisten kanssa tulisi keskustella avoimesti mihin asioihin fysioterapialla voidaan vaikuttaa.

”...maltettaisiin pysähtyä asiakkaan kanssa

keskustelemaan asioista selkeästi ja kaartelematta...”

”Rehellistä puhetta voinnista ja fysioterapian mahdollisuuksista.”

”Kohtaamani haasteet palliatiivisessa fysioterapiassa liittyvät lähinnä potilaan/omaisten ajatuksiin fysioterapian vaikuttavuuteen liittyen.”

Palliatiivisessa hoidossa **fysioterapian menetelmiä** voisi kehittää lisäämällä psykofyysistä lähestymistapaa sekä ryhmämuotoista ohjausta, jossa harjoiteltaisiin hengitystä, rentoutumista ja tehtäisiin mielikuvamatkoja.

”Ryhmämuotoisen terapian lisääminen: esim. hengitysharjoittelu, rentoutushetket, mielikuvamatkat.”

”Psykofyysistä lähestymistapaa enemmän kaikkeen hoitotyöhön ja kohtaamiseen.”

Palliatiivisessa hoidossa **fysioterapian resurssit** nousivat esille fysioterapeuttien määrän ja ajankohdan kautta. Yhden vastaajan mielestä fysioterapian tulisi olla osa palliatiivista hoitoa alusta asti.

”Useampi fysioterapeutti osaksi palliatiivista hoitoa.”

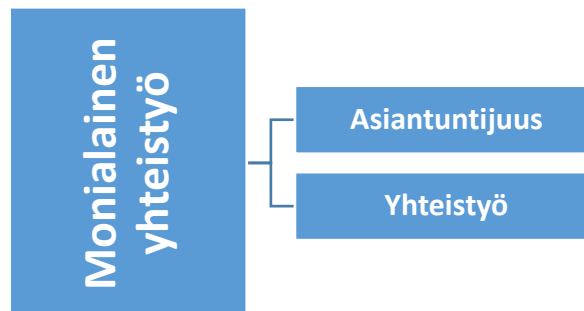
”Fysioterapia pitäisi ottaa heti hoitojen alussa mukaan potilaan hoito-ohjelmaan.”

Tietoa fysioterapiasta osana palliatiivista hoitoa tarvitaan lisää. Tutkittua tietoa palliatiivisen fysioterapian tavoitteista ja menetelmistä kaivattiin lisää, jo fysioterapia koulutuksen aikana sekä lisäkoulutuksen muodossa. Fysioterapian menetelmistä tulisi tiedottaa potilaita, omaisia ja hoitohenkilökuntaa. Fysioterapian kehittämisen esteeksi nousi kolmesti esille aiheen ja prosessien tuntemattomuus.

”Lisäkoulutukset, joiden kautta tutkittu ja ajantasainen tieto jatkuvasti.”

”Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien tietoon tuominen potilaille, omaisille sekä hoitohenkilökunnalle.”

Monialaista yhteistyötä tulisi vastaajien mielestä kehittää lisäämällä yhteistyötä eri ammattilaisten ja toimintayksiköiden välillä sekä käyttää paremmin hyödyksi henkilökunnan asiantuntijuutta. Osa-alueet esitellään kuvassa 14.



Kuva 14. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen osa-alueet

Palliatiivisen hoidon ja fysioterapian **asiantuntijuutta** toivottiin hyödynnettävän yli toiminta-alueiden. Palliatiivisessa hoidossa oleva potilas tai potilaan hoitoon osallistuva hoitohenkilö voi saada asiantuntijafysioterapeutin palveluita osastolta, apuvälinekeskuksesta tai kotikuntoutuksesta. Asiantuntijuuden hyödyntämistä tulisi toteuttaa myös eri fysioterapeuttien välillä.

”Aiemmin esim. Sosterin kotihoito ja tehosa ovat hyödyntäneet meidän palvelujamme ja yhteistyö on ollut antoisaa.”
 ”Palliativisia konsultaatioita pitäisi tehdä herkemmin.”

Moniammatillista **yhteistyötä** tulee kehittää jatkuvasti. Yhteistyötä tehdään eri ammattilaisten välillä palliativisessa toimintayksikössä mutta myös yli toimintayksiköiden rajojen. Yhteistyö ja hoidon jakaminen lisää potilaan hoidon laatua ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointia vaativan työn parissa.

”Omana kokemuksena on, että pienessä tiimissä, jossa tekijät tuntevat toisensa, on turvallista tehdä tiivistä yhteistyötä vaikeiden asioiden parissa ja silloin hoito on laadukasta. Tiimin jaksaminen, yhteistyö heijastuu suoraan haavoittavassa tilanteessa oleviin asiakkaisiin niin hyvässä kuin pahassa.”

”Entistä aktiivisempaa yhteydenpitoa kotihoidon ja fysioterapeutin välillä.”

Ensimmäisessä väittämien sarjassa kysyttiin vastaajien mielipidettä fysioterapian roolista ja tavoitteista osana palliativista hoitoa. Väittämiä on yhteensä 10. Kaikki vastaajat vastasivat kaikkiin väittämiin, paitsi yksi vastaaja jätti vastaamatta väittämään *Lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat hyödyllisiä kivun ja oireiden hoidossa*. Väittämät ja vastaukset esitetään taulukossa 7.

Taulukko 7. Kerro mielipiteesi seuraaviin väittämiin palliativisesta hoidosta

	Samaa mieltä	En samaa mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Keskiarvo	Mediानी
Fysioterapia on osa palliativista hoitoa.	95,2 %	4,8 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Fysioterapialla voidaan vaikuttaa palliativisessa hoidossa olevan potilaan oireisiin.	85,7 %	14,3 %	0 %	0 %	1,1	1,0
Fysioterapialla voidaan vaikuttaa palliativisessa hoidossa olevan potilaan elämänlaatuun.	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Fysioterapia osana moniammatillista yhteistyötä hyödyttää palliativisessa hoidossa olevaa potilasta.	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Fysioterapeutti osana	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0

palliativisen hoidon moniammatillista tiimiä lisää palvelun ja hoidon laatua.						
Fysioterapian tavoitteena on lisätä elämänlaatua potilaalle.	95,2 %	4,8 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat hyödyllisiä kivun ja oireiden hoidossa.	90 %	10 %	0 %	0 %	1,1	1,0
Fysioterapian tavoitteena on hoitaa, hallita tai ennaltaehkäistä kipua ja oireita.	90,5 %	9,5 %	0 %	0 %	1,1	1,0
Fysioterapian tavoitteet määritellään potilaan ja hänen omaisten toiveiden mukaisesti.	90,5 %	9,5 %	0 %	0 %	1,1	1,0
Fysioterapeutin tulee hallita palliativisen hoidon perusteet.	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0

Kaikki vastaajat olivat yksimielisesti samaa mieltä neljän väittämän kohdalla: Fysioterapialla voidaan vaikuttaa potilaan elämänlaatuun, fysioterapia osana moniammatillista yhteistyötä hyödyttää potilasta ja lisää palvelun ja hoidon laatua sekä fysioterapeutin tulisi hallita palliativisen hoidon perusteet. Suurin osa vastaajista tunnistaa fysioterapian roolin ja fysioterapian tuottaman hyödyn potilaan ja hoidon laadun näkökulmasta palliativisessa hoidossa.

Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väittämien kanssa. Osa vastasi, ettei ole samaa eikä eri mieltä. Tämä voi johtua siitä, että fysioterapian roolia, menetelmiä ja vaikuttavuutta ei tunnisteta osaksi palliativista hoitoa. Palliativisen hoidon hoivaava malli on pitkään toiminut hoitoa ohjaavana tekijänä ja voi toimia kuntoutuksen estävänä tekijänä.

Toisessa väittämien sarjassa kysyttiin vastaajien mielipidettä palliativisen fysioterapian toteutustavasta ja palliativisessa fysioterapiassa käytetyistä menetelmistä. Väittämiä on yhteensä 17. Kaikki vastaajat vastasivat kaikkiin väittämiin. Väittämät ja vastaukset esitetään taulukossa 8.

Taulukko 8. Palliativisessa hoidossa fysioterapia voi olla tai sisältää

	Samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Keskiarvo	Medi- aani
Yksilöfysioterapiaa	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Ryhmäkuntoutusta	80,9 %	9,5 %	4,8 %	4,8 %	1,3	1,0
Etäkuntoutusta	61,9 %	23,8 %	9,5 %	4,8 %	1,6	1,0

Toimintakyvyn arviointia	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Terapeuttista harjoittelua	95,2 %	4,8 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Lihaskuntoharjoittelua	90,5 %	9,5 %	0 %	0 %	1,1	1,0
Hengitysfysioterapiaa	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Mindfulnessharjoituksia ja rentoutusta	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Passiivista liiketerapiaa	90,5 %	9,5 %	0 %	0 %	1,1	1,0
Hierontaa	71,4 %	28,6 %	0 %	0 %	1,3	1,0
Turvotuksen hoitoa	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Oireiden hoitoa	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Kivun hoitoa	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Läsnäoloa	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Asentohoitoa	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Apuvälinepalvelua	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0
Kodin muutostöitä	100 %	0 %	0 %	0 %	1,0	1,0

Kaikki vastaajat olivat yksimielisesti samaa mieltä 11 väittämän kohdalla.

Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että palliatiivinen fysioterapia sisältää yksilöfysioterapiaa, toimintakyvyn arviointia, hengitysfysioterapiaa, mindfulnessharjoituksia ja rentoutusta, turvotuksen, oireiden ja kivun hoitoa, läsnäoloa, asentohoitoa sekä apuvälinepalvelua ja kodinmuutostöitä. Vastaajien mielipiteet fysioterapian menetelmistä kohtaavat hyvin teoreettisen viitekehyksen tuottamaa tietoa.

Fysioterapian toteutus ryhmä- ja etäkuntoutuksena tuottivat eriäviä mielipiteitä. Vastaajista 80,9 % oli samaa mieltä, että palliatiivisessa hoidossa fysioterapia voi olla ryhmäkuntoutusta. Palliatiivinen hoito ja erityisesti saattohoito, koetaan aikana, jolloin potilaille halutaan antaa rauhaa itsetutkiskeluun. Osa potilaista on masentunut ja ahdistunut ja sulkeutuu vahvasti palliatiivisessa hoidossa. Näistä syistä voidaan ajatella, että yksilöfysioterapia palvelee parhaiten potilaita ja heidän tarpeitaan. Osa potilaista kaipaa kuitenkin vertais-tukea tai sosiaalista kanssakäymistä.

Vastaajista 61,9 % oli samaa mieltä, että palliatiivisessa hoidossa fysioterapia voi olla etäkuntoutusta. Etäkuntoutus voidaan kokea liian etäiseksi tavaksi kohdata potilas haastavassa elämäntilanteessa. Tulee kuitenkin muistaa, että palliatiivisessa hoidossa oleva potilas on hauras ja altis infektioille. Etäkuntoutus voi olla ainoa keino tuottaa turvallisesti palveluita potilaille tai heille, jotka eivät jaksakaan siirtyä omasta kodista palvelun pariin, mutta haluaisivat esimerkiksi

osallistua ryhmärentoutukseen. Tulevaisuuden paineet palveluiden toteuttamiselle vaativat myös digipalveluiden kehittämistä. Ryhmäkuntoutuksen tarjoamisen läheisille voisi toteuttaa etänä. Mahdollisuus osallistua etänä ryhmäkuntoutukseen helpottuisi silloin, jos läheinen ei voi poistua potilaan välittömästä läheisyydestä. Myös hybridimallien pohtiminen on varteenotettava keino palliatiivisessa hoidossa. Fysioterapian palveluita voisi kohdentaa osaston potilaille ja kotona oleville ryhmäkuntoutuksen muotona.

Vastaajista suurin osa on samaa mieltä, että palliatiivisessa hoidossa fysioterapia sisältää aktiivisia menetelmiä. Vastaajista 95,2 % oli samaa mieltä, että palliatiivisessa hoidossa fysioterapia sisältää terapeuttista harjoittelua, vastaajista 90,5 % oli samaa mieltä, että se sisältää lihaskuntoharjoittelua. Vastaajista 90,5 % oli samaa mieltä passiivisesta liiketerapiasta osana fysioterapiaa mutta vastaajista vain 71,4% oli samaa mieltä, että fysioterapia sisältää hierontaa. Muut vastaajat olivat en samaa enkä eri mieltä palliatiivisessa hoidossa käytettävistä menetelmistä.

6.2 Toiminta

Kanasen (2014, 39) mukaan suunnitelman jälkeen toteutetaan interventio suunnitelman mukaisesti. Interventiolla pyritään tunnistamaan syyt ongelmalle ja poistamaan ongelma. (Kananen 2014, 39.) Toimintaosio toteutettiin prosessikävelynä, sillä Sosteri käyttää Lean-menetelmiä toiminnan kehittämisessä. Lean-menetelmät ovat Heinäsen & Jokiniemen (2020) mukaan ketteriä keinoja johtaa ja kehittää organisaatiota. Lean-menetelmä huomioi asiakaskeisyyden, henkilöstön osallistamisen, valmentavan johtamisen, tuottavuuden parantamisen ja uudistumisen kokonaisuutena. Prosessien kuvauksella luodaan toiminnalle runko, joka ohjaa toimintaa. Se lisää prosessin tehokkuutta ja joustavuutta sekä mahdollistaa prosessin kehittämisen tarpeen mukaan. (Laamanen & Tuominen 2005, 77–80.) Sunejan ja Sunejan (2018) mukaan terveydenhuollossa virtaus tarkoittaa sitä, että potilaan saama palvelu on sujuvaa, oikea-aikaista ja tehdään oikeita asioita. Prosessikuvaus tarkoittaa työn vakioimista, joka varmistaa työn laadun. (Suneja & Suneja 2018.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan tulkita aineisto- tai teorialähtöisesti. Toimintaosion tuotokset analysoidaan teoriapohjaisella analysoinnilla. Teorialähtöinen luokittelu antaa analysoinnille raamit, jotka muodostuvat teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Teoriasta nostetaan käsitteet, joiden avulla tarkastellaan aineistoa ja etsitään yhtäläisyyksiä teoriaan. (Kananen 2015, 171–174.) Teoriasta valitut käsitteet aineiston tulkintaan ovat moniammatillisuus, fysioterapian tavoitteet, menetelmät ja mittarit.

Prosessikävelyn tarkoitus on havainnollistaa visuaalisesti potilaan hoitopolun kulkua ja se on osallistujia aktivoiva. Menetelmän tavoitteena on toimia oppimisprosessina, joka antaa osallistujille teoretietoa ja taitoa soveltaa oppimaansa käytäntöön. (Innokylä.) Toimintatutkimuksen tarkoitus on yhdistää eri tieteenoja avoimessa ympäristössä uuden paikallisen toiminnan kehittämiseksi ja antaa kaikille toimijoille mahdollisuus tuoda oma äänensä esille. (Puusa & Juuti 2020, 265.) Watermanin ym. (2001) mukaan on tärkeitä tunnistaa oikeiden henkilöiden osallistuminen kehitystoimintaan. Mukana tulee olla osallistujia, joilla on päätösvaltaa sekä osallistujia, joilla on kokemusta työkentältä. (Waterman ym. 2001, 31.)

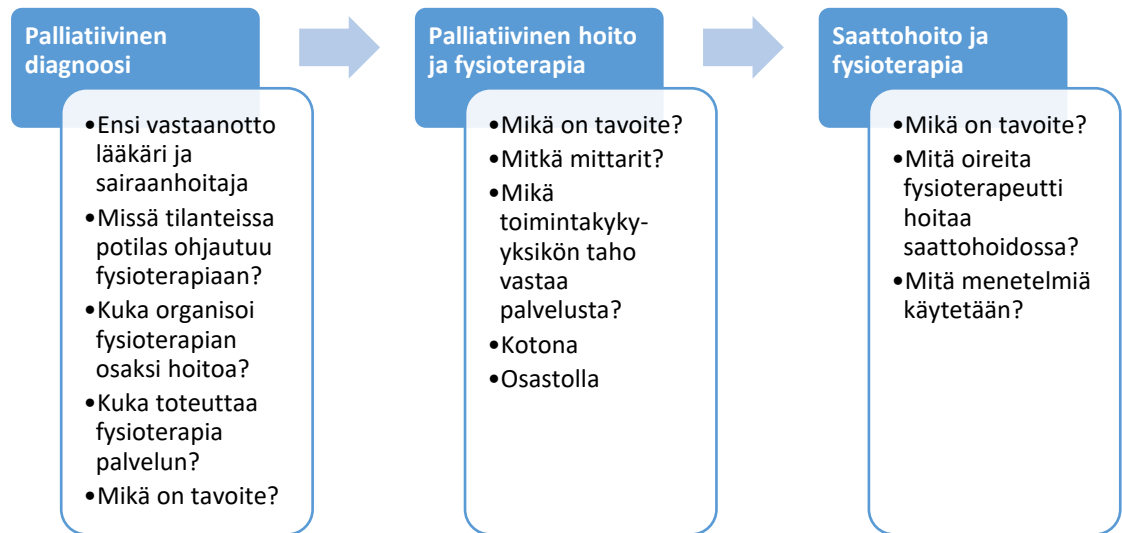
Prosessikävelyyhin kutsuttiin Sosterin palliatiivisen toimintayksikön työntekijöitä eri ammattiryhmistä, palliatiiviselta vastaanotolta ja osastolta (n=6) (liite 5). Toimintaan pyydettiin osallistumaan osaston palvelupäällikkö, lääkäri, vastaava sairaanhoitaja, vastaanoton sairaanhoitaja, osaston sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Opinnäytetyön tekijä edustaa fysioterapian osa-aluetta työkentältä. Kaikilla osallistujilla on kokemusta palliatiivisen hoitotyön tekemisestä ja kiinnostusta osallistua kehittävään toimintaan. Osallistujille kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tapaamisen sisällöstä sanallisesti osallistumispöytäkirjan yhteydessä ja suostumuksen jälkeen toimitettiin sähköpostitse kutsukirje. Osallistujia informoitiin tulevasta toiminnasta kolme kuukautta ennen tapaamista. Virallinen kutsu toimitettiin tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Tapaamiseen kutsutuista kaksi estyi osallistumasta. Yhden estyneen osallistujan tilalle saatiin nopealla aikataululla toinen osallistuja palliatiiviselta osastolta.

Toimintaosion tavoitteena on vastata tutkimuskysymyksiin ”Mikä on fysioterapeutin rooli osana palliatiivista palveluprosessia?”, ”Mitä fysioterapian menetelmiä käytetään palliatiivisessa kuntoutuksessa?” ja ”Minkälaisia tavoitteita fysioterapeutti asettaa osana moniammatillista palveluprosessia?”. Moniammatillisessa yhteistyössä jokainen antaa omia näkemyksiään aiheesta ja vapaa keskustelu aiheesta on toivottavaa, hedelmällisen lopputuloksen saamiseksi. Opinnäytetyön tekijän rooli on aktiivinen. Toiminnan ohjaaja pyrkii kannustamaan ja osallistamaan tasapuolisesti työyhteisön jäseniä yhteiskehittämiseen. (Kananen 2014, 67–68.)

Prosessikävelyn aikana opinnäytetyön tekijä toimi aktiivisena osallistujana ja ohjaajana sekä havainnoi ryhmän toimintaa. Havainnointi oli osallistuvaa havainnointia. Havainnointi suunniteltiin toteutettavaksi tukkimiehen kirjanpidolla, jonka avulla seurataan osallistujien puheenvuorojen määrää. (Kananen 2014, 85–86.) Puheenvuoroja ja palautetta vertaamalla voidaan arvioida moniammatillisen yhteistyön onnistumista. Suunnitelmasta poiketen puheenvuorojen seuranta keskeytyi hoitopolun suunnittelun kohdalla, sillä toiminnanohjaajan mahdollisuus seurata puheenvuoroja ja toimia kirjurina yhtäaikaisesti ei onnistunut.

Kehitystoimintaan osallistuneet henkilöt (n=5) ja toiminnan ohjaaja kuuluvat kaikki palliatiivisen toimintayksikön henkilökuntaan, tuntevat toisensa ja ovat palliatiivisen hoidon asiantuntijoita. Tilaisuus aloitettiin aikataulun ja sisällön läpikäynnillä, jonka jälkeen esiteltiin menetelmä sekä kerrottiin osallistujien aktiivisesta roolista ja oman asiantuntijuuden merkityksestä osana moniammatillista yhteistyötä. Osallistujille jaettiin suostumuslomake (liite 6), jonka kaikki allekirjoittavat.

Prosessikävely toteutettiin palliatiivisen toimintayksikön ryhmätilassa. Torkkolan (2015) mukaan Lean- prosessikävely kirjataan teemoittain taululle. Opinnäytetyön tekijä valmisteli taululle potilaan polun ja toimi post-it lappujen asettelijana taululle. Jokaiseen teemaan lisättiin apukysymyksiä käyttäen prosessin vaiheet käyttämällä post-it lappuja. Apukysymykset löytyvät kuvasta 15. Lopputulos dokumentoitiin valokuvaamalla.



Kuva 15. Prosessikävelyssä käsiteltävä palliatiivisen hoidon polku ja fysioterapeutin roolin hahmottelu.

Prosessikävely toteutettiin suunnitelman mukaisesti teemoittain edeten potilaan palliatiivista hoitopolkua. Prosessikävelylle varattiin riittävästi aikaa, rauhallisen työskentelyn ja keskustelun takaamiseksi. Sopiva aika kehitystyölle ja palautteen keräämiselle on 1,5 tuntia. Prosessikävelyn ajankohta on mietitty tarkasti toimintayksikön viikko- ja päiväaikatauluun sopivaksi. Suunnitelmasta poiketen aikaa prosessikävelyn läpikäymiselle oli 60 minuuttia.

Aiheeseen orientoitumiseksi tiimi pohti yhdessä palliatiivisen hoidon ja fysioterapian tavoitteita ja kävi läpi opinnäytetyön taulukkoa 1 Palliatiivisessa hoidossa esiintyvät oireet ja niihin sopivat fysioterapian menetelmät. Yhteisen keskustelun perusteella palliatiivisen hoidon tavoitteeksi määriteltiin elämänlaatu. Potilaan elämässä tulisi olla mahdollisimman paljon elämää hänen mieltyksiensä ja realististen mahdollisuuksien mukaan. Tärkeässä roolissa on potilaan toive hoitopaikasta ja oireiden hoito. Monet potilaat haluavat elää omassa kodissa mahdollisimman pitkään tai kuolla kotona.

Moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen hoidon koettiin antavan potilaalle kokemuksen hänen arvokkuudestaan. Moniammatillinen yhteistyö antaa mahdollisuuden panostaa potilaan ja hänen läheistensä tilanteen monipuoliseen tukemiseen potilaan itsemääräämisoikeus huomioiden. Fysioterapian rooli osana

moniammatillista palliatiivista hoitoa on tukea potilaan toimintakykyä, lääkkeen oirehoito ja etsiä keinoja lisätä potilaan osallisuutta omaan elämään. Fysioterapeutti tukee potilaan selviytymistä kotona ja etsii keinoja mahdollistaa itsenäisyys ja osallistuminen potilaalle tärkeisiin asioihin. Tukemalla potilaan selviytymisen ja elämänhallinnan tunnetta voidaan ennaltaehkäistä kalliita osastojaksoja sairaalassa.

Prosessikävelyllä saatiin aikaiseksi kuvaus potilaan hoitopolusta, jossa fysioterapia kulkee mukana. Hoitopolulla tuodaan esille moniammatillinen yhteistyö osana potilaan hoidon suunnittelua ja ydintiimin eri ammattilaisten roolit. Palliatiivinen toimintayksikkö toimii hyvin laajan moniammatillisen yhteistyön voimin ja tukee potilasta ja hänen läheisiään moniammatillisella tukiverkolla. Hoidon ja fysioterapian tärkeimmät tavoitteet ja keskeisimmät toiminta-alueet oireiden hoitoon määriteltiin.

Palliatiivisessa hoidossa elämänlaatu ja potilaalle merkityksellisten asioiden hoitaminen korostuu. Mittareita potilaan toimintakyvyn arvioimiseksi ei käytetä. Haastattelu ja havainnointi toimivat riittävänä tiedonlähteenä. Keskustelussa nousi esille Braden -mittarin ja FRAT-mittarin käyttö osana hoitoa. Mittareiden käyttöönotto päätettiin ottaa käsittelyyn myöhemmässä vaiheessa. Fysioterapian rooli kuvautui toimintakyvyn tukijana, potilaan tavoitteiden kartoittajana ja tiedon välittäjänä. Prosessikuvaus fysioterapian menetelmistä jäi hahmotteluvaiheessa pinnalliseksi. Osallistujat kertoivat kuitenkin ajattelevansa uudella tavalla fysioterapian mahdollisuuksista osana potilaan hoitoa sekä oman työn tukena palliatiivisessa hoidossa.

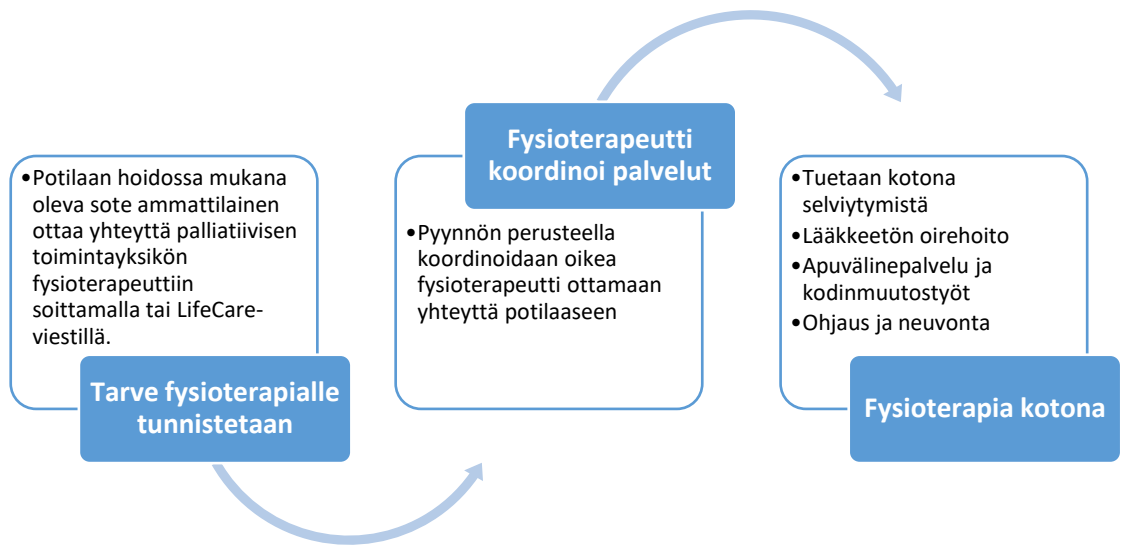
Prosessikävelyn lopuksi osallistujilta pyydettiin kirjallinen palaute (Liite 7) intervention onnistumisesta: Kuinka osallistujat kokivat kehitystyön onnistuneen, mitä mieltä he ovat prosessikuvauksen käytettävyydestä ja siirrettävyydestä uudeksi toimintamalliksi sekä kuinka he kokivat moniammatillisen yhteistyön onnistuneen. Palautteen perusteella kaikkien osallistujien (n=5) mielestä prosessikuvaus onnistui. Kolme osallistujaa koki sen onnistuneen hyvin ja yksi

osallistuja erittäin hyvin. Kaikkien mielestä tavoite saavutettiin ja prosessikuvaus on siirrettävissä käytäntöön. Yhden osallistujan mielestä fysioterapian roolia palliatiivisen hoidon alkuvaiheessa tulisi jatkokehittää.

Osallistujat kokivat, että kaikki saivat tasapuolisesti osallistua. Keskustelu koettiin innostavaksi ja vuorovaikutteiseksi. Yhden osallistujan mielestä asian syvällisempään läpikäymiseen olisi voinut varata enemmänkin aikaa. Toinen osallistuja toivoi asian läpikäymistä laajemmin palliatiivisen osaston henkilökunnan kanssa lisäideoiden saamiseksi. Eräs osallistuja pohti, riittääkö aika kaikkien ideoiden toteuttamiseksi osastolla päivän aikana.

6.2.1 Palliatiivinen hoitopolku

Palliatiivisen diagnoosin saanut potilas ohjautuu palautteella palliatiiviselle vastaanotolle. Lääkäri tekee potilaan lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoitosuunnitelman. Potilas ohjautuu lääkärin kautta palliatiivisen vastaanoton sairaanhoitajalle, joka tekee ensisoiton ja varaa ajan ensivastaanotolle. Ensikäynnillä potilas tapaa sairaanhoitajan ja lääkärin. Potilas haastatellaan ja hän saa täytettäväksi ESAS-oirekyselyn ja 15D elämänlaatukyselyn sekä tietoa palliatiivisen toimintayksikön toiminnasta ja palliatiiviseen hoitoon osallistuvista ammattilaisista. Vastaanoton sairaanhoitaja soittaa säännöllisesti potilaalle ja seuraa hänen vointiansa. Lääkärin vastaanotolle varataan aika tarpeen mukaisesti. Potilaan hoidossa mukana olevat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset voivat ohjata potilaan fysioterapiaan tunnistessaan tarpeen sille. Potilas voi ohjautua palliatiivisen toimintayksikön fysioterapeutille omasta aloitteesta tai esimerkiksi palliatiivisen vastaanoton sairaanhoitajan, kotisairaalan tai kotihoiton yhteydenoton kautta. Kuvaus palliatiivisesta hoidosta ja fysioterapiasta esitetään kuvassa 16.

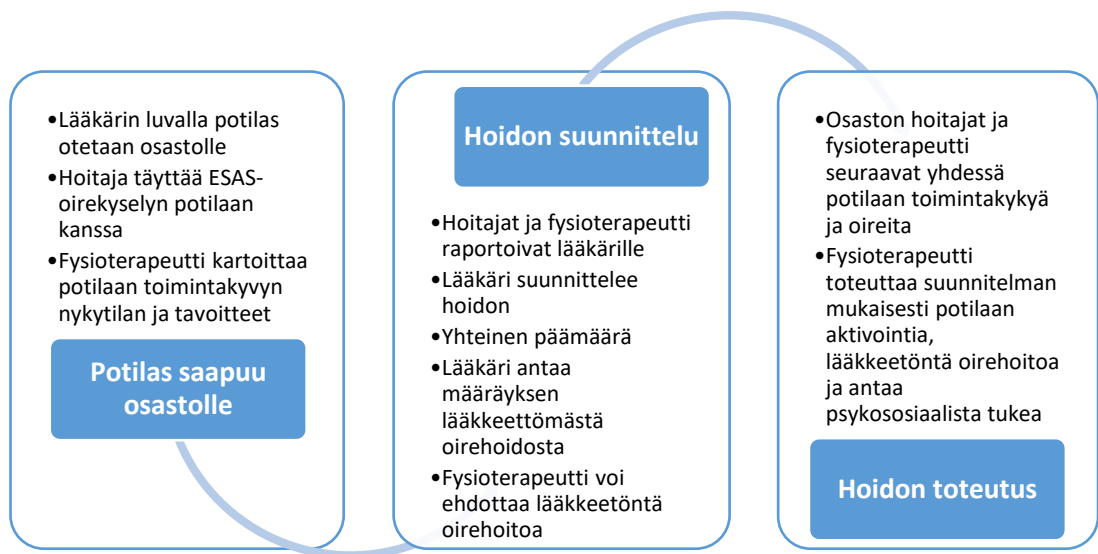


Kuva 16. Palliatiivinen hoito ja fysioterapia kotona

Palliatiivisen toimintayksikön fysioterapeutti toimii koordinaattorina, joka järjestää potilaalle tarvittavat fysioterapian palvelut joko itse tai pyytäen fysioterapeuttia apuvälinekeskuksesta, kotikuntoutuksesta tai avopalveluista ottamaan potilaaseen yhteyttä. Fysioterapian tavoitteena on tukea potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua ja hyvinvointia. Fysioterapian avulla voidaan tukea potilaan toimintakykyä sekä hallinnan, itsenäisen selviytymisen ja kotona selviytymisen tunnetta.

Fysioterapeutti kartoittaa potilaan nykytilan käyttäen haastattelua tärkeimpänä mittarina. Nykytilan kartoitus käsittää toimintakyvyn, oireiden ja apuvälinearpeen arvioinnin sekä potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisen. Fysioterapeutti keskustelee potilaan kanssa tavoitteiden edellytyksistä avoimesti ja kunnioittaen potilasta ja tämän tahtoa. Fysioterapian menetelminä käytetään ohjausta ja neuvontaa, apuvälinepalveluita ja lääkkeetöntä oirehoitoa. Braden -mittaria käytetään painehaavojen riskin arviointiin ja ennaltaehkäisemään painehaavojen syntymistä. Ajoissa havaittu riski painehaavan syntymiselle ohjaa valitsemaan potilaalle sopivat apuvälineet, joilla voidaan ennaltaehkäisevästi vaikuttaa painehaavan syntyyn.

Potilas voi ohjautua palliatiiviselle osastolle eri tavoin. Osaston lääkäri tekee päätöksen potilaan sisäänotosta. Osalla potilaista on käytössä lupapaikka, jonka perusteella he voivat tulla osastolle sovitun mukaisesti joko suoraan tai päivystyksen kautta. Osa potilaista siirtyy palautekäytännön perusteella toiselta osastolta tai toisesta sairaalasta. Osastojakso voi olla hoitajakso, kuntoutusjakso tai saattohoito. Kuvaus palliatiivisesta hoidosta ja fysioterapiasta esitetään kuvassa 17.



Kuva 17. Palliatiivinen hoito ja fysioterapia osastolla

Potilaan saapuessa osastolle potilas tapaa hoitajan, jonka kanssa hän täyttää ESAS-oirekyselyn. Fysioterapeutin tehtävänä on kartoittaa potilaan nykytila toimintakyvystä ja apuvälinetarpeesta sekä potilaan tavoitteet. On tärkeää tietää, haluaako potilas vielä kotiutua ja mitkä asiat ovat edellytyksiä sen onnistumiseksi. Hoitajat ja fysioterapeutti raportoivat lääkärille potilaan sen hetkestä tilanteesta. Lääkäri suunnittelee potilaan lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon. Fysioterapeutti voi toteuttaa lääkkeetöntä oirehoitoa lääkärin määräyksestä tai ehdottaa sellaisen käyttöä lääkärille. Potilaan kokonaistila huomioiden suunnitellaan moniammatillisen yhteistyön avulla potilaan hoidon sisältö ja missä se toteutetaan. Hoito kotona pyritään mahdollistamaan kokonaistilanne huomioiden. Fysioterapeutti voi tehdä osastolta potilaan kanssa kotikäynnin kotona selviytymisen arvioimiseksi.

Osastolla järjestetään viikoittain moniammatillinen lääkärinkierto, jonka aikana tehdään potilaan hoidon suunnittelu. Lääkärinkierrolle osallistuu osaston lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Palliatiivisessa hoidossa nopeat tilanteiden muutokset vaativat kuitenkin päivittäistä arviointia ja seuranta ja hoitosuunnitelmaa muutetaan tarpeen mukaan nopealla aikataululla.

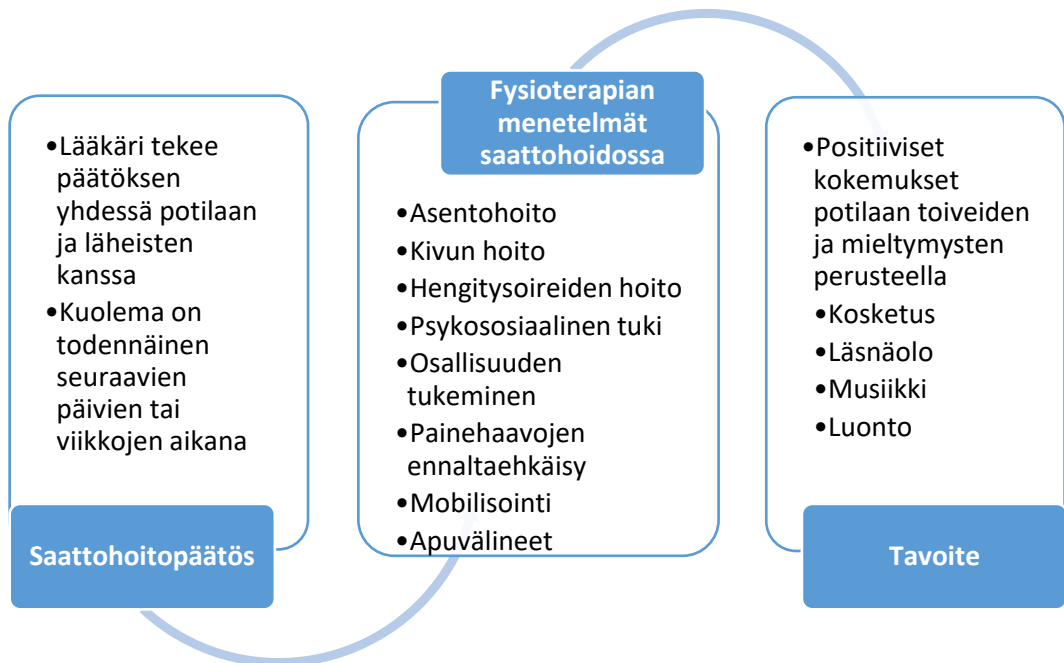
Osaston tiloissa järjestetään viikoittain moniammatillinen palaveri, jossa käydään läpi lupapaikkalaisten ja osastolla olevien potilaiden tilanne läpi (Kuva 18). Moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan potilaiden hoitoon liittyviä asioita toteuttaa hallitusti ja ennakoiden. Jokainen ammattilainen voi tuoda palaverissa esille potilaan tilanteeseen liittyviä muutoksia ja pyytää sopivien palveluiden järjestämistä potilaalle.



Kuva 18. Moniammatillinen tiimi

Lääkäri tekee saattohoitopäätöksen, kun potilaan kuolema on todennäköistä seuraavien päivien tai viikkojen aikana. Saattohoitopäätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, sekä potilaan läheisten kanssa heidän ollessa osana hoitoa. Yhteisen kehittämiskeskustelun perusteella tärkeimmät menettelmät saattohoidossa ovat asentohoito, kivun ja hengitysoireiden hoito sekä psykososiaalinen tuki ja osallisuuden tukeminen. Potilaalle tarjotaan positiivisia kokemuksia esimerkiksi kosketuksen, läsnäolon, musiikin tai luonnon

kautta, riippuen potilaan mieltymyksistä ja toiveista. Kuvaus saattohoidosta ja fysioterapiasta esitetään kuvassa 19.



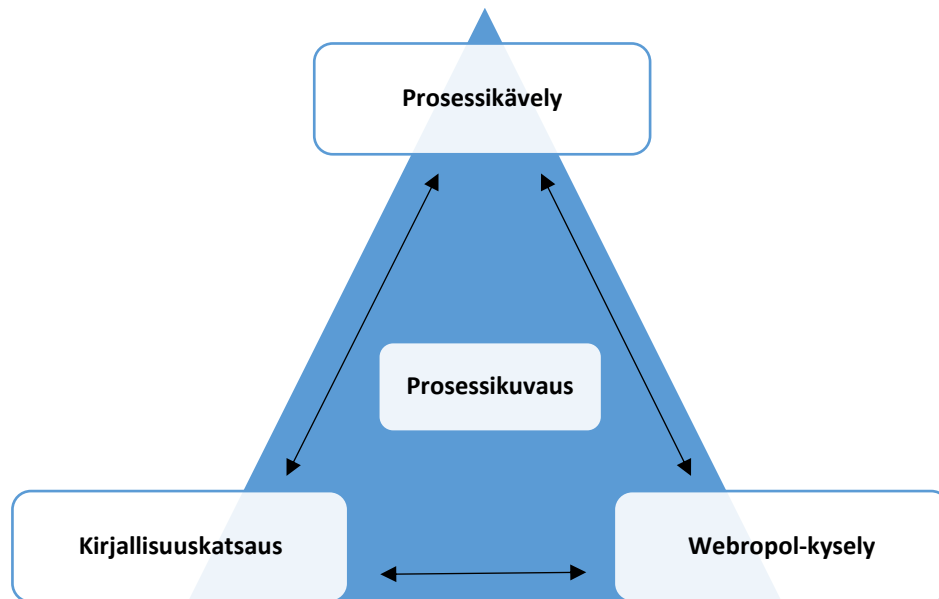
Kuva 19. Saattohoito ja fysioterapia

Fysioterapeutti osallistuu saattohoitoon potilaskohtaisen suunnitelman mukaisesti. Saattohoidossa tärkeitä on huomioida kivun hoito, hengitysoireet, asentohoito ja psykososiaalinen tuki. Potilaan liikkumisen vähentyessä tuki- ja liikuntaelimestön kivut voivat voimistua ja riski painehaavojen syntymiselle on korkea. Kivun sallimissa rajoissa toteutetaan passiivista mobilisointia vuodepotilaalle. Painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi käytetään korkeanriskin painehaavapatjoja ja toteutetaan asentohoitoa kivun sallimissa rajoissa. Fysioterapeutti ja hoitajat toimivat työparina asentohoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Potilaan ollessa sedatoitu toteutetaan ainoastaan asentohoitoa.

6.3 Havainnointi

Kanasen (2014, 122) mukaan triangulaatiolla tarkoitetaan useamman tutkimusmenetelmän käyttämistä yhden tutkimuksen aikana. Triangulaatiota voidaan käyttää ilmiön monipuolisemman tarkastelun mahdollistamiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi (Kananen 2014, 123). Tässä opinnäytetyössä käytetään aineistopohjaista triangulaatiota (kuva 20), jossa verrataan kirjallisuuskat-

sauksen, Webropol-kyselyn ja prosessikävelyn tuloksia keskenään ja pohditaan miten ne vastaavat tutkimuskysymyksiin. Triangulaation pohjalta tuotetaan prosessikuvaus fysioterapian roolista osana moniammatillista palliatiivista hoitoa. Prosessikuvaus toteutetaan uimaratakaaviona. Kaavion avulla esitetään visuaalisesti palliatiivinen hoitopolku, jossa kuvataan toimijat, toiminnot ja toimintajärjestys.



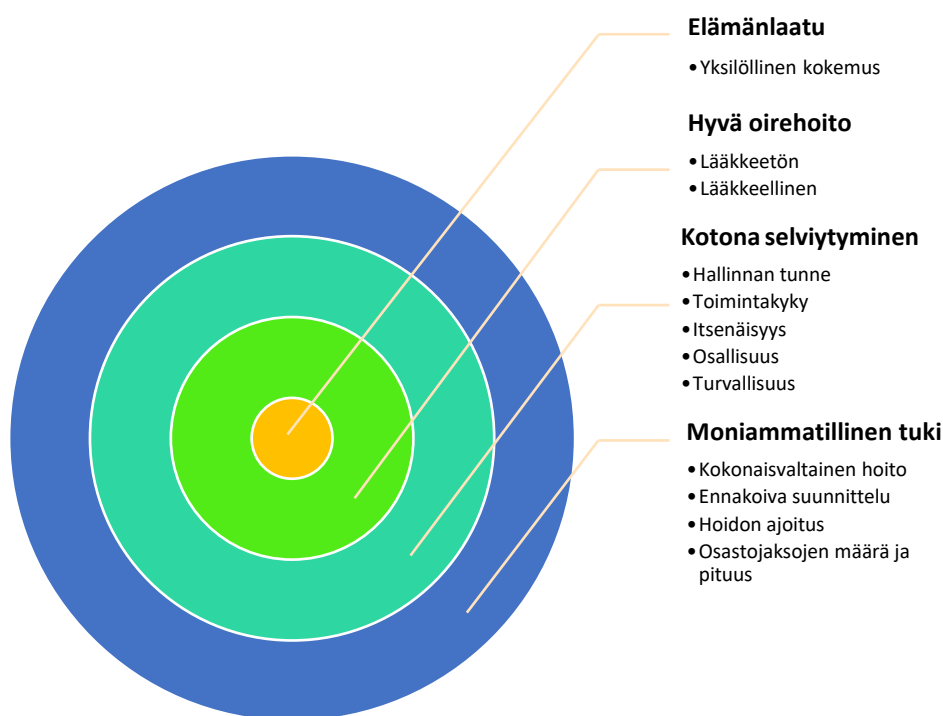
Kuva 20. Triangulaatio aineistosta (Kananen 2014)

Kuvassa 21 esitetään aineiston tuloksista kokoavasti fysioterapiaa osana palliatiivista palveluprosessia. Fysioterapian rooli on toimia kokonaisvaltaisena tukena potilaalle ja omaisille, lisätä elämänlaatua, lääkkeetön oirehoito ja toimia fysioterapiaa koordinoivana ja toteuttavana toimintakyvyn asiantuntijana osana moniammatillista yhteistyötä. Fysioterapeutti valitsee sopivan menetelmän, joka vastaa potilaan tarpeisiin. Tavoitteena on tukea potilaan toimintakykyä ja kotona selviytymistä sekä hyvä oirehoito.

	Fysioterapian rooli	Fysioterapian menetelmät	Palliatiivisen kuntoutuksen tavoitteet
Kirjallisuuskatsaus	<p>Tuki</p> <p>Kannustus</p> <p>Motivointi</p> <p>Toimintakyvyn tukeminen ja optimointi</p> <p>Apuvälineiden arviointi, hallinta ja luovutus</p> <p>Itsenäisyyden ja aktiivisuuden lisääminen</p> <p>Turvallisuuden lisääminen</p>	<p>Yksilöfysioterapia, ryhmäharjoittelu</p> <p>Terapeuttinen harjoittelu, siirtymisen harjoitteet, tasapainoharjoittelu ja kaatumisen ennaltaehkäisy, liikkuvuus ja venyttely, jooga</p> <p>Aktiivinen, avustettu aktiivinen ja passiivinen liikeharjoittelu</p> <p>Itsenäinen harjoittelu, kotiohjelma, vastusharjoittelu, kestävyysharjoittelu, kävely</p> <p>Rentoutusharjoitus, rentoutustekniikat, hengitysharjoitukset, TENS, lämpöhoito, manuaalinen hoito, kompressiosidos, kinesioteippaus</p> <p>Asentohoito</p> <p>Apuvälineet</p> <p>Musiikkiterapia</p>	<p>Fyysinen, sosiaalinen ja emotionaalinen hyvinvointi</p> <p>Potilaan itsenäisyys</p> <p>Potilaan ja omaisen elämänlaatu</p> <p>Potilaslähtöinen</p> <p>Toimintakyky</p>
Kysely	<p>Tuki</p> <p>Elämänlaatu</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö</p>	<p>Apuvälinepalvelu ja kodin muutostyöt, arviointi, asentohoito, hengitys, kivunhoito, liike, ohjaus ja neuvonta, yksilöfysioterapia, ryhmäkuntoutus, etäkuntoutus, terapeuttinen harjoittelu, lihaskuntoharjoittelu, hengitysfysioterapiaa, mindfulness ja rentoutus harjoitus, passiivinen liiketerapia, hieronta, turvotuksen hoito, oirehoito, kivun hoito ja läsnäoloa</p>	<p>Elämänlaatu</p> <p>Kotona selviytyminen</p> <p>Oirehoito</p> <p>Potilaslähtöinen</p> <p>Toimintakyky</p>
Prosessikävely	<p>Toimintakyvyn tukeminen</p> <p>Potilaan tavoitteiden kartoitus</p> <p>Tiedon välittäjä</p>	<p>Lääkkeetön oirehoito</p> <p>Apuvälinepalvelu ja kodin muutostyöt</p> <p>Ohjaus ja neuvonta</p> <p>Toimintakyvyn ylläpitäminen</p> <p>Psykososiaalinen tuki</p> <p>Asentohoito, kivun hoito, hengitysoireiden hoito, painehaavojen ennaltaehkäisy, mobilisointi</p> <p>Kosketus, läsnäolo, musiikki ja luonto</p>	<p>Elämänlaatu</p> <p>Kotona selviytyminen</p> <p>Oirehoito</p> <p>Osallisuus</p> <p>Potilaslähtöinen</p> <p>Positiiviset kokemukset potilaan toiveiden ja mieltymysten perusteella</p> <p>Toimintakyky</p>
Yhteenveto	<p>Tuki</p> <p>Elämänlaatu</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö</p> <p>Toimintakyky</p>	<p>Lääkkeetön oirehoito</p> <p>Toimintakykyä ylläpitävät potilaslähtöisesti valitut menetelmät</p> <p>Apuvälinepalvelu ja kodin muutostyöt</p> <p>Psykososiaalinen tuki</p>	<p>Elämänlaatu</p> <p>Hyvä oirehoito</p> <p>Kotona selviytyminen</p> <p>Potilaslähtöinen</p> <p>Toimintakyky</p>

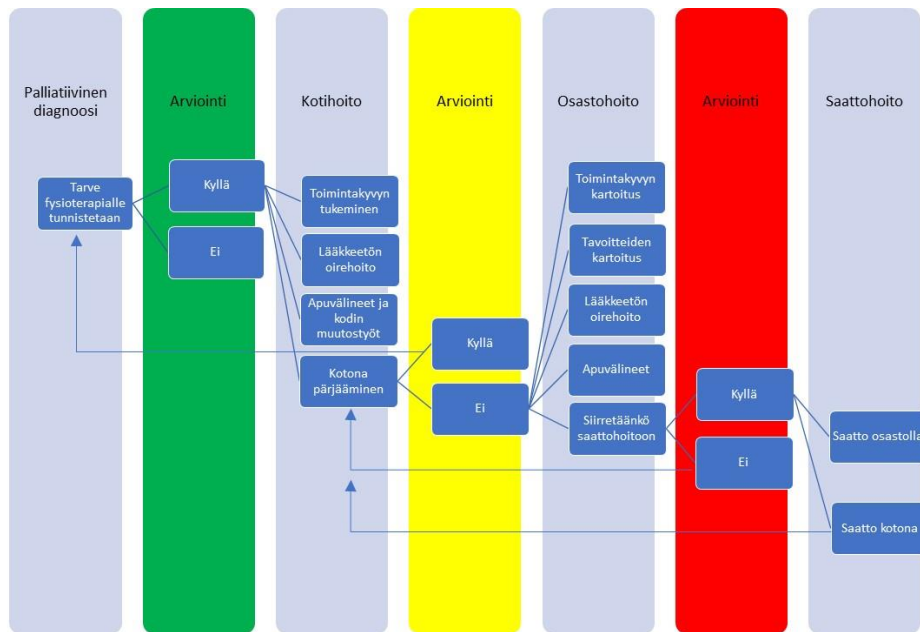
Kuva 21. Yhteenveto fysioterapiasta osana palliatiivista hoitoa

Palliatiivisen hoidon ydin on elämänlaatu. Useimmat potilaat haluavat olla kotona mahdollisimman pitkään ja siihen voidaan vaikuttaa hyvällä oirehoidolla sekä kotona selviytymistä tukevilla palveluilla. Ennakoiva moniammatillinen yhteistyö luo potilaan ja hänen läheistensä ympärillä turvaverkon. Yhteistyön avulla pyritään toteuttamaan potilaan ja omaisten elämänlaadulle merkityksellisiä ja realistisia asioita. Moniammatillisen palvelun avulla vastataan kokonaisvaltaisesti potilaan tarpeisiin sekä tarjotaan potilaalle kokemus kohdatuksi tulemisesta ja tunnistetaan ihmisen elämän arvo kuoleman läheisyydessä (kuva 22).



Kuva 22. Moniammatillinen palliatiivinen hoito

Fysioterapeutin rooli osana moniammatillista palliatiivista hoitoa on toimia tukena potilaille, omaisille ja hoitoon osallistuville ammattilaisille. Fysioterapeutti tukee potilaan toimintakykyä ja kotona selviytymistä tilanteeseen sopivilla menetelmillä ja apuvälineiden keinoin (kuva 23).

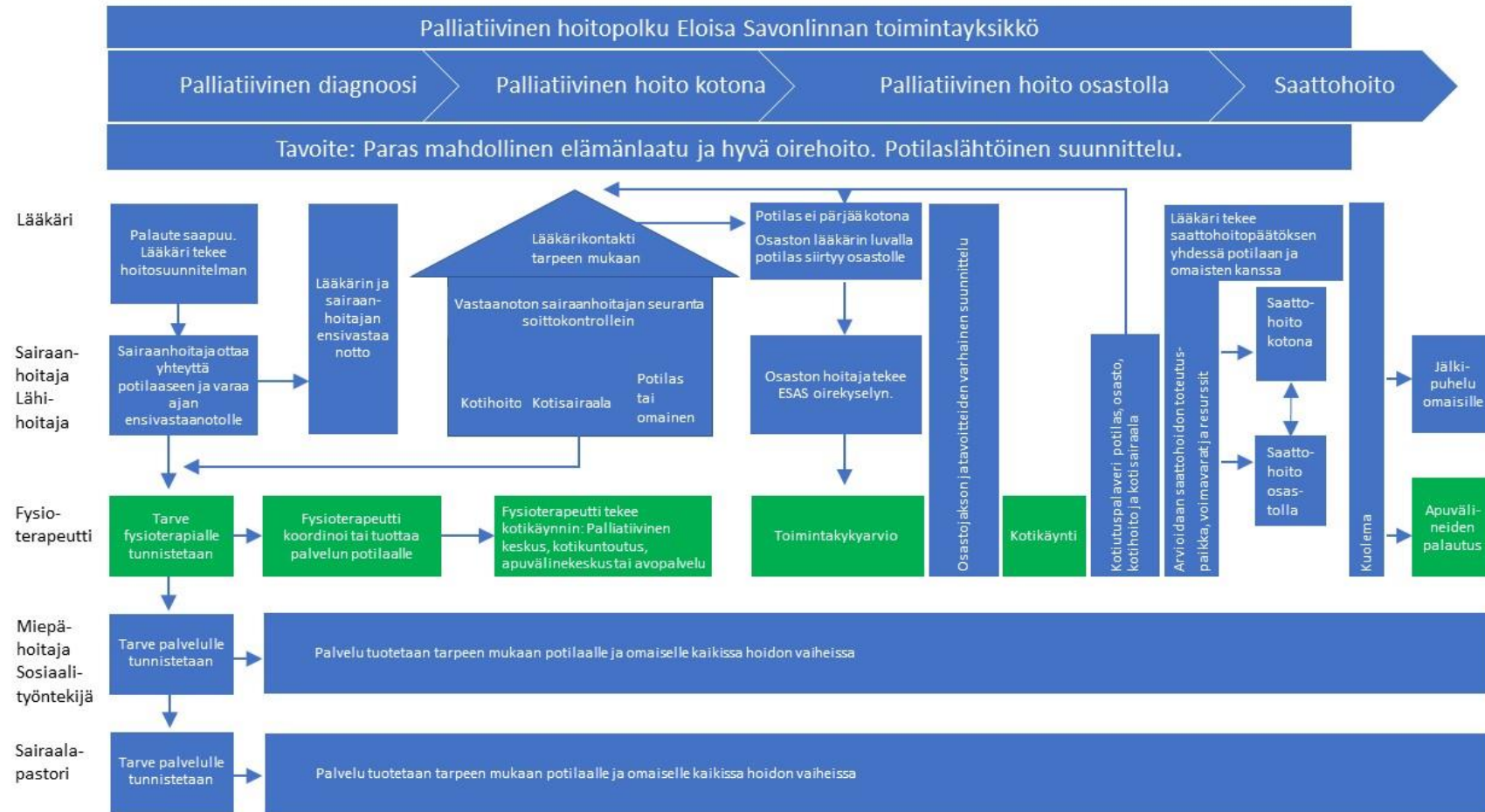


Kuva 23. Fysioterapian rooli hoitopolulla

Fysioterapeutti voi lisätä potilaan ja omaisen itseluottamusta liikkumiseen, siirtymiseen ja kotona selviytymiseen sekä lievittää oireita lääkkeettömillä hoitokeinoilla. Fysioterapialla voidaan lisätä hallinnan tunnetta, itsenäisyyttä ja osallisuutta arkeen.

7 MONIAMMATILLINEN PALLIATIIVINEN HOITOPOLKU

Opinnäytetyön tuotoksena valmistui kuvaus fysioterapian roolista osana moniammatillista palliativista hoitoa (kuva 24). Hoitopolulla kuvataan kaikki hoidon vaiheet, moniammatillisen palliativisen hoidon ydintiimi sekä hoidossa mukana toimivat eri toimintayksiköt.



Kuva 24. Palliatiivinen hoitopolku

8 POHDINTA

Tässä kappaleessa tarkastellaan ja verrataan opinnäytetyön teoreettista viitekehystä ja aineiston tuloksia, arvioidaan käytettyjä menetelmiä, opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä sekä oman osaamisen kehittymistä. Lopuksi esitetään opinnäytetyöstä tehdyt johtopäätökset ja jatkotutkimus- ja kehittämisasiheita.

8.1 Palveluprosessi ja moniammatillinen hoitopolku

Opinnäytetyön tuotoksena valmistui näyttöön perustuva **suositus fysioterapian roolista** (kuva 23, s. 80) ja **kuvaus moniammatillisesta hoitopolusta** uimaratakaaviona (kuva 24, s. 81). Savonlinnan palliatiivisessa toimintayksikössä moniammatillinen hoitopolku toteutuu valtakunnallisen palliatiivisen hoidon palveluketjun mallin mukaisesti (Saarto ym. 2022, 15). Fysioterapian rooli ja keskeisimmät menetelmät on kuvattu palliatiivisen potilaan hoitopolussa. Moniammatillisessa hoitopolussa esiintyy moniammatillinen palliatiivisen hoidon ydintiimi, joka vastaa EAPC:n (Payne ym. 2022) sekä STM:n (2019, 190–191) julkaisemaa suositusta. Hoitoon osallistuvat palliatiiviseen hoitoon erikoistunut lääkäri ja sairaanhoitaja, psykososiaalisen ja hengellisen tuen ammattilainen, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Ydintiimin lisäksi hoitoon osallistuvat tarpeen mukaan monet muut sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset. Savonlinnan toimintayksikössä moniammatillinen hoitopolku toteutuu suositusten mukaisesti.

Palliatiivista hoitoa lähestytään **moniammatillisen yhteistyön** näkökulmasta. Moniammatillisuus on perusteltua potilaan ja potilaan omaisten kokonaisvaltaisten tarpeiden kohtaamiseksi. Tiiringin (2021) mukaan moniammatilliseen hoitoon osallistuvien ammattilaisten tulee tehdä vuorovaikutteista yhteistyötä, jotta voidaan tunnistaa hoidon tarve, reagoida muuttuviin tilanteisiin ja pysyä yhteisessä asiakaslähtöisessä päämäärässä. Paynen ym. (2022, 11) suosituksen mukaisesti moniammatillinen tiimi kokoontuu Savonlinnassa kerran viikossa ja käsittelee palliatiivisen keskuksen potilaiden hoidon ja palvelun tar-

peita. Moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan ennakoida potilaiden tarvetta sairaanhoidolle, siirtymistä osastolle tai kotiin vietävien palveluiden tehostamista kotona selviytymisen tueksi.

Ennakointi ja selkeä palveluprosessi ovat tärkeä osa hoitoa oikea-aikaisten palveluiden ja hyvän oirehoidon toteuttamiseksi. Potilaiden hoidon tarve on hyvin vaihtelevaa ja muutos hoidon tarpeessa voi olla äkillinen. WHO:n (2020) mukaan aikainen ohjaus palliatiiviseen hoitoon vaikuttaa positiivisesti potilaan elämänlaatuun, mielialaan ja elinaikaan. Hoitoon osallistuvien ammattilaisten kuvaus hoitopolulla auttaa tunnistamaan tarjolla olevat palvelut ja ohjaamaan potilaat palveluiden pariin oikea-aikaisesti. Tämän seurauksena potilaan tarve sairaalahoidolle ja terveyspalveluille vähenisi. Saarto ym. (2022) toteavat että oikea-aikainen palliatiivinen hoito parantaa mahdollisuutta hyvään oirehoitoon ja tukee potilaan kotona selviytymistä.

Heikkisen ym. (2004) mukaan yhdistämällä eri ammattilaisten asiantuntijuus voidaan tuottaa laadukasta toimintaa, jossa potilas on keskiössä. Onnistunut tiimityöskentely sisältää jäsenten välisen luottamuksen, sitoutumisen yhteisiin tavoitteisiin sekä avoimen ja rakentavan työskentelykulttuurin noudattamisen. Hoitopolun, tavoitteiden ja toimijoiden kuvaus lisää hoidon laatua ja sujuvuutta eri hoidon vaiheissa ja eri ammattilaisten välillä. Tiedon jakaminen ja yhteinen suunnittelu sitouttaa ja motivoi ammattilaisia työskentelemään yhteistä tavoitetta kohti. Työskentelemällä yhdessä luodaan rauhallinen työympäristö, jossa työntekijät viihtyvät ja luovat rauhallisen ympäristön potilaille ja heidän omaisilleen kuoleman äärellä.

Fysioterapian rooli osana palliatiivista hoitoa on lisätä elämänlaatua, toimintakykyä, tukea kotona selviytymistä ja toteuttaa lääkkeetöntä oirehoitoa. Elämänlaatu on subjektiivinen kokemus. Fysioterapeutti voi lisätä potilaan ja potilaan omaisten kokemusta elämänlaadusta vastaamalla potilaan ja omaisten tarpeisiin. Kaikki menetelmät ja tavoitteet eivät palvele kaikkia potilaita. Kuten Nottelman ym. (2021, 1352) toteavat, todellinen tarve palvelulle muodostuu potilaan ajatuksista ja odotuksista, ammattilaisen tekemästä arviosta sekä tarjolla olevista palveluista.

Palliatiivisen hoidon eri vaiheissa potilaiden tarpeet ja tavoitteet vaihtelevat. Fysioterapeutti, ja muu hoitoon osallistuva henkilökunta, toimivat rinnalla kulki-joina ja mukautuvat muuttuviin tarpeisiin. Painoarvo sijaitsee kivun hoidossa, hengityksen tukemisessa ja psykososiaalisessa tuessa. Fysioterapian mene-telmiä käytetään tarpeen mukaisesti, valiten sopivat keinot tukemaan potilaan tarpeita ja toiveita.

Palliatiivisen hoidon eettinen tehtävä on hallita oireita ajoissa. Oireista yleisim-mät ja vakavimmat ovat kipu ja hengitysvaikeudet. (WHO 2016.) Kipu ja hen-gitysvaikeudet voivat aiheuttaa kuoleman pelkoa ja ahdistusta potilaassa ja vähentää tunnetta kotona selviytymisestä. Fysioterapeutin antama tuki ja itse-hallintamenetelmien ohjaus yhdessä lääkkeellisten hoitokeinojen kanssa voi lisätä potilaan hallinnan ja selviytymisen tunnetta. Se voi vähentää osastojak-sojen tarvetta tai pituutta. Tukemalla kotona selviytymistä mahdollisimman pit-kään, säästyy potilas ja yhteiskunta kalliilta osastohoidolta.

Apuvälineet ovat tärkeä osa palliatiivista hoitoa (McLeod & Norman 2019, 3). THL (2020) mukaan oikeilla ja oikea-aikaisilla apuvälineillä lisätään potilaan toimintakykyä, selviytymistä ja osallisuutta elämään. Potilaalla voi olla haas-teita osallistua arkeen heikentyneen toimintakyvyn, kipujen tai voimakkaan vä-symyksen takia. Tarjoamalla asiakkaalle oikea-aikaisesti oikeat apuvälineet, voidaan helpottaa potilaan itsenäisyyttä, lisätä osallisuutta arkeen ja osallistu-mista itselle mielekkääseen tekemiseen tai sosiaaliseen tilanteeseen. Apuväli-neiden käytön opastuksella voidaan lisätä omaisen kokemusta kotona selviy-tymisestä ja arjen perustoiminnoista.

Palliatiivinen hoitolinja tarkoittaa, että sairautta ei voida parantaa, mutta siitä huolimatta elämää on vielä elettävänä. Kuoleman hyväksyminen ei välttämättä ole helppoa potilaalle tai potilaan omaiselle. Palliatiiviseen hoitoon osallistu-valla fysioterapeutilla tulisikin siksi olla rohkeutta kohdata potilas ja etsiä avoi-min mielin mahdollisuuksia ja keinoja toteuttaa potilaalle merkityksellisiä asi-oitu. Erityisesti saattohoidon lähestyessä. Viimeisien elinpäivien tai -viikkojen aikana voidaan monin fysioterapian keinoin vaikuttaa potilaan ja omaisten elä-

mänlaatuun. Potilaan kuoleman jälkeen jäljelle jää omainen. Laadukas palliatiivinen hoito auttaa omaista suruprosessissa ja omaan elämään kiinni pääsemisessä.

Fysioterapian menetelmiä on kuvattu laajasti kirjallisuuskatsauksen aineistoon pohjautuen. Kyselyn tuloksien perusteella menetelmistä eniten painoarvoa saivat apuvälinepalvelu ja kivunhoito. Kyselyyn vastasi ainoastaan fysioterapeutteja, joista 43 % kohtasi harvoin palliatiivisen hoidon potilaita. Prosessikävelyssä korostuivat kivunhoito, hengityksen tukeminen ja psykososiaalinen tuki. Prosessikävelyyssä osallistujat olivat kaikki palliatiivisen hoidon asiantuntijoita, eri ammattiryhmistä. Fysioterapian eri menetelmien mahdollisuuksia ja käytettävyyttä palliatiivisessa hoidossa tulisi tuoda esille fysioterapeuttien ja palliatiiviseen hoitoon osallistuvien ammattilaisten keskuudessa. Tietoisuuden lisääminen lisää hoidon laatua kaikilla hoidon tasoilla ja tasa-arvoisten palveluiden saamista.

Kuolevan kuntoutus voi tuntua oudolta yhtälöltä, mutta potilaan toimintakyvyn, tavoitteiden ja mieltymysten perusteella tulee pitää avoin suhtautuminen kaikkiin fysioterapian menetelmiin. Pienilläkin asioilla voidaan lisätä potilaan hyvinvointia, itseluottamusta ja selviytymisen kokemusta. Terapeuttinen harjoittelu ja lihaskuntoharjoittelu voi toimia voimavarana ja lisätä itseluottamusta oman kehon kykyyn toimia. Se voi tuoda tauon oman elämäntilanteen ajattelemiseen. Siirtymisien harjoittelulla voidaan lisätä turvallisuutta kotona sekä tukea ja vahvistaa potilaan ja omaisen kokemusta pärjäämisestä ja kotona selviytymisestä.

Vastaajista vain 71 % mielestä hieronta on osa palliatiivista hoitoa. Hieronta ja passiiviset hoitomenetelmät ovat menetelmiä, joita ei pääsääntöisesti käytetä julkisen terveydenhuollon puolella. Palliatiivisessa hoidossa tavoitteena on kivun lievitys, elämänlaadun lisääminen ja aikaansaada positiivisia kokemuksia kehosta. Passiiviset hoitomenetelmät voivat olla potilaalle ainoa keino tuntea oma keho ja kehon liike. Hieronta ja passiiviset hoitomenetelmät ovat perusteltuja palliatiivisessa hoidossa, sillä kosketuksella on suuri vaikutus elämänlaatuun, kivun lievitykseen ja mielialaan.

Vastaajista 81 % koki ryhmäkuntoutuksen olevan osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito mielletään usein intiimiksi ja herkäksi aiheeksi. Ajatukseksi voi muodostua, että potilaat eivät välttämättä halua jakaa elämäntilannetta muiden kanssa. Potilaat ja heidän omaiset voivat kokea yksinäisyyttä ja kaivata vertaistukea. Tuottamalla ryhmämuotoisia palveluita voidaan vastata potilaan tai omaisen sosiaalisiin tarpeisiin ja kohdentaa palveluita suuremmalle kohderyhmälle.

Vastaajista vain 62 % koki etäkuntoutuksen olevan osa palliatiivista hoitoa. Monet potilaat hyötyisivät kuntoutuksesta, mutta ovat estyneitä osallistumaan etäisyyden, väsymyksen, voimavarojen puutteen tai infektiokerkkyyden takia. Tarjoamalla etäkuntoutusta voitaisiin tarjota palveluita kotiin ja ryhmämuotoisella etäkuntoutuksella kohderyhmä voisi sisältää potilaat ja omaiset. Palvelutarpeen kasvaessa tarvitaan monipuolisia keinoja tarjota palliatiivisen hoidon palveluita. Harvaan asutuilla alueilla palvelut sijaitsevat kaukana ja osallistuminen voi estyä liian pitkän matkan tai korkeiden kustannuksien takia.

Fysioterapiassa käytettyjen **mittareiden** suhteen tulokset eroavat teoreettisen viitekehyksen ja fysioterapian roolin kuvauksen välillä. Cwirlej-Sozanska ym. (2020), Golcic ym. (2018), McCartney (2020) ja Putt ym. (2017) ovat käyttäneet erilaisia toimintakyvyn mittareita palliatiivisessa kuntoutuksessa ja fysioterapiassa. Prosessikävelyn moniammatillisen kehitystoiminnan lopputuloksena todettiin, että potilaan elämäntilanteessa ei ole merkityksellistä mitata potilaan fyysistä toimintakykyä mittarilla. Potilaiden vointi voi vaihtua nopeasti ja toimintakyvyn arviointia tulee tehdä herkästi haastattelun ja havainnoinnin keinoin. Oireiden ja kivun tasoa seurataan haastattelun ja havainnoinnin keinoin käyttämällä ESAS-oirekyselylomaketta. Kipua mitataan käyttämällä VAS tai PAINAD arviointia.

Palliatiivisessa hoidossa toimintakyvyn heikkeneminen on väistämätöntä. Toimintakykyä tulisi tarkastella ADL toimintojen näkökulmasta, jolloin voidaan arvioida potilaan kotiutumisen realistisuutta sekä arvioida kotiin vietävien palveluiden tarvetta. Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen voi toimia voimavaroja

heikentävänä tekijänä, riippuen potilaan sairaudentilan hyväksymisestä. Toimintakyvyn heikkenemisen osoittaminen testillä voi aiheuttaa negatiivisen reaktion potilaassa. Joskus sairauden hyväksyminen voi toisaalta vaatia konkreettisia todisteita sen olemassaolosta. Toimintakyvyn mittaamisen perusteita tulisi pohtia lisää. Ajoissa havaittu kaatumisriski ja tarpeeseen räätälöity kuntoutus voi ennaltaehkäistä ensisijaisesti inhimillistä kärsimystä sekä säästää yksilön ja yhteiskunnan varoja.

Tavoitteet asetetaan potilaslähtöisesti (McLeod & Norman 2019; Putt ym. 2017). Palliatiivisessa hoidossa toimintakyvyn heikentyminen on väistämättöntä, ja se tulee huomioida tavoitteita määriteltäessä. Kuolevan kuntouttaminen on haasteellinen käsite ammattilaisen ja potilaan näkökulmasta. Kuinka kuntouttaa kuolevaa, jonka toimintakyky hiipuu. Tästä syystä vuorovaikutteisen ja avoimen keskustelun merkitys korostuu. Potilaan ja omaisten kanssa tulee käydä avointa keskustelua, kuitenkin toivoa ylläpitäen. Epärealistisia tavoitteita ei tule asettaa, mutta samalla potilaalle merkityksellisten tavoitteiden eteen olisi hyvä pohtia mahdollisuuksia ja keksiä keinoja realistisissa puitteissa. Heikkisen ym. (2004) mukaan tavoitteiden saavuttamiseksi kaikkien hoitoon osallistuvien ammattilaisten tulisi työskennellä yhdessä kohti yhteistä potilaslähtöistä tavoitetta. Moniammatillisen yhteistyön yksi tärkeä osa on yhteisvastuu hoidosta ja palliatiivisessa hoidossa kokonaisvaltainen lähestyminen korostuu. Yksi ammattiryhmä ei voi vastata kaikkiin potilaan tarpeisiin. (Heikkinen ym. 2004).

Kokonaisuudessa tulee huomioida lisäksi potilaan omaisten voimavarat ja kotiin vietävien palveluiden resurssit. Palliatiivisen hoidon tarpeen määrä tulee kasvamaan ja kotona selviytymisen tukeminen on tärkeitä potilaan ja yhteiskunnan näkökulmasta. Toimintakyvyn heiketessä pitkä laitosjakso on riskinä ennen saattohoitovaihetta, erityisesti yksin tai palveluverkon ulkopuolella asuville. Tasavertaisten palveluiden tuottaminen laajalle haja-asutetulle alueelle on haastavaa pitkien ajomatkojen ja henkilöstöresurssien takia.

8.2 Menetelmä

Toimintatutkimus ja valitut menetelmät kokonaisuutena palvelivat opinnäytetyön tavoitteita ja halutun lopputuloksen kehittämisessä. Toimintatutkimuksen tavoitteena on toiminnan muutos (Kananen 2014,14) ja se sopii menetelmänä palveluprosessin kehittämiseen sekä teorian ja käytännön yhdistämiseksi työelämässä. Kuten Holloway ja Galvin (2017, 242) toteavat, toimintatutkimuksen käyttö on perusteltua silloin kun, ei ole riittävää näyttöä toiminnalle, saatavilla ei ole riittävästi taitoa tai informaatiota, on tunnistettu tarve ja palveluntarjonta on riittämätöntä. Moniammatillisen yhteistyön lujittamiseksi ja hoidon laadun lisäämiseksi on tärkeätä, että kaikki hoitoon osallistuvat ammattilaiset ymmärtävät toistensa työnkuvan. Prosessikävelyn palautteen perusteella muiden ammattiryhmien edustajat tunnistivat fysioterapian menetelmien potentiaalinen uudella tavalla osana moniammatillista palliatiivista hoitoa.

Palliatiivinen hoito on moniammatillista ja hoitohenkilökunnan sitoutuminen yhteiseen tavoitteeseen on keskeinen osa-alue onnistunutta hoitoa. Prosessikävelyn avulla lisättiin työyhteisössä ymmärrystä palliatiivisen hoidon tavoitteesta, toisten työnkuvasta, keinoista toteuttaa hyvää oirehoitoa ja lisätä potilaan ja läheisten elämänlaatua. Syvällisemmän yhteisöllisen ymmärryksen luomiseksi toimintatutkimus olisi voinut sisältää useampia työpajoja. Useamman työpajan avulla olisi voinut syventyä oirehoitoon ja luoda yhteisiä toimintamalleja, joissa lääkkeellinen ja lääkkeetön oirehoito tukevat toinen toisiaan. Luomalla yhteisiä toimintamalleja varmistetaan potilaan saaman hoidon laatu ja yhtenäisten palveluiden tarjoaminen tasapuolisesti kaikille potilaille.

Kyselylomakkeen suunnittelu toteutui moniosaisena prosessina. Suunnittelu alkoi tutkimuskysymysten tarkastelulla. Kaikki kyselyn kysymykset on valittu opinnäytetyön tutkimuskysymyksien ja teoreettisen viitekehyksen perusteella. Kysymysten järjestys eteni loogisesti teemoittain. Avoin kysymys aloitti orientoitumisen kyselyyn ja antoi vastaajan kertoa omin sanoin aiheesta. Kysely jatkui väittämällä ja niiden tarkoituksena oli herätellä vastaajan ajatuksia viimeiseen avoimeen kysymykseen fysioterapian kehittämisestä osana palliatiivista hoitoa. Kyselyn lopussa kysyttiin kuinka usein fysioterapeutti kohtaa työssään

palliativisessa hoidossa olevia potilaita. Tarkempia taustatietoja ei selvitetty anonymiteetin säilyttämiseksi.

Ensimmäinen kyselylomake esitettiin työelämäohjaajalla ja palliativiseen hoitoon perehtyneellä sairaanhoitajalla, joka ei osallistunut opinnäytetyön kyselyyn tai prosessikävelyyn. Palautteen perusteella sekä ohjaavan opettajan kommenttien avulla kyselyä muotoiltiin uudelleen paremman ymmärrettävyyden saavuttamiseksi sekä vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi. Kyselyä tiivistettiin poistamalla avoimia kysymyksiä, jotka toistuivat lähes samankaltaisina väittämien osiossa.

Vastausprosentti on Hirsjärvi ym. (1997, 191) mukaan parempi erityisryhmälle kohdennetussa kyselyssä. Webropol-verkkokysely lähetettiin kohdennetusti kaikille Sosterin palveluksessa oleville fysioterapeuteille, sillä tavoitteena oli saada tietoa ja mielipiteitä fysioterapiasta osana palliativista hoitoa. Kysely ajoitettiin keskelle syyskautta paremman vastausprosentin saamiseksi.

Verkkokyselyn vastausprosentiksi saavutettiin 60 %. Vastausten määrä oli hyvä, riittävä ja sisältö kattava. Vastausprosentti olisi voinut olla parempi, mikäli kysely olisi sisältänyt vähemmän väittämiä. Määrällisen aineiston tulkinta oli haastavaa opinnäytetyön tekijän kokemattomuuden takia. Vastaajat olivat samaa mieltä useiden väittämien kohdalla. Yksimielisyys voi olla seurausta samanlaisesta ajatusmaailmasta fysioterapeuttien keskuudessa, palliativisen hoidon sisällön tuntemattomuudesta tai huonosti asetelluista väittämistä. Jokainen vastaaja tulkitsee väittämiä omaan kokemustaan peilaten. Asiantuntijaryhmältä tuli erinomaisia ajatuksia, kokemuksia ja kehittämisideoita, mutta viimeiseen kysymykseen hoidon kehittämisestä vastasi vain 16 vastaajaa. Näistä vastauksista kolme oli ”en tiedä”. Vastauksista nousi esille kokemus tiedon puutteesta, mitä palliativinen hoito on. Palliativisessa hoidossa olevia potilaita kohtasi kuukausittain 29 % vastaajista ja harvoin 43 % vastaajista. Suurimmalle osalle fysioterapeutteja palliativinen hoito vaikuttaisi olevan tuntematon aluetta. Kuolevan kuntouttaminen on haastava käsite. Tarpeen tunnistaminen palveluille ja palveluiden kehittämiselle voi olla hankalaa ilman

palliativisen hoidon tuntemusta ja työkokemusta palliativisesta hoidosta. Fysioterapia on aina ollut osa palliativisten potilaiden hoitoa. Tarve fysioterapian roolin ja menetelmien tunnistamisessa osana palliativista hoitoa ja siitä tiedottaminen organisaatiossa on olemassa.

Toiminnan onnistumista voidaan analysoida keräämällä kohderyhmän mielipiteitä ja arvioimalla muutosta. Vain jälkeen -mittaus on luotettavuuden tasoltaan heikko, mutta sopii tähän opinnäytetyöhön valittujen menetelmien rinnalle, sillä kehitysprosessi alkoi tilanteesta, jossa fysioterapia ei ollut osa hoitopolkua. (Kananen 2014, 61–64.) Arviointi suoritettiin jälkeen mittauksella prosessikävelyn palautteen perusteella. Osallistujien mielestä prosessikävely oli onnistunut ja yhteiskehittämisen keinoin onnistuttiin kuvaamaan moniammatillinen hoitopolku. Prosessikävely ei toteutunut täysin suunnitelman mukaisesti, mutta haluttu lopputulos saavutettiin. Triangulaation keinoin aineistoista koottiin näyttöön perustuva kokonaisuus, joka palvelee moniammatillisen palliativisen hoidon tavoitteita ja kuvaa virtaviivaisesti hoitopolkua. Prosessikävelyn avulla voidaan tunnistaa eri ammattilaisten roolit osana hoitoa ja tarjota oikea-aikaisia palveluita potilaille.

8.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tämä opinnäytetyö on toiminut jatkuvana oppimisprosessina, kuin toimintatutkimuksena tieteellisen tutkimuksen maailmaan. Opinnäytetyön ja kaikkien vaiheiden analysoinnin eteneminen on ollut huolellisen ja järjestelmällisen työn seurausta. Opinnäytetyön tekijä on pyytänyt ja saanut ohjausta tarpeen mukaan opinnäytetyön eri vaiheissa. Kaikki opinnäytetyön vaiheet on raportoitu kattavasti taulukoin ja liittein. Opinnäytetyön vaiheet ovat seurattavissa ja uudelleen toteutettavissa. Opinnäytetyö alkoi tilanteesta, jossa fysioterapian kuvausta palliativisessa hoidossa ei ollut. Opinnäytetyö on onnistuneesti kehittänyt moniammatillisen hoitopolun, jossa kuvataan fysioterapian rooli kaikissa hoidon vaiheissa.

Toimintatutkimus muovaa osallistujien ajatusmaailmaa ja siksi tulosten pysyvyys on haaste. Saman intervention toteuttaminen uudelleen tismalleen samoilla elementeillä tuottaisi uuden lopputuloksen. Interventiokokemus opettaa

ja muovaa osallistujien arvoja, mielipiteitä ja toimintatapoja. Sen takia samaan tulokseen ei päädytä toisella identtisellä kierroksella eikä välttämättä silloinkaan, kun se toteutetaan eri henkilöiden kanssa. (Kananen 2014, 61–66.) Tämä toimintatutkimus ei ole yleistettävissä, sillä kyseessä on oman toiminnan kehittäminen omassa työyksikössä.

Tiedonhaku on toteutettu systemaattisesti ja siihen on saatu opastusta XAMK:n Savonlinnan kampuksen kirjaston henkilökunnalta. Tiedonhaku ja sen analysointi on raportoitu kattavasti taulukossa 8 (s. 48) sekä liitteessä 8. Kirjallisuuskatsauksen teko on opinnäytetyöntekijälle tuttu tutkimusmenetelmä. Kokemus aiheesta ja systemaattinen toteutus lisäävät tiedonhaun luotettavuutta.

Webropol-verkkokysely ja prosessikävely on menetelmänä uusia opinnäytetyön tekijälle. Kysely ja prosessikävelyn sisältö on suunniteltu opinnäytetyön tekijän käytännön kokemuksen ja teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Toiminnan luotettavuutta heikentää opinnäytetyön tekijän kokemattomuus menetelmän käytössä, mutta huolellinen ja perusteltu suunnittelu sekä vuoropuhelu ohjaavien opettajien ja työelämäohjaajan kanssa nostavat toteutuksen luotettavuutta. Huolellisesta suunnittelusta huolimatta prosessikävely toteutuu toiminnan suunnittelijan ja ohjaajan taitojen lisäksi osallistujien ajatusmaailmojen ja yhteistyötaitojen kautta ja lopputulos muotoutuu avoimen vuoropuhelun kautta. Suunnitelma ja todellisuus eivät kulkeneet käsi kädessä, mutta prosessikuvauksen hahmotelma saatiin muodostettua moniammatillisen yhteistyön avulla. Suunnitelmasta poikkeaminen ei aiheuttanut vaaraa ja tämän tunnistaminen on lisännyt opinnäytetyön tekijän luottamusta ja uskoa omiin taitoihin sekä siihen, että yhteiskehittämisessä tarvitaan vapautta ja rohkeutta antautua tilanteelle.

Opinnäytetyön kehitystoimintaan osallistuvia henkilöitä on informoitu aiheesta hyvissä ajoin. Opinnäytetyön aiheesta ja kehitystoiminnasta on keskusteltu osallistujien kanssa ja kutsu kehitystoimintaan toimitettiin heti tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Osallistujia informoitiin kutsukirjeessä ja prosessikävelyn alussa opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta. Osallistujille kerrottiin

osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja keskeyttämisen mahdollisuudesta sekä tutkimuksen aineiston käyttötarkoituksesta, säilytyksestä ja hävittämisestä. Aineisto kerättiin osallistujien anonymiteettiä kunnioittaen. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kerätty aineisto hävitetään tuhoamalla.

Havainnointivaiheessa on huomioitu ilmiön tarkastelu monesta eri näkökulmasta, mikä lisää havainnoinnin luotettavuutta, Kananen (2014, 135) mukaan vähintään kolmen erilaisen menetelmän käyttö lisää luotettavuutta. Havainnointivaiheessa yhdistettiin kolmen eri menetelmän aineisto triangulaation keinoin. Havainnointivaiheen luotettavuus perustuu käytettävän aineiston luotettavuuteen ja useita tuloksia yhdistämällä tulisi havaita, mikäli aineistossa esiintyy ristiriitoja. Jos aineisto on perustellusti tuotettu sopivalla menetelmällä ja oikein analysoitu, tulos on luotettava. Samalla Kananen (2014, 136) muistuttaa, että laadullisessa tutkimuksessa ei ole yhtä absoluuttista totuutta. Tutkimuksessa näkyy tekijänsä kädenjälki ja objektiivisuuden säilyttämiseksi perustelut valinnoille tulee esittää. (Kananen 2014, 135–136.) Triangulaation kohdalla tunnistettiin teorian ja käytännön välillä selkeä ero. Toimintakykyä mitattiin teoriassa mutta käytännön työssä ei.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeistuksen mukaisesti. Opinnäytetyö on rakennettu huolellisesti muiden työtä kunnioittaen. Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät ja tehdyt valinnat ovat tarkoituksenmukaisia, osallistujien anonymiteettiä on suojeltu ja opinnäytetyön vaiheet on toteutettu aikataulussa ja sääntöjen mukaisesti.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen perehtynyt XAMK:in ohjeisiin YAMK opinnäytetyön vaiheista, TENK:in ohjeisiin eettisen ja luotettavan tutkimuksen osa-alueisiin sekä valitsemini tutkimusmenetelmiin lähdekirjallisuutta käyttäen. Vilpittömin mielin olen seurannut ohjeistuksia ja toteuttanut kaikki vaiheet hyvän tieteellisen käytännön neuvojen mukaisesti ja oppikirjoihin perehtyen.

Opinnäytetyön lähteiksi on valikoitu vain tuoreita tutkimuksia ja lähdeviittaukset on toteutettu XAMK:in ohjeiden mukaisesti. Lähteiden haku on suunniteltu huolellisesti, aihe on selkeästi rajattu ja sisäänottokriteerit määritelty.

Palliatiivinen kuntoutus on uusi termi. Aiheesta löytyy rajallisesti tutkimustietoa ja se on usein tarkkarajaista yksittäisestä asiasta, vaikka palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista, sisältäen laajan kirjon erilaisia syitä hoidon tarpeelle. Opinnäytetyön kokonaisuus on tekijän tulkinta kerätystä aineistosta ja se on luotu järjestelmällisen toiminnan seurauksena ja alkuperäistutkimuksia kunnioittaen.

Opinnäytetyön suunnitelma on toteutettu XAMK:in kirjallista ohjetta ja ohjaavien opettajien neuvoja seuraten. Suunnitteluvaiheessa menetelmien valintaa ohjasivat kotimaiset ja ulkomaiset tutkimuskirjallisuuden lähteet. Suunnitelma-
vaiheen hyväksynnän jälkeen tutkimuslupa haettiin Sosterin virallista tutkimuslupahakemusta käyttäen. Hakemuksen liitteeksi toimitettiin hyväksytty tutkintasuunnitelma liitteineen sekä sopimus opinnäytetyön tekemisestä.

8.4 Prosessin tarkastelu ja aikataulu

Toiminnan, tapahtumien ja suunnitelman toteutuminen käytännössä vaatii havainnointia ja raportointia. Seurannan avulla voidaan arvioida toiminnan onnistumista ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet lopputulokseen. (Kananen 2014, 63.) Intervention toteutusta seurattiin jatkuvasti prosessin aikana aikataulussa pysymiseksi. Tämän opinnäytetyön aikataulusuunnitelma on kuvattu taulukossa 7 (s. 44) ja prosessi on edennyt sen mukaisesti. Opinnäytetyön kaikki vaiheet ovat toteutuneet suunnitelman mukaisesti. Ainoa poikkeavuus suunnitelmaan oli prosessikävelyn osallistujamäärä ja siihen käytetty aika.

8.5 Johtopäätökset

Palliatiivisen hoidon syvin olemus on elämänlaatu ja hyvä oirehoito. Oikea-aikaisten palveluiden ja hyvän oirehoidon toteuttamiseksi tarvitaan moniammatillinen selkeä palveluprosessi, jotta voidaan vaikuttaa positiivisesti potilaan elämänlaatuun, tukea kotona selviytymistä ja vähentää sairaalahoidon määrää. Fysioterapeutti toimii osana moniammatillista yhteistyötä toimintakyvyn asiantuntijana, joka etsii keinoja tukea potilaan toimintakykyä, kotona selviytymistä ja itsenäisyyttä. Palliatiivisen keskuksen fysioterapeutti toimii koordinaat-

torina ja palveluiden tuottajana omalla toiminta-alueellaan. Fysioterapian tavoitteet ja menetelmät valitaan potilaslähtöisesti, tukemaan potilaan oman näköistä elämää.

Vuoden 2023 alussa avattiin uusi palliatiivinen yksikkö Mikkeliin. Hyvinvointi-alueella tulee tarjota tasapuoliset palvelut kaikille alueen asukkaille. Moniammatillisen hoitopolun kuvauksella voidaan lisätä potilaan saaman hoidon laatua ja sujuvuutta Savonlinnassa. Palveluprosessin kuvaus toimii hyvänä pohjana palveluiden yhtenäistämässä Eloisan alueella. Fysioterapeutin roolin kuvaus osana palliatiivista hoitoa vahvistaa palliatiivisen kuntoutuksen tavoitteiden ja fysioterapian menetelmien käytön yleistymistä kaikilla palliatiivisen hoidon tasoilla, koko Eloisan alueella. Fysioterapian roolin tunnistaminen ja siitä tiedottaminen lisää valtakunnallisesti palliatiivisen hoidon laatua. Palliatiivisen keskuksen yhtenä tärkeänä tehtävänä on toimia hoidon ja koulutuksen koordinaattorina omalla alueellaan.

Kuoleman kaari (Hänninen & Pajunen, 2006) on monikerroksinen polku. Palliatiivisen diagnoosin saanut potilas käy läpi elettyä elämäänsä, nykytilaansa ja tulevaa kuolemaa. Samalla potilaan kehon toimintakyky heikkenee ja elämää häiritseviä oireita ilmaantuu. Fysioterapian rooli on toimia rinnalla kulkijana, joka reagoi potilaan tarpeisiin. Potilaan salliessa, fysioterapian keinoin voidaan helpottaa oireita, lisätä osallisuutta ja itsenäisyyttä arkeen sekä parhaimmillaan auttaa potilaan ja omaisten elämäntilanteen hyväksymistä ja tukea luopumisen prosessia. Elämän rajallisuuden realisoituminen aiheuttaa jokaisessa yksilöllisen reaktion. Fysioterapeutin kuunteleva läsnäolo ja kannustus luo uskoa, toivoa ja luottamusta. Se lievittää kipua ja oireita sekä tukee toimintakykyä ja elämänlaatua. Fysioterapeutti voi saada kunnian olla läsnä ja osana hoitoa, jossa mahdollistetaan potilaalle toivoa ja merkityksellisiä asioita. Kuolemasta huolimatta, tunnustetaan ihmisen arvo elämän loppuvaiheessa ja tuetaan voimaantumista minä pystyvyyden avulla.

8.6 Jatkokehittämisehdotukset

Moniammatillista palliatiivista hoitoa tulee kehittää hoitopolun aikaisessa vaiheessa. Kehittämällä moniammatillinen ensikontakti ja potilasopas palliatiivisesta kuntoutuksesta, vahvistamalla fysioterapian roolia palliatiivisen hoidon alussa. Tarjoamalla mahdollisuuden tutustua eri ammattilaisiin ja tarjolla oleviin palveluihin, helpotetaan potilaan antautumista moniammatillisen hoidon pariin aikaisemmassa vaiheessa palliatiivista hoitoa. Vaikeus hyväksyä elämäntilannetta ja toimintakyvyn heikentymistä estää oikea-aikaisten fysioterapiapalveluiden tarjoamista ja toteutumista.

Palvelutarjontaa voidaan lisätä kehittämällä fysioterapian ryhmämuotoisia ja digitaalisia palveluita. Tarjoamalla monimuotoisia palveluita voidaan lisätä hoidon laatua ja tasapuolisuutta sekä saavuttaa laajempi kohdeyleisö ja viedä palveluita laajemmalle alueelle.

Fysioterapiassa käytettävät mittarit tarvitsevat jatkokehittämistä. Tulisi selvittää tai kehittää palliatiivisessa hoidossa olevalle potilaalle sopiva mittari, joka tukisi kotona selviytymisen kartoittamista ja ADL toimintojen onnistumista.

Palliatiivinen diagnoosi on loppuelämän alku. Tälle matkalle mahtuu paljon elämää. Annetaan hyvälle loppuelämälle keinot ja mahdollisuus.

LÄHTEET

Arcuri, J., Abrarshi, E., Preston, N., Brine, J. & Di Lorenzo, V. 2016. Benefits of interventions for respiratory secretion management in adult palliative care patients – a systematic review. *BMC Palliative Care* 74. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979117/pdf/12904_2016_Article_147.pdf [viitattu 18.2.2022].

Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi Kahden kipumittarin vertailu. *Lääkärilehti* 26. 2547–2553. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperais-tutkimukset/iakkaiden-dementiapotilaiden-kivun-arviointi-kahden-kipumittarin-vertailu/> [viitattu 15.5.2022].

Butters, M. 2021. Death and dying mediated by medicine, rituals, and aesthetics an ethnographic study on the experiences of palliative patients in Finland. Helsingin yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6928-0> [viitattu 2.4.2022].

Buss, M., Rock, L. & McCarthy, E. 2016. Understanding Palliative care and Hospice A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clinic Proceedings* 2, 280–286. WWW-sivusto. Saatavissa: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30763-7/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30763-7/fulltext) [viitattu 4.5.2022].

Chapman, E., Edwards, Z., Boland, J., Maddocks, M., Fettes, L., Malia, C., Mulvey, M. & Bennett, M. 2020. Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 4, 444–453. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/0269216319896955>

Chowdhury, R., Brennan, F. & Gardiner, M. 2020. Cancer Rehabilitation and Palliative Care – Exploring the Synergies. *Journal of Pain and Symptom Management* 6, 1239–1252. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsym-man.2020.07.030>

Cullum, S. 2019. Rehabilitative palliative care – a challenge on the hospice in-patient unit? *Physiotherapy* 1, 167–168. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.11.172> [viitattu 11.2.2022].

Cwirlej-Sozanska, A., Wójcicka, E., Stachon, A. & Zmuda, A. 2020. Assessment of the effects of a multicomponent, individualized physiotherapy program in patients receiving hospice services in the home. *Palliative Care* 19:101. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350635/pdf/12904_2020_Article_600.pdf [viitattu 17.2.2022].

EAPC s.a. What is Palliative Care? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do/> [viitattu 9.2.2022].

Eloisa Etelä-Savon hyvinvointialue. WWW-dokumentti. Päivitetty 2.1.2023. Saatavissa: <https://etelasavonha.fi/eloisa/tietoa-hyvinvointialueesta/> [viitattu 14.2.2023].

Färkkilä, N. 2020. Health-related quality of life and cost in breast, prostate and colorectal cancer: a special focus on colorectal cancer. *Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis* 49. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/317936/health-r.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 16.2.2022].

Golcic, M., Dobrila-Dintinjana, R., Golcic, G., Govic-Golcic, L. & Cubranic, A. 2018. Physical Exercise: An Evaluation of a New Clinical Biomarker of Survival in Hospice Patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 11, 1377–1383. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1049909118772566> [viitattu 18.2.2022].

Gradalski, T. 2019. Edema of Advanced Cancer: Prevalence, Etiology, and Conservative Management – A single Hospice Cross-Sectional Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 57, 311–318. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2818%2931066-2> [viitattu 18.2.2022].

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY

Heinänen, T. & Jokiniemi, T. 2020. Lean-ajatteli terveydenhuollon johtamisessa. Suomen *Lääkärilehti* 20, 1224–1229. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/320038/SLL202020_1224.pdf?sequence=1 [viitattu 29.8.2022].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Hämeenlinna: Karisto Oy

Holloway, I. & Galvin, K. 2017. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. 4. painos. Chichester: John Wiley & sons Inc.

IAPC s.a. What is Palliative care? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.iapc.ie/about-us/what-is-palliative-care/> [viitattu 10.2.2022].

ICF-luokitus. THL 2021. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus> [viitattu 10.2.2022].

Innokylä s.a. Prosessikävely. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/prosessikavely> [viitattu 23.4.2022].

Isoherranen, K. (2012) *Uhka vai mahdollisuus: moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0> [viitattu 21.2.2022].

Itä-Savon Sairaanhoidopiiri Ky 2021. Kuntayhtymän strategia ja talousarvio 2022. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/wp-content/uploads/sites/3/2022/01/sosterin-talousarvio-ja-strategia-2022.pdf> [viitattu 10.1.2022].

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Suomen yliopistopaino Oy.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Suomen yliopistopaino Oy.

Kasper, V. 2022. Toimintakyky-yksikön osastonhoitaja. Haastattelu 07.04.2022. Itä-Savon Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä.

Katzenbach, J. & Smith, D. 1993. The Wisdom of Teams : Creating the High-performance Organization. Boston: Harvard Business School Press.

Kauranen, K. 2021. Fysioterapeutin käsikirja. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuntoutus. s.a. STM. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus> [viitattu 10.2.2022].

Laamanen K. & Tuominen, K. 2005. Prosessijohtamisen toimintamalli. Turku: Oy Benchmarking Ltd.

Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Lumio, J. 2019. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313#s1> [viitattu 2.5.2022].

Maguire, A., Colleran M., Rogers, L., McKenna, N., Moore, K. & Kerins. M. 2018. Guidelines on Symptom Control at End of Life in an Acute Hospital. PPesitys. Saatavissa: <http://www.iapc.ie/wp-content/uploads/2018/02/31P.pdf> [viitattu 10.2.2022].

Major-Monfried, H., DeCherrie, L., Wajnberg, A., Zhang, M., Kelley, A. & Ornstein, K. 2019. Managing Pain in Chronically Ill Homebound Patients Through Home-Based Primary and Palliative Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 4, 333–338. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1049909118820846> [viitattu 18.2.2022].

Malcolm, L., Mein, G., Jones, A., Talbot-Rice, H., Maddocks, M. & Bristowe, K. 2016. Strength in numbers: patient experiences of group exercise within hospice palliative care. *Bio Med Central Palliative care* 15. Saatavissa: DOI 10.1186/s12904-016-0173-9 [viitattu 17.2.2022].

- McCartney, A. 2020. The effectiveness of circuit training on physical ability in palliative care. *Physiotherapy* 107, 194–195. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.03.285> [viitattu 18.2.2022].
- McLeod, K & Norman, K. 2019. "I've found it's very meaningful work": Perspectives of physiotherapists providing palliative care in Ontario. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy* 25(1), 1802. Saatavissa: <https://doi.org/10.1002/pri.1802> [viitattu 20.2.2022].
- Mellin, I., 2006. Tilastolliset menetelmät. Aalto yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://math.aalto.fi/opetus/sovtoda/oppikirja/Johdanto.pdf> [viitattu 30.8.2022].
- Mitä on palliatiivinen hoito. THL 2021. WWW.dokumentti. Päivitetty 15.12.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito> [viitattu 21.1.2022].
- Mochamat, Cuhls, H., Sellin, J., Conrad, R., Radbruch, L. & Mücke, M. 2021. Fatigue in advanced disease associated with palliative care: A systematic review of non-pharmacological treatments. *Palliative medicine* 4, 697–709. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/02692163211000628> [viitattu 20.2.2022].
- Nottelmann, L., Groenvold, M., Vejlgard, T., Petersen, M. & Jensen, L. 2021. Early, integrated palliative rehabilitation improves quality of life of patients with newly diagnosed advanced cancer: The Pal-Rehab randomized controlled trial. *Palliative medicine* 7, 1344–1355. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/02692163211015574> [viitattu 20.2.2022].
- Oncocare 2022. Dealing with cancer pain. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://oncocare.sg/en/blogs/dealing-with-cancer-pain/> [viitattu 20.4.2022].
- Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. 2015. Hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs-lyh.pdf> [viitattu 2.5.2022].
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. WWW-dokumentti. Julkaistu: 4.10.2019. Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50063#K1> [viitattu 10.2.2022].
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Cardoso, D., Almeida, M., Cruz, A., & Apóstolo J. 2020. Palliative rehabilitation interventions in palliative care: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis* 18–11, 2349–2356. Saatavissa: https://journals.lww.com/jbisrj/Fulltext/2020/11000/Palliative_rehabilitation_interventions_in.7.aspx [viitattu 16.2.2022].
- Payne, S., Harding, A., Williams, J., & Ostgathe, C. 2022. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the Euro-

pean Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/02692163221074547> [viitattu 22.2.2022].

Pitkänieniemi, A., Sihvonen, A., Särkämö, T. & Soinila, S. 2020. Musiikki-interventiot kivun hoidon osana. *Lääkärilehti* 37, 1843–1848. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL372020-1843.pdf> [viitattu 16.2.2022].

Praxis Framework s.a. Katzenbach and Smith. WWW-dokumentti. Saatavissa: [Katzenbach and Smith - Praxis Framework](#) [viitattu 24.4.2022].

Putt, K., Faville, K., Lewis, D., McAllister, K., Pietro, M. & Radwan, A. 2017. Role of Physical Therapy Interventions in Patients With Life-Threatening Illnesses: A Systematic Review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 2, 186–196. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1049909115623246> [viitattu 22.2.2022].

Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus.

Roine, R 2016. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 17, 1537–1542. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13286> [viitattu 8.4.2022].

Ramsenthaler, C., Kane, P., Gao, W., Siegert, R., Edmonds, P., Schey, S. & Higginson, I 2016. Prevalence of symptoms in patients with multiple myeloma: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Haematology* 97, 416–429. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/ejh.12790> [viitattu 21.2.2022].

Runacres, F., Gregory, H. & Ugalde, A. 2017. 'The horse has bolted I suspect': A qualitative study of clinicians' attitudes and perceptions regarding palliative rehabilitation. *Palliative Medicine* 7, 642–650. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/0269216316670288> [viitattu 23.2.2022].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html [viitattu 26.5.2022].

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Juntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Ohjaus 4/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y [viitattu 4.5.2022].

Silvoniemi, M. 2018. Physicians' views on palliative care and assessment of symptoms of non-small cell lung cancer patients. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja – Annales universitatis turkuensis sarja – ser. D osa – tom. 1389. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146085/AnnalesD1389Silvoniemi.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 9.2.2022].

Smith, S., Wilson, C., Lipple, C., Avromov, M., Maltese, J., Siwa, E., Colombo, R. & Seidell, J. 2020. Managing Palliative Patients in Inpatient Rehabilitation Through a Short Stay Family Training Program. *American Journal of Hospice & Palliative medicine* 3, 172–178. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1049909119867293> [viitattu 19.2.2022].

Sosteri 2021. Sosterin palliatiivinen keskus.

Sosteri 2022. Organisaatio. WWW-dokumentti. Päivitetty: 24.1.2022 Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/sosteri/organisaatio/> [viitattu 10.2.2022].

Suneja, A. & Suneja, C. 2018. Lean ja terveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim

Suomen fysioterapeutit s.a. Mitä on fysioterapia? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/fysioterapia-ammattina/mita-on-fysioterapia/> [viitattu 22.2.2022].

STM 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa- Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y [viitattu 9.2.2022].

Mistä kärsimys muodostuu? s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/el%C3%A4m%C3%A4nlaatu-ja-k%C3%A4rsimys/mist%C3%A4-k%C3%A4rsimys-muodostuu> [viitattu 2.3.2022].

Mitä Elämänlaatu on? s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/el%C3%A4m%C3%A4nlaatu-ja-k%C3%A4rsimys/mit%C3%A4-el%C3%A4m%C3%A4nlaatu-on> [viitattu 2.3.2022].

Tiirinki, H. Monialaiset palvelutarpeet ja niiden tunnistaminen. Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman hankkeiden kansallinen verkostopäivä: Asiakas- ja palveluohjauksen sekä moniammatillisen tiimimallin kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://innokyla.fi/sites/default/files/2021-03/2021_03_02_Tiirinki_Monialaiset_palvelutarpeet.pdf [viitattu 22.2.2022].

Tilastokeskus s.a. Tiimityö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.stat.fi/meta/kas/tiimityo.html> [viitattu 21.2.2022].

Timm, H., Thuesen, J & Clark, D. 2021. Rehabilitation and palliative care: histories, dialectics and challenges. Wellcome Open Research 6. Saatavissa: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16979.1> [viitattu 18.2.2022].

THL 2020. Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille. Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162395/STM_2020_23_J.pdf?sequence=4&isAllowed=y [viitattu 10.5.2022].

THL 2021b. Lait- ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. WWW-dokumentti. Päivitetty: 8.10.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantymien/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa> [viitattu 21.2.2022].

Toimintakyky. THL 2022. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on> [viitattu 10.2.2022].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 26.5.2022].

Vehkalahti, K. 2019. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 24.8.2022].

Vira, P., Samuel, S., Amaravadi, S., Saxena, P., Rai, S., Kurian, J., & Gururaj, R. 2021. Role of Physiotherapy in Hospice Care of Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 5, 503–511. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1049909120951163> [viitattu 18.2.2022].

Vuokko, Riikka, Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveydenhuollon toimintaprosessit: Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Raportti 53/2011. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R. & de Koning, K. 2001. Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess* 5.

WHCPA 2020. Global Atlas of Palliative Care. 2nd edition. London: WHO. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3) [viitattu 10.2.2022].

WHO 2020. Palliative care. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.8.2022. Saatavissa: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [viitattu 9.2.2022].

WHO s.a. Palliative care. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> [viitattu 10.2.2022].

WHO 2016. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.who.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers> [viitattu 10.2.2022].

Palliativista hoitoa ohjaavat kansalliset lait ja asetukset

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

Terveysihuoltolaki 1326/2010

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Suomen perustuslaki 731/1999

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992

Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989 (Mitä on palliativinen hoito 2021.)

Palliativisen hoidon kansalliset suositukset

Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmä loppuraportti STM 2019; Palliativinen hoito ja saattohoito.

Käypä hoito -suositus 2018

Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaa- mis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle STM 2017. (Mitä on palliativinen hoito 2021.)

Kansainväliset suositukset, jotka ohjaavat palliativista hoitoa:

YK:n Kuolevan oikeuksien julistus 1975

Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999

Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä 2010

WHO suositus palliativisesta hoidosta 2014. (Mitä on palliativinen hoito 2021.)

FYSIOTERAPIA OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA SOSTERISSA

Olen Serena Tatananni ja työskentelen Sosterin Palliativisella osastolla fysioterapeuttina. Opiskelen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa YAMK-tutkintoa aiheesta moniammatillinen toimintakyvyn edistäminen. Teen kyselyä liittyen opinnäytetyöhöni fysioterapian roolista osana moniammatillista palliativista hoitoa.

Tutkimusluvan kyselylleni olen saanut Sosterin Hallintoylihoitajalta.

Kyselyyn vastataan nimettömänä, joten yksittäisiä vastauksia ei voi yhdistää tiettyyn vastaajaan. Kerättyä aineistoa ei luovuteta muuhun käyttöön, vaan sitä käytetään vain yllä mainittuun opinnäytetyöhön. Kerätty aineisto tuhotaan analysoinnin jälkeen.

Vastaamalla kyselyyn autat kehittämään Sosterin Palliativista toimintayksikköä. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 15 minuuttia. Kiitos ajastasi.

Kerro sinun omia ajatuksiasi ja kokemuksiasi fysioterapiasta osana Sosterin palliativista hoitoa.

1. Mihin fysioterapiaa tarvitaan palliativisessa hoidossa?

Tässä osiossa voit kertoa oman mielipiteesi eri väittämiin fysioterapiasta osana palliativista hoitoa Sosterilla.

2. Kerro mielipiteesi seuraaviin väittämiin palliativisesta hoidosta.

	Samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Fysioterapia on osa palliativista hoitoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapialla voidaan vaikuttaa palliativisessa hoidossa olevan potilaan oireisiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapialla voidaan vaikuttaa palliativisessa hoidossa olevan potilaan elämänlaatuun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapia osana moniammatillista yhteistyötä hyödyttää palliativisessa hoidossa olevaa potilasta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapeutti osana palliativisen hoidon moniammatillista tiimiä lisää palvelun ja hoidon laatua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat hyödyllisiä kivun ja oireiden hoidossa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapian tavoitteena on lisätä elämänlaatua potilaalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapian tavoitteena on hoitaa, hallita tai ennaltaehkäistä kipua ja oireita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapian tavoitteet määritellään potilaan ja hänen omaisten toiveiden mukaisesti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapeutin tulee hallita palliativisen hoidon perusteet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Palliativisessa hoidossa fysioterapia voi olla tai sisältää:

	Samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Yksilöfysioterapiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmäkuntoutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etäkuntoutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintakyvyn arviointia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapeuttista harjoittelua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lihaskuntoharjoittelua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitysfysioterapiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindfulness harjoituksia ja rentoutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passiivista liiketerapiaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hierontaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Turvotuksen hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oireiden hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kivun hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asentohoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apuvälinepalvelua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kodin muutostöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kerro Sinun omia ajatuksiasi ja kokemuksiasi fysioterapiasta osana Sosterin palliativista hoitoa.

4. Miten kehittäisit fysioterapiaa osana palliativista hoitoa?

5. Työssäni kohtaan palliativisessa hoidossa olevia potilaita

- Päivittäin
- Viikottain
- Kuukausittain
- Harvoin
- En koskaan

Kyselyn tulosten pää- ja alaluokat		
Pääloukka	Alaluokat	Alaluokan esiintymismäärä aineistossa
Avoin kysymys 1 Mihin fysioterapiaa tarvitaan?		
Fysioterapian rooli	Elämänlaatu Moniammatillinen yhteistyö Tuki	3 3 13
Menetelmä	Apuvälinepalvelu Arviointi Asentohoito Hengitys Kivunhoito Liikeharjoitteet Ohjaus ja neuvonta	10 3 5 4 8 2 6
Tavoite	Elämänlaatu Kotona selviytyminen Oirehoito Potilaslähtöinen Toimintakyky	6 5 6 4 8
Avoin kysymys 2 Miten kehittäisit fysioterapiaa osana palliatiivista hoitoa?		
Fysioterapia	Kohtaaminen Menetelmä Resurssit Tavoite Tieto	2 2 2 4 8
Moniammatillinen yhteistyö	Asiantuntijuus Yhteistyö	3 7

Kyselyn tulosten pelkistys ja luokittelu			
Mihin fysioterapiaa tarvitaan palliatiivisessa hoidossa? (n=20)			
Lause	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Vähentämään kipuja ja kärsimystä, pitämään yllä sen hetkistä toimintakykyä, olemaan rinnalla kuljija...	Vähentämään oireita, ylläpitämään toimintakykyä, olemalla tukena.	Oirehoito Toimintakyky Tuki	Tavoite Tavoite Fysioterapian rooli
Se liittyy toimintakyvyn ylläpitämiseen joka mahdollistaa itsenäisen selviytymisen	Fysioterapia ylläpitää toimintakykyä ja mahdollistaa itsenäisen selviytymisen	Tuki	Fysioterapian rooli
Kipujen lievitykseen, psyko-fyysiseen oman elämän hallintaan mahdollisimman pitkään, apuvälineiden hankintaan, tueksi mahdollisimman hyvään elämänlaatuun, tueksi arvokkaaseen loppuelämään moniammatillisessa tiimissä.	Vähentämään oireita, Psyko-fyysinen elämän hallinta, Apuvälineiden hankinta, elämänlaadun tukemiseen, Arvokkaan loppuelämän tueksi moniammatillisen yhteistyön kautta.	Oirehoito Tuki Apuvälinepalvelu Elämänlaatu Elämänlaatu Moniammatillinen yhteistyö	Tavoite Fysioterapian rooli Menetelmä Tavoite Tavoite Fysioterapian rooli
Antaa asiakkaalle voimaantavaa tuntemusta pystyasennosta ja kehon liikkeestä. Antaa asiakkaalle tuntemusta kosketuksesta ja kehon rajoista. Antaa lempeitä ja miellyttäviä kehollisia kokemuksia ja tuntemuksia.	Voimaannuttava kokemus liikkeestä, kehosta ja kosketuksesta. Positiivinen kokemus ja tunne kehosta.	Elämänlaatu	Fysioterapian rooli
Asiakkaan toimintakyvyn arviointi, jotta osataan antaa tarvittavat apuvälineet ja ulkopuolista apua sopivasti.	Toimintakyvyn arviointi, Apuväline tarpeen arviointi, Apuvälineiden hankinta ja luovutus, Avun tarpeen kartoitus	Arviointi Arviointi Apuvälinepalvelu Arviointi	Menetelmä

Miten kehittäisit fysioterapiaa osana palliatiivista hoitoa? (n=16)			
Maltettaisiin pysähtyä asiakkaan kanssa keskustelemaan asioista selkeästi ja kaartelematta. Kerrottaisiin potilaalle asia niin kuin se on, mutta "kauniisti".	Pysähtyä asiakkaan kanssa keskustelemaan selkeästi ja kaartelematta.	Kohtaaminen	Fysioterapia
Ryhmämuotoisen terapian lisääminen: esim. hengitysharjoittelu, rentoutushetket, mielikuva- matkat.	Ryhmämuotoisen terapian lisääminen	Menetelmä	Fysioterapia
Fysioterapia pitäisi ottaa heti hoitojen alussa mukaan potilaan hoito-ohjelmaan.	Fysioterapia osaksi potilaan hoito-ohjelman aloitusta.	Resurssit	Fysioterapia
Rehellistä puhetta voinnista ja fysioterapian mahdollisuuksista.	Rehellistä puhetta voinnista ja fysioterapian mahdollisuuksista.	Tavoite	Fysioterapia
Tiedon lisääminen rentoudesta, kivun hoidosta, hengittämisestä ja apuvälinein avustamisesta tarvitaan lisää.	Tiedon lisääminen fysioterapian menetelmistä	Tieto	Fysioterapia
Lisäkoulutukset, joiden kautta tutkittu ja ajantasainen tieto jatkuvasti.	Koulutusta tutkitusta ja ajantasaisesta tiedosta.	Tieto	Fysioterapia
Palliatiivisia konsultaatioita pitäisi tehdä herkemmin. Olen kohdannut pitkälle edenneitä syöpää sairastavia, jotka eivät ole saaneet ajoissa riittävää kivunhoitoa. Moniammatillisuutta ei myöskään aina huomioida palliatiivisessa hoidossa.	Palliatiivisia konsultaatioita ja moniammatillista yhteistyötä pitäisi tehdä herkemmin.	Asiantuntijuus Yhteistyö	Moniammatillinen yhteistyö
Aiemmin esim. Sosterin kotihoito ja tehosa ovat hyödyntäneet meidän palvelujamme ja yhteistyö on ollut antoisaa.	Asiantuntijuuden hyödyntäminen.	Asiantuntijuus	Moniammatillinen yhteistyö

KUTSUKIRJE

Hei,

Tervetuloa mukaan Sosterin Palliativisen toimintayksikön kehitystoimintaan!

Opiskelen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa (XAMK) ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, jonka pääpainona on moniammatillinen yhteistyö toimintakyvyn edistäjänä. Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää moniammatillisessa yhteistyössä fysioterapian kuvaus osaksi palliativista hoitopolkua. Tutkimusluvan opinnäytetyölle on myöntänyt Sosteri.

Paikka: Palliativinen toimintayksikkö ryhmätila, Savonlinnan keskussairaala krs. 2.

Aika: tiistai 8.11.2022 klo 13:00-14:30

Kehitystoiminta järjestetään prosessikävelynä. Moniammatillisessa tiimissä pohdimme ja keskustelemme fysioterapian roolista osana palliativista hoitopolkua.

Prosessikävely on jaettu kolmeen osioon:

- Palliativinen diagnoosi
- Palliativinen hoito kotona ja palliativisella osastolla
- Saattohoito kotona ja palliativisella osastolla

Kehitystoimintaan kuuluu tärkeänä osana myös palautteen keräys. Päätämme tilaisuuden kirjalliseen palautteen antoon ja kahviin. Mikäli sinulla on erityisruokavalio, ilmoitathan siitä viimeistään viikkoa ennen tapaamista, 01.11.2022 mennessä.

Lisätietoja opinnäytetyöstä ja prosessikävelystä voi kysyä
Serena Tatananni
dseta003@edu.xamk.fi
serena.tatananni@sosteri.fi
0444172030

Kiitos osallistumisesta! Odotan innolla yhteistyötä kanssanne.

Ystävällisin terveisin
Serena Tatananni
Fysioterapeutti AMK

SUOSTUMUS- JA TIETOSUOJALOMAKE

Suostun osallistumaan Sosterin palliatiivisen toimintayksikön kehitystoimintaan, jonka tavoitteena on fysioterapian roolin kehittäminen osana moniammatillista yhteistyötä. Opinnäytetyön tarkoituksena on löytää tutkittuun tietoon perustuvat fysioterapeuttiset menetelmät ja lääkkeettömät hoitomuodot osana palliatiivista hoitoa, jossa käytetään kuntouttavaa näkökulmaa.

Moniammatillinen yhteistyö tuo monipuolista näkemystä ja jokaisen osallistujan asiantuntijuus on tärkeä osa kehitystoimintaa. Teidän mielipiteillänne ja osallisuudella on suuri merkitys. Yhteistyöllä tuotamme laadukkaan ja tasa-arvoisen hoidon jokaiselle potilaalle.

Prosessikävelyn aikana tuotetaan yhdessä aineistoa, joka talletetaan valokuvamuotoon. Kehitystoiminnan aikana kerättyä materiaalia käytetään ainoastaan opinnäytetyön aineistona ja sen avulla kehitetään fysioterapian prosessikuvaus palliatiivisessa hoidossa Sosterin käyttöön.

Aineisto hävitetään heti tutkimuksen päätyttyä.
Osallistujista ei kerätä henkilötietoja tutkimuksen aikana.

Allekirjoituksellani annan suostumukseni kaikenlaisen aineiston käyttöön niin, että henkilöllisyyttäni ei voida tunnistaa missään vaiheessa. Olen ymmärtänyt opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen.
Minulla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa, ilman erityistä syytä.

Savonlinnassa ____/____ 2022

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

Vastaan mielelläni opinnäytetyöhön ja sen toteutukseen liittyviin kysymyksiin.

Serena Tatananni
dseta003@edu.xamk.fi
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (XAMK)

<p>Cullum, S. 2019. Rehabilitative palliative care – a challenge on the hospice inpatient unit? <i>Physiotherapy</i> 105 1, 167–168. [viitattu 11.2.2022].</p>	<p>Selvittää saattohoito osaston työntekijöiden näkemys ja kokemus kuntouttavasta palliatiivisesta hoidosta ja kuinka ne vaikuttavat hoidon malleihin estävinä tai mahdollistavina tekijöitä.</p>	<p>Kyselytutkimus Laadullinen semi-strukturoitu haastattelu moniammatillisen osaston työntekijöille. Osallistujia 18</p>	<p>5 teemaa tunnistettiin.</p> <p>1 Käsitys palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta - voi aiheuttaa haluttomuutta kuntoutukseen ryhtymisessä ennen kuin on liian myöhäistä.</p> <p>2 Palliatiivinen kuntoutus - koettiin epäsovivaksi henkilölle, joka on kuolemaisillaan</p> <p>3 Potilas psykologia – osastohoito voi vahvistaa asiakkaan sairausidentiteettiä tai potilaan roolia, joka voi heikentää kuntoutuksen potentiaalia</p> <p>4 Henkilökunnan prioriteetit ja kokemukset – prognoosin ja toimintakyvyn muutoksien epävarmuus vaikeuttaa suunnittelua; painotus lääkkeellisessä hoidossa ja oireiden hallinnassa voi sulkea mahdollisuuden keskustella elämänlaadusta, normaaliudesta ja tavoitteiden asettelusta; perinteinen hoivan malli voi johtaa voimaantumisen menettämiseen; vaikeudet sopivien tavoitteiden asettelussa; henkilökunnan luottamuksen puute kuntouttavaan toimintaan; potilaan ja omaisten sosiaalisen ja toiminnallisen tilan puute</p> <p>5 Mahdollisuudet ja uhkat – paljon työtä on tehty kuntouttavaan työhön:</p>
--	---	--	---

			<p>holistinen lähestyminen, tiimityöskentely, tilasuunnittelu ja moniammatillisen tiimin kokoukset. Spesifit ideat kuntouttavan toiminnan kehittämiseksi ja terveydenhuollon työntekijöiden aktiivinen edistäjän rooli, terapian suurempi rooli osastolla, tilojen lisääminen potilaille ja heidän omien vaatteiden käyttö, lisää selkeitä toimintakyvyn arvioita osastolle sisäänoton yhteydessä ja painotusta tavoitteiden asetteluun sekä kuntoutussuunnitelmaan sopivien henkilöiden kohdalla.</p> <p>Lopputulos: Osastohoidosta löytyy useita hyviä kuntouttavia käytänteitä, joita ei osata nimetä. Haasteena voivat toimia juurtuneet käsitykset ja väärinkäsitykset julkisella ja organisaation tasolla sekä sängyn vierustalla. Kehitystyö riippuu ajasta ja resursseista, kommunikoinnista, jatkuvuudesta, yhteistyöstä, johtajuudesta ja ”mestareiden” tunnistamisesta.</p>
<p>Runacres, F., Gregory, H. & Ugalde, A. 2017. 'The horse has bolted I suspect': A qualitative study of clinicians' attitudes and perceptions regarding palliative rehabilitation. <i>Palliative Medicine</i> 31, 642–650.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena tutkia palliativisen hoidon lääkäreiden asenteita ja käsityksiä kuntoutuksen tarjoamisesta palliativisella vuodeosastolla.</p>	<p>Kvalitatiivinen semi-strukturoitu haastattelu. (n=20)</p>	<p>Tutkimuksessa tunnistettiin 4 teemaa: Kuntoutuksen integrointi palliativiseen hoitoon, interventio, mahdollisuudet ja kuntoutuksen antama viesti.</p> <p>Osallistujien näkemyksissä oli eroja, siitä onko kuntoutus sopivaa palliativisessa hoidossa. Palliativisen hoidon historia hoivavana mallina heikentää kuntouttavaa otetta.</p>

			<p>Intervention sisältö vaihteli osallistujien näkemyksissä. Osa ajatteli sen olevan lihasmassan lisäämistä ja osa koki sen ympäristön muutostöinä tai läheisen ohjaamisena, osan mielestä ajan tarjoamista. Palliatiivinen kuntoutus koettiin moniammatilliseksi interventioksi, jossa on tunnistettu yhteiset tavoitteet ja tehty yhteinen hoitosuunnitelma. Osa koki sen yksilöllisesti räätälöidyksi palveluksi, joka vastaa yksilön tarpeisiin. Kuntoutuksen ajoitus oli tyyppillisesti reaktio takaiskujen kohdalla. Kuntoutuksen tavoitteena oli enemmän potilaan kotiutus vuodeosastohoidon jälkeen, kuin ennaltaehkäisevää kuntoutusta. Intervention sisällön koettiin olevan laajaa ja toteutuksen riippuvan toimintaympäristöstä ja resursseista.</p> <p>Osallistujien näkemykset palliatiivisen kuntoutuksen mahdollisuuksista vaihteli. Osa potilaista ei hyödy kuntoutuksesta laisinkaan, sillä kuolema on jo käynnissä. Silloin on myöhäistä aloittaa kuntoutusta, mutta apua voidaan antaa.</p> <p>Haasteena koettiin tunnistaa kuntoutuksesta hyötyvät potilaat. Valinnat kuntoutusta saavista potilaista perustuivat rapistumisen syy, sairaus, toimintakyky ja ennuste.</p>
--	--	--	--

			<p>Kuntoutuksen tavoitteiden asettelussa tulee huomioida potilas- ja resurssitekijät.</p> <p>Kuntoutuksen koettiin olevan positiivinen tekijä ja lisäävän toivoa. Osan mielestä se antoi väärää toivoa.</p> <p>Tutkimuksen mukaan palliatiivisen hoidon ammattilaisilta puuttuu konsensus kuntoutuksen sisällöstä, sen roolista osana palliatiivista hoitoa ja palveluprosessin optimaalisesta mallista.</p>
<p>Chowdhury, R., Brennan, F. & Gardiner, M. 2020. Cancer Rehabilitation and Palliative Care – Exploring the Synergies. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 6, 1239–1252.</p>	<p>Artikkeli syövän kuntoutuksen ja palliatiivisen hoidon yhteneväisyyksiä.</p> <p>Syöpä, kuntoutus, yhteneväisyys, palliatiivinen hoito, elämänlaatu, harjoitus</p>		<p>Syövän aikainen diagnosointi ja lääketieteen kehitys lisäävät sairastuneiden elinajanodotetta. Syöpä vaikuttaa potilaaseen kokonaisvaltaisesti läpi sairauden kaaren heikentäen elämänlaatua. Syövän jälkeistä kuntoutusta on kehitetty vähentämään sairauden ja hoitojen aiheuttamia haittoja sekä lisäämään toimintakykyä ja itsenäisyyttä.</p> <p>Syöpäkuntoutuksen luokitukseen käytetään Dietzin mallia: Ennaltaehkäisevä, palauttava, tukeva ja palliatiivinen kuntoutus.</p> <p>Ennaltaehkäisevässä kuntoutuksessa arvioidaan sairaushistoriaa, sosiaalista historiaa ja tukiverkostoa ja apuvälineitä sekä päivittäisiä toimintoja.</p> <p>Palauttavaa kuntoutusta tukemaan työhön tai kouluun palaavan potilaan toimintakykyä.</p>

			<p>Tukeva kuntoutus ylläpitää tai hidastaa potilaan toimintakyvyn muutosta.</p> <p>Palliatiivinen kuntoutus maksimoi potilaan mukavuuden tunnetta ja läheisten jaksamista vähentämällä taakkaa. Haittojen minimointi ja kokonaisvaltaisen elämänlaadun maksimointi, potilaan ja hänen läheisten toiveet huomioiden.</p> <p>Oireiden lievitys (kipu, hengenahdistus, fatiikki, pahoinvointi, turvotus, kontraktuurien ja painehaavojen ennaltaehkäisy) käyttäen lääkehoitoa, lämpöhoitoa, asentohoitoa, hengityksen avustamista, rentoutusta ja apuvälineitä.</p> <p>Palliatiivinen kuntoutus on yhdistelmä kuntoutusta, mahdollistamista, itsenäistä selviytymistä ja itsensä hoitoa sekä kokonaisvaltaista palliatiivista hoitoa.</p> <p>Kuntoutus ja palliatiivinen hoito ovat molemmat moniammatillista toimintaa, jossa pyritään hoitamaan sairauden ja hoitojen aiheuttamia oireita, käytetään monia eri menetelmiä ja keskitytään potilaan ja hänen läheistensä tarpeisiin. Tavoitteet eroavat.</p> <p>Maailmanlaajuinen haaste on tuottaa syvää moniammatillista palliatiivista osaamista sekä pääsy palliatiivisen hoitoon oikea-aikaisesti. Pelkona on</p>
--	--	--	---

			<p>että palliatiivinen diagnoosi vie potilaalta toivon tunteen.</p> <p>Palliatiivinen hoito voidaan toteuttaa konsultointia, osastohoitona.</p> <p>Kuntoutus ja palliatiivinen hoito ovat jatkumo. Molempien osa-alueiden tulee huomioida toistensa merkitys avoimin mielin.</p> <p>Molempia yhdistävät tekijät: potilaslähtöisyys. Hoidon jatkuvuus kuntoutuksen tasolta toiselle hyödyttää tavoitteiden saavuttamista.</p> <p>Kuntoutuksen toteutumiselle haasteensa tuovat ammattilaisten tietoisuuden ja ymmärryksen puute, potilaiden kiinnostus osallistua, henkilökunnan saatavuus, tutkimuksen puute, hoitosuosittelun puute.</p> <p>Toimintakyvyn arvioinnin keinot: Suorituskyky, liikkuvuus ja tasapaino, kipu, väsymys, kognitiivinen toimintakyky ja stressi.</p>
<p>McCartney, A. 2020. The effectiveness of circuit training on physical ability in palliative care. <i>Physiotherapy</i> 107, 194–195.</p>	<p>Artikkeli Toiminta-analyysi pienen ja paikallisen palliatiivisen kuntoutuksen toiminnasta</p>	<p>Data-analyysi palliatiivisen ryhmän kiertoharjoittelun vaikuttavuudesta fyysisen toimintakyvyn.</p> <p>Ryhmään osallistui 30 potilasta joista 7 ehtivät suorittaa harjoittelua 6 viikon ajan sekä saivat päivittäin tehtävän kotiohjelman.</p> <p>Alku- ja loppumittauksina 2 minuutin kävely, eteenkurkotus ja timed up and</p>	<p>Tulos: Harjoittelulla saatiin merkittäviä vaikutuksia toimintakykyyn</p> <p>Tulokset paranivat</p> <p>Timed up and go 17–58%</p> <p>2 min kävely 12–22%</p> <p>Eteenpäin kurkotus 80%</p>

		go sekä EORTC-QLQ-Pal elämänlaatumittari	Johtopäätös: Palliativisessa hoidossa voidaan saavuttaa merkittävää toimintakyvyn parantumista osallistumalla viikottain kuntosalilla tapahtuvaan kiertoharjoitteluun. Elämänlaatu mittarit osoittivat osallistujien elämänlaadun säilyneen tai parantuneen. Aikainen osallistuminen palveluun lisää maksimaalista hyötyä
Mochamat, Cuhls, H., Sellin, J., Conrad, R., Radbruch, L. & Mücke, M. 2021. Fatigue in advanced disease associated with palliative care: A systematic review of non-pharmacological treatments. <i>Palliative medicine</i> 35(4), 697–709.	Tutkimuksen tavoitteena on arvioida lääkkeettömien hoitojen vaikuttavuutta fatiikkiin edenneessä taudissa.	Kirjallisuuskatsaus, johon valikoitui 15 julkaisua, joiden data koostui 1179 osallistujasta. 815 hoidettiin fyysisellä harjoittelulla, 309 psycho-educational terapiaa ja 55 energiaa säästävää menetelmää.	<p>Kohtuullista näyttöä löydettiin fysioterapian ja fyysisen harjoittelun vaikuttavuudesta palliativisessa hoidossa olevan edenneen sairauden aiheuttamaan fatiikkiin. Tuloksissa oli vaihtelevuutta: Eräessä tutkimuksessa osallistujat, jotka suorittivat kävelyharjoituksia tai voimaharjoittelua 8 viikon ajan osoittivat merkittäviä parannuksia fatiikin tasossa ja liikkuvuudessa verrattuna tavallisen hoidon ryhmään. Toisessa tutkimuksessa taas muutos fatiikin määrän arvioinnissa ei ollut tilastollisesti merkittävä.</p> <p>Jooga harjoittelu 2xvko 3kk ajan tai päivittäin 8 viikon ajan paransi merkittävästi kivun intensiteettiä, fatiikkia, unihäiriöitä ja käden puristusvoimaa</p> <p>Psyko-koulutus interventio(PEI), kognitiivinen käytös interventio(CBI) ja kognitiivinen terapia(CT) 8-12 viikon ajan antoi lupaavia tuloksia. Tulokset vaihtelivat tutkimuksen välillä. PEI vaikutti fatiikkiin, ahdistukseen ja hengästyneisyyteen merkittävästi.</p>

			<p>CBI vaikuttaa edenneen syövän aiheuttamaan fatiikin ja oireiden vakavuuteen kontrolliryhmään verrattuna.</p> <p>CB 8 viikon ajan rintasyöpäpotilailla paransi multidimensionaalisen fatiikki inventaarion (MFI) ja masennusasteikon tuloksia.</p>
<p>Pitkäniemi, A., Sihvonen, A., Särkämö, T. & Soinila, S. 2020. Musiikki-interventiot kivun hoidon osana. <i>Lääkärilehti</i> 37, 1843–1848.</p>	<p>Kuinka musiikki toimii kivun hoidossa</p>	<p>Katsausartikkeli</p>	<p>Meta-analyysin mukaan musiikki-interventio vähentää kipua, parantaa elämänlaatua, lievittää ahdistuneisuutta ja masennusta palliatiivisen hoidon potilailla.</p> <p>Fyysiseen statukseen, uupumukseen tai sosiaaliseen toimintakykyyn ei havaittu yhteyttä.</p> <p>Kertamuotoinen yksilöity musiikkiterapia voi vähentää koettua ahdistusta ja kipua sekä auttaa stressin ja kivun hallinnassa.</p> <p>Yhteinen musiikkihetki omaisen kanssa voi tuoda muistoja ja tunteita esille. Niiden ja tulevan menetyksen läpikäynti voi olla erityisen merkityksellistä.</p> <p>Toimii osana kokonaisvaltaista kivunhoitoa.</p> <p>Musiikki voi toimia sanattomana ilmaisun keinona.</p>

<p>Färkkilä, N. 2020. Health-related quality of life and cost in breast, prostate and colorectal cancer: a special focus on colorectal cancer. Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis 49. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. [viitattu 16.2.2022]</p>	<p>Tavoitteena 1. selvittää 3 yleisesti käytetyn elämänlaatumittarin (15D, EQ-5D-3L+VAS ja EORTC QLQ-C30) avulla selvittää syöpäpotilaiden elämänlaatu ja kustannukset taudin eri vaiheissa, diagnoosista palliatiiviseen hoitoon. 2. arvioida loppuvaiheen elämänlaatua 3. selvittää syöpäpotilaiden sairaudesta aiheutuvia kustannuksia ja taloudellisten vaikeuksien vaikutuksia</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus (n=1978) eri hoitovaiheissa olevista syöpäpotilaista.</p>	<p>Palliatiivisessa vaiheessa terveyteen liittyvä elämänlaatu oli matalin. Elämänlaatuun heikentävästi vaikuttivat tekijät: uupumus, kipu, ikä, taloudelliset vaikeudet.</p> <p>Palliatiivisessa vaiheessa 15D kyselyn heikoimmat osa-alueet seksuaalinen aktiivisuus, arkiaktiivisuus sekä epämu-kavuus ja oireet</p> <p>EORTC QLQ-C30 Toiminnallisuus osio: toiminnallinen rooli, fyysinen toimintakyky ja globaali terveys status Oire osio: uupumus, kipu ja unettomuus</p> <p>Mitä lähemmäksi kuolemaa tullaan, sen heikompi terveyteen liittyvä elämänlaatu (HRQoL)</p> <p>Mittarit antoivat eriäviä tuloksia elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä.</p> <p>Palliatiivisessa hoidossa HRQoL voi toimia selviytymistä kuvaavana tekijänä terminaalivaiheessa.</p> <p>Korkeimmat kustannukset ovat hoitokuluissa taudin alkuvaiheessa ja taudin edettyä metastaasivaiheessa ja palliatiivisessa vaiheessa.</p>
<p>Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Cardoso, D., Almeida, M., Cruz, A., &</p>	<p>Katsauksen tavoitteena on tutkia ja kartoittaa palliatiivisen kuntoutuksen interventiot palliatiivisessa hoidossa</p>	<p>Suunnitelma kirjallisuuskatsauksen toteutuksesta</p>	<p>Elinajanodote nousee. Palliatiivinen hoito kehittynyt holistiseksi.</p>

<p>Apóstolo J. 2020. Palliative rehabilitation interventions in palliative care: a scoping review protocol. <i>JBI Evidence Synthesis</i> 18-11, 2349-2356. Saatavissa: https://journals.lww.com/ibis-rir/Fulltext/2020/11000/Palliative_rehabilitation_interventions_in.7.aspx [viitattu 16.2.2022].</p>			<p>Palliativinen hoito on moniammatillista ja sen tavoitteena on helpottaa fyysisiä, psykososiaalisia ja hengellisiä oireita parhaimman elämänlaadun saavuttamiseksi.</p> <p>Keskeinen piirre hoidossa ja kuntoutuksessa on oirekeskeinen lähestyminen toimintakykyyn ja hyvinvointiin.</p> <p>Tavoitteena on edistää toimintakykyä itsehoidossa, oireiden hallintaa ja toimintakyvyn heikkenemisen tasapainottaminen suhteessa yksilön mieltymyksiin.</p> <p>Kuntoutus voi parantaa elämänlaatua helpottamalla toimintaa, liikkuvuutta, päivittäisiä toimintoja, kestävyyttä, potilaan psyykettä ja lievittää kipuja, ylläpitäen mahdollisimman paljon potilaan itsenäisyyttä.</p> <p>Potilaat ovat tarpeettomasti estyneet toimimasta kykynsä mukaisesti ja maksimaalisen potentiaalin esille saamiseksi tarvitaan kannustin.</p> <p>Palliativisen hoidon aloitus ajoissa tunnustetaan hyödylliseksi. Monet eivät kuitenkaan saa palvelua ennen viimeistä sairausvaihetta.</p> <p>50% potilaista palaavat kotiin. Palliativinen kuntoutus mahdollistaa ja edistää</p>
---	--	--	---

			<p>potilaan toiminnallista itsenäisyyttä ja aktiivista elämää kuolemaansa saakka.</p> <p>Potilaat kuvaavat kuntoutuksen tuovan helpotuksen tunteen, hyvinvointia ja it-seluottamusta. Se voi mahdollisesti edistää toimintakykyä ja kykyä olla aktiivinen mahdollisimman pitkään lisäten elämänlaatua.</p> <p>Syöpä sairaudessa palliatiivinen kuntoutus on tärkeää kivun, liikkuvuuden, mielialan, kognitiivisen toiminnan ja elämänlaadun näkökulmasta.</p> <p>Krooninen sydämen vajaatoiminta, COPD, neurologiset sairaudet: Tutkimustietoa palliatiivisen kuntoutuksen vaikutuksesta QoL, mieliala, kykyyn kuntoilla, uupumukseen ja hengenahdistukseen.</p> <p>Tietoa toteutetuista ja arvioituista interventioista riittävällä yksityistasoisella tiedolla haastaa katsauksen tekemistä.</p>
<p>Malcolm, L., Mein, G., Jones, A., Talbot-Rice, H., Maddocks, M. & Bristowe, K. 2016. Strength in numbers: patient experiences of group exercise within hospice palliative care. <i>BMC Palliative care</i> 15:97.</p>	<p>Tavoitteena tutkia potilaiden kokemuksia ryhmäharjoitteluun osallistumisesta saattohoidossa.</p>	<p>kvalitatiivinen fenomenologinen tutkimus n=9 ryhmäharjoitteluun osallistuneen semistrukturoitu haastattelu</p>	<p>Kaikki raportoivat positiivisen kokemuksen ryhmäharjoitteluun osallistumisesta.</p> <p>Parantumista ilmoitettiin toimintakyvyssä, positiivinen vaikutus päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä ja kohonneessa mielialassa.</p> <p>psykososiaaliset hyödyt: itseohjautuvuuden edistyminen, tilaa ja mahdollisuus reflektiolle, kannustavat suhteet,</p>

			<p>tiedon jakaminen sekä potilaan omien kykyjen syvempi arvostus.</p> <p>Ryhmämuotoisella harjoittelulla on positiivisia kokonaisvaltaisia vaikutuksia. Ryhmä voi olla diagnoosikirjoltaan heterogeeninen kustannustehokkuuden näkökulmasta.</p>
<p>Timm, H., Thuesen, J & Clark, D. 2021. Rehabilitation and palliative care: histories, dialectics and challenges. <i>Wellcome Open Research</i> 6:171.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) tulkita kuntoutuksen ja palliativisen hoidon erilliset historiat: juuret, määritelmät ja ydin konsepti 2) tutkia mitkä politiikan ja käytännön asiat ovat kyseessä näiden yhdistämisessä. 3) tarjota kriittinen analyysi nykyisistä järjestelyistä ja perspektiiviä tulevaisuuden kehittämiseksi 	<p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kuntoutus = habilitatus/habilitare =make fit / enable = tehdä toimivaksi, mahdollistaa</p> <p>Kuntoutuksen antiikkiset juuret: Kiinalainen liikeharjoitus kivun hallintaan, Kreikan galeeniset parantavat interventiot sotavammoihin ja antiikin kreikan sairautta ennaltaehkäisevät ja hoitavat harjoitteet. 1300-luvulla Mustan surman jälkeisenä aikana ihmiset jaettiin kykeneviin ja vammaisiin henkilöihin, joka eroaa vahvasti aiemmasta. Vasta 1700-luvulla alettiin kyseenalaistamaan ajattelumallia ja uudet lähestymistavat kuntouttavasta näkökulmasta alkoivat kehittyä. 1900-luvulla syntyi erikoistuneet instituutiot, jotka hoitivat erilaisia vammoja. Alkoi lääketieteellinen ja sosiaalinen uudistus sekä koulutukselliset interventiot. MM I jälkeen alkoi sodassa loukkaantuneiden kuntoutus, jossa tavoitteena hoitojen lisäksi työhön kuntoutus.</p> <p>Palliativinen hoito tunnustetaan jo keski-ajan kirjoituksista joissa käytetään termejä cura palliativa ja eutha-</p>

			<p>nasia medicinalis. Lääkärit ovat käyneet keskusteluja tehtävästään kuolemansairaiden tukemisessa ja hoitamisessa. (syöpä, tuberkuloosi, maksan vajaatoiminta ja munuaissairaudet)</p> <p>Palliare/pallium termien käyttö viimeisenä vaihtoehtona, kun sairauden parantavat keinot ovat loppuneet.</p> <p>Pukien viittaa tai suojaten potilasta kärsimykseltä, kun kuolema on väistämätön tai välitön.</p> <p>Toivottavana lopputuloksena ”hyvä kuolema” jota eutanasiaksi kutsutaan 1800-luvun kirjoituksissa. Eutanasia kuvataan tieteeksi, joka kontrolloi sairauden aiheuttamia painostavia piirteitä, lievittää kipua suoden eniten rauhaa lopulliselle ja väistämättömälle tunnille.</p> <p>1900-luvulla nähdään yksittäisten vaikuttajien nousu palliativisen ja kuntoutuksen tieteenalojen yhdistäjinä. William Munk nähdään modernin palliativisen hoidon isoisänä, julkaisemien kirjojensa kautta. Alfred Worcester toi kirjassaan esille lääkäreiden vähenevän mielenkiinnon kuolevien potilaiden hoidossa ja loi kuvauksen ”kuoleman prosessista”, sen oireista, nesteiden roolista ja levottomuuden ongelmasta. Valoa, tuuletusta ja opiaatteja. Pohja modernille geriatrilalle ja vaikuttaja palliativiselle hoidolle.</p> <p>1967 perustettiin ensimmäinen moderni saattohoitokoti Cicely Saundersin</p>
--	--	--	---

			<p>perustamana. Opetus, tutkimus ja kliininen hoito. Tästä alkoi saattohoitoliikkeen kehitys useissa maissa.</p> <p>Kuntoutuksen kehitys alkoi 1878 Saksassa ja termi liikuntalääketiede otettiin käyttöön 1921 englantilaisessa sairaalassa. Kuntoutuksella on useita alkulähteitä ympäri Eurooppaa.</p> <p>EAPC 1988 Milano Vittorio Ventafridda + WHO syöpä kivun hoito. LAAPC 2000 APPCN 2001 APCA 2004 Ensimmäinen huippukokous 2003, 2 v välein Worldwide palliative care alliance 2009</p> <p>Kuntoutuksen ja palliatiivisen hoidon tavoitteet eroavat: Paluu toimintakykyiseksi osana yhteiskuntaa vs. kokonaisvaltainen kärsimyksen lievittäminen.</p> <p>Kärsimyksen lievittäminen elämän loppuvaiheessa moniammatillisella lähestymisellä. Myöntävyys vahvoille kipulääkkeille, keskustelulle elämän päättämisestä, elämän katsaukselle, sovinnon teko haasteellisissa suhteissa ja kuoleman hyväksyminen.</p> <p>Palliatiivisen hoidon koulutus 1987 UK 2007 USA</p>
--	--	--	--

			<p>WHO politiikka 1972 ICDH 2001 ICF 1986 syöpäkipu 1990 mitä pitäisi PH 2002 PH määritelmä 2014 PH taso MM</p> <p>Suuret ikääntyvät joukot, joilla on useita tai rinnakkaisia sairauksia ohjaavat kuntoutusta ja palliatiivista hoitoa yhteen. Tarvitaan innovatiivisia menetelmiä, jotka syntyvät yhteisestä sitoutumisesta (kuntoutus ja PH).</p> <p>Dietz syövän kuntoutuksen tasot: ennaltaehkäisy, palauttava, tukeva ja palliatiivinen. (Hockley 1993) 2016 Danish KCRPC julkaisi narratiivisen synteetin palliatiivisen kuntoutuksen tarpeesta eri sairauksissa. Julkaisussa tuotiin esille 4 teemaa: suositukset, potilaan näkökulma, struktuuri, organisaatio, mallit ja lähete prosessi sekä interventiot. Tämä toi esille tarpeen keskustella kahden alan yhdistämisestä.</p> <p>Argumentit yhdistämiselle: Potilaan tarve molemmille päällekkäinen.</p> <p>Potilaan tarve olla normaali ja hallinnassa, paremmalle päivittäiselle toimintakyvylle ja liikkumiselle ja olla olematta taakka muille.</p>
--	--	--	---

			<p>Potilaan, läheisten ja ammattilaisten kokemukset molempien yhdistämisen tarpeellisuudesta eroavat.</p> <p>Yhdistäminen maksimoi vaikuttavuuden.</p>
<p>Golcic, M., Dobrila-Dintinjana, R., Golcic, G., Govic-Golcic, L. & Cubranic, A. 2018. Physical Exercise: An Evaluation of a New Clinical Biomarker of Survival in Hospice Patients. <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i> 35(11), 1377-1383.</p>	<p>Fyysisen harjoittelun aikaisen aktiivisuustason käyttö biologisena ilmaise- misena selviytymisen ennustamiseksi</p>	<p>Retrospektiivinen kartoitus analyysi 2013-2017 saattohoitopotilaista.</p>	<p>Saattohoitokodissa kokoaikainen fysioterapeutti Fysioterapeutin tekemä alkukartoitus manuaalinen lihas testi MMT jonka perusteella suunniteltiin fysioterapiaharjoitteet potilaan toiveiden mukaisesti Aktiiviset harjoitteet painovoimaa vasten 5x Avustettu aktiivinen kun fysioterapeutti avusti osittain liikettä Passiivinen harjoitus venyttely ja asento- hoito: 5-10 passiivista nostoa tai venytystä vähintään raajoille sekä isojen nivelten passiivinen liikelaajuuksien harjoitus. Asentohoito ergonominen asento painehaavojen ehkäisemiseksi, kivun lievittämiseksi tai hengityksen helpottamiseksi.</p> <p>Toimintakyvyn arviointi 0-4 tasolla PS mittarilla joka perustuu ECOG strukturiin.</p> <p>Tulosten perusteella potilaat jotka ovat aktiivisia harjoitteissa selviävät ka 9 päivää pitempään verrattuna passiivisesti harjoitteisiin osallistuneisiin potilaisiin.</p>

			<p>Tulokset: Fysioterapian tulisi olla standardi menetelmä saattohoidossa elämänlaadun parantamiseksi.</p> <p>Toimintakyvyn arviointimittari ei tunnista potilaan vuoteenoman syytä. Potilaalla voi olla kyky osallistua vuoteestaan.</p> <p>Vuoteenoma potilas voi elää yhtä kauan kuin itsenäisesti liikkuva.</p> <p>Itsenäisesti liikkuva potilas voi kieltäytyä harjoittelusta muista syistä: masennus, haluttomuus jokin muu syy.</p> <p>Passiivisia harjoitteita tekevät potilaat käyttivät enemmän opiaatteja</p>
<p>Cwirlej-Sozanska, A., Wójcicka, E., Stachon, A. & Zmuda, A. 2020. Assessment of the effects of a multicomponent, individualized physiotherapy program in patients receiving hospice services in the home. <i>Palliative care</i> 19:101. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350635/pdf/12904_2020_Article_600.pdf [viitattu 17.2.2022.</p>	<p>Arvioida moniosaisen, yksilöllisesti suunnitellun fysioterapia ohjelman vaikutusta kotona saattohoitoa saavien potilaiden toiminnalliseen ja tunteelliseen tilaan sekä elämänlaatuun. ADL, IADL, QoL</p>	<p>Data-analyysi yhden interventioryhmän esi- ja jälkitestaus n=60</p>	<p>Fysioterapiaohjelman toteutus: 6 viikkoa 2x viikossa 45min. Potilas osallistui tavoitteiden suunnitteluun.</p> <p>Potilaat, jotka osallistuivat päätöksentekoon, ovat avoimia keskustelulle ja yhteistyölle.</p> <p>Tavoitteena toimintakyvyn parantaminen, kävelyn uudelleen opettelu, siirtymisen harjoitteet, aktiiviset lihasten harjoitteet ja venyttely.</p> <p>Fysioterapeutin roolissa korostuvat tuki, kannustus ja motivointi. Em. fasilitoivat fyysiseen aktiivisuuteen.</p>

			<p>Ympäristön ja apuvälineiden hyödyntäminen, ergonomia sekä kodin muutostyöt lisäävät potilaan aktiivisuutta ja itsenäisyyttä omassa toimintaympäristössään. (Katumisen pelko, tasapaino ja kävely)</p> <p>Potilas oppii ymmärtämään levon ja rentoutumisen hyödyt: Lihasrentoutustekniikat ja hengitysharjoitukset vaikuttavat vähentäen kipua ja uupumusta, edistäen toimintakykyä.</p> <p>Läheisten/hoivaajien ohjaaminen ja päivittäisiin toimintoihin mukaan ottaminen. Se tukee potilaan arjen aktiivisuutta.</p> <p>Käytetyt mittarit: ADL, IADL, Tinetti POMA, WHOQOL-BREF, GDS, VAS</p> <p>Tuloksissa kauttaaltaan parannusta ADL 2,9 / 4 IADL 11,9 / 13,9 Tinetti POMA 8,2 / 12,3 GDS 16,7 / 15,7 VAS 5,8 / 5,1 WHOQOL-BREF 46,4 / 52,6</p> <p>Saattohoito on tärkeä osa modernia terveydenhuoltojärjestelmää.</p> <p>Interventiolla oli positiivinen vaikutus kotisaattohoidossa olevien potilaiden toiminnallisuuteen ja elämänlaatuun.</p>
--	--	--	--

			<p>Palliativinen hoito ja saattohoito tarvitsevat moderneja lähestymistapoja, joista yksi on kuntoutus. Yksilöllisellä fysioterapialla voidaan vastata potilaan tarpeisiin.</p> <p>Palliativisen hoidon tarve tulee kasvamaan suuresti ikääntyvän populaation ja vakavien sairauksien määrän nousun takia.</p>
Ramsenthaler, C., Kane, P., Gao, W., Siegert, R., Edmonds, P., Schey, S. & Higginson, I 2016. Prevalence of symptoms in patients with multiple myeloma: a systematic review and meta-analysis. <i>European Journal of Haematology</i> 97, 416–429.	Datasynteesi MM sairauden aiheuttamista oireista.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. 34 tutkimusta	<p>27 oiretta tunnistettiin tutkimuksista. Tutkimuksista suurin osa keskittyi kipun ja toiminnan ongelmiin. Tyypillisimmät oireet uupumus, kipu, ummetus ja käsien sekä jalkojen kihelmöinti. Lisäksi stressi, ahdistus ja masennus sekä unihäiriöt sekä huoli kuolemuksesta.</p> <p>Tyypillisimmän ongelmat olivat fyysiset ja kognitiiviset toiminnan ongelmat sekä taloudelliset vaikeudet. Esiintyivät kaikissa taudin vaiheissa.</p> <p>Elämänlaatua heikentävät alentunut kognitiivinen toiminta, taloudelliset vaikeudet, alentunut rooli, emotionaalinen ja sosiaalinen toiminta.</p> <p>Optimaalinen elämänlaatu ja oireiden hallinta voidaan saavuttaa rutiininomaisella oirearvioilla.</p>
Putt, K., Faville, K., Lewis, D., McAllister, K., Pietro, M. & Radwan, A. 2017. Role of Physical Therapy Interventions	Tutkia fysioterapian ja elämän loppuvaiheen hoidon vaikuttavuuden, arvon	Kirjallisuuskatsaus 13 artikkelista, joissa käsitellään fysioterapian roolia palliativisessa hoidossa.	Fysioterapian käyttö palliativisessa hoidossa edistää potilaan fyysistä, sosiaalista ja emotionaalista hyvinvointia.

<p>in Patients With Life-Threatening Illnesses: A Systematic Review. <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i> 34(2), 186–196.</p>	<p>ja kuinka potilaat ja heidän hoitajansa kokevat ne.</p>		<p>Fysioterapian sisältö: vahvistavat/terapeuttiset harjoitteet, potilaan ja perheen/hoivaajan ohjaus, tasapaino ja kaatumisen ennaltaehkäisyn harjoittelu, siirtymisen harjoitteet. Hengitysharjoitteet, liikkuvuusharjoitteet, kestävyysarjoittelu, hieronta, liikkuvuusharjoittelu sängyssä.</p> <p>Fysioterapialla hallitaan oireita, parannetaan toimintakykyä.</p> <p>Ohjataan apuvälineitä ja tehdään ympäristön muutostöitä potilaan päivittäisten toimintojen onnistumiseksi.</p> <p>Fyysinen aktiivisuus, rentoutustekniikat, hengitysharjoittelu sekä turvotuksen hoito</p> <p>Mitä mitattiin: Kipua, toimintakykyä, liikkuvuutta, tasapainoa ja elämänlaatua.</p> <p>Käytettyjä mittareita eri tutkimuksissa: Edmonton functional assessment tool, edmonton symptom assesment scale, edmonton mobility index, brief pain inventory, memorial pain assessment card, memorial symptom assessmen scale, patient specific functional scale, tinetti, fall efficacy scale-international, bipolar confidence scale, mcgill quality of life questionnaire ja barthel mobility index</p>
---	--	--	--

			<p>Kaivataan kohdennettua mittaria palliatiiviseen hoitoon</p> <p>Kuntoutus oli kaikissa tutkimuksissa vaikuttavaa. Se edisti monesta näkökulmasta potilaan toimintaa ja oireita. Eniten raportoitiin tukielimistön kipujen vähentymisestä.</p> <p>Päivittäisten toimintojen ja liikkuvuuden parantuminen.</p> <p>Kestävyyden, mielialan, uupumuksen ja lymphaödeeman parantuminen.</p> <p>EM antavat arvoa fysioterapian roolille osana palliatiivista hoitoa, jossa vaikutetaan potilaan toimintaan ja oireiden hallintaan.</p> <p>Fysioterapeutit ovat tärkeässä roolissa osana moniammatillista hoiva tiimiä.</p> <p>Fysioterapeuttiset menetelmät: terapeuttinen harjoittelu, sähkö-, lämpöhoito ja manuaalinen hoito.</p> <p>Tyypillisimmät oireet: kipu, heikkous, yskä, hengästyneisyys.</p> <p>Oireenmukaisella hoidolla on positiivinen vaikutus potilaan elämänlaatuun ja koettuun hyvinvointiin.</p> <p>Potilaat ja heidän läheiset ilmaisevat korkeaa tyytyväisyyttä ja arviota elämänlaadulle ft intervention ja ohjauksen jälkeen.</p>
--	--	--	---

			<p>Potilaat kokevat parantumista elämänlaadussa, mielialassa, itsevarmuudessa ja hyvinvoinnissa hoidon jälkeen.</p> <p>Omaiset kertovat kohonneesta tiedon, turvallisuuden ja elämänlaadun kokemisesta jakson jälkeen.</p> <p>Potilas kuvaa fysioterapeuttia motivaattorina, joka tarjoaa henkistä tukea ja fysioterapian tarjonnan merkityksellistä tekemistä.</p> <p>Potilaan toimintakyky heikkenee mutta ft-interventiolla voidaan parantaa potilaan toimintaa, itsenäisyyttä ja elämänlaatua. Voidaan edistää potilaan hyvinvointia, mielialaa ja toimintaa, joka rohkaisee heitä osallistumaan hoitoonsa.</p>
<p>Smith, S., Wilson, C., Lipple, C., Avromov, M., Maltese, J., Siwa, E., Colombo, R. & Seidell, J. 2020. Managing Palliative Patients in Inpatient Rehabilitation Through a Short Stay Family Training Program. <i>American Journal of Hospice & Palliative medicine</i> 37(3), 172–178.</p>	<p>Kuvailla kuolemaan johtavan sairauden saaneen potilaan ja hänen perheensä lyhytkestoisen sairaalamuotoisen perheohjauksen kehitystä, toteutusta ja tuloksia.</p>	<p>Data-analyysi Retrospektiivinen analyysi tarpeiden kartoituksesta ja moniammatillisen tiimin kehitystyöstä.</p>	<p>Lyhytkestoisella koko perheen kuntoutusinterventiolla akuuttiosastolla viipyminen väheni 11 päivästä jopa 7 päivään.</p> <p>Lähihoivaaja osallistui 100 % terapiaan.</p> <p>Vuosi ohjelman käyttöönoton jälkeen potilas tyytyväisyys koko akuuttiosastolla nousi 95 %</p> <p>Ohjelma vähensi kalliin osastohoidon pituutta sekä avusti potilaan kotiinpaluun tavoitteen saavuttamista ennen kuolemaa.</p>

			<p>Loppuvaiheessa olevan sairauden hallinta asettaa haasteita kuntoutuksen ammattilaisille, sillä opetusta aiheesta on vähän. Toimintaa ohjaavia suunta- viivoja on rajallisesti. Kliininen kokemus ja erehdykset opettavat kuntoutuksen ammattilaisia.</p> <p>Potilailla yksilölliset tarpeet: sosiaaliset, taloudelliset, psykososiaaliset ja tunteelliset.</p>
<p>Vira, P., Samuel, S., Amaravadi, S., Saxena, P., Rai, S., Kurian, J., & Gururaj, R. 2021. Role of Physiotherapy in Hospice Care of Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review. <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i> 38(5), 503–511.</p>	<p>Tarkastella fysioterapian roolia ja sen vaikutuksia potilain, joilla on saattohoito vaiheeseen edennyt syöpä.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus 9/2102</p>	<p>Fysioterapiainventiossa käytetyt menetelmät: Liikeharjoittelu, hieronta, rentoutus, kompressiosidos ja TENS.</p> <p>Tarkasteltuja tuloksia: toimintakyvyn menetys, kipu, uupumus, turvotus, uni- häiriöt ja elämänlaatu.</p> <p>Oireet: kipu, heikkous, uupumus, hengästyminen, pahoinvointi, oksentelu, ummetus, unihäiriöt, lymphaödeema ja laskimotukos.</p> <p>Oireet: heikentävät fyysistä toimintakykyä aiheuttaen riippuvuutta ja rajoituksia itsenäisessä selviytymisessä päivittäisissä toiminnoissa.</p> <p>Oireiden hoito on välttämättömyys jolla ylläpidetään itsenäistä selviytymistä ja parannetaan elämänlaatua.</p>

			<p>Fysioterapian tavoite on optimoida ihmisen liike ja toiminta.</p> <p>Fysioterapeuttisella interventiolla on positiivisia vaikutuksia.</p> <p>Fysioterapiassa hoidetaan lokaalia kipua, vähennetään raajan turvotusta, lievitetään hengitysoireita sekä palautetaan ja ylläpidetään liikkuvuutta.</p> <p>Strukturoitu harjoittelu, hieronta, TENS ja kompressiosidokset ovat hyödyllisiä oireiden lievittäjiä.</p> <p>Oireiden lievitys edistää elämänlaatua.</p>
Chapman, E., Edwards, Z., Boland, J., Maddocks, M., Fettes, L., Malia, C., Mulvey, M. & Bennett, M. 2020. Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. <i>Palliative Medicine</i> 34(4), 444–453.	Katsauksen tavoitteena tarkastella tutkittua tietoa syöpäkipun hallinnasta edenneen syödän hoidossa.	Kirjallisuuskatsaus	<p>Syöpäkipun hallinnasta vahvaa näyttöä: Kipukartoitus, vahvat opiaaattit, sädehoito ja potilaan itsehallinta strategiat.</p> <p>alustavaa näyttöä fysioterapia interventioista ja ei lääkkeellisestä menetelmästä musiikkiterapia</p> <p>Lisätutkimusta kaivataan akupunktiosta, hieronnasta ja TENS</p>
Nottelmann, L., Groenvold, M., Vejlgard, T., Petersen, M. & Jensen, L. 2021. Early, integrated palliative rehabilitation improves quality of life of patients with newly diagnosed advanced cancer: The Pal-Rehab randomized controlled trial. <i>Palliative medicine</i> 35(7) 1344–1355.	Miten aikaisin aloitettu palliatiivinen kuntoutus vaikuttaa elämänlaatuun juuri diagnosoidun edenneen syövän potilailla?	RCT 12 viikon interventio moniammatillinen palliatiivisen hoidon spesialisti tiimin toteuttama ryhmäkuntoutus. n= 279 (146 perusryhmä, 133 interventioyhtymässä)	<p>Interventioyhtymä</p> <p>Alussa alkukartoitus toimintakyvystä ja ensisijaisesta ongelmasta 12kpl (järjestys eniten pisteitä saanut: ei mikään mainituista, kipu, emotionaalinen toiminta, uupumus, onnettomuus, rooli, hengenahdistus, fyysinen toimintakyky. Alimmat pisteet ruokahaluttomuus, pa-</p>

			<p>hoinvointi ja oksentaminen, kognitiivinen toimintakyky, kadonnut olo, ummetus ja sosiaalinen toimintakyky.</p> <p>12 viikon jälkeen elämänlaatu koheni merkittävästi interventioryhmässä. Potilaat interventioryhmässä kokivat saaneensa apua ensisijaiseen ongelmaansa merkittävästi enemmän kuin kontrolliryhmässä.</p> <p>Osallistujat olivat alussa epävarmoja, millaista apua voisivat saada sekä pohivat olisiko muilla potilailla enemmän tarvetta avulle ja ammattilaisten resursseille.</p> <p>Potilaan ajatukset ja odotukset sekä ammattilaisen arvio ja tieto tarjolla olevista palveluista toivat yhdessä esille todellisen "tarpeen".</p> <p>Intervention tarkoitus oli olla ajallisesti rajattu, sisältää ryhmäohjelman sekä sisällyttää moniammatilliseen tiimiin fysioterapeutti ja ravintoterapeutti. Tulosten mukaan interventio onnistui tarjoamaan räätälöityä ja kohdennettua yksilön tarpeeseen vastaavia palveluja ja ryhmäohjelmaan osallistuneilla oli korkea hoitomyönteisyys.</p>
<p>Major-Monfried, H., DeCherrie, L., Wajnberg, A., Zhang, M., Kelley, A. & Ornstein, K. 2019. Managing Pain in Chronically Ill Homebound Patients Through Home-Based Primary and</p>	<p>kuvata ikääntyneen kroonisesti sairaan kotisaattohoidon potilaan kivun hallintaa.</p>	<p>kohorttitutkimus n=86</p>	<p>Tutkimuksessa lääkkeettömiä hoitoja potilaista sai fysioterapiaa 58% toimintaterapiaa 27% apuvälineitä 20%</p>

<p>Palliative Care. <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i> 36(4) 333–338</p>			
<p>Arcuri, J., Abrarshi, E., Preston, N., Brine, J. & Di Lorenzo, V. 2016. Benefits of interventions for respiratory secretion management in adult palliative care patients – a systematic review. <i>BMC Palliative Care</i> 15:74. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979117/pdf/12904_2016_Article_147.pdf [viitattu 18.2.2022].</p>	<p>Tunnistaa mitä menetelmiä käytetään hengityseritteiden hallinnassa potilailla, joilla on krooninen sairaus tai huono ennuste sekä varmentaa niiden tuloksien vaikuttavuus palliatiivisen hoidon potilailla.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 28 tutkimusta</p>	<p>Lääkkeettömien interventioiden keinot: mekaaninen sisään ja ulos puhaltaminen, manuaalisesti avustettu yskiminen, uloshengityslihasten harjoittelu, percussive ventilation(?), PEP maskilla ja ilman, hypertoninen saline nebulisaatio, vatsalihasten elektroininen stimulointi ja tärinä liivi.</p> <p>Yskimistä helpottaa: MAC, tracheotomy ja MIE</p> <p>Rintakehän alueen fysioterapia: manuaalinen täritys, asento kanavointi, manuaalinen tai mekaaninen hypersin-suflaatio, rintakehän kompressio, PEP</p>
<p>Gradalski, T. 2019. Edema of Advanced Cancer: Prevalence, Etiology, and Conservative Management – A single Hospice Cross-Sectional Study. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 57, 311–318. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2818%2931066-2 [viitattu 18.2.2022].</p>	<p>Analysoida ödeeman esiintymistiheyttä, etiologiaa ja tyypillisten oireiden vaikutusta sekä esitellä niiden konservatiivista hallintaa.</p>	<p>Prospektiivinen data-analyysi n= 119</p>	<p>Palliatiivisen hoidon potilailla 11 % esiintyy ödeemaa.</p> <p>Ödeema aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä aiheuttaen kipua ja ihon tiukkuutta turvotusalueella.</p> <p>Ödeema oireet: bilateraalinen tai yleinen turvotus, ihoaava</p> <p>Taustasyyt sairauden lisäksi: krooninen immobilisaatio, lääkitys, sydämen vajaatoiminta</p> <p>Ennen osastohoitoa 47,9 % sai diureetteja mutta vain 4,2 % saanut fysioterapiaa.</p>

			<p>Riippuen potilaan elinajanodotteesta, oireiden kuormittavuudesta, turvotuksen tasosta ja progressiosta, tulee harmita fysioterapian käyttöä. Fysioterapialla voidaan hallita riittävästi oireita.</p> <p>Fysioterapiamenetelmät: kompressiosidos, manuaalinen lymfaterapia, kinesioteippaus, kohoasento.</p> <p>Pitkälle edenneessä syövässä voi esiintyä hoitotoleranssin laskua.</p> <p>Jos elinajanodote pidempi voidaan suorittaa tehostettu 5-7 päivän turvotushoito.</p> <p>Elinajanodote pitkä: kompressiosidos, diureetit ja lymfaterapia Elinajanodote lyhyt: vähän turvotusta kohoasento ja lymfaterapia paljon turvotusta kevyt tukisidos, kohoasento ja ihonalainen neulauskanavointi</p>
<p>McLeod, K & Norman, K. 2019. "I've found it's very meaningful work": Perspectives of physiotherapists providing palliative care in Ontario. <i>Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy</i> 25(1), 1802</p>	<p>Physioterapeuttien kokemuksia fysioterapeutin roolista ja arvosta palliativisessa hoidossa.</p>	<p>Haastattelututkimus n=14. Sisällön induktiivinen teema analysointi</p>	<p>Teemat 3 kpl: fysioterapeutin työpanoksen koettu arvo; kokemus fysioterapian tarjoamisesta osana palliativista hoitoa; ajatuksia palliativisen hoidon järjestelmästä.</p> <p>1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fysioterapeutit kuvaavat fysioterapia hoidon arvoa auttamalla palliativisen hoidon fyysiseen näkökulmaan: liikkuvuus, toimintakyky, kipu ja mukavuus

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Apuvälineinen hallinta: valinta, luovutus ja ohjaus. 3. Opetus potilaan ja läheisten: millaisin menetelmin oireita voi hallita, maksimoida fyysistä kuntoa, estää kaatumista ja käyttää apuvälineitä. Läheisten opettaminen edistää hoidon jatkumista. 4. Elämänlaadun parantaminen, potilaan ja läheisten 5. Psykososiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden huomioiminen: itsenäisyys, hallinta ja normalisointi <p>2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Potilaslähtöinen hoito. Huomioidaan potilaan tavoitteet. 2. Tärkeät ei-tekniset taidot: Kommunikointi ja yhteyden luominen potilaiden ja perheen kesken hoidon suunnittelua ja hoidon odotuksien hallintaan. 3. Moniammatillisuus on palliatiivisen hoidon lähtökohta. Rajojen ylittäminen ja vahva kommunikointikyky tiimiläisten keskuudessa. 4. Verkoston merkitys: vertaistuki muilta fysioterapeuteilta. 5. Merkityksellisyden tunne: työllä on suuri merkitys potilaiden ja heidän läheisten elämään. <p>3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarvitaan lähete palliatiiviseen kuntoutukseen aikaisemmin. 2. Tarvitaan lisää resursseja.
--	--	--	---

			<p>3. Tietoisuuden ja ymmärryksen lisäämistä fysioterapiasta ja palliatiivisesta hoidosta</p> <p>Fysioterapeutit korostavat heidän työnsä keskittyvän elämänlaatuun, potilaan ja läheisten kokemuksiin sekä potilaiden tavoitteisiin.</p> <p>Fysioterapia palliatiivisessa hoidossa eroaa muusta fysioterapiasta tavoitteen asettelun näkökulmasta.</p>
<p>Payne, S., Harding, A., Williams, J. & Ostgathe Christoph. 2022. Revised recommendation on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. <i>Palliative Medicine</i>, 1–18. PDF-tiedosto. Saatavissa: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/02692163221074547 [Viitattu 9.2.2022]</p>	<p>Saattaa päivänvaloon nykyaikainen eurooppalainen konsensus palliatiivisen hoidon standardeista ja normeista</p>	<p>Delphi tekniikka, 3 osainen online kysely ja lopullinen asiantuntijoiden konsultointi.</p> <p>Osallistujina EAPC jäsenmaat</p>	<p>135/145 lauselmaa saavutti konsuksen.</p> <p>Palliatiivisen hoidon standardit ja normit säilyvät.</p> <p>Vastasyntyneiden, geriatrisen ja dementia palvelut nähdään uusina erikoistumisaloina.</p> <p>Tiedonsiirron, sähköisten potilastietojärjestelmien ja digitaalisten palveluiden kehittämisen tarve tunnistetaan.</p> <p>Erityisosaamista palliatiiviseen hoitoon sairaalassa ja kotihoidossa.</p> <p>Moniammatillisen yhteistyön roolit jakavat mielipiteitä.</p> <p>Erot maiden historiassa, koossa, tilanteissa ja kehittyneisyydessä voivat johdattaa näkemyseroihin.</p>

<p>Silvoniemi, M. 2018. Physicians' views on palliative care and assessment of symptoms of non-small cell lung cancer patients. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja – Annales universitatis turkuensis sarja – ser. D osa – tom. 1389. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/146085/AnnalesD1389Silvoniemi.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Viitattu 9.2.2022].</p>	<p>Kartoittaa lääkäreiden näkemyksiä palliativisesta hoidosta ja eutanasiasta sekä ei-pienisoluista keuhkosityöpää sairastavien potilaiden oireita ja elämänlaatua solunsalpaajahoidon aikana</p>	<p>Kyselylomake onkologian, geriatrian ja yleislääkäreiden näkemyksistä</p> <p>Keuhkosityöpää sairastavien tutkimusjoukko n=122 joiden oireita ja elämänlaatua mitattiin kyselylomakkeilla</p>	<p>Mittarina käytetty EORTC QLQ-C30, QLQ-LC13, ESAS ja BDIkyselyä.</p> <p>Keuhkosityöpää sairastavien Oireita olivat fatiikki, kipu, syöpäkipu, voimattomuus, heikkous, ruokahaluttomuus, painonlasku, masentuneisuus, unettomuus, hengenahdistus, pahoinvointi ja yskä.</p> <p>Elämänlaatua hoitojen aikana heikensivät toimintakyvyn lasku kognitiivisesti, emotionaalisesti ja fyysisesti, hengenahdistus, ripuli, unettomuus.</p> <p>Hengenahdistus heikensi merkittävästi fyysistä toimintakykyä ja aiheuttaa stressiä.</p> <p>Oireista yskä oli häiritsevin.</p> <p>Hoitojen edetessä oireista pahenivat pahoinvointi, oksentaminen, fatiikki ja ummetus.</p> <p>Rutiininomainen oireiden arviointi on hyödyllistä.</p> <p>Kipu vaikuttaa elämänlaatuun heikentävästi biopsykososiaalisesti ja spirituaalisesti.</p> <p>Kivun lääkehoito 3 portainen malli WHO.</p>
---	---	--	---

			<p>Keuhkosyöpöpotilaiden syöpäkivun esiintyminen palliatiivisessa hoidossa 76 %.</p> <p>Opioidit lisäävät ummetusta, pahoinvointia ja oksennusta sekä sekavuutta.</p> <p>Hengenahdistusta voidaan hoitaa hapealla, potilaan kouluttamisella, tuulettimilla, psykososiaalisella tuella, rentoutustekniikoilla ja hengityksen hallinnalla.</p> <p>Yskää voidaan hoitaa ei lääkkellisin menetelmin: palleahengitys ja yskän hillitseminen tekniikka. Lisää uusia menetelmiä tarvitaan yskän hoitoon syöpöpotilailla.</p>
<p>Maguire, A., Colleran M., Rogers, L., McKenna, N., Moore, K. & Kerins. M. 2018. Guidelines on Symptom Control at End of Life in an Acute Hospital. PP-esitys. Saatavissa: http://www.iapc.ie/wp-content/uploads/2018/02/31P.pdf [viitattu 10.2.2022].</p>	<p>Luoda ohjeistus helpottamaan oireiden hallintaa kuolevien potilaiden kohdalla</p>	<p>Tutkitun tiedon, palliatiivisen hoidon perusteiden ja moniammatillisen konsultointiprosessin luoma ohjeistus kuolevan potilaan oireiden hoitoon lääkkellisin keinoin.</p>	<p>Oireet: Kipu, pahoinvointi ja oksentelu, ahdistus ja jännittyneisyys, hengityselimistön eritteet, hengenahdistus Vain lääkkeellisiä hoitomenetelmiä.</p>
<p>Butters, M. 2021. Death and dying mediated by medicine, rituals, and aesthetics An ethnographic study on the experiences of palliative patients in Finland. Helsingin yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa:</p>	<p>Tunnistaa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden kokemuksia, tarpeita ja toiveita. Kuinka potilaat kokevat ja selviytyvät elämän loppumisesta, kuolemasta ja kuolemisesta.</p>	<p>Etnografinen tutkimus palliatiivisten potilaiden kokemuksista Suomessa. Tutkimuksen aineisto on kerätty haastattelun ja havainnoinnin keinoin (n=21) sekä tutkittavien tuottamista kuva- ja tekstiaineistoista.</p>	<p>Potilaiden kokemuksista välittyvä ensisijaisesti lääketieteellisyys. (s. 201)</p> <p>Potilaat käyttävät selviytymisen keinoina henkilökohtaisia rituaaleja ja visuaalista ilmaisua. (s. 201)</p>

<p>http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6928-0 [viitattu 2.4.2022].</p>	<p>Kokemus elämän lopusta, ympäristö, loppuelämän toimijuus, kuolemaan liittyvät rituaalit</p>		<p>Elämän loppumista (ja kuolemaa) sanotettiin lääketieteellisin termein. (s.201)</p> <p>Sairauden kehityskaari vaikutti voimakkaasti tutkittavien kokemuksiin heidän tilanteestaan ja kuinka voimaantuneita he kokivat olevansa suhteessa tilanteeseensa. (s. 202)</p> <p>Ympäristöllä oli vahva vaikutus tutkittavan toimijuuteen ja elämän loppumisesta selviytymisessä joko lisäävänä tai heikentävänä tekijänä. Siihen vaikuttivat paikan merkitys ja se vaikutti potilaan voimaantumisen tunteeseen ja merkityksellisyyden prosessointiin. (s.202)</p> <p>Tutkivat kokivat suhteet ja kohtaamiset hoitopaikoissa voimaannuttavina, kun he tulivat kuulluiksi ja nähdyiksi kokonaisvaltaisesti. Se lisää selviytymistä elämän loppumisesta. Aiemmat huonot kokemukset terveydenhuollosta vaikuttavat turvallisuuden tunteeseen ja potilaan toimijuuteen. Sairauden tuoma haavoittuneisuus on fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja emotionaalista ja nämä tekijät vaikuttavat potilaan tapaan kohdata ympäristönsä. (s. 202)</p> <p>Tutkittavilla esiintyi henkilökohtaisia rituaaleja, joilla valmistauduttiin kuolemaan tai välteltiin kuolemaa. Rituaalien</p>
---	--	--	---

			<p>keinoin potilaat kykenevät selviytymään elämän loppumisesta. He kykenevät ajattelemaan ja käsittelemään kuolemista ja konkreettisesti toimimaan elämän loppuessa. (s.202)</p> <p>Kuolema on hankala aihe puhua sekä potilaiden että henkilökunnan näkökulmasta. Potilailla on erilaiset valmiudet vastaanottaa ja hyväksyä kuoleminen. Lääketieteen kautta kuolemasta puhuminen ei tuo esille kuoleman eksistentiaalista näkökulmaa, joka on keskeinen osa palliatiivista hoitoa. (s. 203)</p> <p>Keskusteluissa eksistentiaaliset aiheet tulevat esille epäsuorasti. Eksistentiaalisuus on helpompi käsittää materian ja ruumiillistumisen kautta. Eksistentiaalisuutta ei kuitenkaan voida jakaa fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaaliseksi ja hengelliseksi. Eksistentiaalisuus koetaan kehon kautta ja siksi sen merkitys korostuu jokapäiväisessä elämässä. (s. 203–204)</p> <p>Hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa potilaan eksistentiaalinen ongelma, joka voi olla ahdistusta, pelkoa tai merkityksettömyyden tunnetta ja ilmetä kehollisena kokemuksena. Fyysisissä oireita on helpompi lähestyä ja usein eksistentiaalinen kriisi on sidoksissa fyysiseen oireeseen. (s. 204)</p>
--	--	--	---

			<p>Potilaiden toivo on löytää parantava hoito, elää pidempään ja viettää aikaa läheistensä kanssa, tai tietää että heistä pidetään loppuun asti huolta ja kuolla voi ilman kipuja tai tukehtumista.</p> <p>Institutionaalinen ja lääketieteellinen rituaali. Sairauden hoitokäynnit, henkilökunnan kohtaaminen ja hoitokodin arjen tehtävät antavat potilaan arkeen rakennetta ja rytmiä. Lääketieteelliset hoidot ja menetelmät saattavat ylläpitää potilaan toivoa mutta samalla voivat luoda potilaalle tietoisuuden sairausidentiteetistä. Lääketieteellinen tai institutionaalinen rituaali voi olla voimaannuttava tai voimasta riisuva. (s.204–205)</p> <p>Henkilökohtainen rituaali voi olla joko kuolemaa välttävä tai kuolemaan valmistava. Terveellisillä elämäntavoilla tai kauneushoidoilla potilas voi yrittää välttää kuolemista tai edistää kehonsa voimaa. Nämä keinot voivat lisätä valtaistumista ja toimijuutta. Kirjoittaminen ja lukeminen on voimakas väline, jolla voidaan käsitellä tilannetta ja hakea arvovaltaa. Ne toimivat sekä välttävinä että valmistavina keinoina. Kuolemaan valmistavat keinot ovat käytännönläheisiä ja konkreettisia. (s.205–208)</p>
--	--	--	--

			Uskonto, luonto ja estetiikka toimivat voimaannuttavina elementteinä. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat vahvasti voimaannuttavista esteettisistä hetkistä, joissa jokin luonnon tai taiteen tuoma virike toi kokemuksen kuoleman hyväksymisestä tai eksistentiaalista lohtua ja helpotusta. (s. 208–209)
--	--	--	---