

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Kliininen asiantuntija

2018

Hanna Tuomi

# SYÖPÄPOTILAAN LYMFATURVOTUKSEN HOITOKETJUN KEHITTÄMINEN

– Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella

Hanna Tuomi

# SYÖPÄPOTILAAN LYMFATURVOTUKSEN HOITOKETJUN KEHITTÄMINEN

- Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella

Syöpäpotilaille voi syöpähoitojen seurauksena ilmaantua lymfaturvotusta. Lymfaturvotus alentaa potilaan toimintakykyä ja heikentää elämänlaatua. Eniten lymfaturvotusta ilmenee rintasyöpää sairastavilla, mutta myös muillakin syöpää sairastavilla riski on olemassa. Lymfaturvotuksen ehkäisy ja varhainen hoito ovat tärkeitä. Niillä on mahdollista vähentää lymfaturvotuksen aiheuttamia komplikaatioita ja parantaa potilaan elämänlaatua.

Lymfaturvotuksen hoito perustuu kompressiohoitoon, terapeuttisten harjoitteiden ohjaukseen ja manuaaliseen lymfaterapiaan. Lymfaturvotuksen hoito toteutuu moniammatillisesti erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Satakunnassa lymfaturvotuksen hoitokäytännöt on todettu olevan vaihtelevia, ammattilaiset toivoivat hoitoketjun yhtenäistämistä.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää Satakunnan alueellista lymfaturvotuspotilaan hoitoketjua. Tavoitteena oli lisätä potilaiden saaman hoidon laatua ja tasa-arvoisuutta sekä tehostaa toimintaa. Tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli tuottaa tietoa perusterveydenhuollon ammattilaisilta heidän kokemuksistaan käytössä olevista hoitokäytännöistä. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa moniammatillisen yhteistyöverkoston kehittämistarpeita. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina (N=6) Satakunnan perusterveydenhuollon yksikköihin, joissa lymfaturvotuspotilaita hoidetaan. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella ammattilaiset kokivat tarvitsevat tietoa lymfaturvotuksen nykyisistä hoitokäytännöistä, jotta voisivat toteuttaa hoitoa näyttöön perustuen. Potilaiden ohjaamista on kehitettävä. Potilastietojen kulku on turvattava. Kompressiohoidon toteuttamiseen ja tukihihan mittaamiseen toivottiin työpajatyypistä koulutusta. Yhteistyöverkoston kehittämistä ammattilaisille pidettiin hyvänä. Koulutetun lymfaterapeutin kuuluminen hoitotiimiin todettiin parantavan koko yksikön toimintaa ja selkeyttävän toimintatapoja.

Projektin seurauksena kehittämissyö on käynnistynyt Satakunnan sairaanhoitopiirissä tutkimustulosten mukaan. Jatkossa on mahdollista laatia alueellinen lymfaturvotuksen hoitoketju, joka on sähköisesti saatavissa ja siten käytettävissä potilastyön tukena.

## ASIASANAT:

Lymfaturvotus, syöpäpotilas, moniammatillisuus, hoitoketju

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care / Advanced Nursing Practise Degree programme

2018 | 58 pages, 6 pages in appendices

Hanna Tuomi

# DEVELOPMENT OF THE CARE PATHWAY FOR CANCER PATIENTS WITH LYMPHEDEMA

- in Satakunta Hospital District

In some cases, cancer treatment may lead to lymphedema in cancer patients. Lymphedema lowers functional ability of the patients and weakens their quality of life. Most often lymphedema occurs in breast cancer patients but also other cancer patients are at risk. The prevention and early care of the lymphedema are important and they can help reduce the complications caused by the lymphedema and to improve the patient's quality of life.

The treatment of lymphedema is based on compression care, instructed therapeutic exercises and manual lymph therapy. The treatment of lymphedema is realised in multi-professional care in special and primary health care. It has been stated the care practices of the lymphedema vary in Satakunta, and according to the wishes of the health care professionals, the care pathway should be unified.

The purpose of this development project was to develop the regional care pathway of the patients with lymphedema in Satakunta. The objective was to increase the quality and equality of the patient care and make it more efficient. The aim of the study was to produce information on care practices based on the experiences of the primary health care professionals. The objective of the study was to identify the development needs of the multidisciplinary cooperation networks. The study was carried out as theme interviews (N=6) in Satakunta Hospital District's primary health care units providing treatment for the patients with lymphedema. The research material was analysed with content analysis.

Based the study results, the health care professionals needed information about the present care practices of the lymphedema, so that they could carry out evidence-based care. The patient education must be developed. The transference of patient records must be secured. More education was hoped for the carrying out of the compression care and for the measurement of the support sleeve. The development of the cooperation network of the professionals was considered good. Including of a trained lymph therapist as part of a care team, was considered to improve the function of the whole unit and clarify the implementation of the care practices in the unit. As an outcome of the project, the development has started in the hospital district of Satakunta based on the results of the study. In the future it is possible to draw up the regional care pathway of the lymphedema which is available electronically and thus available as support in the patient work.

KEYWORDS:

Lymphedema, cancer patient, multi-professional, care pathway

# SISÄLTÖ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO</b>                              | <b>6</b>  |
| <b>1 JOHDANTO</b>  | <b>7</b>  |
| <b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS</b>               | <b>9</b>  |
| 2.1 Kehittämisprojektin tausta ja edellytykset                     | 9         |
| 2.2 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoitteet                    | 10        |
| 2.3 Kohdeorganisaatio ja nykyinen lymfaturvotuksen hoitokäytäntö   | 10        |
| 2.4 Projektiorganisaatio ja projektin eteneminen                   | 12        |
| <b>3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b>                                  | <b>15</b> |
| 3.1 Moniammatillinen yhteistyö lymfaturvotuspotilaan hoitoketjussa | 15        |
| 3.2 Lymfaturvotuksen hoitokäytännöt syöpää sairastavalla           | 18        |
| 3.2.1 Lymfaturvotuksen ehkäisy                                     | 18        |
| 3.2.2 Lymfaturvotuksen hoito                                       | 21        |
| 3.2.3 Lymfaturvotuksen hoidon vaikuttavuuden arviointi             | 27        |
| <b>4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS</b>                | <b>30</b> |
| 4.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset                   | 30        |
| 4.2 Tutkimuksen kohderyhmä   | 30        |
| 4.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä                     | 31        |
| 4.4 Tutkimuksen toteutus   | 33        |
| 4.5 Tutkimusaineiston analyysi                                     | 33        |
| <b>5 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>                                      | <b>36</b> |
| 5.1 Perusterveydenhuollon lymfaturvotuksen hoitokäytännöt          | 36        |
| 5.2 Hoitoketjun pohjautuminen näyttöön perustuvaan tietoon         | 37        |
| 5.3 Ammattilaisten tiedon tarve                                    | 39        |
| 5.4 Potilasohjauksen kehittäminen                                  | 41        |
| <b>6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA YHTEENVETO</b>                | <b>43</b> |
| <b>7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>                     | <b>47</b> |
| 7.1 Eettisyyden tarkastelua  | 47        |

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| 7.2 Luotettavuuden tarkastelua      | 48        |
| <b>8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS</b> | <b>50</b> |
| <b>9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b> | <b>52</b> |
| <b>LÄHTEET</b>                      | <b>55</b> |

## **LIITTEET**

- Liite 1. Teemahaastattelurunko ja saatekirje haastateltavalle.
- Liite 2. Tutkimustiedote.
- Liite 3. Lymfaturvotuksen hoitokäytännöt.
- Liite 4. Rintasyöpäpotilaan lymfaturvotuksen hoitokäytännöt (suunnitelma).
- Liite 5. Hoitoketjun kuvaus (suunnitelma).

## **KUVAT**

|   |    |
|---|----|
| Kuva 1. Kehittämiprojektin eteneminen ja aikataulus.  | 13 |
| Kuva 2. Lymfaturvotuksen esiintyminen (Gubta & Moore 2018).                                   | 21 |
| Kuva 3. Lymfaturvotuksen eri ilmentymien kirurgiset hoitovaihtoehdot (Saarikko ym. 2014,138). | 23 |
| Kuva 4. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.  | 34 |

## **TAULUKOT**

|  |    |
|--|----|
| Taulukko 1. Lymfaturvotuksen etenemisvaiheet.                      | 22 |
| Taulukko 2. Kuntoutustarpeen arvioinnin tasot.                     | 29 |
| Taulukko 3. Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä. | 34 |

## KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

|                    |  |
|--------------------|--|
| Endoteeli          | Verisuonien, imusuonien ja sydämen sisäpintoja verhoava ohut yhdenkertainen solukerros.  |
| Erva               | Erytyisvastuualue; jotkut erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yli sairaanhoitopiirien rajojen yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden eli ns. miljoonapiirin pohjalta.  |
| Erysipelas (ruusu) | A- tai G-ryhmään kuuluvan beetahemolyyttisen streptokokin ja stafylokokin aiheuttama ihotulehdus. Lymfaturvotuksen tavallinen komplikaatio, joka vahingoittaa edelleen imusuonistoa.   |
| Kainaloevakuaatio  | Syöpäleikkauksessa tehtävä kainalokuopan rasvakudoksen ja imusolmukkeiden poistaminen.   |
| Laskimoanastomoosi | Yhdysaukko, yhteys; verisuonten välinen luonnollinen tai tehty yhdysaukko  |
| Lymfaturvotus      | Imusuoniston vahingoittumisesta tai synnynnäisestä kehityshäiriöstä johtuva valkuaisainerikas turvotus.  |
| Lymfedeema         | Kts. Lymfaturvotus   |
| Mindfulness        | Tietoisuustaito, tietoinen läsnäolo, hyväksyvä tietoinen läsnäolo; tarkoittaa tietoista läsnäoloa ja tietoisuutta mielen tuottamista kokemuksista ja tulkinnoista; mielen tynnyttämistä ja kehon omien kokemusten uteliasta ja hyväksyvää havainnointia; oman olon kuuntelemista |
| Satshp             | Satakunnan sairaanhoitopiiri   |
| TYKS               | Turun yliopistollinen sairaala   |
| VSSHHP             | Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri   |

# 1 JOHDANTO

Syöpähoitojen seurauksena monelle potilaalle voi aiheutua oireita, joiden vaikutuksena toiminta- ja työkyky heikentyy sekä elämänlaatu alenee. Osa oireista on palautuvia, osa saattavat kroonistua. Syövän tehokkaaseen hoitoon kuuluu usein leikkauksen yhteydessä tehtävä imusolmukkeiden poisto. Lisäksi hoitoa voidaan tehostaa vielä imusolmukealueen sädehoidolla. Näiden seurauksena elimistön imuteiden nestekierto saattaa häiriintyä ja ilmaantua lymfaturvotusta eli lymfedeemaa. Eniten lymfaturvotusta esiintyy rintasyöpää sairastavilla potilailla, myös melanooman ja gynekologisten syöpien hoidot altistavat potilaan lymfaturvotukselle. (Saarikko ym. 2014, 135.)

Lymfaturvotuksen hoito perustuu kompressiohoitoon, terapeuttisten harjoitteiden ohjaukseen ja neuvontaan sekä manuaaliseen lymfaterapiaan. Myös ihon hoidon ja liikunnan merkitystä tulee korostaa potilaan ohjauksessa. Nykyään lymfaturvotusta voidaan yhä useammin hoitaa myös erilaisin kirurgisin hoitotoimenpitein, kuten rasvaimulla. (Anttila ym. 2007, 15; Saarikko ym. 2014, 135.) Lymfaturvotuspotilaan hoitokäytännöille ei ole laadittu valtakunnallista hoitosuosituksia, eri terveydenhuoltoyksiköissä toimintaa ohjaavat paikallisesti sovitut ohjeistukset.

Lymfaturvotuspotilaan hoitoketju toimii Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella yli organisaatorajojen, erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon yksiköissä. Lisäksi hoitoketjuun kuuluvat kiinteästi myös yksityiset palveluntuottajat, joilta ostetaan lymfaterapiapalvelua joko maksusitoumuksella tai palvelusetelillä. Moniammatillisuus korostuu hoitoketjun toiminnassa. Hoitokäytännöt eri yksiköissä ovat vaihtelevia ja se aiheuttaa epätietoisuutta sekä ammattilaisissa, että potilaissa. Lisäksi on tullut esille uusia lymfaturvotuksen riskitekijöitä, jotka ovat ylipaino ja liikkumattomuus (Saarikko ym. 2014, 135). Tämän vuoksi potilaan ohjauksen tarve on lisääntynyt. Myös lymfaterapian vaikuttavuuden arviointia tulisi jatkossa systemaattisemmin toteuttaa ja harkita käytettäviä hoitomuotoja yksilöllisemmin.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää Satakunnan alueellista lymfaturvotuspotilaan hoitoketjua, joka toteutuu yli organisaatorajojen suunnitelmallisesti, yksilöllisesti toteutuvan hoito- ja kuntoutusprosessin mukaan. Kehittämisprojektin tavoitteena oli lisätä lymfapotilaiden saaman hoidon laatua ja tasa-arvoisuutta sekä tehostaa toimintaa.

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli tuottaa tietoa Satakunnassa toimivilta perusterveydenhuollon eri ammattilaisilta, jotka osallistuvat lymfaturvotuspotilaan hoito- ja kuntoutustoimintaan. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeita erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Tulosten avulla oli mahdollista kehittää hoitoketjua yhtenäiseksi ja näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvaksi.

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

### 2.1 Kehittämiprojektin tausta ja edellytykset

Nykyinen Satakunnan sairaanhoitopiirissä toimiva lymfaturvotuksen hoitoketju on muotoutunut vuosikymmenien kuluessa vähitellen. Käytännöt ovat muuttuneet ja eri ammattilaiset ovat niitä toteuttaneet oman työnsä ohessa. Kirjallista kuvausta maakunnallisesta hoitoketjusta ei ole laadittu. Hoitoketjun moniammatillinen luonne on aiheuttanut haasteita. Toiminta ulottuu yli organisaatorajojen ja perusterveydenhuolloissa käytännöt vaihtelevat.

Lymfaturvotuspotilaita hoitavat ammattilaiset kokivat kehittämiprojektin tärkeäksi. Lymfaturvotuksen hoitokäytännöt olivat muuttuneet ja kehittyneet. Kompressiotuotteiden säännöllinen käyttö on nykyisen näytön perusteella ensisijainen hoitomuoto. Kompressiotuotteita tulisi vaikeimmissa tapauksissa käyttää jopa ympäri vuorokauden. Manuaalisen lymfaterapian merkityksestä osana hoitoa oli epätietoisuutta, haluttiin selkeämpiä ohjeita, milloin terapia olisi perusteltua ja vaikuttavaa. Lisääntyvissä määrin potilaita voidaan ohjata myös plastiikkakirurgin arvioon joko rinnan rekonstruktion yhteydessä tehtävään imusolmuke siirtoon tai rasvaimuun.

Syöpäleikkaustoiminta on muuttunut. Leikkauksen jälkeinen sairaalassaolo aika on lyhentynyt, esimerkiksi rintasyöpäleikkauksen jälkeen potilaat kotiutuvat yhä useammin samana päivänä. Lääkärin vastaanottokäyntejä on vähennetty, osittain ne on korvattu hoitajakäynneillä. Solunsalpaajahoidojen toteutus on osittain siirtymässä osaksi päivä-sairaalatoimintaa. Potilaiden ohjauksen tarve tulee lisääntymään muutosten myötä. Potilaiden, joilla on kohonnut riski lymfaturvotuksen ilmaantumiselle, olisi saatava ohjausta lymfaturvotuksen ehkäisyyn ja hoitoon. Potilaan ohjauuskäytäntöjä olisi kehitettävä ja turvattava riittävä informaatio oikea-aikaisesti.

Kansaneläkelaitos (Kela) on tehnyt päätöksen poistaa lymfaterapian palveluvalikoimastaan vuoden 2019 alusta alkaen. Tutkimusten perusteella manuaalisen lymfaterapian kuntoutuksellisesta vaikuttavuudesta ei ole näyttöä. Lymfaterapia katsotaan kuuluvaksi kuitenkin sairauden hoitoon. Myös tällä muutoksella tulee olemaan vaikutusta lymfaturvotuspotilaiden hoitokäytäntöihin. (Stenfors 2017.)

Satakunnan sairaanhoitopiiri kuuluu nyt Läntiseen syöpäkeskukseen, johon kuuluvat myös Varsinais-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirit. Läntinen syöpäkeskus koordinoi syövän hoitoa erikoisvastuualueella (Erva) ja varmistaa, että syöpää sairastavan potilaan hoitokäytännöt ja hoidon laatu ovat kaikille Läntisen syöpäkeskuksen potilaille yhtä hyvätasoista kotipaikkakunnasta riippumatta. Tämä edellyttää yhteensovittamista myös potilaiden lymfaterapiakäytännöissä. Sote- ja maakuntauudistuksen myötä koko maakunnassa pitäisi olla yhtenäinen linja hoito- ja kuntoutuskäytännöissä.

Satakunnan keskussairaalan syöpätautien ja kuntoutuksen vastualueiden ylilääkärit hyväksyivät kehittämisprojektin. Moniammatillinen yhteistyöverkosto erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa koki kehittämistehtävän tarpeellisena, koska nykyisen hoitoketjun toiminnassa oli paljon kehittämistarpeita.

## 2.2 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää alueellista lymfaturvotuspotilaan hoitoketjua, joka toteutuu yli organisaatorajojen suunnitelmallisesti, yksilöllisesti toteutuvan hoito- ja kuntoutusprosessin mukaan.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli lisätä lymfapotilaiden saaman hoidon laatua ja tasa-arvoisuutta sekä tehostaa toimintaa.

## 2.3 Kohdeorganisaatio ja nykyinen lymfaturvotuksen hoitokäytäntö

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja Satakunnan noin 220 000 asukkaalle, yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Alueella toimii seitsemän perusterveydenhuollon yksikköä. Satakunnan sairaanhoitopiirissä syöpäpotilaita hoidetaan operatiivisesti, erilaisin lääkehoidoin sekä sädehoidolla. Yhteistyötä tehdään tiiviisti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa.

Tämän kehittämisprojektin kohdeorganisaationa olivat Satakunnan sairaanhoitopiirin eri yksiköt, jotka osallistuvat lymfaturvotuspotilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Lymfaturvotuspotilaan hoitoketjuun kuuluu monia eri vaiheita. Jokaisen potilaan hoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti potilaan kokonaistilanne huomioiden. Lähes kaikki rintasyöpäoperaation läpikäyneet potilaat tapaavat fysioterapeutin joko ennen syöpäleikkausta tai sen jälkeen. Potilaat voivat osallistua fysioterapeutin ryhmäohjaukseen, myös yksilöohjaus on mahdollinen. Potilaat saavat kirjallisen ohjeen leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta, samalla heitä informoidaan lymfaturvotuksen lisääntyneestä riskistä. Muiden syöpäoperaatioiden jälkeen, esim. melanooma ja gynekologinen syöpä, fysioterapeutin tarve määritellään yksilöllisesti.

Syöpäleikkauksen jälkeen potilaan hoito ja seuranta jatkuvat syöpää hoitavassa yksikössä. Yleisimmin lymfaturvotus ilmaantuu syöpäpotilaan seuranta-ajan kuluessa noin 1-3 vuotta leikkauksesta. Lymfaturvotus todetaan joko kontrollikäynnin yhteydessä tai potilas hakeutuu ns. oirehoitajan tai lääkärin vastaanotolle oireen ilmaantumisen seurauksena. Jos potilaalla todetaan selkeä lymfaturvotus, käynnistetään yhdistelmälymfaterapia. Siihen kuuluu manuaalinen lymfaterapia, jonka osana käytetään hoidettavan raajan kompressiosidontaa sekä terapeuttisten harjoitteiden ja ihon hoidon ohjeistusta. Potilaalle tilataan mittatilaustyönä kompressiotuote, tukihaha tai -sukka. Lymfaterapiaa varten laaditaan Satakunnan sairaanhoitopiirin maksusitoumus palveluntuottajana toimivalle lymfaterapeutille, Sairaanhoitopiirissä ei ole hoitavassa tiimissä omaa lymfaterapeuttia. Palveluntuottajana toimiva lymfaterapeutti laatii terapiapalautteen hoitojakson jälkeen ja sen perusteella arvioidaan jatkohoidon tarve. Jatkohoito toteutuu perusterveydenhuollossa, jatkohoitosuositus toimitetaan asian etenemiseksi perusterveydenhuollon kuntoutustyöryhmälle tai ylilääkärille, riippuen kunnan toimintatavoista. Lymfaturvotusta todetaan eniten Satakunnan keskussairaalassa syöpätautien yksikössä ja naistentautien poliklinikalla. Nykyinen lymfaturvotuksen hoitokäytäntö on kuvattu liitteessä 3.

Kuntien velvollisuutena on järjestää asukkaidensa lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut osana kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Kuntoutustyöryhmä on perusterveydenhuollon yksiköissä toimiva moniammatillinen työryhmä, joka käsittelee lääkinnällisen kuntoutuksen asiakasasioita, mm. maksusitoumus- ja palvelusetelipyyntöjä terapiaihin. Kuntoutustyöryhmään toimitetaan asiantuntija-arvio potilaan tilanteesta, joka voi olla lääkärin, terapeutin tai kuntoutusohjaajan laa-

tima ja sen perusteella jatkoterapian tarve arvioidaan. Kuntoutustyöryhmän toimintakäytännöt vaihtelevat eri kunnissa ja kuntayhtymissä.

Apuvälinekeskus toimii Satakunnan sairaanhoitopiirin apuvälinepalveluiden asiantuntijana ja koordinoijana. Apuvälinekeskus tuottaa erikoissairaanhoidon kuuluvat apuvälinepalvelut, lukuun ottamatta kuulon, näön ja hengityksen apuvälineitä, jotka tuotetaan omilla erikoisaloilla. Apuvälinekeskus tuottaa lisäksi erikseen sovitut palvelut alueelliseen toimintamalliin kuuluville kunnille. Yhteinen toimintakäsikirja ja saatavuusperusteet ohjaavat apuvälinepalveluita apuvälinekeskukseen kuuluvissa kunnissa. Lymfaturvotuspotilaalle myönnetään tämän toimintakäsikirjan perusteella lääkinnälliset hoitosuorat, -sukkahousut, tukihihat ja tukihanskat. Kompressioluokan on oltava vähintään 2, jotta kompressiotuote voidaan myöntää lääkinnällisenä apuvälineenä. Kompressiotuotteen uusintaa suositellaan noin puolen vuoden välein perusterveydenhuollossa. (Satshp 2014.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri toteuttaa keskitetysti erityisvastuualueen (Erva) länsirannikon hoitotarvike- ja apuvälinehankinnat. Mukana hankinnoissa ovat Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirit sekä lähes kaikki Varsinais-Suomen, Satakunnan ja osa Vaasan sairaanhoitopiirien alueella toimivista perusterveydenhuollon toimijoista. Hankintaprosessi toteutuu keskitetysti VSSHP:n hankintatoimiston toimintana. (VSSHP 2017.)

Olen toiminut Satakunnan keskussairaalassa syöpäpotilaiden kuntoutusohjaajana vuodesta 2009 alkaen ja toimenkuvaani on kuulunut lymfaturvotuspotilaan hoitoketjun koordinaattorina toimiminen. Hoitoketjun kehittämistarve on tullut esille yhteistyökumppaneiden taholta useasti. Yhteistyöverkosto koostuu lymfaturvotuksesta kärsivistä potilaista, kuntoutuksen ammattilaisista erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa, palveluntuottajina toimivista lymfaterapeuteista sekä syöpää hoitavista ammattilaisista eri yksiköissä. Uusien lymfaturvotuksen hoitokäytäntöjen esiintulo koulutusten ja julkaisujen kautta on lisännyt kiinnostusta käytäntöjen kehittämiseen omassa sairaanhoitopiirissä.

## 2.4 Projektioorganisaatio ja projektin eteneminen

Tämä opinnäytetyö oli kehittämisprojekti, jonka projektipäällikkönä toimin. Projekti on kertaluonteinen hanke ja ajallisesti rajattu. Projektipäällikön rooliin kuuluu projektin

yleinen johtaminen ja eteenpäin vieminen. Tehtävään kuuluu myös projektisuunnitelman laatiminen ja vastuu projektin seurannasta ja sisäisestä arvioinnista. Tarpeen mukaan on tehtävä muutosesitykset, mikäli tavoitteeseen ei päästä suunnitelluilla toiminnoilla. Projektipäällikkö vastaa myös henkilöstöhallinnasta sekä mahdollisista taloudellisista asioista. Toimenkuvaan kuuluvat myös raportointi ja tiedottaminen. Projektipäällikön tukena toimii ohjausryhmä sekä projektiryhmä, jotka perustetaan kehittämistehtävän tärkeiden sidosryhmien asiantuntijoista. (Silfverberg 2005, 51.)

Ohjausryhmä koostui toimeksiantajan ja tilaajan edustajasta sekä projektipäälliköstä. Se hyväksyi tehdyt suunnitelmat, valvoi sekä tuki projektin etenemistä sekä vastasi kokonaisuunnistumisesta (Viirkorpi 2000, 29-30). Ohjausryhmä kokoontui projektin aikana kaksi kertaa. Projektin ohjausryhmä teki päätökset, mutta projektipäälliköllä oli käytännössä suurin vaikutusmahdollisuus johtaa projektia hyvään lopputulokseen. Ohjausryhmään kuuluivat projektipäällikön lisäksi opettajatuutori ja työelämämentori.



Kuva 1. Kehittämiprojektin eteneminen ja aikataulukutus.

Projektiryhmä oli projektin varsinainen kehittämistyön toteuttava työryhmä. Se toimi projektipäällikön johdolla kehittämistyön suunnittelijana ja toteuttajana (Viirkorpi 2000, 27). Projektiryhmä koostui keskeisistä asiantuntijoista, toimijoiltaan se oli moniammatillinen. Ryhmään kuuluivat lääkärit kuntoutuksen ja syöpätautien vastuualueilta. Lisäksi siihen kuului ylihoitaja, syöpäsairaanhoitaja, osastonhoitaja, kuntoutussuunnittelija, fysioterapeutteja ja hoitoketjujen suunnittelija. Projektiryhmä kokoontui eri kokoonpanoilla kolme kertaa. Kuvassa 1 on kuvattu kehittämisprojektin eteneminen ja aikataulu.

Kehittämisprojektin aluksi tehtiin myös kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmoteltiin opinnäytetyön aihepiirin kokonaisuutta ja kerättiin tietoa siitä, miten paljon tutkimustietoa on olemassa moniammatillisesta lymfaturvotuspotilaan hoitoketjusta sekä millaisesta näkökulmasta aihetta on tutkittu. Tämä teoreettinen viitekehys on kirjallisuuskatsaus, jossa kuvataan opinnäytetyön käsitteellistä taustaa ja miten tekeillä oleva työ liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. (Hirsjärvi 2009, 121.) Teoreettinen viitekehys on koottuna tässä raportissa kappaleessa 3.

## 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 3.1 Moniammatillinen yhteistyö lymfaturvotuspotilaan hoitoketjussa

Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan niitä kuntoutuksen toimenpiteitä, jotka tarvitaan lääketieteellisesti todetun vamman tai sairauden aiheuttaman toimintakykyrajoitteen parantamiseksi, toimintakyvyn turvaamiseksi tai tukemiseksi. Kuntoutus voi olla esimerkiksi neuvontaa tai ohjausta, erilaisia terapioita, apuväliratkaisuja ja sopeutumisvalmennusta. Lisäksi siihen kuuluu kuntoutussuunnitelman laatiminen ja moniammatillinen yhteistyö eri kuntoutustahojen kesken. (THL 2017.)

Syöpäpotilaan lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluu neuvontaa, kuntoutustarvetta selvittäviä tutkimuksia, eri terapioita, kuntoutusjaksoja, apuvälinepalveluita sekä mahdollisuuden saada yksilöllistä kuntoutusohjausta. Eri potilasryhmissä kuntoutuksen tarve on vaihtelevaa. (Saarto 2013, 279.) Syöpäpotilaan kuntoutuminen tulee alkaa jo hänen sairastuessaan syöpään, se on osa hänen hoitopolkua. Kuntoutuksen tarkoituksena on säilyttää ja parantaa potilaan toiminta- ja työkykyä, arjesta selviämistä ja elämänlaatua. Jokaiselle syöpäpotilaalle kuuluu kuntoutus- ja tukipalvelut omien tarpeiden mukaan. Syöpäpotilaan kuntoutus on laaja-alainen, monialaisista toimenpiteistä muodostuva, moniammatillisesti toteutettava kokonaisuus. Syöpäpotilaan kuntoutus on prosessi, joka perustuu oikeanaikaiseen moniammatilliseen yhteistyöhön. Lääkinnällinen kuntoutus perustuu syöpäpotilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Siihen kuuluvat mm. eri terapiat ja apuvälinepalvelut korjaamaan tai helpottamaan niitä haittoja, joita syöpäsairaus tai -hoidot ovat potilaalle aiheuttaneet. (Ahonen ym. 2017, 168–169.)

Moniammatillista ja monialaista yhteistyötä pidetään merkityksellisenä ja perusedellytyksenä kaikessa kuntoutuksessa. Kuntoutus on yhteistyötä. Hyvät kuntoutuskäytännöt mahdollistavat kuntoutujan sujuvan ja yksilöllisen kuntoutusprosessin etenemisen. Siihen edellytetään eri organisaatioiden välistä, moniammatillista sekä osaavaa yhteistyötä, kuntoutujan näkemyksen ja kokonaistilanteen ymmärtämistä, tiedonvälityksen joustavuutta ja riittävän pitkää ohjausta, tukea sekä seurantaa. Moniammatillinen kuntoutus ei aina toteudu asiakaslähtöisesti ja tuloksellisesti. Monitoimijainen kuntoutusjärjestelmä aiheuttaa ongelmia, jotka voivat esiintyä kuntoutuksen vastuujon, yhteistyön ja koordinoinnin vaikeuksina. Kuntoutussuunnitelman laatimista laiminlyödään, kuntou-

tuksen jatkuvuutta ei varmisteta. Moniammatillinen kuntoutus vaatii kehittämistä ja uudistusta sosiaali- ja terveydenhuollon alueella. (Salminen & Rintanen 2014, 11–12.)

Sosiaali- ja terveysalalla on siirrytty yhä enemmän tiimipohjaiseen asiantuntijatoimintaan. Tietotekniikkaa hyödynnetään yhä enemmän, tieto liikkuu nopeasti ja asiat etenevät yli organisaatorajojen. Moniammatillisen toiminnan toteutuminen ideaalisesti on kuitenkin todettu olevan ongelmallista. Haasteiksi osoittautuivat asiantuntijoiden roolit, joissa esiintyy joustamattomuutta, koska uusissa yhteistyöverkostoissa asiantuntijan asema saattaa olla aivan eri kuin entisessä työyhteisössä. Myös vastuukysymysten määrittely koetaan hankalana, vastuurajojen ylitysten salliminen vaatii keskinäistä luottamusta eri asiantuntijoiden välillä, vastuu ymmärretään yhteiseksi. Yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen ovat myös moniammatillisuuden ydinasioita. Tiimissä työskennellessä asiantuntijalta vaaditaan taitavan keskustelun ja dialogin taidot, on osattava esittää omat mielipiteensä ymmärrettävästi, perustelemaan ne ja olla valmis myös kuuntelemaan toisia näkökantoja ratkaisuja tehtäessä. Eri organisaatiot asettavat toimintakäytäntöjen yhtenäistämiseksi vaikeuksia. Tietotekniikan kehitymisestä huolimatta käytössä olevat eri ohjelmat eivät toimi keskenään ja estävät siten potilaslähtöisen työskentelyn. (Isoherranen 2012, 153–157.)

Mertala (2011) päätyi hyvin samantyyppisiin päätelmiin tutkimuksessa, jossa selvitettiin sairaaloiden ja terveyskeskusten välistä yhteistyötä aikana, jolloin terveydenhuollon palvelujärjestelmien uudistaminen ulottuu kaikkialle. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen raja-aita on useasti koettu vaikeaksi ylittää, kun yritetään kehittää palvelu- ja hoitoketjuja. Henkilöstöltä vaaditaan jatkuvaa uusien käytäntöjen käyttöönottoa ja sopeutumista. Mahdollisuus toteuttaa omaa perustyötään, eli potilaan hoitamista, voi käydä yhä haastavammaksi. Organisaatiot, sairaalat ja terveyskeskukset kytkeytyvät yhteen monin tavoin arjen käytännöissä, lainsäädännöllisesti julkisina järjestelminä sekä henkilöstön yhteistyössä yhteisen potilaan hoitamisessa. Yhteistyöllä tarkoitetaan konkreettisia ja käytännöllisiä yhteistyön tilanteita, kuten kollegoiden ja eri ammattilaisten välisiä konsultaatioita, keskusteluja, kohtaamisia asiakkaiden kanssa, neuvotteluita, koulutustilaisuuksia sekä seminaareja. Tutkimuksen mukaan kahden organisaation erilaiset järjestykset aiheuttavat katkoksia potilaiden hoitoon. Yllättäviä seurauksia ja ennustamattomia tilanteita potilaiden hoidossa aiheuttavat liikkuva informaatio sekä niiden väärä tulkinta. Henkilöstö asetetaan vastuuseen toimimattomista rakenteista. Nämä seikat ovat ristiriidassa dialogisen yhdessä tietämisen periaatteiden kanssa. Dialoginen yhdessä tietäminen onnistuu parhaiten kollegiaalisessa toiminnas-

sa, kun toisen työtä arvostetaan. Dialogin edellytyksinä voidaan pitää avoimuutta, luottamusta, rohkeutta sekä halua tehdä työtä yhdessä. Luottamus kohdistetaan kollegoihin yli oman ammattiryhmän ja organisaatioiden rajojen. Epäluottamus kohdistuu kompleksisuuden tuottamiin epävarmuuksiin. Avoimuus helpottaa luopumaan reviirirajoista. (Mertala 2011, 3, 16-17.)

Moniammatillisessa toiminnassa voidaan todeta olevan tekijöitä, jotka joko edistävät tai estävät yhteistyön toteutumista. Hyvä ammattitaito edistää moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyön onnistumiseksi tarvitaan konkreettista esimiesten tukea. Yhteistyövalmiuksia edistävät rohkeus, aktiivisuus, vuorovaikutus ja työtoverin arvostaminen. Myös yhdessä tekeminen ja tiimissä koettu tasavertaisuus sekä usko moniammatillisuuden voimaan ja mahdollisuuteen edistävät yhteistyötä. Työskentelymallien samanlaisuus, työkokonaisuuksien tunteminen ja yhdessä suunnittelu edistävät tiimityön organisointia. Moniammatillisen yhteistyön osaaminen kehittyi koulutuksen ja työssä oppimisen avulla. Palaute on tärkeää samoin kuin yhdessä suunnittelu, lisäksi työkierto ja tutustumista yhteistyökumppaneihin ja heidän työhönsä edistävät moniammatillisen yhteistyön kehittymistä. Osaamisen puute taas estää moniammatillisen yhteistyön onnistumista, samoin kuin johdon riittämätön tuki ja yhteistyömallien puute sekä riittämättömät resurssit. Epäselvä tiimin johtaminen haittaa moniammatillisen tiimityön organisointia. (Lemström 2004, 36–42.)

Moniammatillinen yhteistyö toteutuu usein hoitoketjuna. Hoitoketju on työkalu, jolla määritellään terveydenhuollon eri toimijoiden työpako ja yhteistyö tietyn terveysongelman hoidossa. Hoitoketjut ovat hoidon hallinnan strategioita, jotka edistävät virallista moniammatillista tiimityötä ja ammatillista keskustelua kullekin ammattilaiselle kuuluvasta roolista, vastuista ja tehtävistä. Hoitoketjussa kuvataan se prosessi, joka alkaa potilaan palveluntarpeesta. Hoitoketjun tarkoituksena on varmistaa, että potilas saa hyvää hoitoa järjestelmällisesti ja oikeanaikaisesti. (JBI-suositus 2010; Nordback ym. 2010, 1550.)

Hoitoketju alkaa yleisesti erikoissairaanhoidossa ja etenee perusterveydenhuoltoon, jossa se saattaa jatkua pitkiäkin aikoja. Hoitoketjua laadittaessa erikoissairaanhoidon ammattilaisen osuus yleisesti korostuu työryhmässä, vaikka moniammatillisuutta pitäisi huomioida ja perusterveydenhuollon ammattilaisen pitäisi olla mukana suunnittelemassa hoitoketjua. Erityisesti tulee huomioida ketjun solmukohdat, jossa potilas siirtyy toimijalta toiselle yli organisaatorajojen. (Ketola ym. 2006, 12.)

Hoitosuosituksilla parannetaan hoidon laatua ja pyritään ohjaamaan lääkärin käytännön työtä. Niillä pyritään myös vaikuttamaan terveydenhuollon kustannuksiin ohjaamalla potilaan etenemistä hoitoketjussa ja terveydenhuollon resurssien optimaalista käyttöä. Tämä edellyttää työnjaosta sopimista kunkin potilasryhmän kohdalla. Alueellisia hoitoketjuja luotaessa voidaan tuoda esiin jokaisen sairaanhoitopiirin erityispiirteitä, niihin perustuvia näkemyksiä hoidon porrastuksesta eli työnjaosta sekä toiminnasta käytännön potilastyössä. Hoitoketjujen tulee pohjautua lääketieteellisiltä osin valtakunnallisiin hoitosuositukseen. (Nuutinen, 2012.)

### 3.2 Lymfaturvotuksen hoitokäytännöt syöpää sairastavalla

Suomessa sairastuu vuosittain rintasyöpään yli 5000 potilasta, Satakunnassa sairastuu vuosittain noin 200 henkilöä (Syöpärekisteri 2018). Rintasyövän hoidot altistavat potilasta lymfaturvotukselle. Suurin osan syöpäpotilaista, joilla lymfaturvotusta esiintyy, ovat rintasyövän läpikäyneitä. Tieteellisesti tutkittua tietoa on saatavana eniten rintasyövän hoidoista aiheutuvasta lymfaturvotuksesta. Tässä kehittämistyössä teoriaosuus pohjautuu pääosin kyseiseen tietopohjaan. Myös muilla syöpäpotilailla, esim. melanoomaa, gynekologisia syöpiä ja pään- ja kaulanalueen syöpiä sairastavilla, lymfaturvotuksen riski on lisääntynyt, mutta potilasmäärät ovat kuitenkin selkeästi pienempiä. Lymfaturvotuksen ehkäisy ja hoitokäytännöt ovat kuitenkin yhteneväisiä kaikilla syöpää sairastavilla, joten tämän kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää tasavertaisesti.

#### 3.2.1 Lymfaturvotuksen ehkäisy

Lymfaturvotuksella tarkoitetaan jonkin kehonosan turpoamista elimistön imusuonijärjestelmän häiriön vuoksi. Lymfaturvotusta voi esiintyä alaraajoissa, yläraajoissa, kasvoilla ja vartalon alueella. On tärkeää tunnistaa lymfaturvotus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, sillä silloin hoidoilla on suurempi onnistumisen mahdollisuus. Lymfaturvotus jaetaan primaariseen eli synnynnäiseen sekä sekundaariseen eli hankittuun lymfaturvotukseen. Syövän hoidot, erityisesti kirurgia, imusolmukkeiden poisto ja sädehoito, voivat aiheuttaa sekundaarista lymfaturvotusta. (Saarikko ym. 2014, 135.)

Lymfaturvotukselle ei ole laadittu yhtenäistä määritelmää. Lymfaturvotus on mahdollista todentaa tilavuusmittaus volumetrillä mitattuna ja erilaisilla kuvantamismenetelmillä, kuten magneettikuvauksella. Useimmiten se diagnosoidaan edelleen potilaan subjektiiv-

visten tuntemusten ja mittanauhamittauksen avulla. Mittanauhamittauksella alla kolmen senttimetrin mittaeroa terveeseen raajaan pidetään lieväasteisena lymfaturvotuksena, kolmesta viiteen senttimetrin eroa kohtalaisena ja yli viiden senttimetri ero on vaikea. Lymfaturvotus alentaa potilaan toiminta- ja työkykyä sekä heikentää elämänlaatua. Lymfaturvotus on krooninen sairaus, hoitamattomana se etenee aiheuttaen rasvaku-  
doksen muodostumista. Varhainen toteaminen ja ennaltaehkäisy ovat ensiarvoisen tärkeää. (Anttila ym. 2007, 17–18.)

Syöpäpotilaille, joille lymfaturvotuksen riski on lisääntynyt syöpähoitojen myötä, suositellaan fysio- tai lymfaterapeutin ohjauskäyntiä jo varhaisessa hoitopolun vaiheessa. Raajan kuntouttaminen tulee aloittaa mahdollisimman varhain. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa ja ohjausta aktiiviseen itsehoitoon. Fyysinen harjoittelu ei lisää turvotusta. Potilaiden tulisi ymmärtää kuntoutuksen merkityksen lymfaturvotuksen ennaltaehkäisyssä. (Saarto 2013, 276.) Kainaloon kohdistuva leikkaus, erityisesti kainaloevakuatio, on tärkein yläraajaoireiden syy. Kainalon tai soliskuopan alueen sädehoito kainalotyhjennyksen jälkeen johtaa lymfaturvotuksen riskin kaksinkertaistumiseen. Kroonisten raajan turvotusoireiden ennaltaehkäisemiseksi fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta täytyy aloittaa syöpäpotilaalla jo mieluiten ennen leikkausta. Yläraajan liikeratojen säilyttämiseen tähtäävät harjoitukset aloitetaan nopeasti leikkauksen jälkeen. Potilas tarvitsee yksilöllistä ohjausta ja tietoa lymfaturvotuksen ennaltaehkäisyyn. (Leidenius ym. 2010,1220-1221; Zohra 2015, 4; McNeely ym. 2010, 3.)

Rintasyöpäleikkauksen yhteydessä tehdään nykyään suoran kainalon imusolmukkeiden poiston sijaan vartijaimusolmukebiopsia, joka on huomattavasti potilasta pitkäaikaisilta oireilta säästävämpi menetelmä kainalon metastasoinnin poissulkemiseksi. Kainalossa on vartijaimusolmukkeita yksi tai useampi ja ne voidaan tunnistaa merkkiaineita hyödyntämällä. Patologi tutkii poistetut imusolmukkeet jo leikkauksen aikana ja oletusarvona on, että jos kainalon vartijaimusolmukkeet ovat terveitä, myös muut imusolmukkeet ovat terveitä, eikä kainalon tyhjennystä tarvita. Imusolmukebiopsia toimii merkittävänä ennalta ehkäisevänä menetelmänä potilaan pitkäaikaisiin yläraajan vaivoihin, kipuun, tunnottomuusoireisiin ja lymfaturvotukseen. (Rönkä 2004,53; Leidenius & Joensuu 2013, 606–607.)

Kärki (2005) tutki väitöskirjassaan rintasyöpäleikkauksen jälkeistä fysioterapeutin potilasohjausta, joka osoittautui olevan ristiriitaista ja potilaat eivät olleet ymmärtäneet fyysisten harjoitteiden merkitystä lymfaturvotuksen ennaltaehkäisyssä. Tutkimuksen perusteella potilaiden ohjausta tulisi uudelleen suunnitella moniammatillisessa työryh-

mässä. Ohjauksen tulisi toteutua osana syöpäpotilaan seurantaohjelmaa ja sitä pitäisi päivittää systemaattisesti viimeiseen näyttöön perustuvaan tietoon. Potilaan tulisi saada yksilöllinen kuntoutustarpeen arvio, koska potilaiden kokemat rajoitteet ovat myös hyvin yksilöllisiä. Vain riittävän varhainen puuttuminen toimintahäiriöihin ja mahdollisiin turvotusoireisiin edesauttaa syöpäpotilaan työ- ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Rintasyöpäleikatuille voidaan suositella terapeutista harjoittelua, joka sisältää myös raajan voimaharjoittelua. (Kärki 2005, 57-58.) Asiantuntijaryhmän tekemän näyttöön perustuvan katsauksen mukaan rintasyöpäleikkauksen jälkeen aloitettu yläraajan harjoittelu ei lisää lymfaturvotuksen ilmaantumisen riskiä, mutta harjoittelun ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta tulokset olivat ristiriitaisia, sillä vain osassa tuloksissa todettiin olevan positiivista vaikutusta. (Stuiver ym. 2015, 3.)

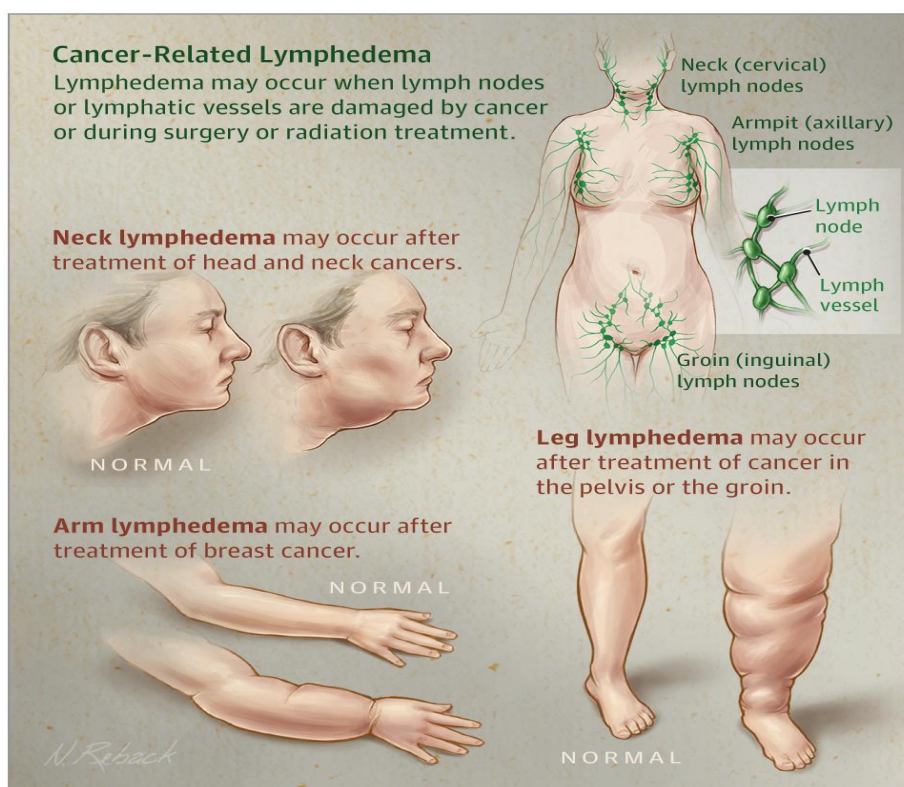
Ylipaino on uusi, mutta nopeasti yleistyvä lymfaturvotuksen osatekijä. Painonhallintaan motivoiminen on näin ollen myös merkittävä asia, joka pitää huomioida ennalta ehkäisevässä ohjauksessa. Joskus ylipaino voi olla turvotuksen ainoa etiologinen syy. Rasvakudos erittää molekyylejä, jotka vaikuttavat imusuonten endoteeliin heikentäen suonien normaalia toimintakykyä. Kun raajan ihonalaisrasvan määrä lisääntyy, imuteiden toiminta saattaa heikentyä. Myös toimenpiteisiin liittyvän lymfaturvotuksen riski on suurentunut ylipainoisilla henkilöillä. Lisäksi ylipainolla on todettu olevan vaikutusta rintasyöpäpotilaiden kokemiin niskahartia-alueen kipuihin ja yläraajan liikerajoitukset haittaavat ylipainoisia enemmän. (Kärki 2005, 58; Saarikko ym. 2014, 135.)

Kanadalainen tutkijaryhmä seurasi 137 rintasyöpäpotilasta säännöllisesti ja kiinnostuksen kohteena oli lymfaturvotuksen ilmaantuminen. Ensisijainen ja merkittävä yhteys lymfaterapian ilmaantumiselle todettiin olevan potilaan kohonneella painoindeksillä (BMI). Potilailla, joiden BMI oli yli 30 ja se merkitsee ylipainoa, todettiin selkeästi olevan suurempi riski saada lymfaturvotusta kuin potilailla, joiden BMI oli alle 25, eli potilas oli normaalipainoinen. Lymfaturvotus ilmaantui kahden vuoden kuluessa rintasyöpäleikkauksesta. Tutkimuksen perusteella suositellaan ottamaan asia huomioon potilaan preoperatiivisessa eli ennen leikkausta toteutuvassa ohjauksessa ja motivoimaan potilasta painonhallintaan. (Helyer ym. 2010.)

Lymfaturvotuksen varhainen toteaminen olisi tärkeää, jotta voitaisiin käynnistää asianmukainen hoito nopeasti. Sen avulla on mahdollista vähentää lymfaturvotuksen aiheuttamia komplikaatioita ja parantaa potilaan elämänlaatua. (Lipponen 2016, 65.)

### 3.2.2 Lymfaturvotuksen hoito

Sekundaarinen lymfaturvotus ilmenee yleisimmin syövän hoitona käytettävien imusolmukkeiden poiston ja/tai sädehoidon jälkeen. Se johtuu imuteiden tukkeumasta tai ahautumasta. Rintasyöpäpotilaille, joille on tehty kainaloevakuaatio, riski lymfaturvotuksen ilmaantumiselle on 10–30%, myös vartijaimusolmukkeen poiston jälkeen 4-10 %:lle kehittyä lymfaturvotus. Melanooman vuoksi tehtävä nivusten imusolmukkeiden poisto voi aiheuttaa lymfaturvotusoireita 20–64 %:lle potilaista. Gynekologisen syövän jälkeisen lymfaturvotuksen yleisyys on 1-47 %, heidän kohdallaan riski kasvaa, jos operatiivisen hoidon yhteydessä on tehty nivus- ja lantionalueen imusolmukkeiden poisto. (Saarikko ym. 2014,135; Lipponen 2016, 63.) Lymfaterapian ilmaantuminen vartalon eri alueilla on kuvattu kuvassa 2.



Kuva 2. Lymfaturvotuksen esiintyminen (Gubta & Moore 2018).

Lymfaturvotus todennetaan mittaamalla raajaparin tilavuuden tai ympärysmittan eroa. Yleisesti käytetyn määritelmän mukaan lymfaturvotusta on, kun turvonneen yläraajan tilavuus on suoralla volumetrillä mitattuna 10 prosenttia tai 200 millilitraa suurempi kuin

terveessä raajassa. Suorassa volumetrissa raajan tilavuus mitataan upottamalla raaja veteen ja mittaamalla syrjäytyneen veden tilavuus. Mittanauhmittaus on yleisin Suomessa käytetty mittausmenetelmä ja siinä on selkeästi määritelty eri mittauskohdat, joista raajan ympärysmitta otetaan. (Anttila ym. 2007, 17; Saarto 2013, 276.)

Lymfaturvotus on potilaalle krooninen sairaus. Sen hoitaminen tulisi oireiden ilmaantuessa aloittaa mahdollisimman pian. Hoitamattomana lymfaturvotus voi edetä huomattavasti hankalammaksi ja enemmän toimintakykyä rajoittavaksi tilaksi. Oireiden etenemisen vaiheet on kuvattu taulukossa 1. (Anttila ym. 2007, 18.)

Taulukko 1. Lymfaturvotuksen etenemisvaiheet.

| Vaihe | Kuvaus   |
|-------|--|
| I     | Palautuva turvotus. Turvotus on pehmeää, ja pittingiä (kuopan jääminen ihoon joksikin aikaa sormella painamisen jälkeen) voi esiintyä. Kohoasento vähentää turvotusta.   |
| II    | Etenevä, osittain palautumaton turvotus. Pittingiä esiintyy. Kohoasento vähentää harvoin yksinään turvotusta. Tilanteen edetessä kudosisoituu (fibrotisoituu) ja kuopan painaminen ihoon vaikeutuu. Infektioiden riski on lisääntynyt. |
| III   | Elefantiaasi (raajan tilavuus on pysyvästi luonnottoman suuri). Ei pittingiä. Infektiot tavallisia. Raajassa on iho- ja sidekudosismuutoksia ja rasvakudoksen liikakasvua.   |

Lymfaturvotuksen hoitona käytetään fysioterapeuttisia menetelmiä. Yleisimmin käytetty muoto on yhdistelmälymfaterapia, johon kuuluu manuaalinen lymfaterapia, kompressiohoito, terapeuttisten harjoitteiden ohjaus sekä ohjausta ihon hoidosta sekä liikunnan merkityksestä. (Anttila ym. 2007, 15; Saarto 2013, 276.)

Lymfaterapian hoitomuotoina voidaan käyttää myös laser-, sähkö-, kylmä-, lämpö- ja mikroaaltohoitoja, jotka kuitenkin ovat suhteellisen harvinaisia. Pitkälle edenneessä lymfaturvotuksessa kudoksiin kertyy ylimääräistä rasvaa ja sidekudosta. Plastiikkikirurgian toimesta ylimääräistä kudosta voidaan poistaa rasvaimulla. Rasvaimu on tehokas hoitomuoto, mutta se vaatii potilasta sitoutumaan jatkuvaan kompressiotuotteen käyttöön jatkossakin, muuten hyöty menetetään. Vaikeammassa tapauksissa on mahdollista käyttää operatiivista hoitoa, mikrovaskulaarista imusolmuke siirtoa tai imuteiden

rekonstruktioita imutie-imutie- tai imutie-laskimoanastomoosien avulla lymfavirtauksen palauttamiseksi. Leikkaustekniikoita kehitetään jatkuvasti, tulevaisuudessa toivotaan niiden auttavan yhä useampaa lymfaturvotuspotilasta. Lymfaturvotukset kirurgiset hoitovaihtoehdot on kuvattu kuvassa 3. (Saarto 2013, 276; Saarikko ym. 2014,138–139.)

| ONGELMA 1  | ONGELMA 2   | ONGELMA 3  |
|--|---|--|
| <p><b>Ylimääräinen neste (kuoppa turvotus)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aina tehostetaan kompressiota! Lymfaterapiakuuri?</li> <li>2. Voidaan harkita korjaavaa kirurgiaa, jonka tavoitteena on parantaa neste-kierto ja vähentää kompressiohoidon tarvetta.</li> </ol> | <p><b>Lymfaturvotukseen liittyvä ylimääräinen rasvakudos (ei-kuoppaturvotus)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laihdutus!</li> <li>2. Voidaan harkita rasvaimua tai muita kudosta poistavia leikkaustekniikoita.</li> </ol> | <p><b>Toistuvat pehmytkudosinfektiot</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ihon hoito ja suojaus</li> <li>2. Profylaktinen antibiootti</li> <li>3. Voidaan harkita imusolmukesiirtoa.</li> </ol> |

Kuva 3. Lymfaturvotuksen eri ilmentymien kirurgiset hoitovaihtoehdot (Saarikko ym. 2014,138).

Lymfaturvotuksen hoitona riittävän tehokas, jatkuva kompressiohoito on kaiken hoidon kulmakivi. Kompressiohoidolla tuotetaan raajaan ulkoista painetta kohtalaisen joustamattomalla hihalla, sukalla tai sidoksella. Tarkoituksena on vähentää solun ulkoisen nesteen muodostusta, estämällä imunesteen takaisinvirtausta sekä pyrkimällä parantamaan lihaspumpua. Kompressiohoito alentaa raajan laskimopainetta ja siten vähentää kudosten muodostumista, tämän seurauksena lymfaturvotuksen lisääntyminen estyy. Kompressiotuote kohottaa kudospainetta ja virtaus tehostuu laskimoissa ja imusuonissa. Lisäksi kovettunut turvotusalue pehmenee. Potilasta on motivoitava ajoissa riittävän kompressiohoidon toteutukseen ja se vaatii vahvaa sitoutumista. Useasti lymfaturvotuspotilaiden kompressiohoito on riittämätöntä. Turvotusta ei kehity pitkäaikaisessa seurannassakaan, jos lymfaturvotuspotilas on motivoitunut riittävään kompressiohoitoon. Kompressiotuote on tarkoitettu jatkuvaan käyttöön ja parhaiten hoito onnistuu, jos tuotteita on käytössä tuplaten. Kompressiosukat ja -hihat kuluvat ja löystyvät nopeasti, elastisuus häviää. Tekstiilit on uusittava 3–6 kuukauden välein. (Preston ym. 2004, 3; Anttila ym. 2007, 18–19; Saarikko ym. 2014,138–139; Ezzo ym. 2015, 3-4; Zohra 2015, 3.)

Kompressiotuotteita on erilaisia. Kompressiosidokset koostuvat ihon suojaksi tulevista sideharsoputkista, erilaisista sideharsoista ja pehmusteena toimivista vaahtomuovilevyistä sekä vähä-elastisista kompressiosidoksista. Lymfaterapeutti voi sitoa potilaan raajan lymfaterapian päätteeksi tällä sidoksella ja näin saadaan terapian vaikutus säilymään pidempään. Kun turvotuksen määrä on vakiintunut, voidaan potilaalle tilata yksilöllisesti mitattu kompressiohiha, -hanska, tai -sukka. Kompressiotuote on apuväline, jossa on alhaalta ylöspäin asteittain vähenevä lihaspumppua hyödyntävä puristus. (Anttila ym. 2007,19.) Lääkinnällisenä kuntoutuksena toteutettavan manuaalisen lymfaterapian tukena ovat lääkinälliset hoitotuotteet, tukihihat, -sukat ja -hanskat. Kuntoutujan on sitouduttava käyttämään kompressiotuotteita säännöllisesti. Manuaalisen lymfaterapian määrää voidaan vähentää, mikäli potilas ei huolehdi osaltaan hoidosta lääkinällisillä hoitotuotteilla. (Porin perusturva 2015.)

Lymfaterapia on turvotuksen vähentämiseen ja lymfanesteen poistoon tarkoitettu fysioterapian muoto. Hoidon tavoitteena on turvotuksen vähentäminen ja hallinta, jotta muut liikehoidot ja toiminnot ovat helpompia toteuttaa. Terapian avulla pyritään parantamaan potilaan toimintakykyä. Hoidossa voidaan tavoitella myös ihon kiristyneen ja kivun lievittymistä sekä pyrkiä ehkäisemään ihon rikkoutumista ja infektioita. (Vainionpää ym. 2017.)

Manuaalinen lymfaterapia on lymfaterapeutin toteuttamaa hierontaa, jossa käytetään hitaita, kevyitä pyörittäviä ja pumppaavia otteita alkaen vartalon terveiltä alueilta. Tarkoituksena on stimuloida imusuonijärjestelmää. Hieronnalla pyritään tuottamaan ulkoinen paine lymfaturvotuksen poistamiseksi raajan alueelta. Manuaalisen käsittelyn oletetaan lisäävän imusuoniston supistumiskykyä ja olemassa olevien suoniston parempaa täyttymistä. Imunestevirtaus pyritään uudelleenohjaamaan avoimena oleviin ihonalaisiin imusuonistoihin ja mahdollisesti edistävän myös uusien imusuonten kehittymistä. Käsittelyn jälkeen manuaalisen terapian vaikutusta pyritään ylläpitämään kompressiotuotteiden avulla. Manuaalisen lymfaterapian oletetaan olevan eniten hyödyksi vartalon alueella olevaan turvotukseen, koska sitä on vaikeampi hoitaa kompressiotuotteilla. (Anttila ym. 2007, 19-20; Arokoski ym. 2015, 398.) Manuaalinen lymfaterapia soveltuu parhaiten kuuriluontoiseen käyttöön. Se parantaa imunestekiertoa vain hetkellisesti ja sopii näin ollen parhaiten kompressiohoidon liitännäishoidoksi. (Guerin, 2013; Saarikko ym. 2014,138; Ezzo ym. 2015, 3-4.)

Terapeuttisella harjoittelulla voidaan myös merkittävästi vaikuttaa lymfaturvotuksen vähenemiseen tai ainakin estämään sen lisääntymistä. Liikkumattomuuden tiedetään

vähentävän imunesteen virtausta, joten liikkumisella ja harjoittelulla voidaan saada päinvastainen vaikutus lymfaturvotukseen. Lymfaturvotuspotilaiden terapeuttinen harjoittelu jaetaan neljään ryhmään: aktiiviset rytmiset liikkeet, aerobinen harjoittelu, voima- ja kestävyys harjoittelu sekä liikkuvuusharjoitteet. Harjoitteita suositellaan tehtävän päivittäin. Harjoittelulla on todettu olevan vaikutusta rintasyöpäpotilaan elämänlaatuun. (Anttila ym. 2007, 20; Arokoski ym. 2015, 398; Slade 2016, 1-3.)

Soimasuo (2008) on tutkinut tavoitteenasettelun toteutumista fysioterapeutin ohjauksikäynnillä. Haasteelliseksi koettiin tilanteet, joissa potilas oli passiivinen, moniongelmainen, sulkeutunut tai potilas ei osannut vastata kysymyksiin. Potilaat, jotka olivat jo aikaisemmin saaneet ohjausta, mutta eivät olleet kokeneet hyötyneensä niistä, eivät olleet motivoituneita ohjeita noudattamaan, koettiin myös haastaviksi. Jotta tavoitteenasettelu ja ohjaus toteutuivat onnistuneesti, potilaan piti olla tietoinen omasta ongelmastaan, olla aktiivinen ja motivoitunut itsehoitoon. Ohjaustilanteen asiasisältö koettiin kovin laajaksi ja sen rajaaminen oli vaikeaa. Ohjaukseen sisältyi oireiden selittämistä, ohjeiden perustelemista, potilaan motivointia, tavoittamista ja kuuntelua. (Soimasuo 2008, 41.)

Onnistunut, laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia resursseja. Siihen tarvitaan riittävät toimintamahdollisuudet, kuten oikea hoitohenkilöstömitoitus, aika ja tilat sekä hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet. Potilaat tarvitsevat suullisen ohjauksen tueksi kirjallista ohjeistusta, jotta välttyttäisiin väärinkäsityksiltä. Kirjallisen ohjausmateriaalin pitää vastata potilaan tarpeisiin, potilaiden on vaikea tarkistaa asioiden ymmärtämistä ja muistamista ilman ohjausmateriaalia. Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitopolkua. Nykyään potilaiden hoito painottuu polikliinisiin käynteihin ja ohjauksen merkitys korostuu. Myös moniongelmaisuus on lisääntynyt ja se lisää ohjauksen merkitystä. Ohjauksen laatua pitää tarkastella, asettaa sen toteutumiseksi kriteerit ja arvioida niiden toteutumista. (Kääriäinen 2007, 119–123.)

Potilaan ohjausta voidaan toteuttaa myös ryhmäohjauksella. Ryhmäohjauksella on useita ulottuvuuksia, joilla voidaan vaikuttaa potilaan tilanteeseen. Tieto siitä, että muillakin on samanlaisia oireita, lisää potilaan ymmärrystä myös omasta tilanteesta. Kokeuksia sairaudesta voidaan jakaa ja on helpottavaa huomata, että muutkin ovat kokeneet samanlaisia ajatuksia ja tunteita. Ryhmätilanne antaa mahdollisuuden tunteiden jakamiseen, vertaistuki mahdollistuu. Tieto lisää oman tilanteen ymmärtämistä. Tietoisuus saattaa auttaa sairauden hyväksymisessä ja sopeutumaan tilanteeseen. Tietoisuuden kautta motivaatio itsehoitoon lisääntyy. Aktiivisen itsehoidon avulla voidaan

saada parempia tuloksia kokonaihoidossa. (Kyngäs ym. 2007, 104; Holma 2008, 37,47.)

Turvonneen raajan säännöllistä ihon hoitoa on korostettava. Iho vaatii rasvausta, terve iho estää infektioiden ilmaantumista. Ihovaurioiden välttämistä on korostettava. Potilaita on informoitava myös infektioiden varhaisista oireista ja niiden hoidosta. (Anttila ym. 2007, 21; Haesler 2016, 2-4.) Lymfaturvotus altistaa potilaat ruusu eli erysipelas ihoinfektiolle. Infektio aiheuttaa yleisoireita kuumetta ja raajan kuumotusta, punoitusta ja vaatii alkuun sairaalahoitoa. Toistuvat erysipelastilanteet voivat vaatia antibioottiestolääkityksen. (Grenman & Leminen 2013, 654; Hannuksela-Svahn 2015.)

Kinesioteippaus on sensorinen teippaus, jota voidaan käyttää terapeuttisena työvälineenä kuntoutuksen yhteydessä. Kinesioteippauksella pyritään tukemaan kehon omaa paranemisprosessia. Sitä käytetään myös osana lymfaturvotuksen hoitoa. Tutkimuksessa se on todettu olevan tehokas rintasyövästä johtuvaan lymfaturvotukseen, mutta se ei ole tehokkaampi kuin muut menetelmät. (Kasawara ym. 2018.)

Lääkinnällinen kuntoutus perustuu syöpäpotilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Potilaalla on oikeus saada tarvitsemaansa apua ja tukea syöpäsairauden ja -hoitojen aiheuttamiin haittoihin. Syöpään sairastuminen on vakava elämäntilanne, jonka seurauksena psykososiaalisen tuen tarve on lisääntynyt. Sen avulla voidaan potilaan omia voimavaroja lisätä ja aktivoita sopeutumisprosessia. Lymfaturvotuspotilailla tiedon ja tuen tarve lisääntynyt. Potilaiden tarpeet ovat yksilöllisiä, toisilla sopeutumisprosessin käynnistyminen vie aikaa ja tuen tarve on pitkäaikainen. (Ahonen ym. 2017, 169.)

Lymfaturvotus aiheuttaa potilaalle usein kipua ja haittaa pitkäaikaisesti. Syövän sairastaneiden oireiden lieventämistä on tutkittu myös mindfulnessin ja muiden psykoterapeuttisten menetelmien avulla. Tutkimuksissa on voitu todeta, että terapioiden avulla on saatu apua toipumiseen ja sairauteen sopeutumiseen. Syöpäpotilaat ovat saaneet apua kipuun, ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen. Terapiat eivät suoranaisesti vähennä kipua, vaan ne auttavat potilasta sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen ja hyväksymään siihen liittyvät uudet oireet ja haitat. (Johannsen ym. 2016, 3390-9.)

Manuaalisen lymfaterapian käyttöä syöpäsairauden levinneessä vaiheessa on harkittava aina yksilöllisesti. Ensisijaisena hoitona ovat kompressiotuotteet, ihon hoito sekä potilaan kannustaminen toteuttamaan raajan terapeuttista harjoittelua mahdollisuuksien ja voinnin mukaan. Hoitamattoman syövän lisäksi lymfaterapian vasta-aiheina ovat

akuutti yleistynyt infektio, raajan laskimotukos ja epätasapainossa oleva sydämen vajaatoiminta. (Saarto 2013, 276; Arokoski ym. 2015, 397.)

### 3.2.3 Lymfaturvotuksen hoidon vaikuttavuuden arviointi

Terveys- ja sosiaalipalveluissa toimintoja kehitetään jatkuvasti taloudellisia tekijöitä huomioiden, säästöihin pyritään kaikessa toiminnassa. Tämä vaikuttaa myös päivittäisiin hoito- ja kuntoutusratkaisuihin. Tieteellinen näyttö on nostettu tärkeäksi vaikuttavuuden perusteeksi. Monia terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuutta ei kuitenkaan vielä voida perustella tieteelliseen näyttöön pohjautuviksi. Terveydenhuollon päätöksenteko perustuu edelleen useasti kokemukseen, kulttuuriin, paikalliseen käytäntöön ja toimenpiteen kustannuksiin. Kuntoutus on monitieteellinen ala, se nojaa toiminnassaan paitsi lääketieteelliseen, myös sosiaali-, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteelliseen tietämykseen. Vaikka jälkimmäisiin tieteenaloihin liittyvää tietoa pystytään harvoin todentamaan luonnontieteellisin koeasetelmin, on myös niihin kuuluvien interventioden vaikuttavuus tärkeää niin kuntoutujan kuin yhteiskunnan kannalta. Arkivaikuttavuuden lääketieteen viitekehystä tulisi myös hyödyntää terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta ja tasa-arvoisuutta edistettäessä. (Malmivaara & Pohjolainen 2015.)

Silvennoinen-Nuora (2010) totesi omassa tutkimuksessaan, että vaikuttavuuden arvioinnin merkitys kasvaa terveydenhuollon niukkenevien resurssien vuoksi. Kaikille potilaille pitäisi olla tarjolla saman tasoista hoitoa ja kuntoutusta asuinpaikasta huolimatta. Vaikuttavuuden arviointia ei pitäisi tehdä pelkästään pääasiallisesta toimenpiteestä, esimerkiksi leikkauksesta, vaan myös hoitoketjun muista toiminnoista pitäisi arvioida tavoitteisiin pääsemistä sekä niiden vaikutuksista potilaan toimintakykyyn ja arjessa selviämiseen. Suositeltavaa on kirjata esiin terveydenhuollon vaikuttavuuden arvioinnissa tavoitteet, mitä ja minkä tasoista vaikuttavuutta eri hoito- tai kuntoutustoiminnoilla tavoitellaan. Mittareiden avulla pitää pystyä osoittamaan saavutettiin tavoitteet sekä myös analysoimaan, minkä asteiset tavoitteet saavutettiin ja mitkä asiat edistivät, estivät tai vaikeuttivat tavoitteiden saavuttamista. Jokainen potilastapaus voitaisiin näin arvioida yksilöllisemmin. (Silvennoinen-Nuora 2010, 321–322.)

Lymfaterapian vaikuttavuutta voidaan arvioida potilaan toiminta- ja työkyvyn mittaamisella. Sen arvioiminen on monitahoista. Turvonnut raaja voi vaikuttaa potilaan toimintakyvyn useisiin osa-alueisiin. Nämä voidaan ryhmitellä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisten luokituksen mukaan kolmeen pääkohteeseen: ruumiin

ja kehon toiminnot ja rakenteet; suoritukset; osallistuminen. Kun yhteen osa-alueeseen ja sen tiettyyn toimintaan vaikutetaan interventiolla, saattaa vaikutuksia tulla myös muihin osa-alueisiin. Vaikutukset ovat spesifisiä ja kaksisuuntaisia, mutta eivät kuitenkaan aina ennustettavia. Toimintakykyyn vaikuttavat myös yksilöön ja ympäristöön liittyvät tekijät. Potilaan toimintakykyä arvioitaessa tietoa tarvitaan kaikilta osa-alueilta luotettavilla mittareilla. Potilaan toimintakykyä kartoitetaan terveyden kansainvälisen ICF-luokituksen (ICF=International Classification of Functioning, Disability and Health) mukaan. Fysioterapialla pyritään vaikuttamaan kehon toimintojen ja rakenteiden lisäksi suoritukseen ja osallistumiseen liittyviin tekijöihin. Tällöin tulee sairauden oireiden lisäksi kartoitettua potilaan selviäminen arjessa ja työssä. Yläraajan turvotuksen vähentämisen mittaaminen ja vertaaminen terveeseen raajaan toteutuu eri mittareita hyödyntäen. Yleisemmin käytetty on mittanauha ja volumetri. Tutkimuskäyttöön soveltuvat luotettavat ja tarkat kuvantamismittarit kuten tietokonetomografia ja magneettitutkimus. Mikäli halutaan tehdä luotettavaa yläraajan turvotuksen arviointia, se edellyttää alkumittauksen tekemistä jo ennen leikkausta, jolloin tiedetään lähtökohtainen puoliero. Elämänlaatumittarit soveltuvat arvioimaan lymfaturvotuksen aiheuttamia muutoksia koetussa elämänlaadussa. (Anttila ym. 2007, 22–24.)

Lymfaterapian vaikuttavuuden arviointi on koettu haastavana, eri ammattilaisetkin ovat eri mieltä lymfaterapiasta saadusta hyödystä. Rintasyövän vuonna 2002 laaditussa Käypä hoito- suosituksessa todettiin, että lymfaturvotuksen hoitoon voidaan käyttää lymfaterapiaa, suositus ei kuitenkaan sisältänyt tarkempia ohjeita lymfaterapia toimintatavoista. Nyt käytössä oleva Rintasyöpäryhmän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2015 (päivitys tehty 7.11.2016) ei ota ollenkaan kantaa lymfaturvotuksen hoitoon. (Anttila ym. 2007, 24; Suomen Rintasyöpäryhmä ry.)

Uskomushoidoilla tarkoitetaan sellaisia hoitomuotoja, joilla ei ole laaja-alaisesti tunnistettua lääketieteellistä asemaa. Ne voivat olla täydentäviä tai vaihtoehtoisia hoitoja eri näkökulmista arvioiden. Hoitomuotoja yhdistää se, että hoitojen teho ei ole tieteellisesti osoitettu. Lääkäriliiton tekemän kartoituksen mukaan lääkäreiden asenteet uskomushoitoja kohtaan ovat koventuneet ja nuoret lääkärit ovat jonkin verran kriittisempiä. Asenteita myös lymfaterapiaan kartoitettiin samassa kyselyssä. Lymfaterapiaan lääkärit suhtautuivat suopeammin kuin henkiparannukseen ja homeopatiaan. Yli viidennes lääkäreistä oli valmis myös harkitsemaan laajempaa käyttöä ja kaksi kolmesta hyväksyi lymfaterapian käytön, mikäli potilas koki siitä apua saavansa. Pieni osa (5/99) piti sitä sairaiden ihmisten pettämisenä. (Ruskoaho & Vuorenkoski, 2016, 2446–2447.)

Kuntoutustarvetta määrittävät myös organisaatiossa laaditut ohjeistukset. TYKS erityisvastuualueen johtajaylilääkärin asettama työryhmä on päivittänyt kuntoutusohjeet koko Läntisen alueen käyttöön. Kuntoutustarve jaetaan kolmeen tasoon: välttämätön, tarpeellinen ja hyödyllinen, eri tasot kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Kuntoutustarpeen arvioinnin tasot.

| Välttämättömät kuntoutuksen tunnusmerkit:  | Tarpeelliset kuntoutuksen tunnusmerkit:   | Muu kuntoutus voi olla hyödyllistä, jos kuntoutuja kokee siitä hyötyä  |
|--|---|--|
| Ilman välttämätöntä kuntoutusta kuntoutuja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• joutuu mahdolliseen välittömään tai välilliseen hengenvaaraan</li> <li>• on merkittävässä vaarassa jäädä vaikeasti vajaakykyiseksi ja apua tarvitseväksi</li> <li>• on merkittävässä riskissä jäädä kärsimään suuresti elämänlaatua heikentävästä ongelmasta, esim. krooninen kipu</li> </ul> | Kuntoutuksen avulla voidaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• selvästi parantaa kuntoutujan oma-toimisuutta, itsenäistä selviytymistä ja työkykyä (= edistävä kuntoutus)</li> <li>• estää tai merkittävästi hidastaa kuntoutujan toimintakyvyn heikkenemistä (=ylläpitävä kuntoutus)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merkittävin ero tarpeelliseen kuntoutukseen on, ettei hyödyllinen kuntoutus oleellisesti edistä toimintaja työkykyä, eikä estä tai hidasta toimintakyvyn heikkenemistä.</li> <li>• Muu hyödyllinen kuntoutus jää pääosin kuntoutujan itsensä maksettavaksi</li> <li>• SV3F-lähete on mahdollinen</li> </ul> |

Rajanveto hyödyllisen ja tarpeellisen kuntoutuksen välillä on keskeinen. Näkökulma asiaan on usein subjektiivinen niin potilaalla, terapeutilla kuin lääkärikin. Hyödyllisen tason kuntoutus voi olla kuntoutujan kannalta negatiivinen, kun toimintakyvyn tason kehitys on pysähtynyt ja kuntoutuja/potilas (tai terapeutti) on kehittännyt riippuvuuden. Tällöin voi käydä niin, ettei kuntoutuja ota riittävää vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa korostetaan ajoittain mielialaan kohdistuvia positiivisia vaikutuksia. Useasti näin onkin, mutta mielenterveyttä ei ole perusteltua hoitaa näistä lähtökohdista, vaan potilas tulee ohjata asianmukaiseen hoitoon, jolloin terapiat määritellään asianomaisesta lähtökohdasta. Kuntoutuksen tarvetta pitää arvioida objektiivisesti ja käytössä pitäisi olla yhtenäiset mittarit. (Tenovuo ym. 2016.)

## 4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

### 4.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli tuottaa ajankohtaista, kokemuksellista käytännön tietoa Satakunnassa toimivilta perusterveydenhuollon eri ammattilaisilta, jotka osallistuvat lymfaturvotuspotilaan hoito- ja kuntoutustoimintaan.

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa perusterveydenhuollon nykyisiä lymfaturvotuspotilaan hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä sekä tunnistaa moniammatillisen yhteistyön kehittämistarvetta. Tätä tietoa hyödynnetään lymfaturvotuspotilaan hoitoketjua kehitettäessä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten lymfaturvotuspotilaan hoitoketju toteutuu perusterveydenhuollossa?
2. Miten erikoissairaanhoidossa pitäisi kehittää lymfaturvotuspotilaan hoitokäytäntöjä?
3. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu lymfaturvotuspotilaan hoitoketjussa?

### 4.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto kerättiin Satakunnan perusterveydenhuollossa toimivilta lääkinnällisen kuntoutuksen eri ammattilaisilta. Haastattelut toteutuivat ryhmähaastatteluina ja ryhmän kokoonpano vaihteli eri yksiköissä. Suurinta ammattiryhmää edustivat fysioterapeutit, joita oli yhteensä 15. Osa fysioterapeuteista toimi myös yksikön esimiehenä tai vastuutehtävissä. Haastatteluihin osallistui kolme lymfaterapeuttia, jotka toimivat kahdessa yksikössä. Kahdessa haastattelussa oli mukana kun-

toutuksesta vastaava lääkäri. Lisäksi haastatteluissa oli mukana toimintaterapeutti, kaksi kuntoutusohjaajaa sekä kaksi opiskelijaa, joista toinen fysioterapian ja toinen kuntoutusohjauksen alueelta. Ryhmän koot vaihtelivat osallistujien mukaan 1-6 ammattilaiseen. Satakunnassa on seitsemän perusterveydenhuollon yksikköä, joille kaikille tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen ja kuudessa yksikössä haastattelu toteutui.

#### 4.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä oli haastattelu, joka toteutui ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelu oli käyttökelpoinen menetelmänä tässä opinnäytetyössä, koska sen lähtökohtana on mahdollistaa vuorovaikutus ja keskustelun aikaansaaminen haastateltavien kesken. Ryhmähaastattelun avulla on mahdollista selvittää haastateltavien yhteinen kanta tutkittavana olevaan asiaan ja sen avulla saadaan nopeammin tietoa usealta vastaajalta. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 223–224; Hirsjärvi & Hurme 2011.)

Haastattelu on yleinen aineistonkeruumenetelmä monilla eri aloilla. Tutkimushaastattelu toimii tärkeänä osana tiedon tuottamisen prosessia. Tutkimushaastatteluja on useita eri lajeja. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on niistä tunnetuimpia. Siinä edetään keskeisten ja etukäteen määriteltujen teemojen varassa. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 9-11.) Tässä tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua, teemat nousivat tutkimuksen teoriataustasta sekä yhteistyöverkoston esille ottamien asioiden mukaan.

Teemahaastattelua käytettäessä suunnitteluvaiheen tärkeimpiä tehtäviä on haastattelu-teemojen suunnittelu. Teemahaastattelussa aihepiiri määritellään etukäteen. Haastattelurunkona ei käytetä yksityiskohtaista kysymysluetteloa, vaan teema-alueuuttelo. Teema-alueet edustavat tutkittavan asian teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja aläksitteitä. Ne ovat yksityiskohtaisempia kuin tutkimusongelmat. Teema-alueuuttelo toimii haastattelutilanteessa haastattelijan muistilistana ja ohjaa keskustelun kulkua. Haastattelutilanteessa teema-alueet tarkennetaan kysymyksillä ja tarkentajana voi toimia myös haastattelijan lisäksi tutkittava. Teema-alueiden pohjalta keskustelua voidaan syventää niin pitkälle kuin tutkimusintressit mahdollistavat ja haastateltavien edellytykset ja kiinnostus sallivat. Avoin tulkinta antaa haastattelijalle mahdollisuuden tehdä yksilöllisiä tulkintoja, mutta haastattelijan ei pidä persoonallaan vaikuttaa haastateltavien vastauksiin. (Eskola & Suoranta 2005, 225; Hirsjärvi & Hurme 2011, 65–67.) Tässä

tutkimuksessa teema-alueet määriteltiin tutkimustehtävien mukaan. Teemahaastattelurungon laadin itsenäisesti. Testasin haastattelurungon toimivuutta asian tuntevalla sairaanhoitopiirin sairaanhoitajalla ja fysioterapeutilla. Haastattelutilanteessa otettiin esiin konkreettisia asioita kysymysten muodossa, jolloin haastateltavat osasivat arvioida käytäntöjä oman yksikön toiminnan kannalta. Eri yksiköissä teema-alueiden painotukset vaihtelivat ja keskustelut etenivät erilaisesti. Haastattelijana pyrin edistämään avoimuutta ja antamaan kaikille mahdollisuuden tulla kuulluksi.

Soveltavan tutkimuksen kohderyhmän valinnassa on otettava huomioon, mikä on tutkimuksen sisältö, mitä halutaan tietää. On mielekästä valita haastateltavat tutkittavan asiaa koskevan asiantuntijuuden perusteella. Haastateltavien määrä on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta. Teemahaastattelussa haastateltavien määrä voi olla melko pieni. (Metsämuuronen 2006, 115; Hirsjärvi & Hurme 2011, 58; Vilkkä 2015, 135–136.) Tässä tutkimuksessa haastateltavien määrä vaihteli. Yhdessä yksikössä haastatteluun osallistui vain yksi edustaja, joka oli yksikön vastaava fysioterapeutti ja eniten kokemusta lymfaturvotuspotilaista. Muissa yksiköissä haastatteluihin osallistui 3-6 ammattilaisista. Asiantuntijuutta oli ryhmissä paljon ja se edisti haastattelujen onnistumista.

Haastattelua ohjaavat eettiset ohjeistukset. Haastattelussa on huomioitava haastateltavan oikeudet. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimus voidaan aina keskeyttää. Haastateltaville pitää antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta. Haastattelun nauhoittamisesta on informoitava ennen tutkimukseen osallistumista. Tutkimukseen osallistuvan anonymiteetti on turvattava ja tutkittavalle on kerrottava, miten tutkimusaineistoa käytetään ja missä se säilytetään. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 101–102; Kuula 2011, 106–109.) Informoin haastatteluihin osallistuvia ammattilaisia vapaaehtoisuudesta sekä haastattelujen nauhoituksesta erikseen laaditulla tutkimuksen saatekirjeellä, joka toimitettiin yksikköihin etukäteen. Tietoisen suostumuslomakkeen haastateltavat allekirjoittivat ennen haastattelun toteuttamista. Haastattelunauhoitteet ja suostumuslomakkeet säilytettiin työhuoneeni lukollisessa kaapissa projektin ajan. Projektin päättyessä ne hävitettiin. Teemahaastattelurunko ja tutkimuksen saatekirje haastateltavalle on kuvattu liitteessä 1.

#### 4.4 Tutkimuksen toteutus

Toukokuussa 2017 tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ja tutkimuksen toimeksiantosopimus allekirjoitettiin. Informoin sähköpostilla Satakunnan perusterveydenhuollon yksiköiden (7) esimiehiä ja tiedustelin heidän halua osallistua kehittämisprojektiin. Tutkimustiedote (liite 2) toimitettiin sähköpostin liitteenä. Kaikkiin yksikköihin laadin oman tutkimuslupahakemuksen. Tutkimuslupakäytännöt olivat vaihtelevia eri yksiköissä. Tutkimuslupien eteneminen vei aikaa, koska kesäaikaan päätöksen tekijät ja asiapapereiden allekirjoittajat olivat vuosilomalla. Myöntävän vastauksen tutkimuslupaani sain jokaisesta yksiköstä.

Teemahaastattelut toteutuivat perusterveydenhuollon yksiköissä aikavälillä 08/2017–01/2018. Haastattelujen aikataulun sopiminen osoittautui haastavaksi. Usean ammattilaisen aikataulujen yhteensovittaminen vaati järjestelyjä. Osassa yksiköitä palaveri järjestettiin kuntoutustyöryhmän kokoontumisen yhteyteen, jolloin kaikki asianosaiset olivat jo valmiina paikalla. Teemahaastatteluja toteutui yhteensä kuusi kappaletta, Porin Perusturvakeskuksessa, Rauman pääterveysasemalla, Huittisten terveyskeskuksessa, Euran sote-keskuksessa, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä ja Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymässä.

#### 4.5 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimuksen aineiston analysointitapaa pitää jo miettiä aineistoa kerätessä. Laadullisen aineiston analyysissä on useita tapoja edetä, standardoituja tekniikoita on vähän. Laadullisen aineiston analyysissä on kysymys aineiston järjestämisestä sellaiseen muotoon, että sitä on mahdollista eritellä vastausten etsimiseksi tutkimusongelmiin. Sisällönanalyysiä voi tehdä muun muassa teemoittelemalla, luokittelemalla ja tyypittelemällä. (Eskola & Suoranta 2005, 225; Hirsjärvi & Hurme 2011, 136.)

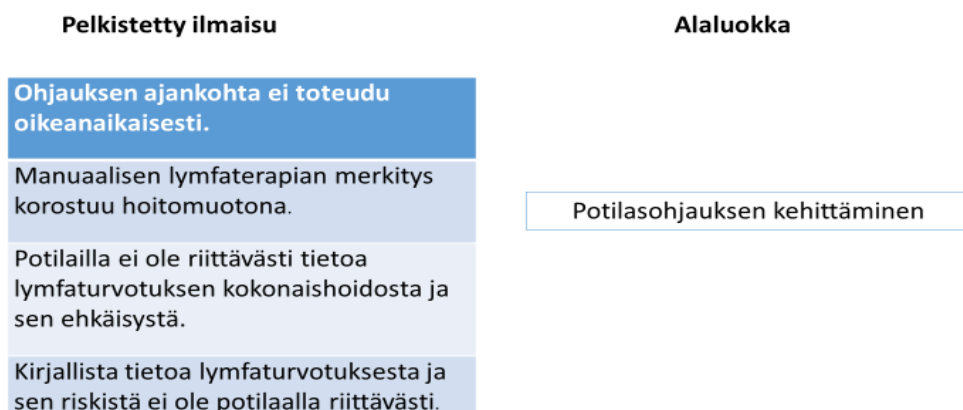
Tässä tutkimuksessa analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Alkuun haastattelut litteroitiin eli puhtaaksi kirjoitettiin sanasta sanaan. Haastatteluista tuli runsaasti kirjoitettua materiaalia. Litteroitu teksti käytiin läpi useita kertoja haastattelu kerrallaan. Tallennettu laadullinen tutkimus on tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sanasanaisesti eli litteroida (Hirsjärvi ym. 2009, 222). Tämän jälkeen alkuperäisilmaisut taulu-

koitiin teemahaastattelurungossa määriteltyjen teema-alueiden mukaan. Seuraavassa vaiheessa alkuperäisilmaisut pelkistettiin eli redusoiitiin sekä listatiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–124). Taulukossa 3 on kuvattu esimerkki pelkistämisestä.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä.

| Alkuperäisilmaisu  | Pelkistys   |
|--|---|
| Potilas ei aina halua sitä kuulla (ennaltaehkäisyohjeita), kun he on saanut asiaa setviä puoli vuotta, vuoden niin ehkä on vastaanottavaisempia. | Potilailla ei ole riittävästi tietoa lymfaturvotuksen ehkäisystä ja sen kokonaishoidosta. |
| Ehkä jos se olis kirjallisena se ohjelappu, niin siihen vois myöhemmin palata ja lukea, koska siinä menee ihan varmasti paljon asioita ohi.      | Kirjallista tietoa lymfaturvotuksesta ja sen riskistä ei ole potilaalla riittävästi.      |

Pelkistetyt ilmaisut listattiin allekkain. Samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset yhdistettiin omiksi ryhmiksi eli klusteroititiin. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmiteltiin näin alaluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–124.) Klusteroinnista eli aineiston ryhmittelystä on esitetty esimerkki kuvassa 4.



Kuva 4. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.

Näiden luokittelujen seurauksena aineistosta saatiin esille selkeät, konkreettiset kehittämistarpeet. Osa esille tulleista kehittämistarpeista oli jo tiedossa olevia, joihin haettiin vahvistusta tutkimuksen avulla. Lisäksi esille tuli uusia kehittämistarpeita ja näiden huomioiminen kehittämissuunnitelmassa oli merkityksellistä ja tärkeää.

Teemahaastattelulla kerätty aineisto soveltui hyvin analysoitavaksi sisällönanalyysillä. Teemoittelun avulla tarkasteltiin analyysivaiheessa sellaisia aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle haastateltavalle. Lisäksi esille tuli myös muita uusia teemoja. Analyysissä pyrittiin etsimään eroja ja yhtäläisyyksiä vastauksista sekä kiinnittää huomio myös poikkeustapauksiin. Tarkoituksena oli havaita puheen tarkoituksellisia ja ei-tarkoituksellisia merkityksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 155, 173.) Aineisto oli runsas, mutta haastateltavat toivat esiin pääosin samoja asioita, vaikka yksiköiden hoitokäytännöissä olikin eroja. Lymfaturvotuspotilaan kohtaamisessa koettiin olevan hyvin samankaltaisia haasteita paikkakunnasta riippumatta.

Sisällönanalyysin tavoitteena oli kuvata tutkimusmateriaali tiivistetyssä, pelkistetyssä ja yleisessä muodossa. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä tutkimusta tehtäessä tutkimuksen pääpaino on hankitussa aineistossa. Tällöin puhutaan induktiivisuudesta, joka tarkoittaa etenemistä yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107–110.) Tutkimustulokset esitettiin aineistonanalyysin kautta esille tulleiden kokonaisuuksien mukaan, vaikka ne eivät vastanneet suoraan tutkimuskysymyksiin. Kun tutkimustulokset yhdistettiin teoriaosuuteen, saatiin vastaukset myös tutkimuskysymyksiin ja konkreettiset ehdotukset hoitoketjun kehittämiseksi.

Analysoinnin aikana samanaikaisesti toteutui viimeinen ryhmähaastattelu. Selkeästi oli todettavissa, että haastattelun aineisto toisti jo itseään. Tällöin voidaan puhua saturatiosta eli kylläntymisestä, jolloin voidaan todeta, että aineistoa on jo riittävästi saatu tämän tutkimusongelman ratkaisemiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 99–100).

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Perusterveydenhuollon lymfaturvotuksen hoitokäytännöt

Tutkimukseen osallistui kuusi perusterveydenhuollon yksikköä Satakunnan alueelta. Lymfaturvotuksen hoitokäytännöt voitiin jakaa kahteen toimintamalliin. Toinen toimintamalli oli käytössä kahdessa yksikössä. Näissä yksiköissä koulutettu lymfaterapeutti toimi osana moniammatillista tiimiä. Lymfaterapeutti arvioi potilaan kuntoutustarvetta ja laatii suosituksen, joka käsitellään kuntoutustyöryhmässä. Potilaat ohjautuvat arvioon pääosin erikoissairaanhoidosta tulleen jatkohoitosuosituksen tai lääkärin lähetteen perusteella. Tarpeen mukaan lymfaterapeutti toteuttaa potilaalla manuaalisen lymfaterapia arviojakson. Lymfaterapeutin ammattitaitoa hyödynnetään myös kompressiotuotteiden mittauksessa ja valinnassa sekä potilaan ohjauksessa. Hoitokäytännöt ovat selkeät, niistä on laadittu palvelujen kuvaus. Tieto kulkee ongelmitta. Molemmissa yksiköissä koetaan nykyiset käytännöt hyväksi ja potilaiden hoito pohjautuu hoitosuosituksiin ja ovat yhdenvertaista.

”Kun saatiin koulutettu lymfaterapeutti, niin sen jälkeen se on ollu ihan hieno asia. Eihän tästä tulis mitään jossei meillä olis omia osajia.”

”Mä oon tietyl taval tyytyväinen, että meillä saatiin aikaseks se hoito kuvio. Siitä tehtiin sillon muutama vuosi sitten selvät sävelet. Se oli ennen kans vähä semmosta vapaata, et vähä tehtii millai tehtiin.”

Lopuissa neljässä tutkimukseen osallistuvassa yksikössä ei ollut omaa koulutettua lymfaterapeuttia osana kuntoutustiimiä. Yksityisesti toimiva palveluntuottaja toteuttaa lymfaterapian ja arvioi jatkokuntoutustarpeen sekä laatii jatkohoitosuosituksen kuntoutustyöryhmälle. He myös huolehtivat yleisesti kompressiotuotteen mittauksesta ja potilaan ohjauksesta. Osa kompressiotuotteista uusitaan terveystieteiden keskuksen fysioterapeutin toimesta ja varsinkin tukihihan mittaus koettiin haastavana. Kahdessa yksikössä erikoissairaanhoidosta tullut jatkohoitosuositus käsitellään kuntoutustyöryhmässä.

Kaksi tutkimukseen osallistuvista yksiköistä olivat suhteellisen pieniä ja heillä lymfaturvotuspotilaat olivat harvinaisia. Hoitokäytännöt kuvattiin vaihteleviksi, jopa sattumanvaraisiksi. Potilastiedot eivät aina kulje asianmukaisesti ja potilaan hoito saattaa viivästyä.

Uusimmat lymfaturvotuksen hoitokäytännöt koettiin vieraisiksi ja sen vuoksi potilaan ohjauskin voi olla haastavaa. Erikoissairaanhoidossa laadittu lymfaturvotuspotilaan jatko-hoitosuositus arkistoidaan potilaspapereihin. Jos potilas tarvitsee uuden manuaalisen lymfaterapiajakson, potilas ohjataan aina lääkärin vastaanotolle, jossa sitten laaditaan suositus kuntoutustyöryhmälle. Lymfaturvotuksen hoitokäytäntöihin toivottiin yksikössä muutosta, toiminnan selkeyttämistä ja yhdenmukaistamista muiden hoitavien yksiköiden kanssa.

” Ihan satunnaisesti joskus joku tulee turvonneen käden kanssa, ite ottaa yleensä yhtettä ja sitä kautta sitte.”

” Kun kuntoutustyöryhmä on päättänyt lymfaterapiasta, niin ne suositukset tulee aika pitkälti sieltä lymfaterapian tuottajalta sitte sen kompressiotuotteen uusimisesta. Hihoja meil mittaa fysioterapeutit. Sukkia mittaa kaikki mutta hihoja on mitannu harvempi täällä.”

## 5.2 Hoitoketjun pohjautuminen näyttöön perustuvaan tietoon

Tutkimukseen osallistuvat ammattilaiset toivoivat, että lymfaturvotuspotilaan hoito olisi yhdenvertaista koko Satakunnan alueella ja se pohjautuisi näyttöön perustuvaan tietoon. Nykyiset käytännöt eivät sitä mahdollista, hoitokäytännöt vaihtelevat huomattavasti eri yksiköissä. Varsinkin manuaalisen lymfaterapian käytössä eri kunnissa on suuria eroja.

Haastatteluissa ilmeni, että manuaalisen lymfaterapian merkitys korostuu lymfaturvotuksen hoitomuotona potilaiden osalta. Potilaat kokevat lymfaterapian oleellisena turvotuksen hoitomuotona ja toivovat siihen jatkoa, mutta heidän kokemus on yleisesti subjektiivinen. Uuden terapiajakson tarpeen arvioiminen objektiivisesti koettiin vaikeana, jos omassa yksikössä ei ollut käytössä koulutettua lymfaterapeuttia. Monille lääkäreillekin nykyiset lymfaterapiakäytännöt ovat vieraita ja sen seurauksena potilaiden hoitaminen on vaihtelevaa. Potilaat vertailevat hoitokäytäntöjä keskenään ja epätietoisuus lisääntyy, kun hoitokäytännöt ovat vaihtelevia eri kuntien alueella. Jatkossa toivotaan kehitettäväksi selkeät ohjeistukset, joiden perustella voidaan määrittää, missä tapauksessa potilaalle on perusteltua myöntää uusi lymfaterapiajakso. Terapiaa myönnetään aina, yksilöllisesti, harkinnanvaraisesti ja perustellusti todettujen mittaustulosten mukaan.

”Manuaalinen lymfaterapia, niin kyllä kaikki ne vaan sitä pyytää tai puhuu.”

”Et kun on turvotus ja annetaan lymfa, niin sit tavallaan ihmiselle jää sellanen mielikuva että tää on se hoitomuoto tähän ja sitä mä pyydän sitä myöskin, kun mä tuun tänne perusterveydenhuoltoon. Sehän tavallaan jää jo sieltä.”

Haastatteluissa ilmeni, että myöskään erikoissairaanhoidossa eivät nykyiset lymfaturvotuksen hoitosuositukset toteudu. Lymfaturvotus todetaan useasti kontrollikäynnin yhteydessä. Potilaalle annetaan perusohjaus lymfaturvotuksen hoidosta joko vastaanotolla tai puhelimitse. Yleisesti potilaalle myönnetään alkuun lymfaterapiaan hoitajakso, joka toteutuu palveluntuottajalla. Koettiin, että potilas ei saa riittävästi tietoa lymfaterapian kokonaisuudesta ja kroonisesta luonteesta. Haastateltavien mukaan potilaat yleisesti ajattelivat, että manuaalisen lymfaterapiajakson avulla voidaan turvotusoire saada kokonaan paranemaan. Motivoituminen kompressiotuotteen käyttöön ja aktiiviseen itsehoitoon saattaa vaikeutua, kun potilaalla ei ole riittävästi tietoa asiasta. Tämä saattaa heijastua potilaan hoitomotivaatioon pitkäaikaisesti. Haastatteluissa korostettiin myös syöpäpotilaiden tiedon lisäämistä lymfaturvotuksen riskistä ja ennaltaehkäisy mahdollisuuksista jo aktiivisten syöpähoitojen aikana, mutta tiedostettiin myös, että syöpähoitojen aikana potilaan vastaanottokyky uusien asioiden suhteen on alentunut. Toivottiin laadittavaksi kirjallinen ohje, jossa käydään läpi lymfaturvotuksen nykyiset hoitokäytännöt ja itsehoito-ohjeet. Potilaalla olisi mahdollisuus perehtyä asiaa niin halutessaan, kun on toipunut hoidosta riittävästi. Lisäksi toivottiin, että sairaanhoitopiiristä ohjeistetaan paremmin niitä palveluntuottajia, jotka toteuttavat lymfaterapiaa. Palveluntuottajien toiminta koettiin vaihtelevaksi. Kokonaisvaltainen lymfaterapia ei aina toteudu haastateltavien mukaan asianmukaisesti, selkeämpiä tietoja esim. sidosten käytöstä, raajan mittauksista sekä hoidon vaikuttavuudesta toivottiin. Lisäksi suositeltiin, että terapiajakso toteutuisi suositusten mukaan kuuriluonteisesti.

”Toivoisin et erikoissairaanhoido noudattais omia suosituksiaan.”

”Se maksarin antajan ohjeistus siitä toteutuksesta pitäisi olla selkeästi tarkempi, jotta se toimis käytännössä.”

”Ja itsehoito on tietty tärkeä, koska sitä tarvis kyllä heti painottaa. Ja kyl se myös toimii niinku ennaltaehkäisevänäkin.”

Tiedon kulku on turvattava yli organisaatorajan sekä myös omassa organisaatiossa. Haastattelujen perusteella molemmissa oli ongelmia ajoittain. Todettiin, että lääkärin osuutta lymfaturvotuksen toteamisesta erikoissairaanhoidossa ei ole aina asianmukaisesti kirjattu potilaan sairauskertomukseen. Jatkohoitojärjestelyjen tekeminen perusterveydenhuollossa on tällöin vaikeampaa, koska tiedot ovat puutteellisia. Perusterveydenhuollon fysioterapeutit käyttävät yleisesti ns. Effector-sovellusta potilaan asioita käsitellessään. Sieltä saattaa puuttua oleellisia potilastietoja, joita esim. suosituksia tehtäessä tarvitaan. Toivottiin, että kehittämistyön osana myös tiedon kulkuun panostetaan.

”Et jossain on jotakin kirjoitettu, epikriisissä tai jossakin muussa lomakkeessa erikoissairaanhoidosta, niin se helpottaa ja säästää työtä.”

”Tukihihan mittauksen tiedot tulee palveluntuottajalta ja tehdään suositus apuvälinekeskukselle niin potilaan tietoja syöpäsairaudesta ei ole omassa tiedostoissa.”

Jokaisessa lymfaturvotuspotilaita hoitavassa perusterveydenhuollon yksikössä toivottiin, että Satakunnan sairaanhoitopiirissä laadittaisiin sähköisesti jaettava ohjeistus, miten syöpäpotilaan lymfaturvotuksen hoitoketju etenee ja käytännöllisiä selkeitä ohjeita, miten potilasta tulisi hoitaa eri vaiheissa. Hoitoketjun tulee pohjautua näyttöön perustuvaan tietoon. Ohjeistuksessa tulee ottaa kantaa manuaalisen lymfaterapian ja kompressiotuotteiden saatavuuskriteereihin ja perustelut tulee olla kirjattu selkeästi. Tällöin ammattilaiset voi hyödyntää niitä tarvittaessa, tehdä hoitopäätöksen ja potilaan informoiminen hoitopäätöksestä on helpompaa.

”Linkki mistä lääkäri voi tarkistaa suositukset, nii kuin taustatukea päätöksiin.”

”Selvät kriteerit ja perustelut ja miten vaikuttavuus arvioidaan. Ja sitte kun ne (ohjeet) vielä jostain löytää. Eihän ne sillai pysy kenenkään mieles.”

### 5.3 Ammattilaisten tiedon tarve

Haastatteluun osallistujat kokivat tarvitsevansa tietoa lymfaturvotuksen hoitokäytännöistä ja potilaan ohjauksesta. Toivottiin järjestettäväksi alueellisia koulutuksia. Lisäksi

yhteistyöverkostojen kehittäminen parantaisi yhtenäisyyttä perusterveydenhuollon hoitokäytännöissä. Yhteistyöverkostossa voisi olla edustaja jokaisesta lymfaturvotuspotilaita hoitavasta yksiköstä, joka osallistuisi palavereihin. Edustaja veisi tietoa omaan yksikkönsä ja kehittäisi toimintaa paikallisesti. Potilaiden saama hoito yhdenmukaisuisi maakunnan alueella.

”Alueellisen koulutuksen keskussairaalas, Ihan varmasti olis tarpeellinen. - Tämmöst niinku vertaistukea ja kuulumista.”

”Et vois olla meilleki ihan hyvä saada infoo niistä. Kun on esimerkiksi vastuuhenkilöitä, et esimerkiksi kun meillä on AVH-vastaava, niin vois olla niinku tällöinen lymfapuolen vastaava.”

Haastateltavien mukaan kompressiotuotteiden käyttö on lisääntynyt syöpäpotilaiden lymfaturvotukseen ja se koetaan hyvänä. Osittain sen uskotaan johtuvan manuaalisen lymfaterapian saatavuuskriteerien tiukentumisesta, jos potilas ei käytä kompressiotuotetta, tukihiaa tai -sukkaa, lymfaterapiaa ei voida lisää myöntää. Kuitenkin tukihihan mittaaminen koetaan hankalana, tukisukan mittaaminen koetaan helpommaksi, koska sitä mitataan huomattavasti enemmän myös muiden sairauksien seurauksena. Uusimmissa lymfaturvotuksen hoito-ohjeissa korostetaan tehokasta kompressiohoitoa ja kuitenkin monille ammattilaisillekin kolmoispuristusluokan tukihia on täysin vieras. Osaamista tarvitaan lisää, jotta voidaan hoitoa toteuttaa asianmukaisesti sekä motivoida ja ohjata potilasta oikein. Tukihihan mittaamiseen toivotaan koulutusta, työpajatyypistä, käytännön harjoittelua. Lisäksi toivotaan tietoa uusista materiaaleista ja kompression säätelystä päällekkäisillä sidoksilla.

”Se on aika haastavaa joskus. (Hihan mittaaminen)- Juu, jos sitä tekee ihan tosiharvoin, niin se on vaikea saada sitte sitä mittaa ihan kohdalleen.”

”Kolmoispuristusluokan hiaa en oo kenellekään mitannu, mut mä aattelin et siinä vois tulla sit jo kyllä sitä vastustustakin enemmän”

Käytössä olevien kompressiotuotteiden kilpailutus toteutuu alueellisen apuvälinekeskuksen kautta. Hankintaprosessi hoidetaan keskitetysti VSSHP:n hankintatoimistossa. Haastateltavien mukaan päivitystä käytössä oleviin kompressiotuotteisiin tarvitaan. Ammattilaisten mukaan parempia tuotteita on kehitetty lymfaturvotuspotilaiden hoitoon, mutta kilpailutuksen vuoksi niitä ei ole mahdollista käyttää.

”Kilpailutuksen vaikutuksesta myöskään ne tuotteet (kompressiotuotteet) eivät ole potilaalle optimaalisia”

”Sit niis hihoissakin on eroo, siis niitten... Tää on kurja sanoo, mut suomalainen tuote ei ole hyvä. Siinä ei vaan se kompressio riitä.”

Lymfaterapiaan kuuluvan raajasidonnan koetaan ammattilaisten osalta ristiriitaisena hoitomuotona. Osa haastateltavista kokee sen kiinteänä osana hoitoa ja parantavan tilattavan kompressiotuotteen istuvuutta. Raajasidonta voi helpottaa kipua ja raskauden tuntua raajassa. Heidän mukaansa potilaan tai omaisen voi opettaa sitomaan raajan tarkoituksenmukaisesti. Osa ammattilaisista kokee raajasidonnan hankalana ja potilaiden motivoiminen sidonnan käyttöön on vaikeaa. Myös tämän hoitomuodon suhteen toivotaan koulutusta. Lääkinnällisen kuntoutuksen ammattilaisten lisäksi koulutusta voidaan suositella kotipalvelun henkilökunnalle, jotka omalta osaltaan toteuttavat sidontaa ja kannustavat potilasta.

”Kotihoitoon koulutusta, esimerkiksi se joka käy siellä sitomassa joka päivä tai joka aamu ja sitten tota niin kauan hoidetaan sidoksilla, että siihen voidaan sitten tukihaha pukea päälle.”

”Käsiä ei ole sidottu, käytännössä se on erittäin hankalaa.”

#### 5.4 Potilasohjauksen kehittäminen

Potilaiden ohjausta lymfaturvotuksesta tulee selkeästi kehittää haastattelujen perusteella. Potilailla ei koeta olevan riittävästi tietoa lymfaturvotuksen kokonaishoidosta eikä sen ehkäisystä. Haastateltavien mukaan potilaita pitäisi informoida lymfaturvotuksesta oikeanaikaisesti, mutta oikean ajankohdan löytäminen tunnistetaan haastavaksi. Syöpään sairastuminen on potilaalle raskas prosessi, potilaalle tulee jatkuvaa informaatiota eri syöpähoidoista, etuuksista ym. käytännön järjestelyistä. Vastaanottokyky on alentunut ja lymfaturvotuksen riski koetaan siinä vaiheessa vähäiseksi vaivaksi. Kun lymfaturvotusta ilmaantuu ja potilas vähitellen ymmärtää, että sairaus on krooninen ja oiretta olisi voinut ehkäistä mahdollisesti tehostamalla itsehoitoa ja pyrkimällä painonhallintaan, potilas kokee helposti olevansa petetty, koska ei koe saaneensa riittävästi tietoa ja ohjausta. Haastateltavat toivovat, että kaikille potilaille, joille on riski kehittyä lym-

faturvotus, suullisen ohjauksen lisäksi, jaetaan kirjallinen ohje ja tarpeen mukaan asiaa käydään läpi uudelleen esim. kontrollikäynnin yhteydessä.

”Ensiteton jakamisesta, että koitetaanko sitä ensitietoa jakaa niinku useamman kerran, että jos ensimmäisellä kerralla on vielä aika kaoottinen olotila sillä ihmisellä.”

”Kirjallinen materiaali on hyvä kun siihen voi palata.”

Haastateltavat ottivat esiin lymfaturvotuspotilaan kokonaisvaltaisen huomioimisen ohjaustilanteessa. Lymfaturvotus aiheuttaa fyysisen toimintakyvyn rajoitteiden lisäksi elämänlaadun heikkenemistä ja psyykkistä kuormitusta. Turvonnut raaja muistuttaa syöpäsairaudesta ja saattaa tuoda esiin pelon sairauden uusimisesta. Raaja on raskas, mahdollisesti kivulias, kiristävä, jotkut kokevat siitä häpeää ja kompressiotuotteen käyttö koetaan sen vuoksi hankalana. Kehon kuvaan tulee muutosta, kompressiotuotteet koetaan rumina ja sopivien, hyvin istuvien vaatteiden löytyminen vaikeutuu. Varsinkin lymfaturvotuksen toteamisen jälkeen, oireiden ilmaantumisen alkuvaiheessa tuen tarve on lisääntynyt. Potilas tarvitsee rinnalla kulkijaa, tukea ja tietoa, jotta sopeutumisprosessi voisi edetä. Potilaat ovat myös yksilöllisiä, tuen tarve vaihtelee.

”Et voisko saada (potilaalle) jotain pientä niinku rinnalla kulkemista edes hetkeks aikaa”

”On siin se psykologinen puoli, et tavallas sä toivot siitä syövästä ja vähän niinku unoh-tuiski se asia, mut se käsi on mikä muistuttaa siinä sit koko aika.”

Haastateltavien mukaan potilaan hyötyisivät mahdollisuudesta osallistua lymfaturvotuspotilaille tarkoitettuun ryhmätoimintaan. Heidän mukaansa ryhmä olisi hyvä järjestää sairaanhoitopiirin toimesta ja uskovat, että potilaat olisivat halukkaita osallistumaan toimintaan koko maakunnan alueelta. Ryhmän avulla potilas voisi saada uusia näkökulmia sairauteensa, motivaatiota itsehoitoon. Käytännön kokemusten jakaminen voi auttaa potilasta sopeutumaan krooniseen sairauteen ja vertaistuki antaa tukea fyysisesti ja psyykkisesti.

”Tosi hyvänä sillä lailla, että siinä tulis sitä vertaistukea, että tää oikeesti kannattaa näin tätä kompressiotuotetta käyttää, niin tota se on tehokasta.”

”Ja ehkä se vielä, että semmosessa elämäntilanteessa oleva toinen ymmärtää vielä paremmin sitten kuin toinen.”

## 6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA YHTEENVETO

Tutkimus toteutettiin perusterveydenhuollon yksiköihin, jossa haastateltiin lääkinnällisen kuntoutuksen ammattilaisia. Haastateltavien valinnan perustana oli hyödyntää perusterveydenhuollon laajaa osaamista ja kokemusta lymfaturvotuksen hoidossa. Hoitoketjua laadittaessa erikoissairaanhoidon ammattilaisen osuus yleisesti korostuu työryhmissä, jotka käytäntöjä kehittävät. Tämän ovat todenneet Ketola ym. (2006) laatiesaan opasta hoitoketjujen ja -polkujen kehittämiseen. Vaikka moniammatillisuutta pitäisi huomioida, niin kuitenkin perusterveydenhuollon toimijat ovat harvemmin mukana suunnittelussa. Erityisesti hoitoketjun solmukohtien käytäntöjä suunniteltaessa, jossa potilas siirtyy toimijalta toiselle yli organisaatorajojen, pitää suunnittelutyö toteuttaa yhteistyöllä.

Perusterveydenhuollossa toivottiin, että lymfaturvotuksen hoidosta laadittaisiin Satakunnan sairaanhoitopiirin toimesta sähköisesti jaettava hoitoketjukuvaus. Hoitoketju on hoidon hallinnan strategia, joka edistää virallista moniammatillista tiimityötä ja ammatillista keskustelua kullekin ammattilaiselle kuuluvasta roolista, vastuista ja tehtävistä. Ammatillaiset saavat käytännöllisiä, selkeitä ohjeita, miten toimia eri tilanteissa. Hoitoketjussa kuvataan se prosessi, joka alkaa potilaan palveluntarpeesta. Hoitoketjun tarkoituksena on varmistaa, että potilas saa hyvää hoitoa järjestelmällisesti oikeanaikaisesti. Hoitoketju pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon ja sitä päivitetään tarvittaessa. (JBI-suositus 2010; Nordback ym. 2010, 1550.)

Tutkimuksessa haluttiin selvittää, miten lymfaturvotuspotilaat hoidetaan perusterveydenhuollon yksiköissä. Käytännöissä todettiin olevan eroja. Yksiköissä, joissa toimi oma koulutettu lymfaterapeutti, lymfaturvotuspotilaan jatkohoidon arviointia oli helpompi toteuttaa. Hoitokäytännöt olivat selkiytyneet, toimintaa ohjaa organisaatiossa laadittu toimintakuvaus. Potilaiden saama hoito oli yhdenmukaistunut ja potilaiden ohjaus lisääntynyt, potilaille osataan paremmin perustella laaditut jatkohoitosuositukset. Hyvä ammattitaito edistää koko moniammatillisen tiimin toimintaa ja samoin kuin selkeästi laadittu työskentelymalli (Lemström 2004, 36–42).

Pienemmät yksiköt tunnistivat selkeästi omat ongelmansa. Kun lymfaturvotuspotilaita on harvoin, osaamista ei ole mahdollista ylläpitää ja käytännöt vaihtelevat. Kiinnostusta

ja halua saada uutta tietoa hoitokäytännöistä sekä osallistua yhteistyöverkostoihin oli todettavissa myös pienemmissä yksiköissä. Lemström (2004) toteaaakin, että tutustuminen yhteistyökumppaneihin ja heidän työhönsä edistää moniammatillisen yhteistyön kehittymistä. Uudet näkökulmat ja toimintatavat herättävät kiinnostusta kehittää myös omaa toimintaa.

Lymfaturvotuspotilaan hoitokäytännöt vaihtelevat huomattavasti Satakunnan eri kunnissa. Kompressiotuotteen käyttö ja uusiminen on ohjeistettu apuvälineyksikön kautta selkeästi ja se toteutuu yhteneväisesti. Ammatillisilla ja yhä useammalla potilaallakin on tiedossa, että jatkuva kompressiohoito on kaiken lymfaturvotuksen hoidon kulmakivi. Kompressiohoidon tärkeys esitetään useissa julkaisuissa (Preston ym. 2004; Anttila ym. 2007, 18–19; Saarikko ym. 2014, 138–139; Zohra 2015, 3; 3; Ezzo ym. 2015, 3-4). Manuaalisessa lymfaterapian myöntämisessä on vaihteluja. Potilaille myönnetään osassa yksiköitä suhteellisen säännöllisesti vuosittain noin 10–25 lymfaterapiakäyntiä palvelusetelillä palveluntuottajalle. Toisissa yksiköissä palveluseteli myönnetään harkinnanvaraisesti joko oman lymfaterapeutin arviojakson tai lääkärin arvion jälkeen. Myöntökriteereissä on selkeästi eroja ja potilaiden saama hoito ei ole yhdenvertaista. Haastatteluissa tuli esille kysymys siitä, miten kauan potilas manuaalista lymfaterapiaa tarvitsee ja miten sen vaikuttavuutta arvioidaan. Tutkimusten mukaan manuaalinen lymfaterapia soveltuu parhaiten kuuriluontoiseen käyttöön, se parantaa imunestekiertoa vain hetkellisesti ja sopii näin ollen parhaiten kompressiohoidon liitännäishoidoksi. (Guerin 2013; Saarikko ym. 2014, 138; Ezzo ym. 2015, 3-4.) Lisäksi Tenovuo ym. (2016) ohjaavat arvioimaan terapian tarvetta objektiivisesti ja konkreettisiin mittauksiin pohjautuen. Potilaan kokema subjektiivinen hyöty ei ole yksin riittävä terapian jatkoperusta. Jos potilaan raajaturvotuksen tila saadaan vakiinnutettua ja kompressiotuotetta käytetään säännöllisesti sekä uusitaan tarpeen mukaan, asiantuntijoiden mukaan lymfaturvotuksen hoitomuotona se on riittävä.

Haastatteluissa todettiin myös, että potilaiden saama ohjaus erikoissairaanhoidossa ei ole riittävä. Potilailla ei ole riittävästi asianmukaista tietoa lymfaturvotuksen ennaltaehkäisystä eikä hoitokäytännöistä. Lymfaturvotuksen varhainen toteaminen ja ennaltaehkäisy ovat ensiarvoisen tärkeitä (Anttila ym. 2007, 17–18; Leidenius ym. 2010, 1220–1221; Saarto 2013, 276; Zohra 2015, 4; Lipponen 2016, 65). Manuaalisen lymfaterapian merkitys on korostunut ja se aiheuttaa ongelmia potilaan sitouttamisesta itsehoitoon ja jatkohoitoa arvioitaessa. Lymfaturvotuksen hoitona tulee käyttää yhdistelmälymfaterapiaa, johon kuuluu manuaalinen lymfaterapia, kompressiohoito, terapeuttisten harjoit-

teiden ohjaus sekä ohjeistusta ihon hoidosta sekä liikunnan merkityksestä (Anttila ym. 2007,15; Saarto 2013, 276). Itsehoitoon kannustaminen ja kompressiotuotteen käytön motivointi koetaan haastaviksi. Potilaan ohjaus vaatii resursseja ja se voi olla haasteellista, kun potilas on toipumassa syöpähoidosta ja tiedon vastaanottokyky on alentunut (Kääriäinen 2007, 119–123; Soimasuo 2008, 41). Potilaille tulee ohjauksen lisäksi antaa kirjallista ohjausmateriaalia, johon hän voi tarpeen mukaan palata myöhemmin. Lisäksi toivottiin, että erikoissairaanhoidossa järjestettäisiin potilaille ryhmätoimintaa, joka lisäisi potilaiden tietoisuutta asiasta ja mahdollistaisi vertaistuen (Kyngäs ym. 2007, 104; Holma 2008, 37,47).

Potilaan kokonaisvaltainen tukeminen on myös huomioitava lymfaturvotuspotilaan ohjauksessa. Haastateltavien mukaan potilaat kokevat manuaalisen lymfaterapian merkittävänä hoitomuotona, koska terapia on yksilöllistä, henkilökohtaista ja hoidon toteutumisen aikana voidaan purkaa oireiden aiheuttamaa mielihäiriötä kokonaisvaltaisesti. Potilaiden on saatava tukea myös muissa kohtaamisissa kuten tukihihan mittaamisen yhteydessä. Lisäksi erilaisista liikunta- ja mielenhallinta ryhmistä voi olla apua. Syöpäpotilaiden Kelan myöntämiä kuntoutuskursseja ja paikallisia Syöpäjärjestöjen palveluita tulee myös hyödyntää. (Johannsen ym. 2016, 3390-9; Ahonen ym. 2017,169.)

Tutkimuksessa tuli esille, että lymfaterapia, jota erikoissairaanhoido hankkii maksusitoumuksella palveluntuottajilta, ei kaikilta osin toteudu suositusten mukaan. Tämän vuoksi palveluntuottajia on jatkossa informoitava paremmin ja yhteistyötä tiivistettävä, jotta potilaat saavat kokonaisvaltaista hoitoa. Dialogi vaatii avoimuutta, rohkeutta ja halua tehdä työtä yhdessä (Mertala 2011, 16–17).

Tieto potilaista ei aina ole kulkenut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköiden välillä ongelmitta. Tämä saattaa viivästyttää potilaan jatkohoitoa ja aiheuttaa potilaalle epätietoisuutta sekä lisätä henkilökunnan työmäärää. Monissa tutkimuksissa Salminen & Rintanen (2014), Mertala (2011) ja Isoherranen (2012) päädyttiin samoihin päätelmiin. Terveystieteiden yksiköissä käytetään edelleen eri potilastietojärjestelmiä ja ne eivät välttämättä keskustele keskenään. Tarvittavia potilastietoja ei aina kirjata tietyille erikoisalain lehdelle lääkärin toimesta ja sen seurauksena tietoa ei osata hakea muualta ja se jää saamatta. Haasteena saattaa olla myös asiantuntijan roolissa olevaa joustamattomuutta tehdä asioita normaalista poiketen. Useimmiten nämä ongelmat johtuvat eri yksiköiden vaihtelevista käytännöistä, ei tunneta ihmisiä eikä toimintamalleja. Myös vastuukysymykset saattavat haitata potilaan asian eteenpäin viemistä, ammattilainen saattaa pohtia, onko minulla oikeus lukea tämän potilaan asiakirjoja. Tilan-

netta voidaan helpottaa, jos lisätään avointa kommunikaatiota, tehdään yhteydenotot helpommaksi sekä kehitetään yhteistyöverkostoja.

Perusterveydenhuollon ammattilaiset toivovat koulutusta nykyisistä lymfaterapiakäytännöistä. Lisäksi toivottiin kehitettäväksi koko maakunnan kattava yhteistyöverkosto, jonka avulla hyviä toimintakäytänteitä voidaan jakaa ja toimintoja yhdenmukaistaa. Tukihamittaukseen ja raajan sidontahoidon toteutukseen koettiin olevan tarvetta. Lemströmin (2004) mukaan työskentelymallien samanlaisuus, työkokonaisuuksien tunteminen ja yhdessä tekeminen edistävät yhteistyöverkostoja. Moniammatillisen yhteistyön osaaminen kehittyy koulutuksen avulla.

## 7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

### 7.1 Eettisyyden tarkastelua

Tässä tutkimuksessa eettisyys otettiin huomioon kaikessa toiminnassa. Tutkimus käynnistettiin selkeään tarpeeseen kehittää Satakunnan alueella toimivaa lymfaturvotuspotilaan hoitoketjua. Tutkimukseen käytetty teoriaosuus kerättiin laadukkaista kansainvälisistä ja kansallisista aineistoista. Tietoa haettiin laajasti koko prosessin ajan ja hyödynnettiin myös eri ammattilaisten osaamista haastattelemalla ja osallistumalla koulutuksiin. Asiantuntijuus sekä ymmärrys asiasta lisääntyi ja se edisti eettisyyden toteutumista. Teoriaosuuden lähdeviitteet on esitetty asianmukaisesti. Ohjausryhmä hyväksyi tutkimussuunnitelman ja teemahaastattelurungon.

Tutkimusetiikka kulkee tutkimusprosessin mukana ideointivaiheesta tutkimustulosten raportointiin ja se tarkoituksena on korostaa tutkimusaineiston sekä tutkittavien suojaan liittyviä kysymyksiä. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen tulee olla jokaisen tutkimuksen tekijän hallussa riippumatta tutkimusalasta ja -tasosta. Tutkimusetiikka on yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, toimeksiantajaan, rahoittajiin ja yleisöön. (Vilka 2015, 41.) Tutkimus pitää viedä läpi johdonmukaisesti tutkimussuunnitelman mukaan. Tutkijan on toimittava vilpittömästi ja rehellisesti muita tutkijoita kohtaan, kunnioittaa heidän tutkimustuloksia, vaikka kriittisesti niihin suhtautuisikin. Vilppiä ja piittaamattomuutta ei pidä sallia. Lähteinä käytetyt teokset tulee olla merkitty oikein, siten, että ne tarpeen mukaan voidaan palata. (Vilka 2015, 42–44.)

Tutkimukseen osallistui kuusi eri perusterveydenhuollon yksikköä. Jokaiseen yksikköön laadittiin oma tutkimuslupahakemus ja hakuprosessit toteutuivat yksiköissä sovittujen käytäntöjen mukaan. Teemahaastatteluihin osallistuvia informoitiin haastattelujen vapaaehtoisuudesta ja niiden nauhoituksesta etukäteen toimitetulla tutkimuksesta kertovalla saatekirjeellä (liite 1). Suostumuslomakkeen haastateltavat allekirjoittivat ennen haastattelua. Haastattelunauhoitteet ja -tulosteet säilytettiin työhuoneen lukollisessa kaapissa projektin ajan. Projektin päättyessä ne hävitettiin. Haastattelutilanteeseen luotiin avoin ilmapiiri ja rohkaistiin haastateltavia olemaan kriittisiä vastauksissaan. Haastatelluissa dialogi toteutui hyvin ja oli vastavuoroista.

Haastattelua ohjaavat myös eettiset ohjeistukset. Haastattelussa on huomioitava haastateltavan oikeudet. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimus voidaan aina keskeyttää. Haastateltaville pitää antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta. Haastattelun nauhoittamisesta on informoitava ennen tutkimukseen osallistumista. Tutkimukseen osallistuvan anonymiteetti on turvattava ja tutkittavalle on kerrottava, miten tutkimusaineistoa käytetään ja missä se säilytetään. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 101–102; Kuula 2011, 106–109.)

Tutkimustulokset kirjoitettiin auki kehittämistyön raporttiin. Suoria lainauksia käytettiin vain sitaatteina siten, että haastateltavien anonymiteetti säilyi. Tunnistettavuuden esittäminen on tärkeä tutkimuseettinen normi (Kuula 2011, 201). Tutkimustulokset esitettiin rehellisesti ja kokonaisvaltaisesti. Kehittämistarpeita tuli paljon esille tutkimuksen kautta ja ne olivat käytännön läheisiä ja konkreettisia. Tutkimuksen voitiin todeta olevan tarpeellinen ja hyödyllinen. Lymfaturvotuspotilaan hoitoketjun kehittäminen oli mahdollista toteuttaa saaduilla tutkimustuloksilla.

## 7.2 Luotettavuuden tarkastelua

Tutkimuksen aihe liittyy omaan työnkuvaani, syöpäpotilaiden kuntoutusohjaajana olen toiminut lymfaturvotuspotilaiden hoidon koordinaattorina yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa. Tutkimusaihe oli tärkeä, tarve muuttaa toimintakäytäntöjä oli tullut esille yhteistyöverkoston kautta. Tutkijana toimiessa minun piti luopua aikaisemmin luoduista ennako-olettamuksista ja olla avoin uusille käytännöille. Teoreettisen taustan laadinta ja uusien näkökulmien esille tulo edisti tutkijan roolin vahvistumista. Laadullisen tutkimuksessa tutkija vaikuttaa subjektiivisesti tutkimuksen kulkuun (Eskola & Suoranta 2005, 210–211). Tämän vuoksi pääasiallisena luotettavuuden kriteerinä voidaan pitää tutkijaa itseään ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Laadullisen aineiston luotettavuuden arviointi on ongelmallisempaa kuin perinteisesti mitattavilla mittareilla osoitettavaa aineistoa arvioitaessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Sen selvityksessä tarkastellaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksessa on pystytty tuottamaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida, mikä on tutkimuksen kohde ja tarkoitus eli mitä ollaan tutkimassa ja miksi. Tutkijan omia si-

toumuksia tutkimuksessa on myös arvioitava, miksi kyseinen tutkimus on tärkeä. Aineiston keruulla on merkitystä, millä menetelmällä se toteutetaan. Koko tutkimuksen toteutus on oltava avointa ja perustelut eri valinnoille selvitetty, jotta tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163–165.) Tähän tutkimukseen osallistui teemahaastatteluin kuusi yksikköä seitsemästä Satakunnan perusterveydenhuollon yksiköstä, hyvä kattavuus lisää luotettavuutta.

Aineiston analysointiin käytettiin sisällönanalyysiä. Materiaalia oli runsaasti ja sen läpikäyminen vei aikaa. Analyysin myötä kehittämistarpeet nousivat esiin suhteellisen helposti, osa asioista oli jo osittain tiedossa, mutta ne vahvistuivat, osa kehittämistarpeista oli yllättäviä, mutta oleellisen tärkeitä. Tutkimustulokset olivat konkreettisia, käytännön potilastyön kehittämiseen selkeästi pyrkiviä toimintamuotoja, joita voidaan sellaisenaan hyödyntää hoitoketjua kehitettäessä. Luotettavuuden arviointia tehtiin koko tutkimuksen ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin (Vilkkä 2015, 197). Tutkija on kuvannut ja perustellut tutkimustekstissä, miten valinnat on tehty, miten ratkaisuihin on päädytty sekä arvioinut ratkaisujen tarkoituksenmukaisuus ja toimivuutta tavoitteiden kannalta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös siirrettävyydellä. Samantyyppisellä tutkimusprojektilla olisi mahdollista tutkia muiden sairaanhoitopiirien alueella lymfatuspotilaan hoitokäytäntöjä. Nykyiset käytännöt voivat olla paikallisesti erilaisia, joten tutkimustuloksissa saattaisi olla eroja ja kehittämistarpeet voisivat painottua erilaisesti. Teoriataustan ollessa kuitenkin sama, lopputuloksessa olisi todennäköisesti yhteneväisyyksiä. Jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutettu tutkimus on kuitenkin ainutkertainen, eikä sitä voida käytännössä toistaa täysin samanlaisin tuloksin (Vilkkä 2015, 197.)

## 8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS

Tutkimustulosten perusteella Satakunnan sairaanhoitopiirissä on käynnistynyt kehittämisprosessi käytössä olevien syöpää sairastavien lymfaturvotuspotilaiden hoitokäytäntöjen muuttamiseksi. Moniammatillinen projektiryhmä on kokoontunut kolme kertaa ja se on koostunut syöpätautien ja fysiatrian ammattilaisista. Läntisen syöpäkeskukseen kuulumisen myötä on selvitetty myös VSSHP:n syöpäpotilaiden käytössä olevat lymfaturvotuksen hoitokäytännöt, jotta kehittämisprosessi Satakunnassa etenisi samaan suuntaan.

Satakunnan sairaanhoitopiirissä ei toimi koulutettua lymfaterapeuttia. Se on koettu selkeäksi puutteeksi ja on sovittu, että ainakin yksi fysioterapeutti käy läpi erikoistumiskoulutuksen lymfaterapeutiksi, mahdollisesti myöhemmin koulutetaan lisää. Koulutus toteutuu syksyllä 2018. Lymfaterapeutin roolia kehitetään yhteistyöllä, painopiste on potilaan ohjauksessa, kompressiohoidon toteuttamisessa ja lymfaterapiatarpeen arvioimisessa.

Alueellinen koulutus lymfaturvotuspotilaiden hoitoon osallistuville ammattilaisille järjestetään syksyllä 2018. Koulutuksessa käydään läpi lymfaturvotuksen hoitosuositukset ja informoidaan uusista toimintakäytännöistä. Lisäksi on sovittu, että halukkaille järjestetään työpajatyypistä koulutusta tukihihan mittaukseen sekä raajasidosten käyttöön, johon on todettu olevan selkeästi tarvetta. Samassa tilaisuudessa on mahdollisuus tutustua kompressiotuotteiden eri materiaaleihin ja saada oppia eri käytännöistä hyödyntää kompressiotuotteita yksilöllisesti ja vaikuttavuutta lisäten.

Niiden potilaiden, joilla tiedetään olevan riski lymfaturvotuksen ilmaantumiseen, ohjausta tehostetaan lymfaturvotuksen ehkäisyyn ja hoidon suhteen. Varhaisella oireen toteamisella ja hoidon käynnistämällä voidaan lymfaturvotuksen hankalampia komplikaatioita estää. Suullisen ohjauksen lisäksi heille laaditaan kirjallinen ohje, josta potilas voi tarkentaa ja kerrata saamiensa ohjeita myöhemmin. Lisäksi on suunnitteilla aloittaa lymfaturvotuspotilaille ryhmätoimintaa, joka mahdollistaa ajanmukaisen tiedon, psykososiaalisen sekä vertaistuen antamisen ja edistää siten lymfaturvotuspotilaan sopeutumista krooniseen sairauteen. Potilaille voidaan antaa ajankohtaista informaatiota lymfaturvotuksesta myös hoitaviin yksikköihin laadituilla postereilla tai videolla. Rintasyöpää sairastavalle on laadittu alustava lymfaturvotuksen hoitokäytäntöjen kuvaus, joka kuitenkin edelleen tarkentuu kehittämisprosessin edetessä (liite 4.). Potilasta hoi-

tavassa yksikössä on harkittava muun muassa, missä vaiheessa ohjeistus annetaan potilaalle ja kenen toimesta.

Potilastietojen kulkua on tehostettava jatkossa siten, että erikoissairaanhoidossa kirjatut tiedot olisivat helposti löydettävissä perusterveydenhuollossa, eikä potilaan jatkohoitoto turhaan viivästyisi. Potilaan lymfaturvotus saatetaan todeta eri ammattilaisten toimesta ja jokainen kirjaa ohjeiden mukaan oman roolinsa perusteella eri sairauskertomuksen lehdelle. Perusterveydenhuollon jatkohoidon suunnittelijan on vaikea löytää tarpeelliset sairauskertomustiedot potilaasta. Kirjaamiskäytäntöjä pitää yhdenmukaistaa. Asia otetaan esille lymfaturvotuspotilaita hoitavissa yksiköissä ja sovitaan tulevista toimintatavoista.

Sähköisen hoitoketjun kuvauksen laatiminen Satakunnan sairaanhoitopiirin sivustolle tämän kehittämisprojektin aikana ei ollut mahdollista. Sairaanhoitopiiri määrittelee, että hoitoketjun suunnittelussa on oltava mukana moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu edustajia hoitoketjun eri tasoilta erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta kuntoutus mukaan luettuna. Tavoitteena on ajantasaisiin ja sujuviin palveluketjuihin perustuva toimintamalli, joka poistaa tarpeettoman kitkan ja päällekkäisyydet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliltä ja takaa potilaalle asuinpaikasta riippumattoman, laadukkaan, sujuvan ja tehokkaan hoitokokonaisuuden (Satshp 2018). Kehittäminen etenee nyt sovittujen suunnitelmien mukaan erikoissairaanhoidossa ja myös perusterveydenhuollon yksiköissä on mahdollista tehdä omia muutoksia kehittämisprojektin tulosten mukaan. Projektiryhmä oli kuitenkin halukas jatkossa kehittämään hoitoketjun kuvauksen ja opinnäytetyönä toteutunut kehittämisprojekti toimii sen hyvänä perustana.

Sähköiseen hoitoketjuun sisältyisi tietoa lymfaturvotuksen hoitokäytännöistä ja -suosituksista sekä työjaosta ja vaikuttavuuden arvioimisesta. Jatkossa sinne on mahdollista lisätä potilasohjeita, joita voidaan hyödyntää myös perusterveydenhuollon yksiköissä. Alustava näkemys tulevasta Lymfaturvotuspotilaan hoitoketjusta on kuvattu liitteessä 5.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kehittämiprojektin aihe valikoitu yhteistyökumppaneiden yhteydenottojen perusteella, koettiin tarpeelliseksi yhdenmukaistaa ja selkeyttää syöpää sairastavien lymfaturvotuksesta kärsivien potilaiden hoitokäytäntöjä Satakunnan alueella. Lymfaturvotuksen hoitoketju on kehittämiprojektin vetäjälle tuttu, omaan syöpäpotilaiden kuntoutusohjaajan työnkuvaan kuuluva osio. Työhön kuuluu lymfaturvotuspotilaan ohjaamista sekä koordinaattorina toimimista. Yhteistyöverkosto on laaja ja moniammatillinen, organisaatio- ja ylittävä. Pitkä kokemus syöpäpotilaan hoidosta ja kuntoutuksesta herätti kiinnostuksen ja halun ottaa selvää hoitoketjun kehittämistarpeista ja opinnäytetyö sen mahdollisti.

Kehittämiprojektille osoitettiin kiinnostusta laaja-alaisesti jo alkuvaiheessa ja se lisäsi projektipäällikön haasteita. Tutkimustietoon perehtyminen oli mielekästä, kansainvälisesti lymfaturvotuksen ehkäisyä ja hoitokäytäntöjä oli paljon tutkittu, myös kansallisia kartoituksia oli saatavalla. Tietoa oli tarjolla, kun sitä osasi hakea. Oma näkökulma laajeni kokonaisvaltaisesti lymfaturvotuksen suhteen, asiantuntijuus lisääntyi. Projektin eteenpäin vieminen oli helpompaa, kun pystyi yhdistämään kokemustiedon tutkimustiedon kanssa.

Perusterveydenhuollossa toteutuneet teemahaastattelut koettiin tärkeiksi. Ne olivat tärkeä osa saada kattavasti tutkimuksellista tietoa nykyisistä lymfaturvotuksen hoitokäytännöistä ja kehittämistarpeista. Henkilökohtainen tapaaminen ja tutustuminen ammattilaisiin auttoivat ymmärtämään eri yksiköiden haasteita, pohtimaan potilaan roolia eri tilanteissa sairauspolkua kulkiessaan. Haastattelut olivat avoimia ja vastavuoroisia, sairaanhoitopiirin toimintaa uskallettiin myös kritisoida. Kritiikki on hyvä perusta kehittämistyölle.

Tutkimustulokset osoittivat, että on paljon kehittämistarpeita sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Kehittämistyö on käynnistynyt sairaanhoitopiirissä. Kehittämisprosessi vie aikaa ja sitä toteutetaan eri yhteistyöverkostoissa. Kehittämistyöhön vaikuttavat omalta osaltaan myös tuleva SOTE- ja maakuntauudistus sekä Läntisen syöpäkeskuksen toiminta.

Perusterveydenhuollon ammattilaisia tiedotetaan tutkimustuloksista projektin päättyessä. Yhteistyötä tiivistetään. Erikoissairaanhoidossa toteutuvat kehittämistoimet tulevat

todennäköisesti vaikuttamaan myös perusterveydenhuoltoon. Jatkossa toivotaan, että potilailla olisi enemmän tietoa lymfaturvotuksen ehkäisy- ja hoitomahdollisuuksista ja sen seurauksena perusterveydenhuollon jatkohoitosuunnitelmien laadinta helpottuisi ja yhdenmukaistuisi.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että koulutetun lymfaterapeutin kuuluminen hoitotiimiin on oleellinen tekijä, joka selkeyttää lymfaturvotuspotilaita hoitavan yksikön toimintaa. Hoitokäytännöt yhdenmukaistuvat, kun omassa yksikössä on riittävästi ammattitaitoa ja osaamista arvioida potilaan lymfaturvotuksen hoidon tarvetta. Potilaan ohjauskin tehostuu, koska hoitopäätökset pitää osata perustella näyttöön perustuen. Koulutetun lymfaterapeutin saaminen jokaiseen lymfaturvotuspotilaita hoitavaan yksikköön voi olla haastavaa. SOTE- ja maakuntauudistus saattaa antaa tähän mahdollisuuden, kun uudistuksen tarkoituksena on pyrkiä yhtenäistämään toimintoja ja turvaamaan potilaille annettavan hoidon yhdenvertaisuus. Lymfaturvotuspotilaan hoidon ja kuntoutuksen pitää tällöin perustua yhtenäisiin ohjeisiin. Yhtenäisesti koordinoitussa järjestelmässä on mahdollista hyödyntää erikoisosaamista tehokkaammin. Suuremman alueen hallinnointi saattaa mahdollistaa erityisasiantuntijoiden osaamisen hyödyntämisen koko Satakunnan alueella yli kuntarajojen.

Projektin läpivieminen herätti kiinnostusta myös potilaiden huomioimiseen, heidän kokemusten kartoittamiseen. Potilaat kokevat lymfaturvotuksen ilmaantumisen hyvin erilaisesti. Kaikille potilaille se aiheuttaa haittaa, mutta suhtautuminen turvotukseen ja miten paljon sen annetaan vaikuttaa omaan elämälaatuun, on erilaista. Potilaat selviytyvät ja sopeutuvat krooniseen vaivaan vaihtelevasti. Toisilla jo pienikin oireilu saattaa aiheuttaa työkyvyttömyyttä, osa potilaista pystyy palamaan raskaaseen, fyysiseen työhön ongelmitta. Jatkotutkimuksen avulla voitaisiin saada selville tekijöitä, persoonallisuuspiirteitä, jotka altistavat potilaan kokemaan huomattavaa haittaa, toimintakyvyn alenemaa. Potilaille annettavan ohjauksen ja tuen tarvetta voitaisiin tutkimuksen tulosten pohjalta kartoittaa yksilöllisemmin.

Kehittämiprojektin vetäjänä toimiminen lisäsi asiantuntijuutta ja ammattitaitoa. Merkittävä osa kehittämistyötä oli osata hakea tarvittavaa tutkimustietoa, jolla perusteltiin kehittämiprojektin tarpeellisuus. Tiedonhakumenetelmien hallinta on osa asiantuntijuutta. Moniammatillisen yhteistyön hyöty tuli konkreettisesti esille teemahaastattelujen kautta. Perusterveydenhuollon ammattilaisilla oli paljon kokemustietoa potilaiden kohtaamisesta ja sen hyödyntäminen tulevissakin projekteissa on huomioitava. Toisten yksiköiden toimintatapojen tunteminen auttaa ymmärtämään käytäntöjä ja antaa uusia

näkökulmia. Henkilökohtainen tapaaminen helpottaa yhteistyötä. Teorian ja käytännön kokemuksen yhdistäminen edesauttaa projektityöskentelyä ja on helpompi varautua kehittämisprosessia usein esiintyvään muutosvastaisuuteen.

Kehittämisprojektin ohjausryhmä kokoontui kahdesti. Se hyväksyi tutkimussuunnitelman ja antoi ohjeita tutkimuksen läpiviemiseen. Työelämämentorin kanssa oli lisäksi tapaamisia pääosin kerran kuukaudessa koko projektin ajan. Näissä tapaamisissa käytiin läpi projektin etenemistä ja sen toteuttamista työn ohessa sekä lisäksi tärkeää oli kannustuksen saaminen kuormittavissa tilanteissa.

Projektiryhmä kokoontui isommalla ryhmällä kolme kertaa. Moniammatillisen palaverin järjestäminen oli vaikeaa aikataulujen yhteensovittamisen vuoksi, vaikka asia koettiin tärkeäksi. Palavereissa käsiteltävät asiat piti olla hyvin alustettu ja kehittämis ehdotukset pohdittu, jotta päätökset saatiin tehtyä nopeasti ja kehittämisprojektia vietyä eteenpäin. Tämän lisäksi on ollut useita pienempiä kohtaamisia, sähköposteja kehittämisprojektiin liittyen. Jatkossa kehittämisprosessia viedään eteenpäin saman moniammatillisen tiimin toimesta.

Kehittämisprojekti oli perusteltu ja tarpeellinen. Kehittämistarpeet olivat konkreettisia ja käytännönläheisiä. Tarkoituksena oli kehittää koko maakunnan lymfaturvotuspotilaan hoitoketjua, yhdenmukaistaa sitä. Kehittämisprosessi on käynnistynyt, toimeksiantajalla on halua toteuttaa muutoksia. Lymfaturvotuspotilaan hoitoketjun kehittämisestä hyötyvät potilaat, joiden hoidon laatu paranee ja tasa-arvoistuu sekä myös lymfaturvotuspotilaita hoitavat ammattilaiset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa, joiden on helpompaa toteuttaa hoitoa yhtenäisten ohjeiden mukaan, näyttöön perustuvaan tietoon tukeutuen.

## LÄHTEET

- Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S; Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2017. Kliininen hoitotyö. sisätauteja, kirurgisia sairauksia sekä syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 168-169.
- Anttila, H.; Kärki, A.; Rautakorpi, U.-M. & asiantuntijaryhmä. 2007. Lymfaturvotuksen fysioterapia rintasyöpäpotilailla. Vaikuttavuus, käytännöt ja kustannukset. Finohtan raportti. 30/2007. Vaajakoski: Gummeruksen kirjapaino Oy.
- Arokoski, J.; Heinonen, A. & Ylinen, J. Fysioterapia. Teoksessa Fysiatría. 2015. Arokoski, J.; Mikkelsen, M.; Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Helsinki: Duedecim.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.
- Ezzo, J.; Manheimer, E.; McNeely, M.L.; Howell, D.M.; Weiss, R.; Johansson, K.I.; Bao, T.; Bily, L.; Tuppo, C.M.; Williams, A.F. & Karadibak, D. 2015. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment (Review): The Cochrane Library.
- Gubta, A. & Moore J.A. 2018. Jama onkology patient page.
- Guerin, M. 2013. Lymphoedema: Manual lymph drainage: The Joanna Briggs Institute.
- Grenman, S. & Leminen, A. 2013. Gynekologisten syöpien seuranta ja potilaiden ohjaus. Teoksessa Joensuu, H.; Roberts, P.J.; Kellokumpu-Lehtinen, P.-L.; Jyrkkiö, S. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duedecim
- Haesler, E. 2016. Lymphedema: Skin care: The Joanna Briggs Institute.
- Hannuksela-Svahn, A. 2015. Tietoa potilaalle: Ruusu (erysipelas): Lääkärikirja Duodecim.
- Helyer, L.K.; Varnic, M.; Le, L.W.; Leong, W. & McCreedy, D. 2010. Obesity is a risk factor for developing postoperative lymphedema in breast cancer patients. The Breast Journal. 2010 Jan-Feb;16(1):48-54.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, S. 2008. Ryhmäohjauksella lisää voimavaroja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan arkeen – interventiotutkimus. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.3.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78919/gradu02462.pdf?sequence=1>
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki: Unigrafia.
- JBİ-suositus: Hoitoketjujen vaikuttavuus aikuisten ja lasten terveydenhuollossa. Best Practice 14(8) 2010.
- Johannsen, M.; O'Connor, M.;Skytte O'Toole, M.; Bonde Jansen, A.; Hojris, I. & Zachariae, S. 2016. Efficacy mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer: A Randomised controlled trial. Journal of clinical oncology 2016; 34:3390-9.
- Kasawara, K.T.; Rossetti, M.; Ferreira, V.; Nemitalla, A.; Shiwa, S.R.; Carvas, N. & Batista, P.A. 2018. Effects of Kinesio Taping on breast cancer-related lymphedema: A meta-analysis in clinical trials. Physiother Theory Pract.2018; Jan8:1.9.

Ketola, E.; Mäntyranta, T.; Mäkinen, R.; Voipio-Pulkki, L.-M.; Kaila, M.; Tulonen-Tapio, J.; Nuutinen, M.; Aalto, P.; Kortekangas, P.; Brander, P. & Komulainen J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duedecim.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä; Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

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

Kärki, A. 2005. Physiotherapy for the functioning of breast cancer patients: studies of the effectiveness of physiotherapy methods and exercise, of the content and timing of postoperative education and of the experienced functioning and disability. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulu University press.

Leidenius, M. & Joensuu, H. 2013. Kainaloevakuatio ja vartijaimusolmuketutkimus rintasyövässä. Teoksessa Joensuu, H.; Roberts, P.J.; Kellokumpu-Lehtinen, P.-L.; Jyrkkiö, S. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duedecim.

Leidenius, M.; Tasmuth, T.; Jahkola, T.; Saarto, T.; Utriainen, M.; Vaalavirta, L.; Tiitinen, A. & Idman, I. 2010. Rintasyövän hoidon aiheuttama pitkäaikainen sairastavuus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duedecim. 2010; 126:1217–25.

Lemström, U. 2004. Mielenterveystyön moniammatillista yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät. Pro gradu -tutkielma: Tampereen yliopisto.

Lipponen, J. 2016. Gynekologisen syöpäpotilaan alaraajaturvotus. Tutkielma: Itä-Suomen yliopisto.

Malmivaara, A & Pohjolainen, T. 2015. Vaikuttavuus. Fysiatrია: Terveysportti.

McNeely, M.L.; Campbell, K.; Ospina, M.; Rowe, B.H.; Dabbs, K.; Klassen, T.P.; Mackey, J. & Courneya, K. 2010. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment (Review): The Cochrane Library.

Mertala, S. 2011. Yhdessä tietämisen episodeja -Terveydenhuollon kompleksiset työympäristöt. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Metsämuuronen, J.(toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Nordback, I.; Salo, M.; Holmberg-Marttila, D.; Päivä, H.; Liimatainen, T.; Porkkala, T. & Kaila, M. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen Lääkärilehti 17/2010 vsk 65: 1549-51.

Nuutinen, M. 2012. Alueellisen hoito-ohjelman ja hoitoketjun luominen Lääkäriin tietokantoihin. Hoitoketjut. Terveysportti.

Porin Perusturvakeskus. 2015. Aikuisväestön lääkinällisen kuntoutuksen toimintaperiaatteet ja saatavuusperusteet Porin Perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella.

Preston, N.; Seers, K. & Mortimer, P.S. 2004. Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs: The Cochrane Library.

Ruskoaho, J. & Vuorenkoski, L. 2016. Lääkärit suhtautuvat kriittisesti uskomushoitoihin. Suomen lääkäri-lehti 39/2016; VSK 71: 2446-2448.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Rönkä, R. 2004. Feasibility of sentinel node biopsy in breast cancer surgery. Helsinki: Yliopistopaino.

Saarikko, A.; Viitanen, T. & Hartiala, P. 2014. Lymfaturvotus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duedecim. 2014;130(2):135-43.

Saarto, T. 2013. Erityisryhmät ja -ongelmat syöpäpotilaan kuntoutuksessa. Teoksessa Joensuu, H.; Roberts, P.J.; Kellokumpu-Lehtinen, P.-L.; Jyrkkiö, S. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duedecim.

Salminen, A.-L. & Rintanen, S. 2014. Monialainen kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Työpapereita 55/2014. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Satshp www-sivut. 2014. Apuvälineiden saatavuusperusteet Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Toimintakäsikirja. Viitattu 7.3.2018. [http://www.satshp.fi/toimipaikat/satalinnan-sairaa-la/Documents/Apuv%C3%A4lineiden%20Saatavuusperusteet\\_Satshp\\_%20versio%203.1.pdf](http://www.satshp.fi/toimipaikat/satalinnan-sairaa-la/Documents/Apuv%C3%A4lineiden%20Saatavuusperusteet_Satshp_%20versio%203.1.pdf)

Satshp www-sivut. 2018. Hoitoketjut. Viitattu 27.3.2018. <http://www.satshp.fi/ammattilaisille/Sivut/Hoitoreitit.aspx>

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Saatavilla osoitteessa [http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta\\_projektiksi.pdf](http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf)

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Slade S. 2016. Lymphedema (Breast Cancer): Resistance Training: The Joanna Briggs Institute.

Soimasuo, T. 2008. Tavoitteenasettelu fysioterapian kuntoneuvolaohjauksessa. Pro gradu -tutkielma: Jyväskylän yliopisto. Saatavilla osoitteessa [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18889/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200808315693.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18889/URN_NBN_fi_jyu-200808315693.pdf?sequence=1)

Stenfors, P. 2017. Suunnittelija. Kela, Työ- ja toimintakykytuuksien osaamiskeskus. Sähköpositivastaus 28.12.2017.

Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 2016. Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Asiantuntijaryhmä. Viitattu 19.2.2017. <https://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/05246a03439e517f1e760b29ad095500/1487515526/application/pdf/178853/Rintasy%C3%B6p%C3%A4ryhm%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20ja%20hoitosuositus%202015%20%28p%C3%A4ivitys%207.11.2016%29.pdf>

Suomen syöpärekisteri. 2018. Syöpätilastot. Rintasyöpä. Viitattu 13.3.2018. <https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautilastot/>

Stuiver, M; Tusscher, M.; Agasi-Idenburg, C.; Lucas, C.; Aaronson, N. & Bossuyt, P. 2015. Conservative interventions for preventing clinically detectable upper-limb lymphedema in patients who are at risk of developing lymphedema after breast cancer therapy: The Cochrane Library.

Tenovuo O.; Grannas-Honkanen, H.; Heikkilä, H. & Kylävalli, A. 2016. Selvitysraportti. Erva-alueen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kehittämisen selvitysryhmä.

THL www-sivut. 2017. Vammaiskäsikirja, Kuntoutuksen määritelmiä. Viitattu 5.1.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujenkasikirja/itsenaisenelamantuki/kuntoutus/kuntoutuksen-maaritelmiä#laakinnallinen>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vainionpää, A.; Ahoniemi, E.; Koskinen, E.; Numminen, H.; Väärälä, E.; Pesonen, J.-M.; Suomela-Markkanen, T.; Haapala, E.; Kallio-Laine, K. ja Peltonen, R. 2017. Lääkinnällinen kuntoutus. Toimintakyky ja kuntoutus. Kela. Lääkärin tietokannat: Terveysportti.

Viirikorpi, P. 2000. Onnistunut projekti – opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

VVSHP www-sivut. 2018. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yleiset hankintaohjeet. Viitattu 7.3.2018  
<http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/saannot/Documents/Hankintaohjeet.pdf>

Zohra, L. 2015. Breast Cancer. Lymphedema Management: The Joanna Briggs Institute.

## Teemahaastattelurunko

### Taustakysymykset:

Ammatti ja rooli lääkinnällisen kuntoutuksen työryhmässä.

### Teema-alueet määräytyvät tutkimusongelmien mukaan:

1. Miten lymfaturvotuspotilaan hoitoketju toteutuu perusterveydenhuollossa?

- yleisimmät hoitokäytännöt
- arviointi / vastaanotto
- terapiapalautteen/suosituksen merkitys

2. Miten erikoissairaanhoidossa pitäisi kehittää lymfaturvotuspotilaan hoitokäytäntöjä?

- potilaiden tietoisuus lymfaturvotuksesta
- itsehoito
- sitoutuminen
- terapiapalaute

3. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu lymfaturvotuspotilaan hoitoketjussa?

- yhteistyön tarve
- koulutukset
- ryhmäterapiat

## TEEMAHAASTattelun Saatekirje

Opinnäytetyön nimi: Syöpäpotilaan lymfaturvotuksen hoitoketjun kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella

07.06.2017

### Hyvä lääkkinnällisen kuntoutuksen asiantuntija

Kohteliaimmin pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa lymfaturvotuspotilaan hoitokäytännöistä perusterveydenhuollon yksiköissä. Tietoa käytetään lymfaturvotuspotilaan hoitoketjun kehittämiseen Satakunnan alueella. Tämä aineistonkeruu liittyy itsenäisenä osana kehittämisprojektiin, jonka tavoitteena on lisätä lymfapotilaiden saaman hoidon laatua ja tasa-arvoisuutta sekä tehostaa toimintaa. Lupa aineiston keruuseen on saatu... (keneltä ja milloin). Suostumuksenne haastateltavaksi vahvistatte allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja toimittamalla/antamalla sen haastattelijalle.

Teidän osallistumisenne haastatteluun on erittäin tärkeää, jotta saamme tietoa yli organisaatiotason toimivan hoitoketjun kehittämiseen. Haastattelun tulokset raportoidaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Teillä on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Teihin liittyvää aineistoa, jos niin haluatte.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Virpi Sulosaari, lehtori, TtT, Turun AMK.

Osallistumisestanne kiittäen

Hanna Tuomi

Sairaanhoitaja/ kuntoutusohjaaja (AMK), yamk-opiskelija

yhteystiedot: 044 707 3710 / hanna.tuomi@satshp.fi

-----  
Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa \_\_\_\_\_ opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimen selvennys \_\_\_\_\_

Yhteystiedot (tarvittaessa) \_\_\_\_\_

## Tutkimustiedote

Haastattelututkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Satakunnan sairaanhoitopiirissä toteutettavaan kehittämisprojektiin. Projektin tavoite on lisätä lymfapotilaiden saaman hoidon laatua ja tasa-arvoisuutta sekä tehostaa toimintaa ja tarkoitus on laatia alueellinen lymfaturvotuspotilaan hoitoketju, joka toteutuu yli organisaatiorajojen suunnitelmallisesti, yksilöllisesti toteutuvan hoito- ja kuntoutusprosessin mukaan. Tutkimus kohdistuu lymfaturvotuspotilaan hoitokäytäntöihin Satakunnan alueen perusterveydenhuollon yksiköissä.

Lymfaturvotus on potilaalle krooninen haitta ja kuntoutustarve jatkuvat perusterveydenhuollossa pitkäaikaisesti. Potilaan toimintakyky alenee ja elämänlaatu heikkenee. Ennaltaehkäiseviä toimintoja tulisikin jatkossa korostaa yhä enemmän ja nämä käytännöt pitäisi ottaa käyttöön jo erikoissairaanhoidossa syöpää hoitavassa yksikössä. Hoitoketjun toimintaa on tarvetta tarkastella kriittisesti koko ketjun ajalta. Tutkimuksellisen osuuden tavoitteena on saada tietoa lymfaturvotuspotilaan hoitoketjun laadintaa varten. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa perusterveydenhuollon hoito – ja kuntoutusketjun nykytila sekä tunnistaa moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tarvetta.

Tutkimusaineistoa kerätään haastattelemalla Satakunnassa toimivien perusterveydenhuoltojen lääkinnällisen kuntoutustyöryhmän ammattilaisia. Aineiston keruu tapahtuu teemahaastatteluna ryhmissä aikavälillä 08-10/2017. Haastatteluaiakataulu sovitaan jokaisen yksikön kanssa erikseen. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja anonyymiteetti turvataan. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektissa.

Tutkimukselle on saatu lupa..... keneltä ja milloin? Tutkimuksesta saa lisätietoja

Hanna Tuomi

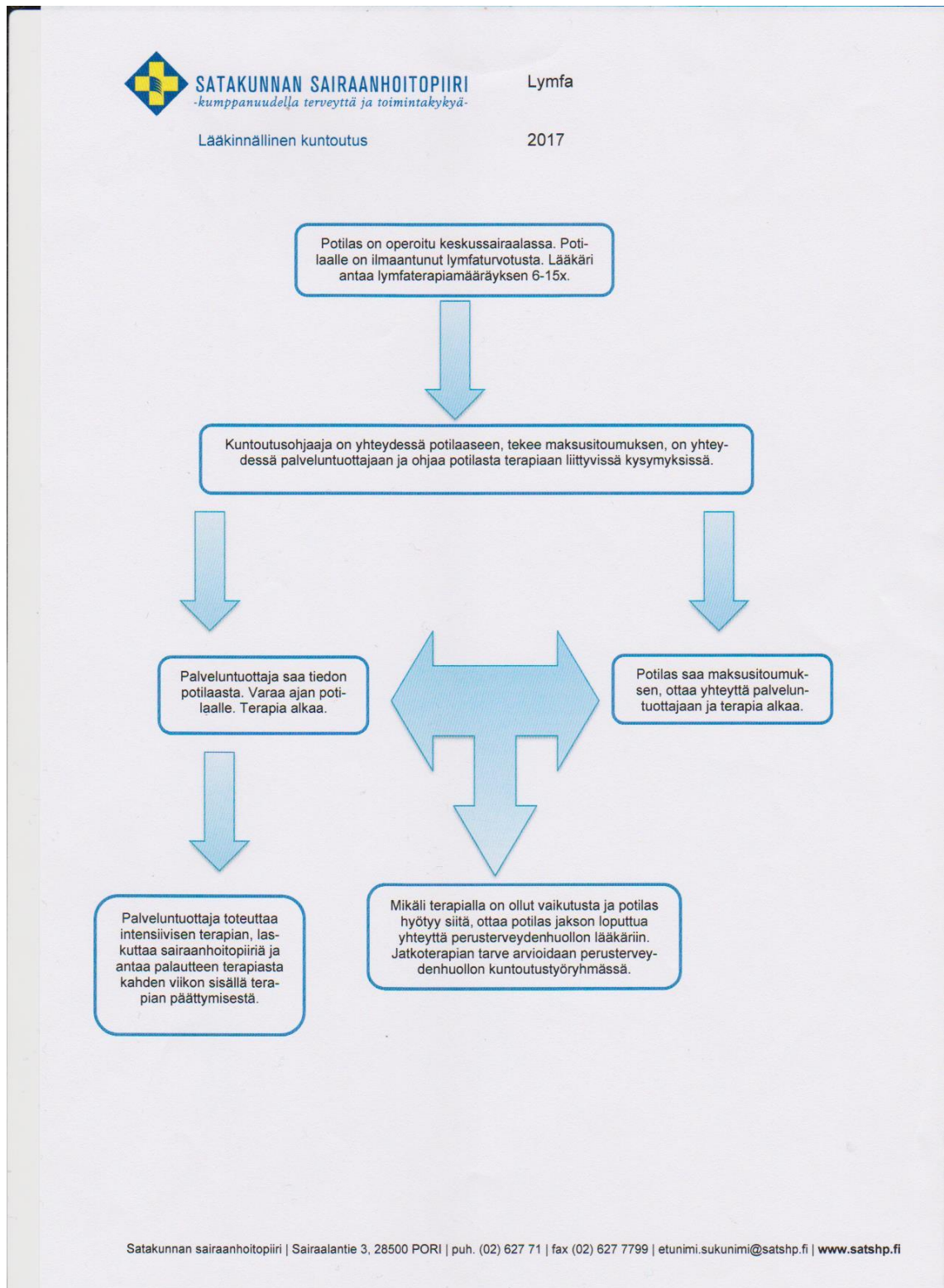
sairaanhoitaja, kuntoutusohjaaja (AMK), yamk-opiskelija

puh. 044 707 3710

hanna.tuomi@satshp.fi

Opinnäytetyön ohjaaja: Virpi Sulosaari, lehtori, TtT, Turun AMK

## Lymfaturvotuksen hoitokäytännöt (nykyiset)



# Rintasyöpäpotilaan lymfaturvotuksen hoitokäytännöt (suunnitelma)

Lääkinnällinen kuntoutus

2018

Rintasyöpäpotilas /yläraajan turvotus

Potilas operoidaan keskusairaalassa.

Potilas ohjataan fysioterapeutin ohjaukseen joko ennen tai jälkeen leikkauksen. (yksilö tai ryhmäohjaus)

Potilasohje leikkauksen jälkeisestä yläraajan kuntouttamisesta.

Potilas jatkohoitoon Syöpätautien yksikköön.

Potilasta informoidaan hoitajakson aikana lymfaturvotuksen riskistä, jos potilaalla tehty kainaloevakuaatio tai poistettu yli 5 imusolmuketta kainalosta.

Potilas saa potilasohjeen lymfaturvotuksen ehkäisystä ja hoitokäytännöistä.

Potilas voidaan ohjata ryhmäohjaukseen.

Potilaalle ilmaantuu lymfaturvotusta:

Syöpää hoitavassa yksikössä tehdään tarvittavat tutkimukset; hoitaja/lääkärin vastaanotto sekä kuvantamiset (mm. laskimotukoksen ja syövän uusiutumisen poissulkeminen)

Potilaasta lähete lymfaterapeutille fysiatrian poliklinikalle.

Terapeutti toteuttaa lymfaterapian yksilöllisen tarpeen mukaan: potilaan ohjaus itsehoitoon ja harjoitteisiin, kompressiosidokset, manuaalinen terapia, tukihihan mittaus ja käytönohjaus sekä seuranta.

Ryhmäohjauksen tarpeen arviointi.

Jatkohoidon tarpeen arviointi ja suositusten laadinta, mm. maksusitoumus palveluntuottajalle, jatkohoitosuositus omaan terveyskeskukseen/työterveyteen.

## Hoitoketjun kuvaus (suunnitelma)

|   | Lymfaturvotuspotilaan hoito- ja kuntoutusketju Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella (syöpäpotilaat) |                             |                               |
|---|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Lymfaturvotuksen hoitokäytännöt (yleisohjeet) | Turvotuksen ehkäisy ja itsehoito  | Kompressiotuotteiden käyttö | Manuaalinen lymfaterapia      |
| Hoitokäytännöt Satshp:ssa                     | Yläraaja  | Alaraaja                    | Muu turvotus                  |
| Terveyskeskusten hoitokäytännöt               | Pori Rauma Posa   | Keski-Satakunta             | Huittinen Eura Säskylä        |
| Lymfaterapian palveluntuottajien yhteystiedot | Tähän yksityisten palveluntuottajien tiedot ja linkki Palse.fi palveluporttaaliin                     |                             |                               |
| Ohjeita ammattilaisille ja potilaille         | Ohjeita tukisidoksiin   | Vaikuttavuuden arviointia   | Itsehoito-ohjeita esim. video |
| Vastuuhenkilöt                                | Kattavat yhteystiedot (konsultointi mahdollisuus)<br>Hoitoketjun arviointi (päivitys)                 |                             |                               |
| Yhteistyöverkosto                             | Sairaanhoitopiirin alueella toimivan verkoston yhteystiedot   |                             |                               |